



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 1

Marzo de 2020

INTEGRACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR

Daniella Isabel Rodríguez Alejo¹ y Mónica Teresa González Ramírez²
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

El objetivo del presente artículo era el de evaluar la eficacia de una intervención complementaria entre la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de un hombre de 23 años que cumplía los criterios de depresión mayor del DSM V, así como en identificar la eficacia de intervenciones psicológicas sin medicación en casos de esta índole. Posterior a 16 sesiones terapéuticas se observó una mejoría importante en los niveles de depresión, así como en el grado de alteración de los pensamientos asociados a al trastorno, un aumento en su habilidad asertiva y en sus niveles de autoestima. Asimismo, el paciente reportó un aumento importante en su percepción de bienestar por medio del uso de escalas de avance. Los resultados aportan evidencia sobre la efectividad de complementar las intervenciones psicológicas con herramientas de la terapia cognitivo conductual y de la terapia centrada en soluciones. Asimismo, se ve favorecida la propuesta de la efectividad de la intervención en trastornos depresivos sin el uso de psicofármacos.

¹ Universidad de Monterrey (UEM), Preparatoria Unidad San Pedro (USP)
AV. Morones Prieto 4500 Pte. Col. Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66238, México. Tel: +52 8110437046 Correo Electrónico: psi.daniellarodriguez@gmail.com

² Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Psicología (FAPSI)
Av. Universidad S/N Ciudad Universitaria, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, C.P. 6451, México. Tel: +52 8183294050. Fax: +52 81 83338222 Correo Electrónico: monygzz77@yahoo.com

Palabras clave: Terapia Cognitivo Conductual; Terapia Centrada en Soluciones; Psicoterapia; Depresión Mayor.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SOLUTION-FOCUSED THERAPY INTEGRATION IN A CASE OF MAJOR DEPRESSION

ABSTRACT

This study aims to identify the efficacy of complementary psychological interventions of cognitive behavioral therapy and solution-focused therapy on a 23-year-old young adult with the diagnoses of major depression, as well aims to identify the efficacy of psychological interventions without psychotropic drugs on cases related. After 16 therapy sessions, it was identified a significant improvement on the depression levels of the patient as we as in the dysfunctional thoughts associated with the disease, an increase in the assertive ability and an increase in the self-esteem levels. At the same time, the patient reports an improvement on his wellbeing self-perception using scaling questions. The results support other authors statement about the efficacy of working with complementary psychological interventions through strategies of cognitive behavioral therapy and solution-focused therapy. In the same way, the statement of the effectiveness of intervention in depressive disorders without the use of psychotropic drugs is favored.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Solution-Focused Therapy; Psychotherapy; Major Depression

Diariamente, y de manera natural, las personas manifiestan reacciones emocionales ante diversas circunstancias. De la misma forma que son diferentes las emociones, es diferente también el nivel o grado de manifestación y sus consecuencias, siendo entonces foco de especial atención aquellas reacciones afectivas y emocionales que conllevan a un gran deterioro en el bienestar de la persona.

Una de las alteraciones del estado de ánimo de la cual se tiene un especial foco de atención es la depresión, pues ésta se ha convertido en una de las principales causas de discapacidad y de morbilidad a nivel mundial. Las estadísticas son alarmantes ya que, de acuerdo a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud [OMS] en el 2016, cerca de 350 millones de personas alrededor del mundo

se encuentran afectadas por este padecimiento. Tan solo en México se considera que 3,886 personas por cada 100,000 habitantes, padecen de algún trastorno depresivo, es decir, cerca del 4.16% de la población (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2016).

En los cuadros de depresión, las alteraciones sintomatológicas a nivel emocional, motivacional, cognitivo, fisiológico y del comportamiento se ven caracterizadas por un estado de tristeza constante, la manifestación de baja energía y bajo interés en sus actividades cotidianas, expectativas negativas sobre sí mismo, sentimientos de culpa o de autocrítica negativa y la sensación de dependencia hacia los demás. Asimismo, hay alteraciones a nivel de funciones ejecutivas como lo son la capacidad de planeación y solución de problemas (Burns, 1999; Beck y Alford, 2009; Gheisari, 2016).

Entre las teorías y los modelos explicativos existentes para la depresión, uno de los que cuentan con mayor vigencia es el modelo cognitivo de la depresión expuesta por Aaron Beck desde finales de los cincuentas, el cual tiene como foco central a los diversos procesos cognitivos del sujeto (Pérez y García, 2001). Beck y Shaw (2010), explican este trastorno en el estado de ánimo como una alteración en el sistema de creencias y en el procesamiento de la información. Esta teoría considera que la depresión se basa en alteraciones en los tres elementos sobre los cuales se forma el modelo cognitivo propuesto por Beck (en Beck y Shaw, 2010): a) *la tríada cognitiva*, b) *los esquemas o la organización estructural del pensamiento*, y c) *los errores cognitivos o errores del procesamiento de la información*.

La *tríada cognitiva* considera la existencia de tres patrones cognitivos que subyacen a la depresión y que ocasionan que el paciente se vea a sí mismo, al futuro y a sus experiencias de una manera idiosincrática. El primer elemento está conformado por la *visión negativa de sí mismo* en la cual el paciente se considera como una persona incapaz, torpe y de poca valía, percibe que no tiene lo necesario para ser feliz y que su vida está llena de defectos. Como segundo elemento está la *tendencia a interpretar las experiencias de modo negativo* pues percibe las demandas de su entorno como exageradas e imposibles de superar

por lo que seguramente fracasará. Finalmente, como tercer elemento se encuentra una *visión negativa del futuro* pues considera que las dificultades y el sufrimiento continuarán de manera indefinida, que el dolor y frustración será interminable (Beck y Alford, 2009; Beck y Shawn, 2010).

La segunda parte del modelo corresponde al modelo de *esquemas*, el cual considera que el paciente se mantiene en un estado depresivo como consecuencia de sus actitudes pues éstas le hacen sufrir y menospreciar cualquier elemento positivo de su vida. La persona tiende a conceptualizar la realidad con base a patrones cognitivos estables, también conocidos como esquemas, los cuales se muestran como idiosincráticos en la depresión y ocasionan interpretaciones que no son lógicas pero que, a la vez, son percibidas como verdaderas debido a que la persona es incapaz de considerar que son erróneas (Beck y Shawn, 2010).

Finalmente, el modelo contempla a los errores sistemáticos del procesamiento de la información ya que, de acuerdo con la teoría, la forma en la cual se procesa la realidad se ve comprometida y ocasiona que las creencias que percibe como válidas sean de tinte negativo y que considere que es erróneo o inexistente la presencia de evidencia que sea contraria (Beck y Shawn, 2010). Consecuencia de lo anterior es que aparecen las distorsiones cognitivas (Burns, 1990).

Actualmente, se ha identificado que existen diversas estrategias efectivas para el tratamiento de la depresión, tanto a nivel psicológico como a nivel farmacológico. En función de la gravedad, es el tipo o la modalidad de intervención que se emplea. De acuerdo con Nava y Vargas (2012), cuando se trata de *depresiones leves* la intervención psicológica es suficiente, más ante la presencia de *depresiones moderadas* o *graves* es importante emplear la psicoterapia y los medicamentos antidepresivos de manera conjunta a fin de poder trabajar adecuadamente el trastorno.

