



Intervención Psicológica Telemática a Paciente con Discapacidad Visual y Depresión

Autor: Ignacio Malo Pérez

Tutor: Robin Rica Mora

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

Dedico este Trabajo a mis padres, hermanos, abuelos y amigos quienes de una u otra forma me han enseñado que las alegrías nacen del esfuerzo.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Robin y a todo el equipo del Instituto Centta por su increíble apoyo. Han sido fundamentales en mis primeros pasos en el camino de esta hermosa profesión que anhelo seguir. Su guía ha sido invaluable y estoy profundamente agradecido por su generosidad y compromiso.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
Trastornos Depresivos	9
Trastornos Depresivos y Discapacidad Visual	9
Etiología	10
Síntomatología del Trastorno Depresivo	12
Curso del Trastorno Depresivo	13
Activación Conductual	14
Estrategias de Afrontamiento	15
Objetivo del Estudio de Caso:	17
Diseño	17
Descripción del Diseño Llevado a Cabo	17
Descripción de la Experiencia Clínica del Terapeuta	18
Aprobación del Comité Ético	19
Metodología	19
Entrevista	19
Instrumentos Psicométricos	20
Ejercicios y Técnicas Utilizadas	21
Ejercicios Realizados para Construir la Alianza Terapéutica	21
Ejercicios Realizados Para Trabajar las Estrategias de Afrontamiento:	22
Tareas o Ejercicios Utilizados para la Activación Conductual	23
Presentación del caso	24
Descripción del Paciente, Familia y Sociodemográfico.	24
Figura 1	24
Motivo de Consulta, Principales Síntomas/ Problemas	26
Antecedentes	28
Antecedentes Personales	28

Evaluación inicial	29
Resultados Clínicos Relevantes en la Evaluación Inicial.....	29
Formulación del Caso.	30
Formulación del Caso	30
Tabla 1.....	30
Diagnóstico Especificado y Diagnóstico Diferencial	31
Tratamiento y Curso.....	35
Tipo de Intervención y Justificación de la Intervención	35
Definición de las Metas y Objetivos del Tratamiento.....	35
Tabla 2.....	36
Descripción del Tratamiento: Formato y Contenido.	36
Figura 2	36
Alianza Terapéutica:	37
Evaluación:.....	38
Estrategias de Afrontamiento:	38
Activación Conductual (AC):	40
Resultados del Tratamiento	47
Resultados de Eficacia del Tratamiento	47
Figura 4	48
Resultados Sobre Medidas de Procesos y/o Mecanismos de Cambio.	49
Tabla 3.....	49
Adherencia al Tratamiento.....	52
Discusión	53
Referencias	60
Anexos:	64
Anexo 1:.....	64
Anexo 2:.....	66
Anexo 3:.....	67

Anexo 4:	67
Anexo 5:	68
Anexo 6:	68
Anexo 7:	69
Anexo 8:	69
Anexo 9:	69
Anexo 10:	69

Resumen

El Trastorno Depresivo Mayor afecta a 2.1 millones de personas en territorio español (INE, 2021). Además, se ha visto que las personas que tienen una discapacidad visual tienen mayor prevalencia a padecer de este tipo de trastorno. Sin embargo, la psicoterapia ha demostrado ser efectiva para reducir la sintomatología depresiva.

En este estudio de caso, se presenta el proceso terapéutico online para paliar la sintomatología depresiva de un joven paciente que nació con albinismo y ceguera del 80%. El desarrollo de la intervención se fundamentó en tres factores: una sólida alianza terapéutica, la Activación Conductual y las estrategias de afrontamiento. Asimismo, se utilizaron 2 instrumentos de evaluación antes y después del tratamiento; Escala para la Depresión de Hamilton y el COPE-28.

Los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación después de la intervención apoyan el cambio y mejoría de la sintomatología depresiva, al igual que un incremento de recursos en las estrategias de afrontamiento. Este estudio de caso detalla el proceso terapéutico seguido, incluyendo el desarrollo de las sesiones y el progreso del paciente. Se espera que, compartiendo estas técnicas y ejercicios, se contribuya al avance de la investigación en psicología clínica y se motive la aplicación de enfoques terapéuticos similares para otros casos.

Palabras clave: Depresión, alianza terapéutica, Activación Conductual, estrategias de afrontamiento, síntoma.

Abstract:

Major Depressive Disorder affects 2.1 million people in Spanish territory (INE, 2021). Additionally, it has been noticed that individuals with visual impairments have a higher

prevalence of this type of disorder. However, psychotherapy has been shown to be effective in reducing depressive symptomatology.

In this case study, the online therapeutic process is presented to alleviate depressive symptomatology in a young patient who was born with albinism and 80% blindness. The course of the intervention was based on three factors: a strong therapeutic alliance, Behavioral Activation, and coping strategies. Two evaluation instruments were also used before and after treatment: the Hamilton Depression Scale and the COPE-28.

The results obtained from the evaluation instruments after the intervention support the improvement of depressive symptomatology, as well as an increase in resources in coping strategies. This case study details the therapeutic process followed, including the development of sessions and the patient's progress. It is hoped that by sharing these techniques and exercises, it will contribute to the advancement of research in clinical psychology and motivate the application of similar therapeutic approaches for similar cases.

Keywords: Depression, therapeutic alliance, Behavioral Activation, coping strategies, symptom.

Introducción

El estudio de caso presentado a continuación aborda la complejidad de los síntomas depresivos en un paciente con discapacidad visual y su abordaje de manera telemática. El presente estudio de caso anhela dar mayor visibilidad a futuras intervenciones donde exista un episodio depresivo mayor en individuos con discapacidad visual, al igual que el curso de tratamiento aplicado. Esta investigación no solo enriquece el bagaje clínico de la psicología, sino que también ejemplifica el proceso de intervención psicológica aplicada con la finalidad de poder ser replicado a otros pacientes en un contexto parecido.

El trabajo expuesto a continuación detalla la intervención realizada a un paciente que muestra sintomatología depresiva, padece de una discapacidad visual del 80% y el curso de la terapia psicológica fue de manera telemática. Por consiguiente, resulta relevante describir la etiología de la sintomatología depresiva al igual que la correlación que tiene con individuos que poseen una discapacidad visual. Asimismo, se describe la Activación Conductual (AC) y su apoyo empírico cómo el modelo de intervención de primera elección para tratar la sintomatología depresiva. Adicionalmente, se detalla el cambio en las estrategias de afrontamiento cómo factor protector para el individuo frente a situaciones potencialmente estresantes.

Trastornos Depresivos

Trastornos Depresivos y Discapacidad Visual

Se consuman alrededor de 700,000 suicidios anuales siendo la depresión uno de sus principales factores de riesgo. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), se estima que alrededor de 280 millones de personas sufren de depresión. Los trastornos depresivos son una enfermedad que se caracteriza por un sentimiento de tristeza

mantenido en el tiempo durante al menos dos semanas e interfiere con las actividades de la vida diaria (OPS, 2020).

Comparado con la población general, se estima que existe una mayor prevalencia de individuos con una discapacidad visual con depresión, la cual varía entre un 14% y un 44% (Osaba, et al 2019). Osaba, describe que la discapacidad puede generar mayor ansiedad, inseguridad, pérdida del sentido de autonomía y cambios en la esfera social que en muchos casos puede desembocar en una depresión. Igualmente, se encuentra en auge el número de casos de personas con discapacidad visual y en el año 2017 se registró aproximadamente alrededor de 253 millones de individuos que padecían de esta condición (Osaba, et al 2019). Sin embargo, es relevante considerar que dentro del espectro de la discapacidad visual incluyen varios factores que pueden tener diferente impacto en la salud mental del individuo. Por ejemplo, el porcentaje de discapacidad visual, al igual que si la ceguera es congénita o con en el tiempo se deteriora. Aunque existen diferencias individuales, la discapacidad visual es un factor de riesgo en la aparición de un trastorno depresivo (Osaba, et al 2019).

Etiología

Desde un marco biomédico, se exponen varias hipótesis que esclarecen la etiología de la sintomatología depresiva. A continuación, un breve recorrido de las diferentes aproximaciones explicativas de la aparición de la sintomatología, al igual que su mantenimiento en los trastornos depresivos:

La hipótesis monoaminérgica, enuncia que existe menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, sobre todo, en la corteza prefrontal. Centrándose en la serotonina y noradrenalina en la sinapsis. A partir de esta hipótesis, se desarrollaron los primeros antidepresivos tricíclicos (IMAOs), se pudo observar que aumentaban la disponibilidad de noradrenalina y la serotonina en la corteza prefrontal. De esta manera,

se logró un gran avance reduciendo la sintomatología depresiva, mermando el sentimiento de tristeza, desesperanza y vacío (Hernández et al, 2016).

Del mismo modo, la neuroplasticidad con su hipótesis neurotrófica, buscó explicar la etiología de la sintomatología depresiva. La neuroplasticidad consiste en la potencialidad que existe de generar nuevas conexiones nerviosas en el sistema nervioso central como respuesta a la estimulación o daño cerebral. Esta hipótesis consiste en que cuando hay una reducción de factores neurotróficos (proteínas involucradas en el aumento de conexiones del sistema nervioso central) sobre todo del hipocampo y en la corteza cerebral, reduce el volumen del tejido nervioso y aumenta la sintomatología depresiva. Se pudo ver que después del tratamiento antidepresivo, incrementaron los factores neurotróficos, aumentando el tejido nervioso y mejorando la sintomatología de la enfermedad (Díaz y González, 2016).

Desde un marco psicológico, se puede justificar la etiología de la depresión a través de la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck. La cual ofrece una comprensión profunda de cómo los pensamientos influyen en el estado emocional de las personas. Según esta teoría, la depresión se sustenta en lo que se conoce como la triada cognitiva, compuesta por tres áreas principales de pensamiento negativo. En primer lugar, las personas deprimidas tienden a tener una visión negativa de sí mismas, interpretando los eventos como evidencia de su propia incompetencia o falta de valía. En segundo lugar, perciben el mundo que les rodea de manera pesimista, viendo las situaciones como desfavorables o injustas. Por último, anticipan un futuro pesimista, creyendo que no mejorarán y continuarán experimentando dolor y sufrimiento. Estos patrones de pensamiento negativo pueden alimentar un ciclo de depresión, donde las interpretaciones negativas refuerzan las emociones negativas, y viceversa. La etiología de la depresión según esta perspectiva sugiere que estos pensamientos automáticos negativos pueden

surgir de experiencias pasadas, como el trauma o el malestar prolongado en el tiempo. La interacción de estos 3 factores puede predisponer a una persona a desarrollar depresión (Lozano et al, 2016).

Sintomatología del Trastorno Depresivo

La sintomatología del trastorno depresivo se caracteriza por el sentimiento profundo de tristeza prolongado en el tiempo que interfiere con el funcionamiento de las actividades de la vida diaria. El trastorno depresivo se identifica por sentimientos de desesperanza y vacío, sentimientos de culpa e inutilidad, puede manifestarse como irritabilidad, puede estar acompañado de enlentecimiento motor, dificultad para concentrarse, fatiga, problemas para conseguir un sueño reparador, menor o mayor apetito, somatización corporal, pérdida de interés en las actividades que antes realizaba, aislamiento social e incluso se vincula con pensamientos relacionados con la muerte (Molloy, 2023). Como resultado, si un individuo empieza a experimentar esta sintomatología es importante ser evaluado por un profesional de la salud y considerar el tratamiento pertinente (Nedley, 2008).

El DSM-V hace una distinción de la tristeza por un duelo y la tristeza descrita en un episodio depresivo. Donde la tristeza por duelo reduce su intensidad en días o semanas y se encuentra ligada a pasamientos y recuerdos sobre el difunto. Igualmente, los pensamientos y sentimientos relacionados con el duelo no se caracterizan por la autocritica y rumiaciones que suele haber en un episodio depresivo. En cuanto a pensamientos relacionados con la muerte, el DSM-V distingue que en la disforia por duelo los pensamientos están vinculados con el difunto y el deseo de “reunirse” nuevamente con él, mientras que, en un episodio depresivo, los pensamientos relacionados con la muerte se dirigen a acabar con la vida del individuo porque no es digno de vivir o para poner un fin a su sufrimiento (APA, 2014).

Curso del Trastorno Depresivo

El curso de la enfermedad y el tiempo que lleva la sintomatología cumple un rol importante en el pronóstico de recuperación, dado que si se detecta de manera temprana hay mayor probabilidad de mejora. Según el DSM-V, suele haber una mayor incidencia al rededor de los 20 años en la aparición de un primer episodio depresivo. Sin embargo, esto no significa que no pueda aparecer el trastorno después. Asimismo, la duración del trastorno depresivo puede variar en cada caso. Por un lado, hay pacientes que muestran una remisión de los síntomas después de un proceso terapéutico y, por otro lado, hay pacientes que la sintomatología es más resistente y tiende a la cronicidad (APA, 2014).

La cronicidad en el tiempo de los síntomas depresivos aumenta la probabilidad de que subyacentemente exista comorbilidad con otros trastornos. Por ejemplo, los trastornos de la personalidad, ansiedad e incluso es común el abuso de sustancias, dificultando la posibilidad de conseguir una remisión completa de los síntomas. El DSM-V añade que episodios de depresión mayor acompañados de rasgos psicóticos, trastornos de personalidad y casos graves de ansiedad suelen tener menor probabilidad de mejora (APA, 2014).

El riesgo de recurrencia de un episodio depresivo reduce cuanto más tiempo transcurre sin la aparición de sintomatología. Un claro indicador de recurrencia del trastorno suele ser la aparición de sintomatología leve. La probabilidad de recaer en un episodio depresivo aumenta cuanto mayor haya sido la gravedad de la sintomatología y la frecuencia de los episodios depresivos previos. No obstante, es relevante destacar que en ciertos casos aparecen episodios maniacos, modificando el diagnóstico clínico a trastorno bipolar. El DSM-V indica que los adolescentes que han tenido un episodio depresivo previo y aparece sintomatología psicótica, corren un mayor riesgo a ser diagnosticados con bipolaridad. (APA, 2014).