No obstante, Jarret y Rush (en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) mencionan que no existen diferencias significativas entre el uso de terapia psicológica y farmacológica en la intervención en la fase aguda de la depresión. Asimismo, en el mismo metaanálisis de Vázquez et al. (2000), reportan que aún faltan

investigaciones que determinen la efectividad de la terapia farmacológica pues aún y cuando disminuyen los síntomas esto no determina que se esté dando una remisión del trastorno. Es decir, que aún y cuando hay una mejora en la gravedad del trastorno, los síntomas residuales siguen siendo altos.

Las intervenciones farmacológicas han empleado diversos tipos de medicamentos que actúan sobre la sintomatología depresiva. El objetivo de este tipo de intervenciones es el de modificar y mejorar el estado de ánimo general que manifiestan los pacientes. Sin embargo, dichas intervenciones no modifican los patrones de pensamiento ni la conducta desadaptativa característica de la trastorno de modo que, cuando el medicamento se retira, es probable que pueda reaparecer la sintomatología (Nava y Vargas, 2012).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) forma parte de las intervenciones psicológicas. De acuerdo a Pérez y García (2001), algunas de las estrategias propuestas para el tratamiento de la depresión son: la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, el entrenamiento en autocontrol (Puerta y Padilla, 2011), la psicoeducación, el juego de roles y la prevención de recaídas (Beck y Alford, 2009; Beck y Shaw, 2010).

Dichas estrategias se consideran efectivas debido a la gran cantidad de investigaciones que las respaldan. De acuerdo con Karlin et al. (2013) el uso de la terapia cognitivo conductual facilita que la persona aprenda y aplique estrategias específicas para la modificación de pensamientos y comportamientos poco útiles y que se relacionan con la depresión.

Otros autores reportan que la terapia cognitivo conductual facilita las intervenciones en los trastornos del estado de ánimo y que tienen un efecto en la reducción de la sintomatología depresiva y que ésta es en ocasiones equivalente al tratamiento con medicamentos antidepresivos (Hellerstein et al., 2001 en Rosique, 2013). De la misma manera, otros estudios mencionan que la terapia cognitivo conductual tiene la particularidad de proporcionar estrategias que facilitan que se presente un menor índice de tasas de recaída y mayor adherencia que el tratamiento para la depresión mayor (Puerta y Padilla, 2011).

Carro y Saenz (2015) mencionan que los programas estructurados entre 12 y 16 sesiones desde la perspectiva cognitivo conductual son efectivos en el tratamiento de la depresión, asimismo se identifica que la eficacia es similar tanto en el tratamiento agudo del problema como en el mantenimiento. El del estado de bienestar tanto en depresiones menores como en depresiones graves, distimias y depresiones con ansiedad.

Dicho modelo de terapia, a su vez, trabaja en diversos problemas tanto emocionales como de personalidad con gran eficacia. De acuerdo con Caballo (2001), la terapia cognitivo conductual tiene buenos resultados en trastornos de personalidad, siendo importante para el presente artículo de personalidad evasiva. Las estrategias más efectivas en el tratamiento de esta problemática emplea: entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva; trabajar con la autoestima del paciente, ensayos conductuales y exposición a las situaciones de dificultad.

Otro modelo psicológico, como lo es la Terapia Centrada en Soluciones (TCS), propone el uso de elementos terapéuticos como la externalización orientada a soluciones, la amplificación de las nuevas creencias del paciente y el uso de preguntas circulares (Beyebach y Rodríguez, 1999). Asimismo, autores como Guterman (2013) mencionan que estrategias que pueden ser empleadas de manera exitosa en el tratamiento de la depresión es el uso de excepciones y la deconstrucción. Dicho enfoque, además, da la posibilidad de integrar otros elementos de las terapias posmodernas como lo es la terapia narrativa, que facilita el uso de cuentos y metáforas en el proceso de terapia, y la terapia colaborativa, la cual permite prestar atención al proceso de comunicación que tiene el paciente y no únicamente evaluar el sistema familiar (Tarragona, 2016).

En función de la efectividad del modelo de intervención, se ha identificado que las intervenciones centradas en soluciones son efectivas en el tratamiento de la depresión debido a que propicia que el paciente comprenda el fenómeno que está viviendo, así como las ganancias derivadas de los síntomas (Guterman, 2013). Estudios reportados por Koorankot, Mukherjee y Ashraf (2014) demuestran que la terapia centrada en soluciones tiene efectos positivos al cabo de pocas sesiones y

que tiene principal efecto sobre la reducción del estado de ánimo negativo. Además, en el estudio reportado por Beyebach y Estrada (2007), se identifica que en los tres casos de depresión en los cuales se intervino, se manifestó una disminución importante en la sintomatología y un aumento en la percepción de los pacientes en función de la pregunta escala.

Tanto el modelo cognitivo conductual como el modelo centrado en soluciones se han mostrado efectivos para el tratamiento de la depresión. Sin embargo, se ha identificado que la integración de estos dos enfoques tiene beneficios en las diversas intervenciones terapéuticas. Guajardo y Cavazos (2013) encontraron que las intervenciones integrativas de esta índole tienen resultados benéficos en el tratamiento de situaciones de violencia. Asimismo, Galdámez (2015) identificó que intervenir con esta modalidad de terapia ante sintomatología depresiva tiene buenos resultados.

No obstante, aún y cuando se han identificado beneficios importantes en las intervenciones integrativas de la terapia cognitivo conductual y de la terapia centrada en soluciones, es de suma importancia el recabar mayor cantidad de información para sustentar la veracidad sobre su efectividad.

Objetivo

El objetivo del presente documento es el de demostrar la efectividad de una intervención realizada en un caso de depresión mayor, mismo que será detallado en el siguiente apartado, en un adulto joven de 23 años por medio de estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual y de la Terapia Centrada en Soluciones. para lograr lo anterior, se trabajó como principal objetivo terapéutico disminuir la sintomatología manifiesta por el paciente y, de este modo, demostrar la efectividad del uso de modelos complementarios en intervenciones terapéuticas.

MÉTODO

Diseño

Estudio de caso con evaluación antes y después de aplicar el plan de tratamiento que se buscaba probar. De acuerdo con la nomenclatura referida por Montero y

León (2007), se considera que se trata de un experimento de caso único con diseño AB.

Descripción del caso

El paciente R.A. es un joven de género masculino que contaba con 23 años al momento que se inició la intervención. R.A. acudió en búsqueda de ayuda terapéutica a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

El paciente en cuestión vive con sus padres y es actualmente estudiante. No obstante, se vio forzado a pausar su asistencia a la universidad como consecuencia de los síntomas que estaba presentando. Reportaba un estado de ánimo bajo e incapacidad para concentrarse, aunado a una sensación de malestar físico cuando se percibía expuesto a una situación amenazadora o que le hiciera considerarse poco apto para afrontarla. Aún y cuando el paciente reportaba un alto nivel de malestar, en ningún momento tomó medicación antidepresiva para el tratamiento de sus síntomas.

En la entrevista inicial se mostró decaído y con poco cuidado en su aspecto personal. Asimismo, empleaba un tono de voz bajo que dificultaba la comprensión de su lenguaje. Manifiesta que tiene importantes alteraciones en su patrón de sueño, además de que ha dejado de salir de casa y de asistir a la escuela. Agrega que no siente energía para hacer sus actividades y que las ganas de llorar se presentan con mucha frecuencia.

Cree que tiene pocas habilidades o probabilidades para afrontar una carrera universitaria aún y cuando se encuentra en los últimos semestres ya que considera que *“lo más probable es que llegué hasta aquí por escoger maestros fáciles”*. No se percibe suficiente para una relación o para estar con las demás personas de modo que tiende a ser grosero o rudo en sus pocas interacciones sociales o, inclusive, a menospreciar a los demás cuando percibe que ellos harán lo mismo con él.

Evaluación

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

Inventario de Depresión de Beck [BDI-II por sus siglas en inglés] (Beck, Steer y Brownes, 2015) es un autoinforme que se encuentra conformado por 21 ítems relacionados con la sintomatología depresiva que manifiesta una persona durante una semana previa a la aplicación de la misma (Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán, 2012) y que permite la medición de la severidad de la depresión del sujeto evaluado (Cuevas-Yust, Delgado-Ríos y Escudero-Pérez, 2017). Los puntajes oscilan entre los 0 y los 63 puntos en donde el 63 equivale al máximo grado de severidad y puede clasificarse como depresión leve [10-18 puntos], depresión moderada a severa [19-29 puntos] y depresión severa [30-63 puntos] (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). De acuerdo con Jurado et al. en 1998, dicha prueba tiene un alfa de Cronbach de 0.86 en población clínica.

Cuestionario de Distorsiones Cognitivas fue desarrollado por David Burns en 1980 (Burns, 1999) y se encuentra conformado de las 10 categorías de pensamientos distorsionados más comunes. La persona lee cada uno de los enunciados y puntúa cada una de ellas en un rango del 0 al 100 en donde el 0 es que no lo considera verdadero y el 100 es que lo considera verdadero en su totalidad. Se considera que la cognición se encuentra alterada cuando las puntuaciones oscilan entre el 70 y el 100 (Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2002).

Cuestionario de Ideas Irracionales es una prueba subjetiva que se diseñó con base en lo propuesto por Ellis (1997 en Gáldamez, 2015) que considera las 11 ideas irracionales de más común aparición. Dichos ítems son puntuados entre el 0 y el 100 en donde el 0 es que la persona no lo considera como verdadero y en donde el 100 es que considera que dicha oración es verdadera. Así como en el cuestionario de Distorsiones Cognitivas, se considera que la idea se encuentra alterada cuando es valorada en un rango entre 70 y 100.

Cuestionario de Ideas Centrales fue propuesto por Gómez-Escalonilla et al. (2002) y es una prueba subjetiva que recaba las principales ideas nucleares que se presentan en las personas con base en tres dimensiones: *ideas acerca de sí mismo*, *ideas acerca de los demás* e *ideas acerca del mundo y de la vida*. El paciente debe de leer cada una de las aseveraciones y puntuar del 0 al 100 en

que medida cree que dicho enunciado es verdadero. Se considera como una idea central alterada cuando la puntuación oscila entre el 70 y el 100.

Escala de Autoestima de Rosenberg [EAR] fue desarrollada por Rosenberg (1965, en Vázquez, Vázquez-Morejón y Bellido, 2004) y se encuentra formada por 10 ítems relacionados con el respeto y la aceptación del sí mismo, siendo 40 la puntuación máxima que puede alcanzarse. Los ítems se encuentran formada por cinco ítems positivos [ítems 1, 2, 3, 4 y 5] y cinco ítems negativos [ítems 6, 7, 8, 9 y 10] con un alfa de Cronbach de 0.84 (Martín-Albo, Nuñez, Navarro y Grijalvo, 2004; Vázquez et al., 2004 en Sánchez, 2014).

Escala de Asertividad de Rathus [RAS por sus siglas en inglés] es un autoinforme desarrollado por Rathus (1973, en Lodoño y Valencia, 2008) que se compone de 16 de las afirmaciones elaboradas de forma negativa [ítems: 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 24 y 26] y 12 ítems elaborado en forma positiva [ítems: 3, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29 y 30] y que tienen el objetivo de evaluar la habilidad con la que cuenta una persona para ser asertiva ante diversas situaciones. Las puntuaciones ante cada afirmación van del -3 [no característico de mí] al +3 [muy característico de mí] y se considera que, a mayor puntuación es mayor el nivel de asertividad, siendo la puntuación más alta +90 y la más baja -90 (León y Vargas, 2009). En relación con su consistencia interna, la investigación ha identificado que sus alfas de Cronbach oscilan entre el 0.73 y el 0.86 (Salaberria y Echeburúa, 1995 en Lodoño y Valencia, 2008).

Las Preguntas Escala son una estrategia de evaluación y medición psicológica descrita por O'Hanlon y Weiner-Davis (1990 en González y Juárez, 2016) y D' Shazer (1988 en Beyebach, 2012) en la cual se le solicita al paciente que de acuerdo a una escala que oscila entre el 1 y el 10 [hay ocasiones donde la escala empleada oscila entre el 0 y el 10 como en el presente artículo, en el cual se emplean puntuaciones decimales] identifique el nivel de gravedad de la situación problema que le lleva a consulta. De este modo, de acuerdo con Beyebach (2012), se busca identificar el punto de partida para trabajar en la búsqueda de mejoras, generación de objetivos, concreción de metas intermedias y el establecimiento de

un punto de referencia para determinar el grado de éxito del proceso terapéutico conforme se van desarrollando las sesiones (González y Juárez, 2016).

Análisis funcional

A continuación, se muestra de manera gráfica (figura 1) la descripción del análisis funcional de R.A. de acuerdo con el modelo propuesto por Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes y Gavino en el 2013 con una adaptación en la simbología del factor desencadenante. Dicho modelo, de acuerdo con los autores anteriormente mencionados, muestra de manera gráfica la relación existente entre las variables inmersas en el caso en cuestión.