Activación Conductual

Según la guía de tratamiento para pacientes mayores de 18 años de la NICE (National Institute for Health and Care Excellence), el tratamiento psicológico con mayor respaldo empírico del trastorno depresivo menos severo es la Activación Conductual (AC). La AC es altamente recomendada para individuos cuya depresión les haya generado aislamiento social, reducción de las actividades diarias o inactividad total e incluso para individuos que hayan sufrido cambios importantes en su rutina. De igual manera, es de gran utilidad para individuos que prefieren no hablar sobre su depresión en grupos abiertos. Adicionalmente, la NICE sugiere aplicar este tratamiento para individuos que no cuentan con el apoyo de personas cercanas que hayan experimentado anteriormente sintomatología parecida. Por último, se propone aplicar esta intervención a individuos que buscan evitar los efectos secundarios del uso de psicofármacos (NICE, 2022).

La AC fundamenta el cambio de la sintomatología partiendo de la relación existente entre el estado las actividades realizadas y el estado de ánimo de la persona. En consecuencia, incentiva el reconocimiento de patrones conductuales evitativos e impulsa a realizar actividades de menor a mayor dificultad influyendo indirectamente en el estado anímico. Para la aplicación de la AC, no se debe involucrar directamente el abordaje de pensamientos y emociones, sino estar centrado en el cambio conductual que pueda tener la persona. Finalmente, para intervenir adecuadamente, se deben considerar las dificultades que presenta el individuo previo a elaborar el plan de tratamiento (NICE, 2022).

Además, la NICE recomienda que la intervención sea realizada de manera individual y se mantenga una buena adherencia al tratamiento. La duración del tratamiento suele consistir entre 12 y 16 sesiones, pero se podría alargar en caso de que

el paciente muestre comorbilidad con algún otro trastorno mental o padezca de alguna discapacidad. Igualmente, la NICE proporciona un manual de tratamiento para estructurar el curso de las sesiones (NICE, 2022).

El manual de tratamiento está compuesto por un total de 12 sesiones. Cada sesión se encuentra descrita con los elementos claves que se deben abordar y su descripción. Igualmente, refleja ejemplos e instrucciones para el terapeuta con la finalidad de mantener la estructura de la AC. Adicionalmente, incluye tareas que se envían al paciente entre sesiones y las recomendaciones de que hacer si hubo algún percance. Asimismo, incluye diferentes plantillas para dárselas al paciente según avanza el proceso terapéutico (Lejuez et al, 2001).

Estrategias de Afrontamiento

Las situaciones que son percibidas como potencialmente peligrosas (i.e., estresantes) producen una reacción fisiológica y psicológica en el individuo. Por ejemplo, fisiológicamente se desencadena la activación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, donde se libera cortisol, aumentando la frecuencia cardíaca y aumentando la presión arterial (Díaz y González, 2016). Sin embargo, también es relevante considerar las variables psicológicas que están involucradas. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) sobre las estrategias de afrontamiento, detalla cómo situaciones potencialmente estresantes desencadenan un proceso paralelo fisiológico y cognitivo que determinaran el comportamiento del individuo (Vázquez, et al 2003).

El modelo transaccional explica que cuando un individuo se ve frente a un potencial estresor, se hace una “evaluación primaria” valorando el peligro que el estresor representa en el presente o futuro. Este primer filtro, pondera si el suceso tiene repercusiones positivas, neutras o negativas para el individuo. En caso de tener repercusiones negativas, se pasa a un segundo filtro llamado “evaluación secundaria”. En

este segundo filtro, el individuo analiza si cuenta con los recursos suficientes para hacer frente a la situación y superar el potencial daño que el estresor podría causar. En este momento, es importante tomar en consideración el “contexto específico” del individuo (Campuzano, et al), ya que según cómo se percibe la amenaza, las acciones de afrontamiento pueden variar de un contexto a otro. En caso de que el individuo perciba no poseer los recursos necesarios para hacer frente a la situación, se desencadenará una respuesta de estrés. Resultando de esta manera, una respuesta fisiológica, cognitiva, emocional y conductual (Vázquez et al, 2003).

Lazarus y Folkman concluyen que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento que se ven involucradas en este proceso: estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y estrategias de afrontamiento dirigidas a la regulación emocional. Por un lado, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema son los mecanismos utilizados para tratar de resolver y darle fin a la causa del malestar. Por otro lado, las estrategias de regulación emocional se centran en los mecanismos utilizados por el individuo para tratar de aliviar el sufrimiento emocional proveniente de una determinada situación (Vázquez, 2003). Las estrategias de afrontamiento emocional incluyen algunas respuestas como la negación del problema, la evitación, la autofocalización negativa y la rumiación (Meléndez, 2020).

Folkman y Lazarus (1985), crearon un instrumento de medida con 8 dimensiones llamado Ways of Coping Inventory (WOC; Crespo & Cruzado 1997), para medir las estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes. A partir de las bases teóricas asentadas por Folkman y Lazarus sobre el estrés y su modelo de instrumento de medida, se ha creado un instrumento más preciso que busca evaluar el estilo de afrontamiento de los individuos que es el COPE -28. Es un inventario multidimensional que evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas frente a una situación estresante. El COPE-28 está

compuesto por 14 subescalas con 2 ítems cada una. Procura medir el afrontamiento centrado en los problemas, centrado en las emociones, el uso del humor, el desahogo emocional, el uso de sustancias y otras más (Morán et al 2010). El COPE-28 no tiene un punto de corte, pero es interesante en la práctica clínica valorar que estrategias de afrontamiento podrían ser más adaptativas frente a una situación estresante.

Objetivo del Estudio de Caso:

El objetivo del estudio de caso consiste en ampliar la evidencia científica de la psicología, describiendo el curso de tratamiento de un paciente con sintomatología depresiva y discapacidad visual en un contexto terapéutico telemático. Para esto, se aplicarán instrumentos de evaluación antes y después del tratamiento para comparar sus resultados y reflejar si se ha producido algún cambio en la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento. La intervención consistirá en generar una sólida alianza terapéutica, aplicar la AC y mejorar las estrategias de afrontamiento. A través de la intervención se pretende ayudar al paciente aumentando su autonomía, reducir el sentimiento de tristeza profunda y mejorar el aislamiento social. Igualmente, se pretende otorgar al paciente un abanico de herramientas terapéuticas que sirvan como factor protector frente a problemáticas presentes y futuras.

Diseño

Descripción del Diseño Llevado a Cabo

El presente estudio consiste en un estudio cualitativo de estudio de caso, específicamente sistemático o naturalístico. Se califica de esta manera por que la estructura del trabajo incluye el uso de instrumentos de evaluación para sintetizar datos recogidos y generar objetivos terapéuticos inductivos, tiene un carácter exploratorio y no cuenta con resultados concluyentes o generalizables. Con la información recopilada, se

evalúa y analiza los datos obtenidos para conducir el curso de intervención más idóneo (Vicente-Colomina, 2020).

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo de forma remota, utilizando la plataforma "Skype", con una duración de 60 minutos cada una y una periodicidad semanal. La intervención se inició durante la primera semana de octubre de 2023 y a partir de la última semana de febrero 2024, se pactó con el paciente pasar a una frecuencia quincenal. Este documento detalla el tratamiento desde octubre hasta febrero el cual constó de 17 sesiones a lo largo de un período de 5 meses. Este proceso terapéutico se desarrolló durante el segundo período de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas.

El paciente acudió al servicio que oferta el centro de prácticas llamado “Bolsa de Plazas Subvencionadas”. Para poder acudir al servicio que oferta el centro, debe cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

1. El sujeto padece de problemas propios de la Unidad de Psicología General de Instituto Centta, cómo, por ejemplo: depresión, ansiedad, estrés, fobias, duelo, dinámicas familiares problemáticas, trastornos de conducta, traumas, etc.
2. El sujeto debe cumplir con los requisitos económicos y sociales para solicitar su plaza. Algunos de los requisitos son: desempleado, familias numerosas, víctimas de violencia de género, familias monoparentales, individuos con un porcentaje de discapacidad física o intelectual y sujetos que ya reciben asistencia de alguna ONG u otra organización para su cuidado.

Descripción de la Experiencia Clínica del Terapeuta

El terapeuta se encuentra cursando el Máster de Psicología General Sanitaria en la Universidad Pontificia de Comillas, donde ha recibido una formación integral contando

con una base cognitivo-conductual y una especialización terapéutica de intervención sistémica-familiar. Se ha formado cómo estudiante de prácticas en varios centros en España y actualmente se encuentra en su segundo año consecutivo en el Intituto Centta, un centro con una perspectiva integradora de las diferentes corrientes terapéuticas. Igualmente, ha tenido la oportunidad de asistir a varias co-terapias, supervisiones de casos, y aprender de primera mano el trabajo realizado por diferentes terapeutas desde diferentes corrientes terapéuticas.

Aprobación del Comité Ético

El presente trabajo de estudio de caso fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas. Asimismo, el paciente firmó un consentimiento informado.

Metodología

Entrevista

Al inicio del tratamiento, se llevó a cabo tres sesiones de entrevista donde se describió el encuadre terapéutico, se generó una buena alianza terapéutica y se exploró la sintomatología. Se inició la exploración terapéutica a través de la observación, la escucha activa, el uso de tareas para casa, psicoeducación y fue necesario un reajuste de expectativas.

El encuadre terapéutico consistió en acordar con el paciente el tiempo y la frecuencia con las que se llevaron a cabo las sesiones. Estas se llevaron a cabo de manera telemática, vía “Skype”, un día por semana y con una duración de 60 minutos. De igual manera, en el encuadre terapéutico, fue necesario reajustar las expectativas con el paciente para establecer objetivos terapéuticos alcanzables. Cuando se le preguntó al paciente sobre sus expectativas de la terapia, él respondió, “aprender cual es la fórmula

para volver a ser feliz”. Por lo tanto, a través del diálogo socrático, se logró establecer objetivos terapéuticos medibles y realistas. Finalmente, dentro del encuadre terapéutico, se detalló al paciente en que consiste el principio de confidencialidad, lo cual ayudó a establecer un vínculo seguro.

En la primera fase del tratamiento, el objetivo fue establecer una buena alianza terapéutica. Para construir este vínculo, se enfatizó la aceptación incondicional de la persona, la autenticidad del terapeuta y la empatía. Por lo tanto, se validó el sufrimiento de su bagaje personal, lo cual permitió que el paciente se sienta libre de expresar sus emociones y pensamientos favoreciendo un ambiente de colaboración. Posteriormente, se exploró la sintomatología presente y se continuó con la intervención.

Instrumentos Psicométricos

Se aplicaron al paciente, al inicio y a la final de la intervención, los siguientes instrumentos psicométricos:

Escala de Hamilton para la Depresión. (M. Hamilton, 1960. Adaptación a la población española: Ramos-Brieva y Cordero, 1986). La escala utilizada es una versión reducida que consta de 17 ítems que evalúa la sintomatología depresiva. El tipo de instrumento es una escala (de observación) heteroaplicada. El marco temporal de la evaluación tiene en cuenta las respuestas del momento actual del paciente, pocos días o la semana previa. El rango de puntuación para la escala es entre 0-52. Para valorar la severidad del trastorno depresivo se consideran cómo puntos de corte: 0-6 sin depresión, 7-17 depresión ligera, 18-24 depresión moderada, 25-52 depresión grave (Conde y Franch, 2015). La Escala para la Depresión de Hamilton es un instrumento que puede ser utilizado antes durante y después del tratamiento para evaluar la sintomatología y la respuesta al tratamiento del paciente (Trajković et al 2011). La escala cuenta con buena

consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92. Por otro lado, el coeficiente de correlación interclase fue de 0,92 (Anexo 1) (Conde y Franch, 2015).

Inventario COPE-28. (Carver, 1997. Adaptación a la población española por Crespo y Cruzado, 1997) es un inventario multidimensional desarrollado para evaluar las estrategias de afrontamiento del individuo frente a diversas situaciones. Está compuesto por 14 subescalas de dos ítems cada una, donde los ítems son planteados en términos de acción y respuestas en una escala ordinal tipo Likert de cuatro posibles respuestas (de “0” a “3”) donde 0 es “en absoluto” y 3 es “mucho” (Morán et al, 2010). A pesar de que las subescalas estén conformadas por solo dos ítems cada una, estas tienen valores del alfa de Cronbach aceptables. La consistencia interna del inventario arroja un alfa de Cronbach de 0.764 (Elena et al, 2013). El COPE-28 es un instrumento de medida que no cuenta con un punto de corte. Permite valorar las estrategias de afrontamiento que posee una persona en un momento puntual. Por lo tanto, se puede utilizar antes y después del tratamiento para comparar si hubo algún cambio cómo el individuo enfrenta las diferentes situaciones estresantes (Anexo 2).

Ejercicios y Técnicas Utilizadas

Ejercicios Realizados para Construir la Alianza Terapéutica

Pirámide del Cuidado (Anexo 3). Para iniciar a construir un buen vínculo con el paciente, fue importante tomar en consideración el contexto del paciente, el cual se detalla en el apartado 6 de Presentación del Caso. Por ende, se realizó un ejercicio con el propósito de identificar cuales son las características esenciales que se deben respetar para cualquier tipo de relación interpersonal. El ejercicio fue una adaptación de “la teoría de la pirámide” descrito por Marian Rojas en su libro *Encuentra tu Persona Vitamina* (Rojas, 2021). El ejercicio consistió en dibujar una pirámide compuesta por 3 diferentes niveles, donde cada nivel tuvo ciertas características. El primer nivel, la base de la pirámide,

consistió en establecer junto con el paciente cuales eran los “mínimos no negociables” que debe existir en toda relación interpersonal. En este caso, el paciente estableció la empatía, el respeto y la honestidad como la base de cualquier relación interpersonal. En un segundo escalón, se denominó como los “extras”, compuesto por características no indispensables, pero que influyen al construir una relación interpersonal. En este escalón, el paciente ejemplificó algunas características que entrarían para él en esta categoría. Por último, la cúspide de la pirámide se denominó “unicornio”, ya que consta de una característica que le gustaría que existiese en una relación interpersonal pero no tiene porque haber nunca. Por tiempo, el paciente tuvo la tarea de pensar que le gustaría poner en la cúspide de su pirámide de cuidado.

Listado del “Yo real” y el “Yo ideal” (Anexo 4). Como tarea, se le envió al paciente realizar un listado de cómo se encuentra en el presente y cómo le gustaría encontrarse dentro de 5 años. El paciente refirió que tuvo mucha dificultad haciendo la tarea y que no pudo completarla como le hubiera gustado ya que le costó mucho describir su “yo real”.

Ejercicios Realizados Para Trabajar las Estrategias de Afrontamiento:

Role-playing. Por medio de este ejercicio, se trabajó la asertividad y las habilidades sociales. Se emplearon varias escenificaciones que el paciente refirió tener en su día a día. El role-playing se utilizó con el objetivo de mejorar el apoyo instrumental y el apoyo emocional. Por lo tanto, para mejorar el apoyo instrumental, se ensayaron diferentes maneras de pedir un consejo o ayuda para tomar decisiones. Asimismo, para mejorar el apoyo emocional, fue necesario ensayar cómo pedir un soporte emocional a sus amistades.

Distractores. El uso de distractores de manera consciente fue de mucha utilidad para el paciente, sobre todo en situaciones donde fue capaz de identificar disparadores

que le llevarían a sentirse desbordado emocionalmente. Por consiguiente, se acordó escuchar música/podcasts o salir a caminar durante 15 minutos hasta reducir el malestar. Con este ejercicio, aumentó la auto-distracción y la desconexión conductual como alternativas para reducir la desregulación emocional.

Desahogo Emocional. Para situaciones estresantes, se le aconsejó al paciente poder externalizar con palabras cómo se siente en ese momento. El paciente optó por utilizar el móvil como recurso, donde a través del dictado de voz, iba describiendo cómo se sentía en situaciones emocionalmente desgastantes. Este ejercicio ayudó a identificar con mayor facilidad la autoinculpación.

Tareas o Ejercicios Utilizados para la Activación Conductual

Lista de Valores (Anexo 5). Uno de los pasos en la AC fue definir los valores trascendentales para el paciente. Para identificarlos, se llevó a cabo un ejercicio donde el paciente realizó un listado de los diferentes ámbitos de su vida y los valores más representativos cada uno. Las dimensiones primordiales para el paciente fueron el ámbito familiar, social, de pareja, académico y personal.

Jerarquía de Actividad (Anexo 6). Durante la activación conductual, fue necesario definir junto al paciente una lista de actividades que podría llevar a cabo. Con esta lista de actividades se realizó una jerarquía que constaba en 5 niveles de dificultad. Se estableció como nivel 1 aquellas actividades que el paciente estaría dispuesto a realizar requiriendo poca dificultad y en el nivel 5 actividades que le gustaría hacer, pero le resulta muy difícil hacerlas. Inicialmente, se registraron 15 diferentes actividades en una jerarquía de dificultad.

Agenda Semanal (Anexo 8). El paciente completó un autorregistro semanal de las actividades realizadas, las cuales se revisaban en cada sesión. Las plantillas de la agenda semanal tuvieron un cambio como se explica en el apartado 10 de tratamiento.

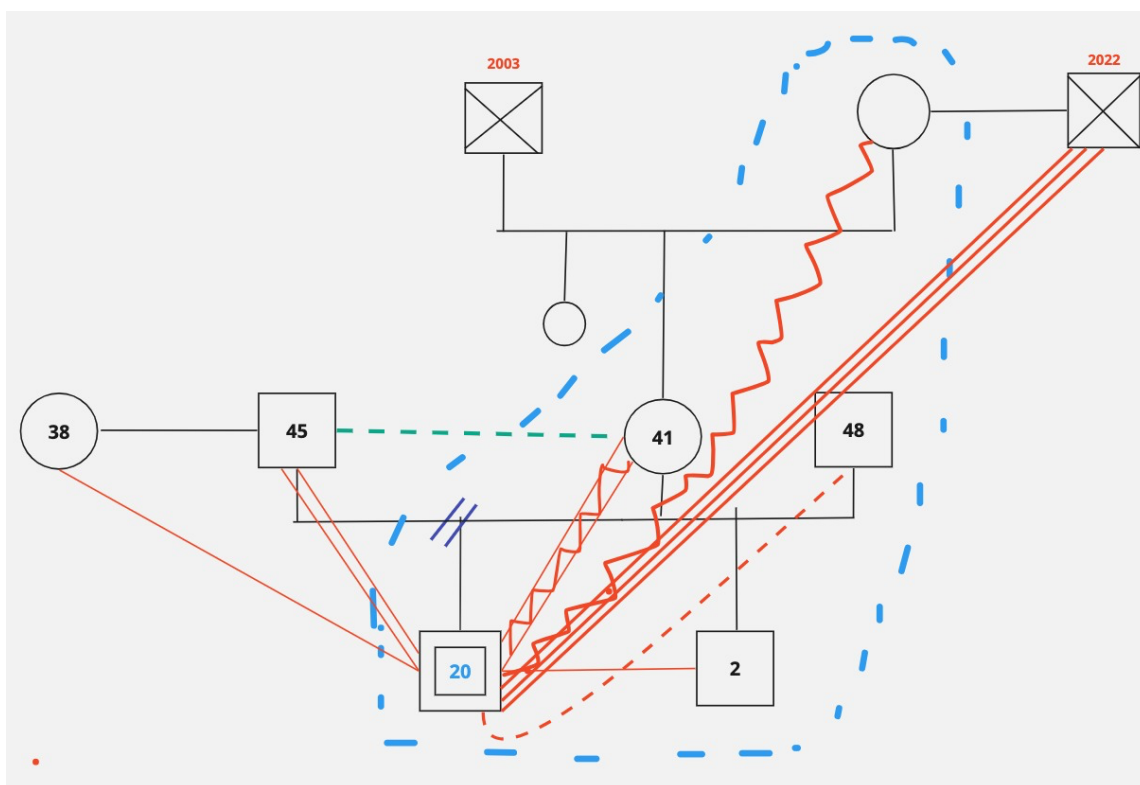
Presentación del caso

Descripción del Paciente, Familia y Sociodemográfico.

Paciente masculino de 20 años, natural de una isla de España. El paciente padece de albinismo, de modo que tiene problemas de visión y es reconocido con un 80% de discapacidad. Igualmente, el paciente hace 3 meses que se mudó de su ciudad natal a Madrid para empezar a estudiar una carrera. Actualmente vive en una residencia de estudiantes. A continuación, en la Figura 1 se muestra un genograma que refleja cómo fue su convivencia familiar antes de mudarse a Madrid.

Figura 1

Genograma.



El paciente refiere que siempre vivió en una situación socioeconómica media-baja. Describe que antes de mudarse a Madrid vivía con su madre, la pareja de la madre, su medio hermano que tiene apenas 2 años y su abuela, quien se mudó a vivir con ellos

después del fallecimiento de su marido. Su padre hace más de 5 años que por motivos laborales se fue a vivir a otro país de Europa junto a su actual pareja.

El paciente describe que siempre ha tenido una relación conflictiva con su abuela materna. Detalla que, durante su infancia, cuando su madre se iba a trabajar, se quedaba bajo el cuidado de su abuela. El paciente menciona que su abuela tenía problemas de consumo de sustancias y en varios escenarios vivió situaciones de violencia física hacia él. Aunque el tiempo pasaba, los consumos se mantuvieron, llevando a varias situaciones donde el paciente tuvo llamar a su madre porque su abuela no se encontraba en un buen estado de salud. Igualmente, el paciente recuerda acompañar a su madre para rescatar a su abuela porque ella se veía involucrada en altercados violentos en la calle. Por otro lado, el paciente indica nunca haber conocido a su abuelo materno ya que él falleció poco tiempo antes de que naciera. Sin embargo, al poco tiempo del nacimiento del paciente, su abuela se casó con un hombre que tomaría la figura de abuelo. El paciente hace referencia al abuelo que conoció como “héroe” ya que fue una persona muy significativa en su vida. El paciente indicó que siempre pudo contar con su apoyo y en varias ocasiones le apartó del maltrato que sufrió de parte de su abuela. El abuelo que conoció el paciente falleció en el año 2022, lo cual supuso un momento muy triste en su biografía.

El paciente alude haber vivido el divorcio de sus padres como un evento muy desagradable. El paciente tenía 12 años cuando esto sucedió y narra esta etapa de su vida como muy dolorosa. Describe que hubo constantes discusiones entre sus padres que solían terminar en escenas violentas de parte de la madre hacia el padre. Durante el divorcio, el paciente detalló que su padre siempre trató de explicarle que el problema no es culpa del hijo, sino que la relación como pareja había terminado. Sin embargo, el paciente indicó que su madre le pidió que no cultivara la relación con su padre porque es quien causó mucho sufrimiento a ambos. Incluso, el paciente aludió que la madre le pidió

que mienta a los abogados que llevaban el caso para que el padre no pueda visitarlo y siga pagando la manutención.

Ahora, el padre vive fuera de España con su pareja y el paciente describe tener muy buena relación con ambos. Por otro lado, la madre vive con su nueva pareja con quien tuvieron un hijo. El paciente expone que la relación con su madre es muy cercana pero conflictiva, la relación con la pareja de la madre es distante, y que la relación con su medio hermano menor se basa en el cuidado.

Motivo de Consulta, Principales Síntomas/ Problemas

Durante la primera sesión, el paciente refirió que tuvo dos abandonos terapéuticos previos. Igualmente, describió que el primer abandono estuvo relacionado con que el terapeuta asignado era especializado en población vulnerable y él no se sintió a gusto. Cuando se le preguntó por el segundo abandono terapéutico, el paciente indicó que no se sintió cómodo con el terapeuta por ser muy directivo. Por lo tanto, fue necesario preguntarle cómo se sentiría más cómodo durante el proceso terapéutico y que le gustaría evitar para mantener una buena adherencia al tratamiento. Por lo tanto, aludió que le gustaría sentirse seguro hablando de su malestar emocional y evitar hablar sobre su discapacidad ya que no es su motivo de consulta. Como resultado, se dedicó las primeras sesiones a construir un vínculo terapéutico seguro con el paciente y explorar la sintomatología latente en el momento.

Cuando se le preguntó al paciente cual es el motivo de consulta, él respondió que no es igual de feliz que antes y le gustaría “*aprender cual es la fórmula para volver a ser feliz*”. Se pudo percibir que acudió a las primeras sesiones con mucho malestar emocional y sintomatología depresiva. A través de la exploración, se recogió que sentía tristeza profunda la mayor parte del día, todos los días. Igualmente, refirió que tenía problemas para conciliar y mantener el sueño a causa de pensamientos rumiativos relacionados con

la soledad, motivo por el cual utilizaba alguna serie o música para dormir como ruido de fondo. También, indicó una relación entre su estado de ánimo y su alimentación. Describió que ha aumentado de peso ya que cuando se sentía triste comía golosinas. Asimismo, el paciente refirió que perdió la motivación para llevar a cabo sus actividades diarias y prefería pasar en la cama la mayor parte del día. Por último, se exploró ideas relacionadas con la muerte o hacerse daño a si mismo las cuales fueron descartadas.

Aunque el formato utilizado para las sesiones fue vía telemática, se pudo recopilar bastante información que ayudó para dar inicio al tratamiento. Se pudo observar que la apariencia del paciente indicaba hábitos higiénico poco frecuentes, descuidando su aspecto físico. A pesar de que las sesiones tenían lugar por la tarde, se presentaba en pijama y sin bañarse. El paciente se conectaba a las sesiones desde su habitación, la cual no se encontraba ordenada. Por otro lado, no mostró problemas para ubicarse adecuadamente en el espacio, tiempo y persona. Asimismo, mantuvo una actitud colaborativa durante las sesiones. No indicó tener ningún problema con la atención, pero, se pudo observar enlentecimiento psicomotriz sin mostrar un problema de control de impulsos. No indicó problemas en el uso del lenguaje. Hubo coherencia entre la comunicación verbal y no verbal durante las sesiones. No aparentó tener ninguna dificultad con el curso y contenido del pensamiento. Durante las sesiones, se mostraba con los ojos parcialmente cerrados por su condición. No hubo indicios que mostraran alguna afectación de la memoria, ni tampoco, alguna afectación en la inteligencia. Finalmente, el paciente describió sentir una tristeza profunda y desmotivación durante meses, incluso antes de mudarse a Madrid.

Antecedentes

Antecedentes Personales

Durante las primeras sesiones, el paciente hizo referencia que sufrió mucho por su discapacidad visual y por su aspecto físico toda su vida. Resaltando que todavía le molesta cuando otros lo señalan por la calle por su apariencia. Igualmente, detalló que los recuerdos de su infancia fueron desagradables, incluso verbalizó, “*yo viví cosas que ningún niño tuvo que haber vivido*”. Relató haber sufrido maltrato físico por su abuela cuando ella se encontraba bajo el efecto de sustancias. Asimismo, recordó con mucho dolor el divorcio de sus padres y refirió que con tan solo 12 años se vio en medio del conflicto en más de una ocasión. Adicionalmente, apuntó que en su adolescencia sufrió acoso escolar durante dos años. Relató que durante este periodo de tiempo hubo un grupo de estudiantes que casi todos los días le golpearon e insultaron y él nunca acudió a las autoridades por miedo a empeorar las cosas.