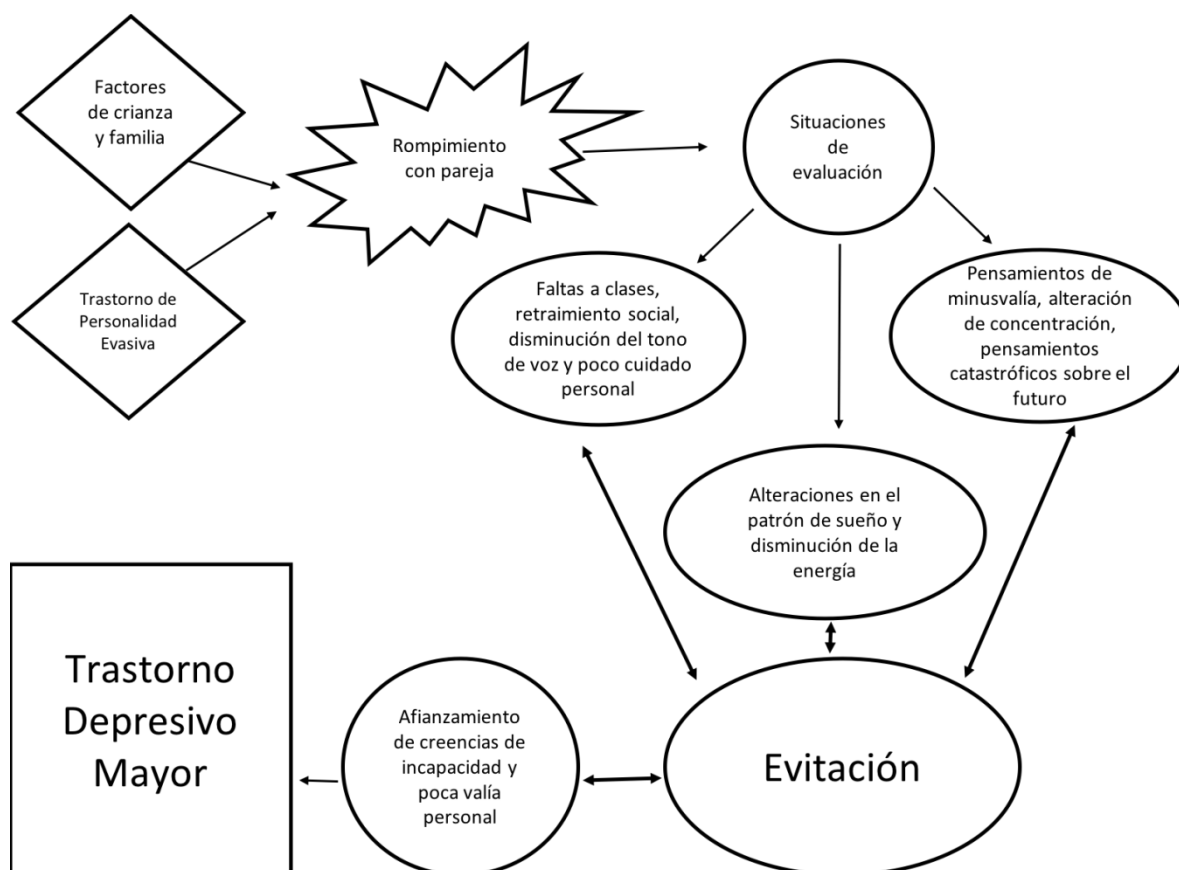


Figura 1. Se muestra la relación entre los factores predisponentes (factores de crianza, familia y el trastorno de personalidad), factores desencadenantes (rompimiento con pareja), factores de control (situaciones de evaluación), la sintomatología (alteraciones cognitivo, conductual y fisiológico), factores de mantenimiento (evitación y el afianzamiento de creencias) y el diagnóstico del paciente (Trastorno depresivo mayor) (adaptado de Kaholokula et al., 2013).

Factores predisponentes

Al indagar sobre su relación familiar, se identifica que R.A. mantiene una relación distante con los miembros de su familia. De acuerdo con lo mencionado por el paciente, desde su infancia ha vivido comparado con su hermana. Cuando era pequeño, sus padres le hacían comentarios como *“no eres tan listo como ella”,* o *“deberías comprometerte más como ella”,* entre otros. El paciente indica que, de acuerdo a su percepción, él nunca era suficiente para su familia y que no se había sentido apto para los demás hasta que conoció a su exnovia [a quien llamaremos M.I.]. No obstante, y como consecuencia de dichas comparaciones, R.A. manifiesta malestar ante situaciones en las que se percibe evaluado o expuesto.

Factores desencadenantes

Aún y cuando R.A. había afrontado con éxito las situaciones de evaluación ante las cuales se había visto expuesto y había desarrollado recursos para expresar su propia personalidad, la situación comenzó a verse alterada aproximadamente 9 meses antes de que iniciara el proceso terapéutico. Como consecuencia de las dificultades existentes en su relación con M.I., quien decide terminar la relación. Ante la ruptura, M.I. expresó que la razón por la cual terminaba la relación era que ella consideraba que R.A. *“jamás cumpliría sus metas y sueños ya que no sería capaz de eso”*.

Dicha interpretación por parte de M.I. vino a afianzar aquellas creencias que el paciente había desarrollado sobre sí mismo en relación con su poca valía, su incapacidad en comparación con las demás personas y su poca habilidad para salir adelante, generando entonces que poco a poco fuera retrayéndose de cualquier situación que representara una probabilidad de evaluación.

Factores de control

El paciente indicó que el malestar general de tristeza se mantenía todo el tiempo y que éste lo acompañaba a todos lados en donde estaba. Sin embargo, los pensamientos que más le generaban malestar y que le incitaban a no salir aparecían cuando se encontraba en la escuela pues, desde su perspectiva, todos los demás compañeros eran mejores que él y, como respuesta, confirmaba que no sería exitoso por tener maestros *“barcos”*.

Cuando los pensamientos se volvieron insoportables comenzó a solo llegar hasta la puerta de la universidad y regresar a casa para evitar el aumento de sus pensamientos. Poco a poco los pensamientos comenzaron a manifestarse mientras iba camino a la escuela y paulatinamente fue quedándose en casa para evitar estar expuesto. Posteriormente los pensamientos y la sensación de malestar general comenzaron a manifestarse con sus amigos, ocasionando que también dejara de salir con ellos.

No obstante, dicho malestar no aparece cuando sus interacciones son por medio de videojuegos. Menciona que cuando entabla conversaciones en texto con las demás personas que se encuentran conectadas no se siente evaluado ya que ninguna de esas personas lo conoce ni le están mirado.

Patrón de comportamiento disfuncional

El paciente en cuestión llegó a consulta como consecuencia de una serie de síntomas importantes que alteraban su bienestar, mismos que pueden ser clasificados a nivel fisiológico, cognitivo, conductual y emotivo.

En la *dimensión fisiológica*, R.A. presenta alteraciones en su patrón de sueño ya que aún y cuando lo intenta únicamente duerme entre 3 y 5 horas. Cuando consigue dormir un poco más, se levanta con la misma sensación de cansancio que tenía antes de dormir.

En la *dimensión cognitivo* se manifiestan dificultades de concentración ya que considera que por más que intenta las cosas que lee no son fáciles de comprender. De la misma forma, se presentan una serie de pensamientos relacionados a su poca valía personal [*No soy tan inteligente como mis compañeros*], [*No tengo la capacidad de hacer lo que me propongo*], pensamientos catastróficos en relación a sí mismo y su futuro [*Nada va a mejorar*], [*Las cosas siempre me van a salir mal*], [*Nunca podré ser tan bueno como las demás personas*], hacia los demás [*Las demás personas deberían de ayudarme*], [*Las personas son malas*] y hacia el mundo [*El mundo es cruel y peligroso*].

En la *dimensión conductual*, R.A. comienza a evitar cualquier situación que represente evaluación, comenzó a faltar a clases y a retraerse de sus grupos

sociales. Finalmente, a *nivel emocional*, el paciente menciona que se siente triste y desamorado.

Factores de mantenimiento

La problemática en sí misma se veía retroalimentada por el éxito al implementar la evitación como forma de afrontamiento ante los pensamientos disfuncionales, misma que tenía el paciente ante cualquier situación que le hiciera sentir incapaz o que le ocasionara una comparación con las demás personas. Ante la renuencia a afrontar los eventos y su decisión de mantenerse en casa sin interactuar con su entorno, se reafirmaban las creencias de poca valía personal y de incapacidad, además de que aumentaba su percepción catastrófica sobre su vida y su futuro. Dichos pensamientos, a su vez generaban que la evitación aumentara y se conservara la sintomatología depresiva.