Cuando se le preguntó por su red de apoyo social, el paciente refirió que nunca tuvo muchos amigos y que siempre se sintió bastante solitario. Destacó que, en el ámbito amoroso, tuvo dos parejas. Hizo hincapié en la segunda pareja ya que le costó mucho superar la ruptura cuando lo dejaron en el año 2022.

El paciente mencionó que en el año 2022 pasó las peores 2 semanas de su vida. En 2022 tuvo COVID 19 y, por lo tanto, tuvo que aislarse durante dos semanas en su habitación. Durante este periodo de tiempo, su abuelo quien fue un gran soporte, falleció y su segunda pareja terminó la relación. Adicionalmente, apuntó que no pudo despedirse de su abuelo ni acudir al entierro.

El paciente refirió que a partir de estos eventos cambiaron sus hábitos de sueño y le acompañaba una tristeza profunda la mayor parte del día. Igualmente, el paciente describió que hubo un periodo de 3 meses seguido a la muerte de su abuelo donde

consumió alcohol con mucha frecuencia y en grandes cantidades, pero dejó de consumir señalando que el alcohol solo le hizo sentirse más solo y triste. En el año 2023 decidió mudarse a Madrid para iniciar el estudio de una carrera y acudió a terapia psicológica por primera vez.

Evaluación inicial

Resultados Clínicos Relevantes en la Evaluación Inicial

Después de las primeras sesiones de exploración y generar un vínculo terapéutico seguro, se destacó sintomatología de carácter depresivo, acompañado de pobres estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes. El paciente vivió eventos no normativos del ciclo vital sin recibir ayuda profesional. Cómo, por ejemplo, el divorcio de sus padres, el maltrato recibido por su abuela, el fallecimiento de su abuelo cuando se encontraba aislado con COVID 19 y el acoso escolar.

Asimismo, describió que sus intentos de solución tuvieron una tendencia a la evitación. Prefirió estar solo cuando se sentía triste, acudió al consumo de alcohol para sentirse mejor, abandonó su casa en repetidas ocasiones para evitar el conflicto entre su abuela y su madre. Por otro lado, el sentimiento de soledad y tristeza se acumuló, llevándole a no querer salir de la cama, descuidar de su higiene personal y aumentar de peso, hasta que decidió pedir ayuda profesional.

Cómo resultado, se aplicó una Escala para la Depresión de Hamilton y el COPE-28. El objetivo de aplicar ambos instrumentos fue tener una línea base de cómo se encontraba el paciente antes de la intervención para contrastar los resultados después de la intervención.

El resultado obtenido en la Escala para Depresión de Hamilton fue de 22, lo que se clasificó cómo una depresión moderada (Conde, Franch 2015). En los resultados, hubo algunas categorías donde las puntuaciones indicaron mayor intensidad de la

sintomatología presente: estado de ánimo deprimido, ansiedad psíquica y síntomas somáticos generales. Igualmente, algunas categorías mostraron una moderada presencia de sintomatología: sentimientos de culpa, insomnio inicial, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad somática y pérdida de introspección. A partir de esta línea base, se inició la intervención psicológica a través de la AC.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el COPE-28 mostraron una puntuación mejorable en el afrontamiento activo, apoyo instrumental, apoyo emocional, autodistracción, desahogo, aceptación y autoinculpación. Por lo tanto, se orientaron algunas sesiones a través de técnicas prácticas a mejorar las estrategias de afrontamiento de dichas subescalas.

Formulación del Caso.

Formulación del Caso

Tabla 1.

Variables funcionales

Antecedentes	Variables disposicionales	Respuesta	Consecuentes
<u>Externos:</u> Fallecimiento del abuelo.	<u>Biológicas:</u> Albinismo/ discapacidad visual	<u>Conductual:</u> Aislamiento social Comida para reducir malestar	Evitar interacciones desagradables. Sentimientos depresivos.
<u>Internos:</u> Acoso escolar Burlas/señalamientos	<u>Externas:</u> Falta de habilidades sociales. Red de apoyo social limitada. Falta de apoyo emocional Cambio contextual (mudanza)	<u>Cognitivo/emocional:</u> Precipitarse a posibles fallos Pensamientos negativos de si mismo Rumiación Creencias de no merecer ser querido	Quedarse en cama Falta de higiene personal. Deterioro de autoimagen. Sentimiento de soledad/vacío. Problemas de sueño.

Las conductas de aislamiento social y precipitarse a posibles fallos en sus interacciones sociales tienen un antecedente de acoso escolar y burlas/señalamientos recibidos durante su adolescencia. El albinismo/discapacidad visual, la falta de habilidades sociales y la mudanza a la nueva ciudad han funcionado como variables que han modulado que el paciente tenga mayor dificultad para aumentar sus interacciones sociales. Por lo tanto, quedándose en cama todo el día, evita exponerse a situaciones desagradables, reforzando esta conducta.

Por otro lado, el fallecimiento del abuelo (quien fue una figura de apoyo emocional importante) fue un evento significativo que desencadenó sentimientos depresivos, creencias negativas de sí mismo y dio inicio a las rumiaciones. Asimismo, la falta de apoyo emocional y contar con una red de apoyo social limitada generó que se mantengan las rumiaciones y confirmen sus creencias negativas de no merecer ser querido. Como resultado, aumentó el sentimiento de soledad y vacío, lo cual condujo a que descuide la higiene personal, empeore su autoimagen y aparezcan problemas para conciliar el sueño.

Diagnóstico Especificado y Diagnóstico Diferencial

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado persistente de tristeza, pérdida de interés o placer en las actividades, cambios en el peso o el apetito, problemas para dormir o dormir en exceso, agitación o lentitud psicomotora, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Según el DSM-V (APA, 2014), se deben cumplir al menos 5 criterios diagnósticos, la sintomatología tuvo que estar presente por al menos dos semanas, debe presentar un cambio del funcionamiento previo y uno de síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

En el caso del paciente, cumple con los siguientes criterios:

A.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días. El paciente describió sentir una tristeza profunda todos los días casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. El paciente refirió que llevaba algunos meses sintiendo que vivía en modo “*automático*” y que dejó de hacer actividades que antes le resultaban placenteras.
3. Pérdida o aumento de peso sin hacer dieta o disminución o aumento de apetito casi todos los días. El paciente refirió un aumento de peso en los últimos meses porque cuando se sentía triste solía comer golosinas para sentirse mejor.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. El paciente indicó que tiene problemas para conciliar el sueño acompañado de pensamientos rumiativos.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. Se pudo observar durante las primeras sesiones que el paciente mostró retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. El paciente mencionó que le cuesta salir de la cama ya que no tenía energía y se sentía cansado casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. El paciente transmitió un sentimiento de inutilidad, ya que verbalizó que no vale la pena esforzarse ya que nada le salía bien.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. En este caso, el paciente mostró una afectación a nivel personal sintiendo una profunda tristeza que

deterioró su autoimagen, a nivel familiar describió no poder contar con un soporte emocional y socialmente percibía que se había aislado considerablemente.

- C. El episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. El paciente refiere que no consumió sustancias y que llevaba algunos meses así por lo tanto no se atribuyó a ninguna afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El paciente no mostró rasgos de ninguno de estos trastornos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. El paciente refirió no haber experimentado nunca un episodio de estas características.

Cómo se pudo observar, el paciente cumplió del apartado A un total de 7 criterios diagnósticos, igualmente cumplió con el apartado B, C, D y E. Consecuentemente, a partir de los criterios del DSM-V se pudo aplicar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

Para hacer un diagnóstico diferencial, fue importante considerar otros trastornos que pudieran presentar síntomas similares. Algunas posibilidades incluyeron:

1. Trastorno Bipolar: Aunque el TDM y el trastorno bipolar pueden compartir síntomas depresivos, el trastorno bipolar se caracteriza por episodios alternantes de depresión y manía o hipomanía, los cuales el paciente no tuvo.
2. Trastorno de Ansiedad: Los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico, pueden presentar síntomas físicos similares a la depresión, como fatiga y problemas para dormir, pero la

ansiedad predominará en lugar de la tristeza. En este caso, aunque el paciente presentó sintomatología ansiógena, la tristeza predominó.

3. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): Las personas con TEPT pueden experimentar síntomas de depresión, pero generalmente están vinculados a experiencias traumáticas específicas. En este caso, el paciente refirió que fue muy doloroso el fallecimiento de su abuelo y el acoso escolar sufrido en la infancia, pero describió que lleva varios meses así y que no se debía específicamente a estos eventos.
4. Trastorno depresivo persistente (distimia): La sintomatología es muy parecida al TDM, sin embargo, para diagnosticar este trastorno la sintomatología debe ser persistente por al menos dos años. En este caso, el paciente no cumplió la duración de dos años de sintomatología presente.
5. Trastorno de Adaptación: Este trastorno se produce en respuesta a un evento estresante significativo y puede presentar síntomas similares a los del TDM, pero generalmente son de duración más corta y están más estrechamente relacionados con el evento estresante. Aunque el paciente migró hace poco tiempo a una nueva ciudad y eso pudo representar un evento estresante significativo, el paciente comentó que la sintomatología se encontraba presente antes de mudarse de su ciudad de origen.

A partir de los criterios diagnósticos del DSM-V y la sintomatología observable en el paciente, la entrevista clínica y los resultados de evaluación se pudo sugerir el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Por lo tanto, se procedió a la intervención terapéutica más recomendada, en este caso la AC acompañada de mejorar sus estrategias de afrontamiento.

Tratamiento y Curso

Tipo de Intervención y Justificación de la Intervención

La intervención del caso se realizó de manera individual con el paciente, se siguió una línea de intervención cognitivo-conductual, específicamente a través de la AC y mejorando las estrategias de afrontamiento. Dicha intervención se realizó de manera telemática un día por semana, con una duración de 17 sesiones a lo largo de 5 meses (de octubre 2023 a febrero 2024).

Tras valorar la sintomatología del paciente, se optó por aplicar la AC como técnica de intervención. Según la NICE, la AC es el tratamiento psicológico con mayor apoyo empírico que se puede aplicar para el trastorno depresivo menos severo (NICE, 2022). En este caso, el paciente presentó sintomatología depresiva moderada lo cual encajaba con las recomendaciones pautadas.

Igualmente, fue importante trabajar las estrategias de afrontamiento ya que se vincula la autoinculpación, la rumiación y la catastrofización con la ansiedad y sintomatología depresiva. Por consiguiente, implementar cambios en las estrategias de afrontamiento ayudó a mejorar la sintomatología, sobre todo cuando se trabajó la aceptación (Gutiérrez y Márquez, 2020). Además, los ejercicios implementados en terapia aportaron para mejorar las habilidades sociales, asertividad, autocontrol y expresión emocional.

Definición de las Metas y Objetivos del Tratamiento

Cómo se indica la Tabla 2, los objetivos fueron divididos en objetivos terapéuticos y técnicas de intervención. Los objetivos fueron abordados por medio de la AC y técnicas para mejorar las estrategias de afrontamiento. Los objetivos fueron líneas generales de trabajo, no fueron intervenciones secuenciales.

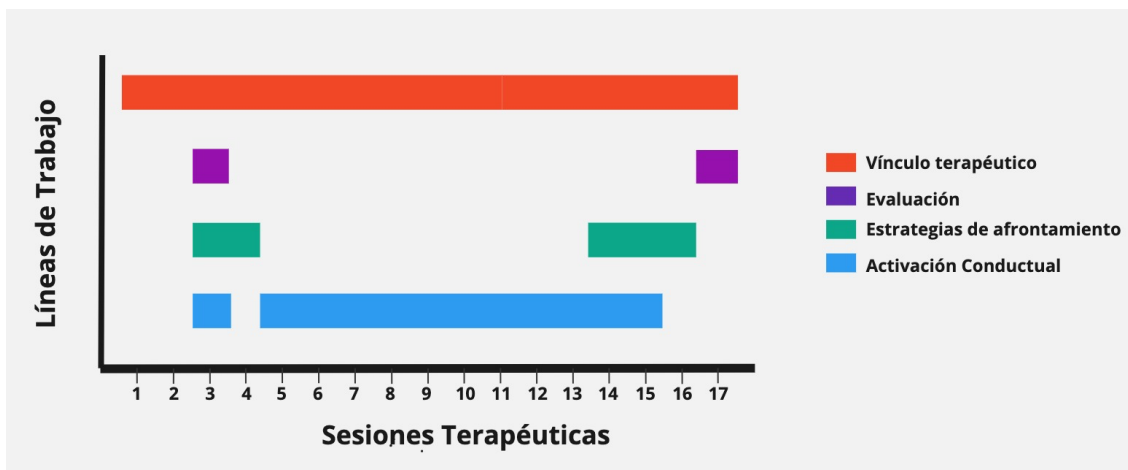
Tabla 2*Objetivos del tratamiento.*

Área	Objetivos terapéuticos	Técnicas de intervención
Personal	Mejorar la regulación emocional Mejorar los hábitos de sueño Aumentar la energía percibida	Psicoeducación Auto-distracción consciente Implementar hábitos higiénicos
Familiar	Mejorar la relación con su madre y su pareja Mejorar su relación con su abuela Poner límites en su dinámica familiar	Mejorar habilidades de comunicación Establecer límites.
Social	Reducir el aislamiento social Aumentar su red de apoyo social Mantener y aumentar la red de apoyo social existente	Mejorar habilidades sociales Mejorar la asertividad Role-playing
Académica	Mantener y mejorar calificaciones	Hábitos de estudio

Descripción del Tratamiento: Formato y Contenido.

El proceso terapéutico tuvo una duración de 17 sesiones como refleja la Figura 2. Las 17 sesiones tuvieron una frecuencia semanal salvo en dos ocasiones que hubo feriado y se espaciaron las sesiones. Durante todo el proceso se construyó el vínculo terapéutico, se dedicó 2 sesiones para la evaluación antes y después de la intervención, se dedicaron 5 sesiones a trabajar las estrategias de afrontamiento, 12 sesiones a la AC y una sesión para resumir lo trabajado. A continuación, se detalla que se hizo en las sesiones según las diferentes líneas de trabajo.

Figura 2*Cronograma de sesiones.*



Alianza Terapéutica:

La alianza terapéutica fue algo que se mantuvo en constante construcción a lo largo de todas las sesiones, sin embargo, hubo cuatro sesiones donde se priorizó reforzarla. Durante la sesión 1 y 2, se priorizó generar una buena alianza con el paciente. Para lograrlo, se expuso el encuadre terapéutico clarificando el formato en el que se llevó a cabo las sesiones. Se explicitó que las sesiones tendrían un formato telemático, serán una vez por semana y tendrían una duración de 60 minutos. Igualmente, el terapeuta se presentó y le facilitó al paciente un consentimiento informado.

Una vez acordado el encuadre terapéutico, se exploró el motivo de consulta y se pautaron los objetivos que le gustaría cumplir en el tratamiento. Durante este proceso, se hizo un ajuste de expectativas, ya que cuando se le preguntó al paciente qué le gustaría conseguir con la terapia él respondió, “*aprender cual es la fórmula para volver a ser feliz*”. Finalmente, se envió como tarea el ejercicio del “yo real vs yo ideal” (Anexo 4). Esta tarea facilitó acordar los objetivos terapéuticos en los diferentes ámbitos.

Durante la sesión 4, el paciente se presentó desbordado emocionalmente por discusiones con una compañera de la carrera. Por lo tanto, la sesión se centró en la contención emocional y se trabajaron dos aspectos: una técnica para mejorar las estrategias de afrontamiento que se hablará más adelante y se realizó la “pirámide del

cuidado” (Anexo 3). Este ejercicio contribuyó en fortalecer el vínculo y resultó de mucha utilidad al paciente para empezar a establecer límites en sus relaciones interpersonales priorizando su bienestar emocional.

Durante la sesión 17, se hizo un repaso de la evolución que tuvo el paciente durante el proceso terapéutico a través de la “línea de evolución” (Anexo 10). Por lo cual, se le pidió al paciente que gradúe de 0 a 100, siendo 0 el punto de partida de cuando inició la terapia, y siendo 100 que se han cumplido todos los objetivos terapéuticos y no queda nada por trabajar. El paciente indicó que se encontraba en un 90, con muy poco por trabajar. Asimismo, aludió que con las herramientas adquiridas en terapia ha superado situaciones que antes no hubiese podido. Por lo tanto, se le planteó al paciente empezar a espaciar las sesiones cada dos semanas.

Evaluación:

En la sesión 3 y 17 se aplicaron los instrumentos de evaluación detallados en el apartado 5 de metodología.

Estrategias de Afrontamiento:

Se trabajó las estrategias de afrontamiento durante 5 sesiones a lo largo de la intervención terapéutica. Durante la sesión 3 se introdujo al paciente lo que son las estrategias de afrontamiento. A través de psicoeducación, se le explicó al paciente cómo una situación estresante puede desencadenar una reacción fisiológica y psicológica. Adicionalmente, se le explicó que las reacciones individuales varían según los recursos con los que cuenta el sujeto, al igual que influye el contexto en el que se desarrolla el evento. Además, durante la explicación se introdujo al paciente la diferencia entre estrategias de afrontamiento dirigidas hacia la solución de problemas y las estrategias de afrontamiento dirigidas a la regulación emocional. Para facilitar la explicación, se ejemplificó con situaciones de la vida del paciente destacando las diferentes estrategias

de afrontamiento utilizadas según la situación, contexto y recursos disponibles en el momento. Finalmente, se discutió sobre posibles estrategias de afrontamiento que podrían ser más adaptativas en el mismo escenario.

Durante la sesión 4, el paciente llegó desbordado emocionalmente mostrando mucha irritabilidad e ira. Por lo tanto, fue una oportunidad para ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento. Como resultado, se pautó adquirir una herramienta que le permita desahogarse. Esta herramienta fue el teléfono móvil, donde plasmó todo lo que siente y piensa. De esta manera, se incentivó la externalización de emociones para regresar a la calma. Se llegó al acuerdo con el paciente de utilizar el teléfono móvil cada vez que se vea desbordado emocionalmente y necesite desahogarse.

Durante la sesión 13, se implementó una nueva estrategia de afrontamiento, el uso consciente de distractores. En momentos donde el paciente identificó disparadores de desbordamiento emocional, se aplicó el uso de distractores. Por consiguiente, durante la sesión, se indagó cuáles podrían potenciales estímulos que cambien su foco de atención lejos de la situación estresante una vez identificados los disparadores. Se estableció con el paciente escuchar música, un podcast o salir a caminar durante 15 minutos. La auto-distracción y la desconexión conductual fueron estrategias de afrontamiento alternativas útiles una vez que fue capaz de reconocer los disparadores que alterarían su estado de ánimo.

Durante la sesión 14, se llevó a cabo un ejercicio de Role-playing con el objetivo de mejorar la asertividad y habilidades sociales. Se puso en juego algunos escenarios que involucraron aprender a decir y recibir una crítica, al igual que aprender a pedir ayuda. A través de este ejercicio se logró ensayar cómo manifestar que se encuentra disconforme en alguna situación, al igual que pedir consejos de cómo mejorar en su toma de decisiones. Asimismo, se puso en escena una situación donde el paciente tuvo que pedir

soporte emocional a sus amistades y comunicarlo de manera asertiva. Como resultado, el ejercicio permitió conseguir mayor apoyo instrumental y emocional en sus relaciones interpersonales.

Por último, durante sesión 16, se realizó un resumen de los diferentes recursos aprendidos como estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes. El desahogo emocional; externalizar sus pensamientos y emociones; acudir a auto-distractores y la desconexión conductual una vez identificados disparadores de ansiedad; y el apoyo instrumental/emocional en sus relaciones interpersonales. El paciente fue capaz de diferenciar las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y las de regulación emocional.

Activación Conductual (AC):

La AC tuvo una duración de 12 sesiones como recomienda la NICE (NICE, 2022). Asimismo, se aplicó el manual recomendado (Lejuez et al, 2001), donde se detalla el procedimiento a seguir. Sin embargo, se aplicaron algunas adaptaciones.

La introducción a la AC tuvo lugar durante la sesión 3, después de la exploración psicopatológica y construcción del vínculo terapéutico. Como recomienda el manual, la sesión tuvo un enfoque psicoeducativo explicándole al paciente lo que es la depresión, la sintomatología y en que consiste la AC. Igualmente, se habló de que eventos en su vida pudieron desencadenar un episodio depresivo, las soluciones intentadas para mejorar la sintomatología y la consciencia de querer mejorar su situación actual. Por otro lado, se insistió en la adherencia al tratamiento que requiere la AC para que tenga un efecto la intervención.

Dado que en la sesión 4 el paciente llegó muy desbordado emocionalmente, se continuó la intervención en AC durante sesión 5. Durante esta sesión, se introdujo el monitoreo semanal. Aunque el manual recomienda que el monitoreo sea diario, se

adaptaron las plantillas enviadas al paciente, para que registre semanalmente las actividades realizadas y su frecuencia. Adicionalmente al registro de las actividades realizadas, el paciente debía puntuar la importancia y el disfrute que le produjo cada una de las actividades de 1 a 10 (Anexo 8). Se envió cómo tarea entre sesiones, pidiéndole al paciente que complete el registro semanal previo a la siguiente sesión.

Durante la sesión 6, se revisó el monitoreo semanal para identificar las actividades realizadas, su frecuencia, la importancia y disfrute que le significaron. Se pudo observar que hubo pocas actividades que el paciente disfrutó y casi no les dedicó tiempo a ellas. Igualmente, el paciente mencionó que hubo actividades importantes le costó realizar y que algunas las dejó incompletas. Por lo tanto, se tomó un tiempo durante la sesión para hablar sobre el nivel de actividad conductual que tuvo el paciente y la frecuencia con que llevó a cabo las actividades importantes al igual que las placenteras. Se le comentó, que durante las próximas semanas habrá cambios en sus actividades diarias pero que de momento es necesario mantenerse expectante de las actividades que realiza para continuar con los registros semanales. Al finalizar la sesión, se le pidió al paciente que complete los registros semanales y los trajera para la siguiente sesión (Anexo 8).

Es importante destacar que durante la sesión 6, se trató de implementar la recomendación del manual de identificar e introducir un apoyo social para aumentar la motivación al cambio. El paciente indicó que no contaba con una red social de apoyo y no quiso que ningún familiar se entere que acudió a terapia psicológica. Por lo tanto, la resistencia del paciente supuso aplazar la introducción de una red de apoyo social cómo recurso en la intervención terapéutica.

La sesión 7 consistió en revisar los registros semanales. Se pudo observar nuevamente que las actividades de disfrute fueron pocas y duraron un corto periodo de tiempo. Sin embargo, logró completar varias actividades que consideró importantes, las

cuales anteriormente no completó. Una vez revisado el registro semanal, cómo recomienda el manual, se introdujo la actividad de identificar cuales valores son importantes para el paciente. Por lo tanto, creó una “lista de valores” que consideró fundamentales en las diferentes dimensiones de su vida. Cómo se detalla en el Anexo 5, el paciente vinculó: familia con responsabilidad, confianza y honestidad; social con incondicional y empático; pareja con confiable y solidario; académico con responsabilidad y curiosidad; personal con perseverante y positivo. El objetivo de esta actividad fue orientar actividades que se acerquen a los valores descritos. Al finalizar la sesión, se le insistió al paciente que no cambiara nada de lo que viene haciendo y que trajera los registros semanales completados para la siguiente sesión (Anexo 8).

Al inicio de la sesión 8, se revisó con el paciente los registros semanales de las actividades realizadas. Se pudo notar que realizó pocas actividades de disfrute, pero aumentó la frecuencia de las actividades realizadas valoradas cómo importantes. Una vez revisados los registros semanales, se repasó la lista de valores (Anexo 5) realizada en la sesión 7 con la finalidad poder editar la lista, pero el paciente decidió mantenerla igual.

Una vez aprobada la lista de valores, cómo recomienda el manual, se creó una lista de actividades que resulten gratificantes para el paciente y alineadas con su “lista de valores”. Igualmente, fue importante recordarle al paciente que las actividades debían ser observables y medibles. Para incentivar que la lista de actividades sea alcanzable, se instruyó al paciente que dentro de la lista estén actividades que ya realiza a diario, pero que le gustaría aumentar su frecuencia. Al concluir la sesión, se le envió cómo tarea a casa terminar la lista incluyendo 15 actividades, e igualmente que continuara con los registros semanales (Anexo 8).

Al inicio de la sesión 9, se revisó con el paciente los registros semanales de las actividades realizadas. Cabe destacar que en los registros constó una mayor participación

social con los colegas de la carrera e incluso retomó el contacto con su expareja. Asimismo, aumentó la frecuencia de actividades de disfrute al igual que las actividades valoradas cómo importantes. Fue importante reflexionar sobre el cambio que hubo en los registros desde la sesión 5 hasta la 9.

Por otro lado, se revisó la lista de 15 actividades que se le pidió cómo tarea. Se repasó una por una las posibles actividades valorando si eran observables y medibles. Una vez revisada la lista, cómo recomienda el manual, se elaboró una jerarquía de actividades (Anexo 6). Para llevar a cabo la actividad, se le pidió al paciente que ordene la lista de 1 a 15, siendo 1 la actividad de menor dificultad y 15 la actividad de mayor dificultad. Para facilitar la tarea, se dividió en 5 niveles de dificultad la jerarquía. Se identificó cuáles actividades resultaban más sencillas para llevar a cabo, colocándolas en el nivel 1 y las actividades que no se ve capaz de realizar catalogarlas cómo nivel 5. Una vez situados los dos extremos fue más fácil colocar las diferentes actividades restantes. El objetivo fue empezar a realizar las actividades de manera progresiva y con la frecuencia acordada. Al finalizar la sesión se le envió al paciente una nueva plantilla para el registro semanal donde se incluyeron las actividades de la jerarquía. Esta nueva plantilla semanal incluyó la actividad realizada, su frecuencia, la importancia, el disfrute y dificultad (Anexo 9). Se le pidió al paciente cómo tarea que registre las actividades llevadas a cabo centradas en la jerarquía realizada en sesión y anotarlas en la nueva plantilla.

Al inicio de la sesión 10 se revisó con el paciente los registros semanales de las actividades realizadas de la nueva plantilla (Anexo 9). Se observó que paciente realizó las actividades del nivel 1 y la primera actividad del nivel 2 de la jerarquía sin mayor dificultad. Sin embargo, en sesión comentó que “pedir consejos a colegas” o “usar palabras afectivas con su pareja” no pudo hacerlo, por lo cual se habló en sesión de estas

dificultades. Después de revisar el registro semanal de actividades, se valoró editar el orden de la jerarquía, pero él no quiso modificarlo y comentó que se encontraba motivado. Por lo tanto, se incentivó a que mantenga las actividades del nivel 1 y valore la posibilidad de completar las actividades del nivel 2. Sin embargo, cabe destacar que después de la sesión 10 hubo una pausa en la terapia durante dos semanas por feriado. El paciente regresó a casa y se le pidió que mantenga los registros semanales.