Diagnóstico estructural

Una vez analizados los síntomas manifiestos por el paciente, se identificó (Figura 2) que cumplía con los siguientes criterios para el diagnóstico de un cuadro de depresión mayor de acuerdo con el DSM-5. Dichos criterios establecen que el paciente debe de manifestar al menos cinco de los síntomas propuestos durante al menos dos semanas dentro de las cuales aparezca al menos uno de los siguientes elementos: a) estado de ánimo depresivo y/o b) pérdida de interés o placer (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) siendo estos dos elementos muy representativos del estado emocional de R.A.

<i>Criterio DSM-5</i>	<i>Aparición</i>	<i>Descripción</i>
Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto	✓	El paciente mencionaba que se sentía triste y desanimado todos los días. Agrega que se daba cuenta de lo mismo como consecuencia de que lloraba con mucha frecuencia.
Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día	✓	R.A. menciona que sus actividades que antes hacía de manera cotidiana ahora son aburridas o no tienen sentido. Menciona que ha dejado de acudir a la escuela, salir con amigos y de hacer ejercicio ya que no tiene fuerzas ni ganas de realizar dichas actividades.

Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso	X	El paciente no cumple con el criterio establecido.
Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	✓	El paciente manifiesta dificultades para quedarse dormido durante las noches de modo que se encuentra cansado durante la gran mayoría del tiempo. De acuerdo a su percepción, manifiesta que duerme entre 3 y 5 horas durante las noches y que, si llega a dormir más tiempo de cualquier manera se siente cansado.
Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día	X	El paciente no cumple con el criterio establecido.
Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	✓	De acuerdo a lo manifestado durante la entrevista, el paciente se muestra cansado la mayoría del tiempo. Manifiesta que siente que le falta energía a lo largo del día para realizar sus actividades- no percibe fuerzas para levantarse e ir a la escuela o para hacer ejercicio como lo hacía con anterioridad.
Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).	✓	El paciente menciona que considera que es totalmente incapaz de solucionar sus dificultades, además de que se percibe a sí mismo como una persona inútil y con menos habilidades que las de sus pares.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día	✓	R.A. menciona que por más que lo intenta no puede poner atención a las diferentes actividades que realiza. Aún y cuando se propone a sí mismo regresar a la escuela cuando llega el día que ha designado para hacerlo no se siente seguro para realizarlo y vuelve a posponer dicha decisión.
Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse	X	El paciente no cumple con el criterio establecido.

Figura 2. Comparación entre los criterios manifestados en el DSM-5 y la sintomatología identificada en el paciente. Se descartó la aparición de algún episodio de hipomanía o algún trastorno espectro esquizofrénico o de algún trastorno psicótico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Asimismo, se considera que el paciente cuenta con los elementos necesarios para el diagnóstico del Trastorno de Personalidad Evasiva, mismo que se considera inició previo al desarrollo del cuadro depresivo que motiva el inicio del tratamiento. De acuerdo con su sintomatología, se identifica que el paciente manifiesta un patrón de sensibilidad extrema a las situaciones de evaluación que perciba como negativas, sensación de incompetencia y de retraimiento social en situaciones de modo que se muestra renuente a implicarse en situaciones sociales que le hagan percibirse como socialmente inepto, poco apto e inferior, o a situaciones que le expongan a la posibilidad de recibir críticas negativas, ser ridiculizado o evaluado negativamente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Objetivo de la intervención

Para la intervención, se establecieron como objetivos los siguientes: a) Que el paciente comprenda qué es lo que le sucede, b) Que el paciente cambie la forma ante las cuales percibe sus dificultades y en la que se percibe a sí mismo, c) Que el paciente afronte de una mejor manera las situaciones difíciles que enfrenta, d) Prevenir las recaídas y mantener lo aprendido a través del seguimiento.

Tratamiento

Una vez identificados los objetivos de R.A. se procedió a desarrollar un plan de intervención que respondiera a sus necesidades. Aún y cuando originalmente se había establecido que las sesiones se realizarían de manera semanal, por la naturaleza de la problemática y por las dificultades del paciente para su constancia en el tratamiento, las sesiones se realizaron con una frecuencia promedio de cada quince días [aunque en algunas ocasiones podían pasar hasta tres semanas entre las citas con el paciente]. Asimismo, se había recomendado que el paciente acudiera a psiquiatría para que pudiese ser valorado y medicado con la finalidad de facilitar el proceso. Sin embargo, el paciente se rehusó a consultar o a medicarse, de modo que los avances obtenidos fueron consecuencia únicamente de la intervención psicológica.

La intervención era de base cognitivo conductual, más se agregaron elementos de la terapia centrada en soluciones. Se consideró que la integración de ambas conceptualizaciones terapéuticas podría dotar al paciente de una mayor cantidad

de recursos, además de que facilita la identificación de logros por parte del paciente.

Explicación de las sesiones

El formato de las sesiones seguía la misma estructura: El inicio y final de las sesiones de intervención estaban basados en el modelo breve centrado en soluciones y la parte central estaba diseñado con estrategias de terapia cognitivo conductual. De este modo, las sesiones se iniciaban monitoreando las excepciones manifestadas por el paciente durante la semana para poder atribuirle control sobre su proceso de cambio y adecuar la intervención del día a sus necesidades [nota: cuando no se manifestaban excepciones, se procedía a emplear la deconstrucción para atribuirle control sobre la situación ante el logro de que ésta no empeorara] (Beyebach, 2012; O'Hanlon y Beadle, 1997). Las sesiones finalizaban con estrategias de terapia centrada en soluciones con la expresión por parte del terapeuta de elogios y tareas, y la realización de la pregunta escala (Beyebach, 2012). Sin embargo, en la sesión 13 y 14 se emplearon estrategias de la terapia breve centrada en soluciones en el centro de las sesiones de intervención.

Sesión #01. Se explicó el modelo con el cual se trabajaría en las sesiones. Se recabó la información del caso, se trabajó en el establecimiento de la relación terapéutica y el establecimiento de objetivos.

Sesión #02. Se procedió a la aplicación de la batería de pruebas [*revísese el apartado de evaluación*].

Sesión #03. Se le explicaron al paciente los resultados obtenidos a partir del proceso de evaluación realizado en la sesión anterior. Asimismo, se modeló y se practicó con él una adaptación de la relajación muscular progresiva (Fernández, Comunicación Personal) y de la imaginación guiada (Tafoya y Lara, 2011).

Sesión #04, #05, #06 y #07. Se le explicó al paciente lo que son las distorsiones cognitivas las creencias irracionales y las ideas centrales con la finalidad de que el paciente adquiriera conocimiento y control sobre lo que sucede con su patrón de pensamiento (Colom, 2011). Se procedió al debate y a la reestructuración de pensamientos. Además del trabajo con las escalas, el paciente comenzó a

modificar pensamientos que verbalizaba y comenzaba a corregirse de manera automática cuando empleaba expresiones como: *“todo me sale mal por un en ocasiones me sale mal”* o un pensamiento de *“las personas deberían de ser siempre buenas por un me gustaría que todas las personas hicieran cosas buenas, pero en ocasiones pueden no hacerlo”*.

Sesión #08 y #09. Se comienza con la psicoeducación de las habilidades sociales. Se le proporcionó información sobre lo que es el comportamiento asertivo, pasivo y agresivo así como la información relacionada a las habilidades sociales básicas. Se practicó por medio de juego de roles.

Sesión #10. En esta sesión el paciente reportó que había tenido un tropiezo en su mejoría y se le dificultó el mantenerse en la escuela. Ante el malestar emocional con el que se presentó, se empleó la externalización de la tristeza para poder *“lanzarla”* lejos de él [nota: se plasmó a la tristeza como una bola de papel y se lanzó a la esquina del consultorio]. Se practicó con él la técnica de autoinstrucciones de modo que pudiera establecer estrategias de autodirección positivas para afrontar situaciones complicadas. Una vez formuladas, se relajó al paciente y se indujo un estado de profunda relajación e imaginación guiada del afrontamiento de la situación problema conjugada con sus autoinstrucciones.

Sesión #11 y #12. Se realizó una jerarquía con las situaciones que le generaban malestar. Dichas situaciones fueron ordenadas de acuerdo con el grado de malestar que le generaban. Se aplicó una relajación profunda en el paciente y se le solicitó que fuese imaginando cada una de las situaciones problemáticas que le iba indicando la terapeuta. Una vez que esto sucedía, se introducían las autoinstrucciones y los recursos del paciente mientras seguía enfrentando la situación en la imaginación hasta que dicho malestar desaparecía. Finalmente, una vez que se terminó con lo anterior, se procedió a trabajar con un ritual en el cual se le hizo una carta al R.A. del inicio de la terapia para despedirse de él y agradecerle por lo que le enseñó de modo que pudiésemos dar apertura al R.A. actual. Dicha carta fue destruida como parte del ritual.

Sesión #13. Se trabajó con la estrategia de solución de problemas como parte de sus recursos de afrontamiento a las situaciones nuevas. Se le enseñó la

metodología y los pasos de la misma, y posteriormente se trabajó con un ejemplo actual del mismo paciente.

Sesión #14 y 15. Se trabajó con la psicoeducación de autoestima a fin de afianzar el cambio en la autopercepción del paciente. Se empleó la metáfora del árbol para comparar todos sus recursos y habilidades; y se realizaron preguntas relacionadas la prevención de recaídas.

Sesión #16. Esta fue la última sesión que se tuvo con el paciente. Se inició trabajando nuevamente con excepciones y después se procedió a aplicar la batería de pruebas inicial como parte de su evaluación final. Posteriormente se le reconocieron todos sus logros y aprendizajes en estos meses y se procedió a darlo de alta y finalizar el proceso terapéutico.

A continuación (figura 3), se presenta de manera dosificada las sesiones que se tuvieron con el paciente, así como las actividades realizadas en cada una de ellas:

<i>Sesión</i>	<i>Objetivo terapéutico</i>	<i>Técnica o Actividad Realizada</i>
01	Comprender la situación problema del paciente y establecimiento de la relación terapéutica	TCC y TCS: Entrevista inicial
02		TCC: Evaluación TCS: Excepciones, Elogios y Pregunta Escala
03	Que el paciente comprenda qué es lo que le sucede	TCC: Devolución de resultados y entrenamiento en relajación TCS: Excepciones, Elogios y Pregunta Escala
04		TCC: Psicoeducación de pensamientos irracionales TCS: Excepciones, Elogios y Pregunta Escala
05, 06 y 07	Que el paciente cambie la forma ante las cuales percibe a sus dificultades y en la que se percibe a sí mismo	TCC: Verificación del ausentismo, reestructuración cognitiva y ampliación de las cogniciones nuevas TCS: Excepciones, Elogios y Pregunta Escala
08 y 09	Afrontar de manera adecuada las situaciones ante las cuales se enfrenta	TCC: Entrenamiento en habilidades sociales TCS: Excepciones, preguntas circulares, elogios y pregunta escala

10		TCC: Estrategias para el manejo de ansiedad: autoinstrucciones y relajación TCS: Excepciones, externalización, preguntas circulares, elogios y pregunta escala
11 y 12		TCC: Inoculación al estrés y ritual de despedida del sí mismo del pasado TCS: Excepciones, rituales, preguntas circulares, elogios y pregunta escala
13		TCC: Entrenamiento en solución de problemas TCS: Excepciones, preguntas circulares, elogios y pregunta escala
14 y 15	Prevenir las recaídas y mantener lo aprendido a través del seguimiento.	TCC: Psicoeducación de autoestima y prevención de recaídas TCS: Excepciones, preguntas circulares, elogios y pregunta escala
16	Finalización del tratamiento	TCC y TCS: Alta

Figura 3. Dosificación de las sesiones de intervención realizadas con R.A. La terapia tuvo una duración de 9 meses y un total de 16 sesiones. Se emplearon técnicas del modelo cognitivo conductual (TCC) y se realizaron adecuaciones obtenidas del modelo centrado a soluciones (TCS). En cada una de las sesiones se iniciaba con la verificación de excepciones y se finalizaba con la pregunta escala, asimismo se empleaban preguntas circulares ante las mejorías que se manifestaban y preguntas orientadas a futuro como elementos para la prevención de caídas que se iba realizando en cada sesión.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la evaluación del paciente. En la figura 4 se presentan las modificaciones expresadas por el paciente por medio de las *Preguntas Escala*. Inicialmente, el paciente manifestó que “En una escala del 0 al 10 en donde el 0 es que el problema está en su peor momento y el 10 es que el problema está totalmente solucionado, ¿En qué número te encuentras el día de hoy?” se encontraba en un número 6. Sin embargo, ante la disminución de las puntuaciones, se le preguntó posteriormente por aquella valoración que dio en contraste con las modificaciones que había realizado en las sesiones terapéuticas y el paciente aclaró que “se sentía mejor que esa primera vez”. Dichas puntuaciones fueron modificándose conforme iban

pasando las sesiones. Inicialmente parecía que las puntuaciones disminuían, sin embargo, conforme pasó la sesión #05, las puntuaciones fueron en aumento hasta llegar a 10 en la última sesión.

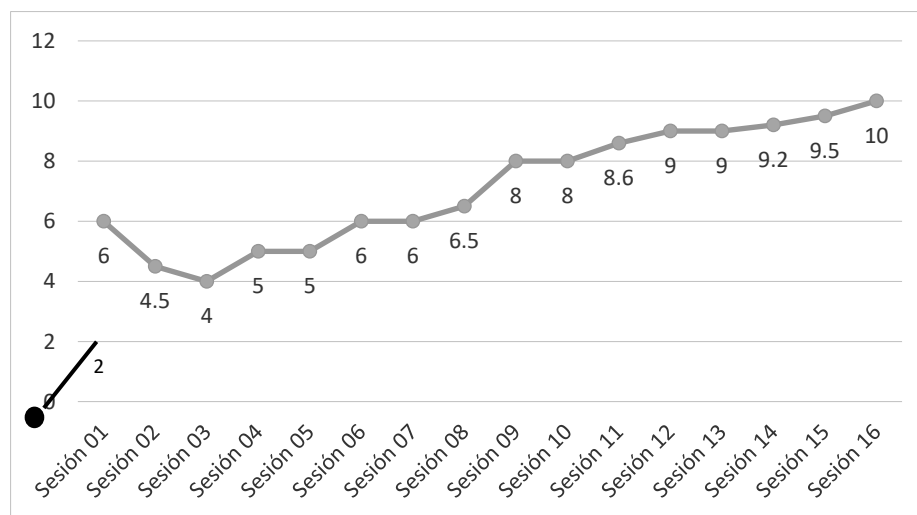


Figura 4. Presentación gráfica de la pregunta escala descrita por O'Hanlon y Weiner-Davis (1990). Las líneas grises representan las respuestas del paciente y la manera en la cual la puntuación solicitada iba en aumento. La línea negra representa la modificación a la respuesta de la pregunta escala que hizo el paciente durante la sesión #03.