La sesión 11 tuvo lugar después de las dos semanas de pausa por el feriado. Por lo tanto, se revisó con el paciente las actividades realizadas durante este periodo de tiempo. El paciente comentó que, aunque hubo algunas actividades del nivel 1 en la jerarquía que no hizo porque en casa hicieron varias de estas tareas, fue capaz de realizar las actividades del nivel 2 sin mayor dificultad. Por ejemplo, indicó que reconectó con colegas de su ciudad de origen y por lo tanto aprovechó para pedirles consejos. Asimismo, mantuvo conversaciones telefónicas con su padre y su pareja 2 veces por semana. Además, cumplió con la actividad de utilizar palabras afectivas con su pareja con mayor frecuencia que la establecida. El paciente se comprometió a mantener las actividades del nivel 1 y 2 de la jerarquía e iniciar con las actividades del nivel 3. Igualmente, se dedicó un tiempo en sesión para reforzar el aumento de actividad y se enfatizó que debe seguir en la misma línea. Fue importante resaltar que el paciente se encontró más animado y amplió su red de apoyo con nuevos colegas de la carrera. Finalmente, se le pidió que mantenga el registro semanal de las actividades completadas (Anexo 9).

Al inicio de la sesión 12 se revisó el registro de las actividades realizadas. El paciente refirió y reflejó en la plantilla que cumplió con las actividades del nivel 1 y 2 de la jerarquía sin problema. Además, comentó que realizó todas las actividades del nivel 3 de la jerarquía con la frecuencia pautada, aunque tuvieron un mayor grado de dificultad. Adicionalmente, indicó que inició el periodo de exámenes, por lo tanto, pudo llevar cabo

las actividades centradas en el ámbito académico con mayor facilidad. Se le preguntó al paciente si estaba preparado para mantener las actividades de los 3 primeros niveles y comprometerse a realizar las actividades del nivel 4, hubo una respuesta positiva de su parte.

Se pudo apreciar una mejoría a nivel anímico ya que comentó durante sesión (e.g., *“me siento cómo otra persona desde que llegué a terapia”*). Se reforzó su evolución y motivó a continuar con el proceso. Por último, se propuso que el paciente involucre a su red de apoyo social en el proceso cómo recomienda el manual, sin embargo, él se negó manteniendo el secretismo de acudir a terapia. Finalmente, se le pidió cómo tarea que mantenga los registros semanales (Anexo 9).

Al inicio de la sesión 13, se revisó el registro de las actividades realizadas. Se notó una clara evolución dado que mantuvo las actividades de la jerarquía de los niveles 1, 2 y 3 sin problema. Igualmente, el paciente comentó que se vio motivado para llevar a cabo las actividades del nivel 4 de la jerarquía e inició con la actividad física 2 veces por semana, se cocinó una cena saludable 3 veces por semana y quedó con sus amigos de la carrera. Cuando se le preguntó al paciente sobre la dificultad que tuvo de realizar las actividades, el refirió que, aunque hizo las actividades a cabalidad, tuvo un evento puntual durante la semana donde se sintió desbordado emocionalmente. Por lo tanto, se reforzó que continuara realizando las actividades, aunque a veces hacerlas suponga un mayor reto, y se orientó la sesión a mejorar sus estrategias de afrontamiento (explicado anteriormente). Por último, durante la sesión se incentivó a que el paciente continúe realizando las actividades de la jerarquía que ya realiza e inicie las actividades del nivel 5 de la jerarquía, al igual que llevar el registro semanal (Anexo 9).

Durante la sesión 14, se revisó con el paciente las actividades semanales registradas y el paciente completó todas las actividades planteadas en la jerarquía en los

5 niveles. Por lo tanto, se valoró la dificultad al realizar las actividades, y se observó que la dificultad de las actividades redujo con el tiempo. El paciente describió cómo rutinarias algunas actividades que antes le costaba mucho realizar. Por lo tanto, se le preguntó al paciente si queda alguna área que le gustaría reforzar y él indicó que le gustaría mejorar en el ámbito social. Consecuentemente, se llevó a cabo el role-playing descrito en las estrategias de afrontamiento. Por último, se coordinó con el paciente para añadir a la jerarquía actividades en un nivel 6 y nivel 7 (Anexo 7). Se le solicitó al paciente a continuar con los registros semanales, mantener las actividades de la jerarquía que ya realizó e iniciar con las actividades de los nuevos niveles pautados.

Durante la sesión 15 se revisó el registro de las actividades realizadas durante la semana. El paciente indicó que completó todas actividades de la jerarquía menos el nivel 7. Por lo tanto, se elaboró un plan para llevarlo a cabo. Igualmente, se observó que la dificultad para hacer las actividades disminuyó. Se le preguntó al paciente si le gustaría aumentar alguna otra actividad y el paciente apuntó que desea continuar con las actividades pautadas. Por lo tanto, se le envió al paciente cómo tarea continuar realizando las actividades pautadas y registrarlas (Anexo 9).

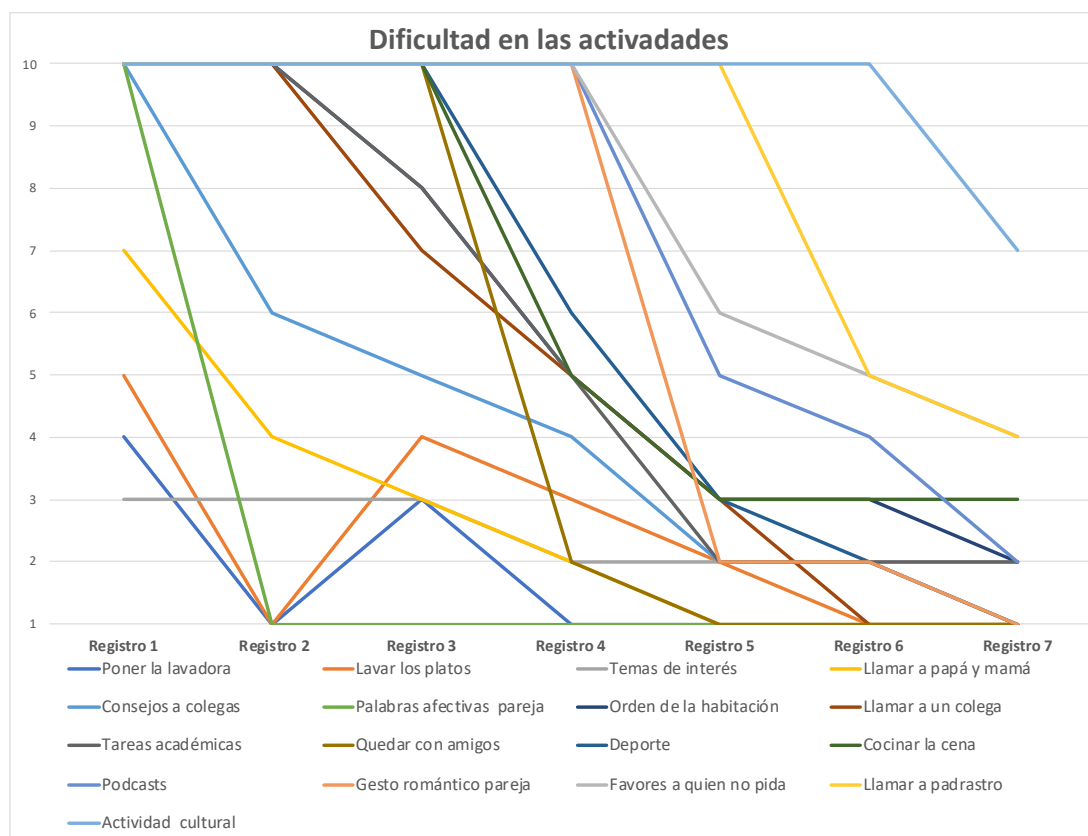
La sesión 16 fue la última sesión donde se trabajó la AC. Se revisó los registros de las actividades realizadas. El paciente refirió que realizó todas las actividades de la jerarquía pautadas y que no tuvo mayor dificultad. Se siguió la pauta establecida por el manual, felicitando al paciente por el progreso. Se llevó a cabo un repaso sobre la evolución que el paciente tuvo desde el inició hasta esta sesión. El paciente expresó, “*siento que soy otra persona*”. Igualmente, se habló sobre la sintomatología depresiva y cómo esta disminuyó. Se le recordó al paciente que cuenta con las herramientas para superar las dificultades que se presenten en el camino. Se incentivó que continúe con el registro de actividades, editando su jerarquía y reflexionando de cómo se encuentra.

Finalmente, se le comentó al paciente que la intervención en AC concluyó, no obstante, se le pidió que asista a la siguiente sesión para la evaluación post intervención y pasar a una frecuencia quincenal.

La Figura 3, refleja la evolución de la dificultad que tuvo el paciente al ir realizando las diferentes tareas propuestas en la jerarquía al pasar las semanas. Los registros indicaron cuando inició la tarea y la percepción de dificultad al realizarla, la cual redujo con el tiempo.

Figura 3

Dificultad en las actividades.



Resultados del Tratamiento

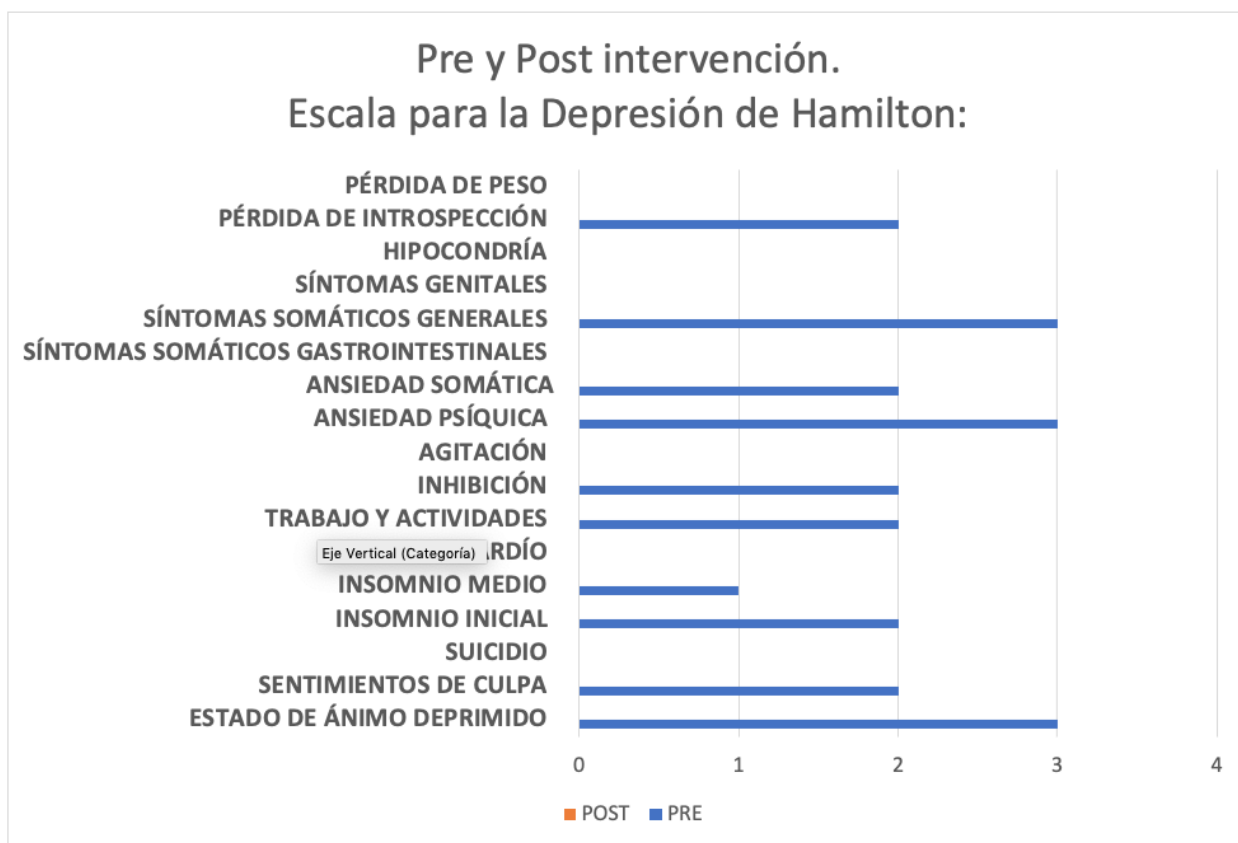
Resultados de Eficacia del Tratamiento

Contrastando los resultados de la evaluación psicométrica, se pudo observar una reducción significativa de la sintomatología como se describe a continuación (Figura 4).

Resultados antes y después de la intervención psicológica en la Escala para la Depresión de Hamilton:

Figura 4

Resultados Escala para la Depresión de Hamilton



Cómo se puede observar, la Figura 4, expone las 17 dimensiones que componen la Escala para la Depresión de Hamilton y su puntuación de 0 a 4. La evaluación realizada previamente a la intervención tuvo un resultado de 22, sumando las puntuaciones en las diferentes dimensiones. Lo que quiere decir la puntuación obtenida previa al tratamiento donde el paciente se encontraba con una “depresión moderada”.

Después de la intervención terapéutica, se aplicó nuevamente el mismo instrumento de evaluación y el paciente tuvo una puntuación de 0, que se interpreta como “sin depresión”. Por lo tanto, el instrumento de evaluación reflejó cuantitativamente un cambio en la sintomatología depresiva durante el curso del tratamiento. Como resultado,

después de contrastar los resultados obtenidos por la Escala para la depresión de Hamilton pre y post tratamiento, la sintomatología depresiva redujo significativamente.

Resultados Sobre Medidas de Procesos y/o Mecanismos de Cambio.

Se utilizó el COPE-28 cómo instrumento de evaluación antes y después del tratamiento para contrastar el cambio de las estrategias de afrontamiento utilizadas en diferentes contextos. La Tabla 3 refleja las diferentes subescalas en las que está compuesto el cuestionario, los ítems que componen las subescalas, sus puntuaciones directas (PD), la media de las PD antes y después del tratamiento. Asimismo, se utilizó el color azul para indicar donde hubo cambios y el color verde para indicar donde no variaron los resultados.