En relación con las escalas aplicadas al paciente, se identificaron los siguientes cambios en la Escala de Depresión de Beck (Figura 5). Originalmente el paciente había obtenido una puntuación de 27 puntos lo cual lo ubicaba en un nivel de depresión moderada (Sanz et al., 2003). Posterior a la intervención, se identificó que le paciente presentó una puntuación de 5 en la misma escala, lo cual lo ubica, de acuerdo a Sanz et al. (2003) en un nivel de no depresión. Los 5 puntos manifestados en la escala correspondían a aspectos como la percepción de que debía impulsarse fuertemente para hacer las cosas, que tiende a cansarse más fácil que antes y que su percepción de apetito ha cambiado.

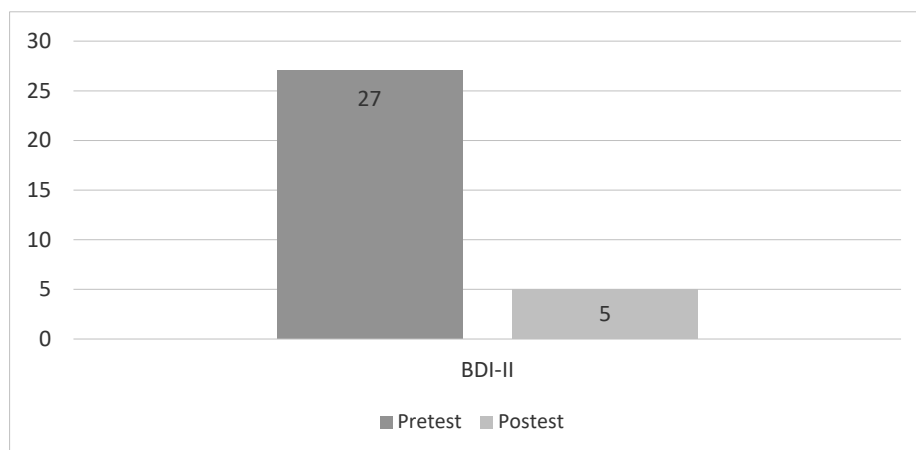


Figura 5. Modificaciones manifiestas en el nivel de depresión del paciente previo y posterior a la intervención psicológica.

Por otro lado, en lo relacionado a la escala de autoestima de Rosenberg se identificaron los cambios mostrados en la figura 6. Originalmente el paciente había obtenido una puntuación de 19 puntos sobre los 40 que podían obtenerse. Posterior a la intervención, se identificó un incremento en la puntuación de modo que el paciente presentaba 32 de los 40 puntos que pueden alcanzarse en dicha escala.

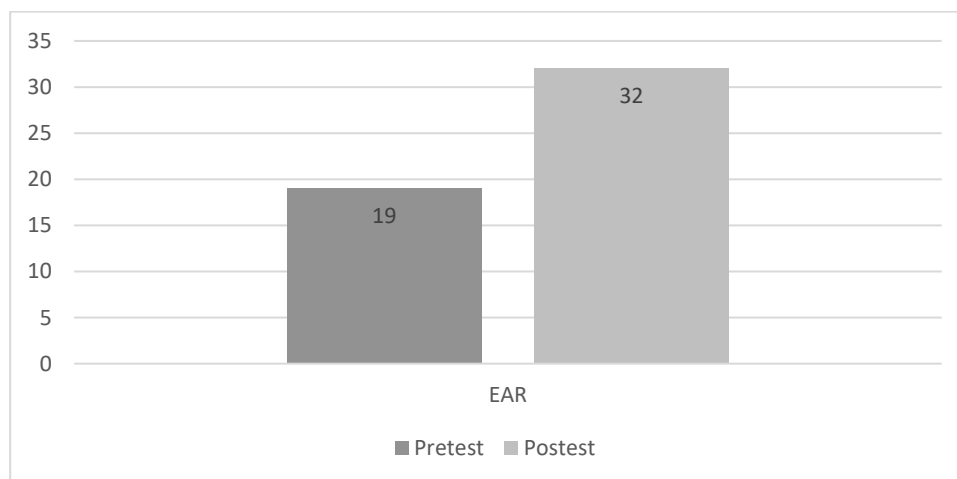


Figura 6. Modificaciones manifiestas en el nivel autoestima del paciente previo y posterior a la intervención psicológica.

En cuanto a la escala de asertividad de Rathus (figura 7) se manifiestan los siguientes cambios. Inicialmente el paciente presentaba una puntuación de 9 sobre los 90 puntos positivos posibles. Posterior a la intervención el paciente manifestó un incremento en la puntuación al obtener un 28 en dicha evaluación.

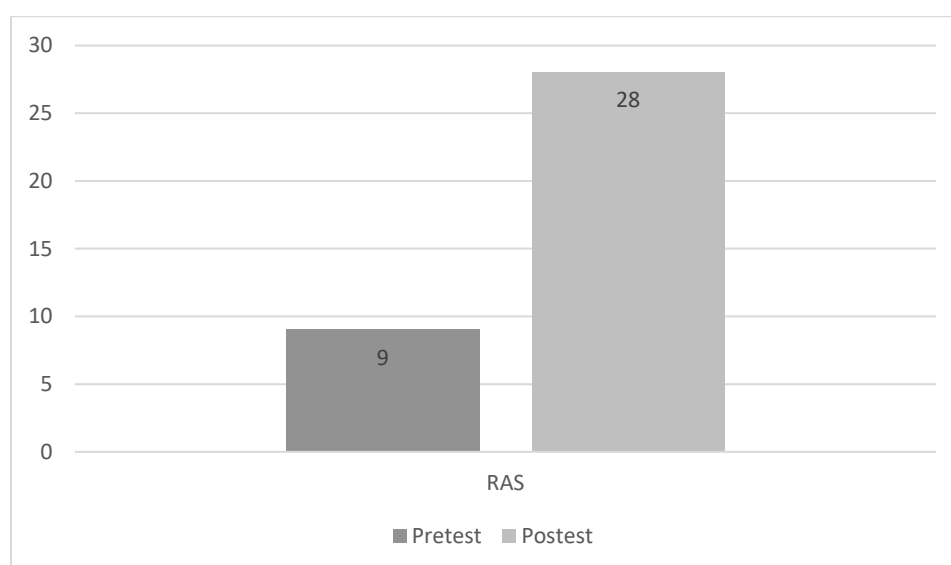


Figura 7. Modificaciones manifestadas en el nivel de asertividad del paciente previo y posterior a la intervención psicológica.