Tabla 3

Resultados COPE-28

Subescalas	Ítems	Previo al tratamiento		Después del tratamiento	
		PD	Media	PD	Media
Afrontamiento activo	2	2	2	3	3
	10	2		3	
Planificación	6	2	2	2	2
	26	2		2	
Apoyo instrumental	1	2	2.5	3	2.5
	28	3		2	
Apoyo emocional	9	2	2	3	3
	17	2		3	
Auto-distracción	4	3	2	2	1
	25	1		0	
Desahogo	12	2	2.5	0	1
	23	3		2	
Desconexión Conductual	11	0	1.5	0	1.5
	22	3		3	
Reinterpretación positiva	14	1	1.5	3	3
	18	2		3	
Negación	5	2	1.5	0	0

	13	1		0	
Aceptación	3	1	1.5	3	3
	21	2		3	
Religión	16	0	0	0	0
	20	0		0	
Uso de sustancias	24	0	0	0	0
	15	0		0	
Humor	7	2	1.5	2	2
	19	1		2	
Autoinculpación	27	1	2	0	0.5
	8	3		1	
				CAMBIO	NO CAMBIO

Cómo se puede observar en la Tabla 3, aumentó la media del afrontamiento activo después de la intervención. La subescala de afrontamiento activo reflejó si el individuo activamente trató de dirigir sus esfuerzos a mejorar la situación en la que se encontró. Previo al tratamiento, el paciente puntuó un 2 (bastante) en ambos ítems y después del tratamiento el paciente puntuó un 3 (mucho).

Asimismo, hubo un cambio en cuanto a la subescala de apoyo instrumental. Aunque la media se mantuvo igual, los ítems reflejaron un cambio post tratamiento. Por un lado, el ítem 1 dice, “intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer” y, por otro lado, el ítem 28 dice, “consigo que otras personas me ayuden o aconsejen”. La diferencia es que el ítem 1 apunta a los esfuerzos realizados por el individuo para conseguir apoyo instrumental y el ítem 28 alude a la ayuda que recibió el individuo. Cómo se puede observar en la Figura 4, el paciente aumentó su búsqueda activa de ayuda de un 2 (bastante) a un 3 (mucho) y redujo la cantidad de ayuda instrumental que recibió de un 3 (mucho) a un 2 (bastante).

En cuanto a la subescala de apoyo emocional, la Tabla 3 indica que aumentó la media después de la intervención de un 2 (bastante) a un 3 (mucho). Esta subescala

explica la percepción del paciente en el apoyo emocional recibido, consuelo y comprensión de otros.

El desahogo fue otra subescala donde los resultados pre y post intervención cambiaron. La media previa a la intervención fue de 2.5 y redujo a 1. Es importante destacar que el paciente modificó el ítem 12 que dice, “digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables”, de un 2 (bastante) a un 0 (en absoluto).

Otra subescala donde hubo un evidente cambio fue la reinterpretación positiva. Donde el paciente puntuó de media 1.5 y después de la intervención puntuó un 3. Esta subescala sugiere que el paciente activamente buscó reinterpretar la situación en la que se encontró cómo algo positivo y halló algo bueno de todo lo sucedido.

La subescala de negación tuvo una reducción en su media de 1.5 a 0. Lo que quiere decir que el paciente aumentó su capacidad de identificar la situación en la que se encontraba. El ítem 5 dice, “me digo a mí mismo esto no es real” y el ítem 13 dice, “me niego a creer que haya sucedido”. En la primera evaluación, el paciente tuvo una puntuación de 2 (bastante) y 1 (un poco) respectivamente y en la evaluación post intervención tuvo una puntuación de 0 (en absoluto).

La subescala de aceptación aumentó en su media de 1.5 a 3. Esta subescala refleja que el individuo fue capaz de aceptar la realidad de lo sucedido y aprendió a vivir con ello.

El humor es otra subescala que reflejó un cambio después de la intervención, pasando de una media de 1.5 a 2. El ítem 19 dice, “me río de la situación” y en la respuesta del paciente aumentó su frecuencia de 1 (un poco) a 2 (bastante). Este ítem refleja la capacidad del individuo de tomar con humor ciertas situaciones.

La autoinculpación fue una subescala que tuvo un cambio importante en la evaluación después del proceso terapéutico. Antes de la intervención, se reflejó una media

de 2 y después de la intervención una media de 0.5. Esta subescala valora cómo un individuo se puede echar la culpa de lo sucedido, al igual que la autocrítica.

Por último, cómo se puede observar en la Tabla 3, varias subescalas no sufrieron ningún cambio cómo la religión, el uso de sustancias y la planificación. En la subescala de religión y el uso de sustancias se mantuvo en 0 (en absoluto), lo cual indicó que el paciente no realizó ninguna actividad de estas características. Por otro lado, la planificación se mantuvo con la misma media, por lo tanto, no hubo un cambio en la capacidad del paciente para pensar los pasos a seguir al tomar acción según el contexto en el que se encontró.

Adherencia al Tratamiento.

Desde el inicio del proceso terapéutico, el paciente mostró una buena adherencia al tratamiento, asistiendo regularmente a las sesiones programadas y participando activamente en las tareas propuestas. Igualmente, se habló de la importancia que tuvo la asistencia a las sesiones para llevar a cabo la AC cómo un proceso de cambio constante.

Sin embargo, hubo dos semanas que se acordó espaciar la terapia debido a feriados nacionales. Esta interrupción planteó un desafío en términos de adherencia al tratamiento, ya que pudo afectar la continuidad del progreso terapéutico incrementando la intensidad de la sintomatología depresiva. No obstante, se pudo ver que el paciente acudió nuevamente a sesión completando las tareas establecidas previamente y con mejor estado de ánimo. Igualmente, hubo una sesión que el paciente no pudo acudir y mostró interés en justificar su falta. El desafío de espaciar las sesiones en el tiempo no tuvo un impacto negativo durante el curso de terapia.

Discusión

El principal objetivo del trabajo fue detallar una intervención terapéutica orientada a potenciar la autonomía de un joven paciente que se encontraba nublado por sentimientos de vacío, tristeza profunda y soledad; a través de un estudio de caso clínico. Se realizó la intervención aplicando tres factores fundamentales: la alianza terapéutica, la activación conductual y las estrategias de afrontamiento. El tratamiento tuvo una duración de 17 sesiones en 5 meses. Además, se cuantificó el cambio a través de una evaluación pre y post tratamiento de la sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento del paciente.

El cambio terapéutico inició en las primeras sesiones, donde se entabló una sólida alianza terapéutica llevando a que el paciente se sienta seguro de hablar sobre su vulnerabilidad y sufrimiento. La alianza terapéutica fue un factor indispensable que se construyó durante todo el proceso terapéutico. A partir de esta, se pudo explorar la sintomatología predominante. Posteriormente, se realizó un diagnóstico diferencial con diferentes patologías. Identificar el diagnóstico adecuado fue un facilitador para elegir adecuadamente la mejor elección de tratamiento.

Después de realizar la entrevista exploratoria y el diagnóstico diferencial, la sintomatología encajaba dentro del diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor. Por lo tanto, se utilizó la Escala para Depresión de Hamilton con la finalidad de tener un apoyo empírico como referencia de la intensidad de la sintomatología. Una vez realizada la evaluación inicial de la sintomatología depresiva, se siguió el manual de tratamiento de la AC, recomendado por la NICE siendo la intervención con mayor apoyo empírico (NICE, 2022). Adicionalmente, se realizó una evaluación e intervención de las estrategias de afrontamiento con la finalidad de mejorar su desempeño frente a situaciones

estresantes. Para esto, se utilizó el COPE-28 y varias técnicas que le fueron útiles al paciente.

La relación terapéutica se construyó durante todo el proceso de intervención y fue uno de los pilares fundamentales para conseguir los objetivos planteados. La alianza terapéutica es un constructo que se ha considerado un factor fundamental para el éxito de una terapia. Se ha tratado de cuantificar la influencia de este factor en el curso de la terapia. Por un lado, hay estudios hablan de una proporción del 30% (Lambert, 1992) y, por otro lado, hay otros estudios que hablan de hasta un 57% (Gaston et al., 1991; Miguel-Alvaro, Panadero, 2021).

En este caso, el paciente cuando acudió a la primera sesión refirió que tuvo dos abandonos terapéuticos previos por no sentirse “cómodo” con los terapeutas. Cuando se exploró con mayor detalle, explicó que su motivo de consulta no estaba relacionado con su discapacidad y que los psicoterapeutas previos se centraron en ello. Por lo tanto, para construir el vínculo terapéutico y que exista una adherencia al tratamiento, no se le presionó al paciente a hablar sobre el albinismo ni la discapacidad visual de forma explícita hasta que se sintió cómodo.

La intervención en AC fue otro de los pilares fundamentales para conseguir la mejoría de la sintomatología depresiva. La NICE recomienda que esta intervención consista entre 12 a 16 sesiones (NICE, 2022). En este caso, tuvo una duración de 12 sesiones. Asimismo, la NICE ofrece un manual de tratamiento donde se detalla que hacer en cada sesión de la intervención para regular el proceso terapéutico (Lejuez et al, 2001). Sin embargo, hubo algunos detalles que no se pudieron aplicar cómo recomienda el manual. Primero, aunque el manual contaba con plantillas para los autorregistros diarios, se pactó con el paciente adaptar estas plantillas para tener un registro semanal. El motivo por el que se hizo la adaptación fue que el paciente refirió que no se encontraba dispuesto

a comprometerse a llenar todos los días las plantillas, pero si hacerlo durante la semana. Segundo, el manual recomienda realizar “contratos de apoyo social” donde el paciente debía involucrar a otras personas en su proceso terapéutico como apoyo para realizar las actividades establecidas. Sin embargo, el paciente se negó a hacerlo ya que prefirió mantener en secreto que acudía a terapia psicológica. Tercero, cuando se implementó la jerarquía de actividades, se modificaron las plantillas de registro. La nueva plantilla semanal (Anexo 9) incluyó: la actividad, frecuencia, importancia, disfrute y dificultad realizando las actividades pautadas en la jerarquía. Por último, el manual de AC hace hincapié en la importancia de mantener la regularidad del tratamiento semanalmente. En este caso, hubo un espaciamiento de casi 3 semanas por feriado nacional y otra sesión donde el paciente no pudo acudir. A pesar de que no se cumplió todas las recomendaciones que detalla el manual, se siguió la misma estructura de intervención y se utilizaron los contenidos descritos de cada sesión durante toda la aplicación de la AC.

Mejorar las estrategias de afrontamiento fue un tercer pilar que favoreció el cambio de conducta del paciente. Se llevó a cabo un total de 5 sesiones para aumentar los recursos del paciente de cara a hacer frente a una situación potencialmente estresante. Siguiendo la teoría de Lazarus y Folkman (1986), se trabajaron las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y las de regulación emocional (Meléndez, 2020). Se utilizó el Role-playing para trabajar la asertividad y habilidades sociales. A través de este ejercicio, mejoraron las habilidades de comunicación dirigidas a pedir ayuda, aprender a realizar y recibir una crítica constructiva y ensayar cómo pedir soporte emocional a sus amistades. Adicionalmente, se implementó de manera consciente el uso de autodistractores. El paciente fue capaz de identificar disparadores que le produjeron malestar y de manera consciente cambiar el foco atencional hacia actividades incompatibles con las que estaba realizando previamente; como escuchar

podcasts o salir a dar un paseo. Por último, utilizar el móvil como recurso para desahogarse ayudó a evitar que el paciente llegue al punto de desregularse emocionalmente y reaccionar de manera inadecuada. Mejorando las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas y regulación emocional, permitió que el paciente aumenté sus recursos disponibles para hacer frente a situaciones estresantes y llevarlas de manera más adaptativa.

Los resultados obtenidos en la evaluación con la Escala para la Depresión de Hamilton previa al tratamiento indicaron que la sintomatología depresiva tuvo una intensidad “moderada”. Por otro lado, el COPE-28 reflejó un espacio de mejora en ciertas estrategias de afrontamiento, como, por ejemplo: el afrontamiento activo, apoyo emocional, desahogo, reinterpretación positiva, aceptación y autoinculpación. El objetivo de utilizar estos métodos de evaluación pre y post intervención, por un lado, fue contrastar si la sintomatología depresiva había mejorado y, por otro lado, valorar si el paciente modificó sus estrategias de afrontamiento.

Los resultados obtenidos después de la intervención terapéutica fueron positivos. Relacionado con la sintomatología depresiva, los resultados de la Escala para la Depresión de Hamilton fueron de 0. Lo que quiere decir que el paciente tuvo la mínima puntuación posible en las 17 dimensiones que evalúa la escala situándolo como “sin depresión” y sin presencia de sintomatología. Asimismo, se pudo observar durante el curso de la terapia, que la sintomatología depresiva se redujo. El paciente se mostró con mejor estado de ánimo y se vio motivado en continuar el proceso terapéutico. Los cambios transmitidos por el paciente durante el curso de intervención fueron: una clara mejora en la higiene personal, mejores hábitos alimenticios, mejores hábitos del sueño, mejoró sus habilidades sociales, incrementó su red de apoyo social, mejoró su capacidad

de identificar emociones, aumentó su red de apoyo emocional, se redujo el sentimiento de vacío y soledad, mejoró sus relaciones familiares y mejoró su autoimagen.

Mientras tanto, en el COPE-28 se pudo observar que hubo un cambio en la puntuación de varias subescalas después de la intervención. Como por ejemplo: la subescala de apoyo emocional reflejó que aumentó el soporte emocional recibido por el paciente; la subescala de reinterpretación positiva demostró que se veía si mismo con mayor optimismo de cara a situaciones estresantes; la subescala de aceptación indicó una clara mejoría del paciente aceptando la realidad de las diferentes situaciones; por último, la subescala de autoinculpación redujo significativamente, exponiendo una mejoría en la autoimagen sin echarse la culpa en diferentes escenarios. Se puede concluir que después de la intervención terapéutica los instrumentos de evaluación apoyan que hubo un incremento de los recursos disponibles del paciente, mejorando sus estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes.

El actual trabajo presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el contexto terapéutico del formato en línea fue una variable que pudo influir en el vínculo terapéutico. Aunque se ha demostrado que la efectividad del tratamiento en línea y presencial no tiene una variación significativa, al largo plazo puede verse afectada la alianza terapéutica (Eichenberg, et al 2022). En segundo lugar, por la discapacidad visual del paciente, se adaptaron varias técnicas realizadas en sesión para su comodidad. Por ejemplo, las evaluaciones fueron heteroaplicadas y la tarea de desahogo emocional fue con la función de dictado en el móvil. En tercer lugar, el secretismo de haber recibido ayuda psicológica se mantuvo durante el proceso terapéutico y no permitió al paciente poder incluir de manera directa un soporte social en su intervención. Finalmente, el cambio extra-terapéutico que vivió el paciente tuvo un impacto en el resultado de la terapia. Hubo dos situaciones extra-terapéuticas que pudieron influir en el cambio de la

sintomatología del paciente. El primero, fue que durante 2 semanas el paciente regresó a su ciudad de origen y por lo tanto regresó a la dinámica familiar que estaba acostumbrado. En este periodo de tiempo, el paciente refirió que fue capaz de poner límites y comunicarse asertivamente con sus familiares de manera que emocionalmente le ayudó. El segundo cambio importante durante el curso terapéutico fue que el paciente volvió a tener una relación romántica con quien era su expareja. La mejora anímica y la motivación del paciente aumentó llevándole a reducir la sintomatología depresiva e incrementar la adherencia al tratamiento. Aunque el cambio extra-terapéutico no fue una limitación en la mejoría de la sintomatología del paciente, puede ser una limitación de cara a la replicabilidad y generalización de los resultados obtenidos.

Así cómo hubo ciertas limitaciones en el control de variables extra-terapéuticas, hubo varios puntos positivos en la intervención que pueden servir como recomendaciones. Fue importante la construcción de una alianza terapéutica sólida desde las primeras sesiones. Se priorizó que el paciente se sienta seguro y cómodo para expresar sus emociones y vulnerabilidades. Adaptarse a las necesidades individuales del paciente fortaleció esta alianza. Por un lado, se adaptaron las técnicas e instrumentos de evaluación y por otro lado se evitó presionar para hablar sobre temas sensibles hasta que el paciente se sienta preparado. Además, la integración de intervenciones respaldadas por la literatura, como la AC y el trabajo en las estrategias de afrontamiento, fue fundamental. Aunque fue importante seguir los protocolos recomendados, también fue necesario tener flexibilidad para adaptar las intervenciones según las necesidades y preferencias del paciente, como modificar la frecuencia de las sesiones o las actividades propuestas. De esta manera, el paciente se sintió más cómodo y hubo mayor adherencia al tratamiento.

Finalmente, fue crucial reconocer y celebrar los logros y mejoras del paciente durante el proceso terapéutico. El refuerzo positivo y el reconocimiento de los avances

aumentaron la motivación del paciente y fortaleció la alianza terapéutica. Además, documentar y compartir los resultados obtenidos podría contribuir al cuerpo de conocimientos en el campo de la psicoterapia, beneficiando a otros profesionales y pacientes en el futuro.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Médica Panamericana.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Campuzano, M. de L., Ocampo, I., Nava, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *SUMMA Psicología UST*, 6(1), 25–41.
- Crespo L, M., Cruzado R, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797–826.
- Conde, V., Franch, JI. (2015). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. *Upjohn SA*.
- Díaz Villa, B. A., González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Lationam Psiquitría*, 11(3), 106–115.
- Eichenberg, C., Aranyi, G., Rach, P., Winter, L. (2022). Therapeutic alliance in psychotherapy across online and face-to-face settings: A quantitative analysis. *Internet Interventions*, (Noviembre 2021), 100556.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100556>
- Elena, R., Mejorada, O., Anahí, M., Tufiño, T., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., y Rosas, A. R. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55–62.

- Gutiérrez Trigo, J. M., Márquez Vázquez, R. (2020). Relación de las estrategias de afrontamiento cognitivas con sintomatología de ansiedad y depresión. *Apuntes Psicol*, 38, 35–41.
- Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiology of major depression and its pharmacological treatment. *Salud Mental*, 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). La salud mental en la pandemia. *Boletín Informativo Del Instituto Nacional de Estadística*, 1–6.
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164–175. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80022-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80022-5)
- Lozano, L. M., Valor-Segura, I., Pedrosa, I., Suárez Álvarez, J., García-Cueto, E., Lozano, L. (2016). Adaptación del Inventario de la Triada Cognitiva Infantil en población española. *Anales de Psicología*, 32(1), 158–166.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.190361>
- Meléndez, J. C. (2020). *Ansiedad y Estrés*. 26, 14–19.
- Miguel-Alvaro, A., Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Clinica Contemporánea*, 12(2). <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>

- Molloy, A. (2023). Depression in adults: screening, treatment and management. *Pharmaceutical Journal, Junio 2022*. <https://doi.org/10.1211/pj.2023.1.175372>
- Morán, C., Landero, R., González, M. C. T. (2010). COPE-28: A psychometric analysis of the Spanish version of the brief COPE. *Universitas Psychologica, 9(2)*, 543–552. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.capv>
- Nedley, N. (2008). Superando la depresión. *La Asociación Americana de Psicología*, 204.
- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (2020). <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Osaba, M., Doro, J., Liberal, M., Lagunas, J., Kuo, I. C., Reviglio, V. E. (2019). Relationship Between Legal Blindness and Depression. *Medical Hypothesis, Discovery, and Innovation in Ophthalmology, 8(4)*, 306–311.
- Purriños, M. J. (2013). Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *Servicio de Epidemiología*, 1–4. <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
- Rojas Estapé, M. (2021). *Encuentra tu persona vitamina*.
- Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., y Marinković, J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analysis over a period of 49years. *Psychiatry Research, 189(1)*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.007>

Vázquez, C., Crespo, M., Ring, J. M. (2003). Medición Clínica en Psiquiatría y

Psicología. *Medición Clínica En Psiquiatría y Psicología*, 31, 425–436.

<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento>

Vicente-Colomina, A. de, Santamaría, P., González-Ordi, H. (2020). Directrices para la

Redacción de Estudios de Caso en Psicología Clínica: PHYSCHOCARE

Guidelines. *Clinica y Salud*, 31(2), 69–76. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>

World Health Organization. (2023, Marzo 31). *Depresión*. World Health Organization.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Anexos:

Anexo 1:

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []0 *Ausente*1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros**2- SENTIMIENTOS DE CULPA** _____ []0 *Ausente*1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias**3- SUICIDIO** _____ []0 *Ausente*1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas4 *Extremo*: serio intento de suicidio**4- INSOMNIO INICIAL** (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []0 *Ausente*1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)**5- INSOMNIO MEDIO** (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []0 *Ausente*1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)**6- INSOMNIO TARDÍO** (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []0 *Ausente*1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)**7- TRABAJO Y ACTIVIDADES** _____ []0 *Ausente*1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpressiva.2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.**9- AGITACIÓN** _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...3 *Intensa*: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".**10- ANSIEDAD PSÍQUICA** _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.**11- ANSIEDAD SOMÁTICA** _____ []0 *Ausente*1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.**12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES** _____ []0 *Ausentes*:1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.**13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES** _____ []0 *Ausentes*:1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.**14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre)** _____ []0 *Ausentes*: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.**15- HIPOCONDRIA** _____ []0 *Ausente*:1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).2 *Moderada*: preocupado por su salud.3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.**16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN** _____ []0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.**17- PÉRDIDA DE PESO** _____ []0 *Ausente*:1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual: pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).**PUNTUACIÓN TOTAL** _____ []**0-6 sin depresión; 7-17 depresión ligera; 18-24 depresión moderada; 25-52 depresión grave.**

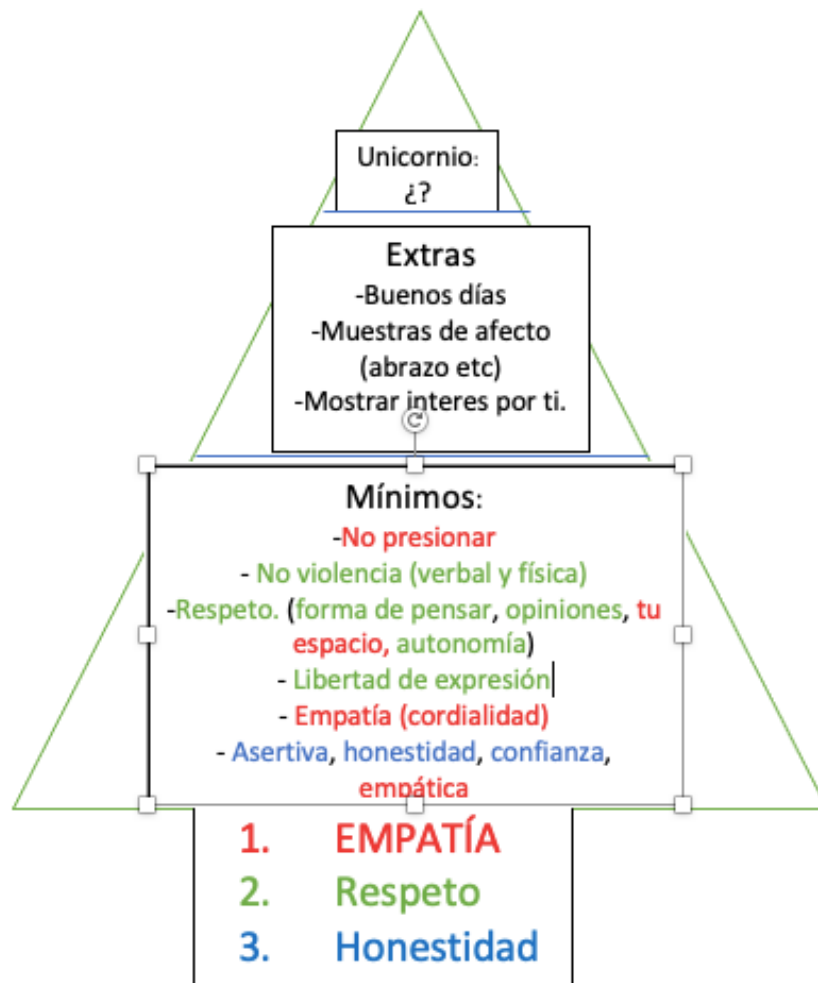
Anexo 2:**COPE -28**

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	0	1	2	3
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.	0	1	2	3
5. Me digo a mí mismo: "esto no es real".	0	1	2	3
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
7. Hago bromas sobre ello.	0	1	2	3
8. Me critico a mí mismo.	0	1	2	3
9. Consigo apoyo emocional de otros.	0	1	2	3
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	0	1	2	3
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello	0	1	2	3
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
13. Me niego a creer que haya sucedido.	0	1	2	3
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	0	1	2	3
15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	0	1	2	3
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.	0	1	2	3
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	0	1	2	3
19. Me río de la situación.	0	1	2	3
20. Rezo o medito.	0	1	2	3
21. Aprendo a vivir con ello.	0	1	2	3
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión	0	1	2	3

23. Expreso mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema	0	1	2	3
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	0	1	2	3
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	0	1	2	3
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	0	1	2	3
TOTAL				

Anexo 3:



Anexo 4:

Yo real:	Yo ideal
<ul style="list-style-type: none"> • Solo • Triste 	<ul style="list-style-type: none"> • Acabar con la carrera • Tener trabajo • Vivir independiente de mi familia • Ser feliz • Dejar de sentirme solo

Anexo 5:**Lista de valores:**

Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable • Confiable • Honesto
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Incondicional • Empático
Pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Confiable • Solidario
Académico	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable • Curiosidad
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Perseverante • Positivo

Anexo 6:**Jerarquía de actividades****Nivel 1**

- A. Poner la lavadora 1 vez por semana
- B. Lavar los platos después de usarlos
- C. Investigar temas de interés (carrera) 2 veces por semana

Nivel 2

- A. Llamar 2 veces por semana a papá y mamá
- B. Pedir consejos a colegas 2 veces por semana
- C. Utilizar palabras afectivas con su pareja 2 veces por semana

Nivel 3

- A. Mantener en orden la habitación todos los días.
- B. Hacer una llamada semanal a su colega
- C. Dedicarle 5 horas a la semana a tareas académicas

Nivel 4

- A. Quedar con amigos una vez por semana
- B. Hacer deporte 2 veces por semana
- C. Cocinar la cena 3 veces por semana

Nivel 5

- A. 2 horas a la semana a podcasts
- B. Tener 1 gesto romántico con su pareja a la semana.
- C. Hacer 3 favores a quien no se lo pide en la semana.

Anexo 7:**Nueva Jerarquía:****Nivel 6:**

- A. Hablar una vez por semana con la pareja de mi madre por teléfono

Nivel 7:

- A. Realizar una actividad urbana (museos, parques, nuevos sitios) a la semana

Anexo 8:

SEMANA:	Actividad	Frecuencia (#)	Importancia (1-10)	Disfrute (1-10)

Anexo 9:

SEMANA:	Actividad	Frecuencia (#)	Importancia (1-10)	Disfrute (1-10)	Dificultad (1-10)

Anexo 10:**Línea de evolución**