En función del cuestionario de distorsiones cognitivas, la figura 8 expresa la distinción en los niveles de aceptación de que dicha creencia o idea es verdadera. Se identifica que posterior a la intervención, las ideas o creencias que habían aparecido como distorsionadas disminuyeron en promedio un 84.7%

<i>Distorsión cognitiva</i>	<i>Puntuación Pretest</i>	<i>Puntuación Posttest</i>	<i>Porcentaje de disminución</i>
Pensamiento todo o nada	100	20	80%
Generalización excesiva	90	10	88.9%
Filtro mental	100	15	85%
Descalificación de lo positivo	100	20	80%
Lectura del pensamiento	93	10	89.2%
Anticipación negativa	98	10	89.8%
Magnificación o minimización	100	15	85%

Razonamiento emocional	80	10	87.5%
Deberías	100	30	70%
Etiquetación	95	8	91.6%

Figura 8. Modificaciones manifiestas en el nivel de las diferentes distorsiones cognitivas del paciente previo y posterior a la intervención psicológica.

En cuanto al cuestionario de ideas irracionales, la figura 9 presenta la distinción en los niveles de aceptación de que dicha creencia o idea es verdadera. Posterior a la intervención se identificó que en promedio las ideas alteradas disminuyeron en un 87 %.

<i>Idea irracional</i>	<i>Puntuación Pretest</i>	<i>Puntuación Posttest</i>	<i>Porcentaje de disminución</i>
Necesito ser amado y aceptado por las personas significativas para mi entorno	90	8	91.1%
Para considerarme valioso tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles	100	20	80%
Hay personas que son inmorales y perversa y deben de ser acusadas y castigadas por sus defectos y malas acciones	100	15	85%
Es tremendo y catastrófico que las cosas no salgan como uno quiere	90	8	91.1%
Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, debo de sentirme muy inquieto y preocuparme constantemente ante la posibilidad de que ocurra lo peor.	100	20	80%
Dependemos de los demás, por lo tanto, necesito tener a alguien más fuerte que yo en quien poder confiar, de quien depender	93	5	94.6%

Figura 9. Modificaciones manifiestas en el nivel de las diferentes ideas irracionales del paciente previo y posterior a la intervención psicológica.

Finalmente, en el rubro de ideas centrales (figura 10) se identificó que las *ideas negativas acerca de sí mismo* disminuyeron en promedio un 93%, las *ideas negativas acerca de los demás* en un 89.1% y las *ideas negativas acerca del mundo y de la vida* en un 87%.

	<i>Idea Central</i>	<i>Puntuación Pretest</i>	<i>Puntuación Posttest</i>	<i>Porcentaje de disminución</i>
Ideas acerca de mí mismo	No soy digno de ser querido	70	0	100%
	No le agrado a nadie	90	10	88.9%
	No se acuerdan de mí	75	15	80%
	Soy raro o diferente	100	5	95%
	Estaré solo	100	5	95%
	Soy incompetente	75	10	86.7%
	Soy incapaz	83	0	100%
	Soy débil	100	0	100%
	Soy vulnerable	100	5	95%
	Soy dependiente	100	10	90%
Ideas acerca de los demás	Son inútiles	70	0	100%
	Son incompetentes	80	0	100%
	Son incapaces	70	0	100%
	Son vulnerables	85	8	90.6%
	Son dependientes	100	10	90%
	Son competentes	75	10	86.7%
	Son fuertes	80	10	87.5%
	Son desagradables	90	10	88.9%
	Son egoístas	100	30	70%
	Van a lo suyo	100	20	80%
	Son raros	100	10	90%
	No quieren a los demás	70	15	85.8%
	Me harán daño	95	10	89.4%
Ideas acerca del mundo y	El mundo es cruel	100	5	95%
	El mundo es peligroso y amenazante	70	10	85.7%
	La vida es muy dura	75	15	80%

Figura 10. Modificaciones manifiestas en el nivel de las diferentes ideas centrales del paciente previo y posterior a la intervención psicológica.

DISCUSIÓN

De acuerdo a lo observado posterior a la intervención, se identificó que el uso de estrategias de la terapia cognitivo conductual y de la terapia centrada en soluciones tienen un efecto positivo en el tratamiento de la depresión mayor. Dicha aseveración corrobora los resultados plasmados por Guajardo y Cavazos (2013) y Galdámez (2015), siendo esto indicador de la eficacia de las intervenciones complementarias.

En este caso en particular, se identificó la existencia subyacente de un diagnóstico de trastorno de personalidad y un trastorno del estado de ánimo, mismos que pueden coexistir en una persona. El tratamiento del trastorno de personalidad evasiva (Caballo, 2001) y de la Depresión Mayor (Beck y Alford, 2009; Beck y Shaw, 2010; Puerta y Padilla, 2011) emplean herramientas similares para el trabajo dichas problemáticas, de modo que pudieron conjuntarse de manera exitosa para llevar al paciente a cumplir los objetivos que se habían planteado para el tratamiento.

Se identificó que el emplear únicamente la terapia psicológica para la intervención de la depresión mayor puede ser efectiva. Vázquez et al. (2000) mencionan que aún y cuando faltan evidencias para comprobar la efectividad de las intervenciones meramente psicológicas, el uso de psicofármacos no determina un mejor resultado. Lo anterior se ve sustentado en el presente artículo por medio de los resultados obtenidos: la sintomatología y las alteraciones disminuyeron de manera importante, concordando de esta manera con Rosique (2013) quien menciona que en ocasiones las intervenciones psicológicas exitosas actúan como equivalentes al tratamiento farmacológico. Lo anterior es consecuencia de que en la intervención se trabajaron los diversos elementos relacionados con la aparición de los síntomas y el mantenimiento de los mismos, tal y como lo mencionan Nava y Vargas (2012), siendo esto lo que facilita el cambio.

Aún y cuando se identificó que la intervención sin medicamentos fue adecuada, se considera que el uso de psicofármacos pudo facilitar el avance de las sesiones e, inclusive, acortar el proceso de tratamiento. Siguiendo lo propuesto por Vázquez et al. (2010) la medicación actúa sobre la sintomatología aguda, misma que es la

generadora del malestar actual del paciente y que, en ocasiones, actúa como un elemento que enlentece el avance del tratamiento. Por lo anterior, se considera que R.A. pudo haber requerido menor número de sesiones en el caso de que hubiese aceptado la medicación. Cabe mencionar que el caso de haberse identificado ideación o probabilidad de un intento de suicidio no se le hubiese permitido proceder únicamente con la terapia psicológica.

Continuando con el tratamiento aplicado a R.A., se considera que el número de sesiones empleadas en su tratamiento fue consistente con lo que la investigación reporta. Autores como Carro y Saenz (2015) indican que, en general, intervenciones realizadas con elementos cognitivo conductuales tienden a emplear en promedio 14 sesiones para la conclusión del tratamiento en alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, se considera que probablemente la intervención pudo haber sido más breve si el paciente hubiera sido más consistente con su asistencia a las sesiones.

De la misma manera se identificó que una de las claves para que el paciente comenzara a percibir mejoría en sí mismo fue el trabajo con los pensamientos disfuncionales. A partir de que se le proporcionó información sobre la influencia que tenían los pensamientos sobre el estado de ánimo, el paciente comenzó a reportar mejoría en su percepción de bienestar. Lo anterior concuerda con Pérez y García (2001), Beck y Alford (2009), Beck y Shawn (200) y Karlin et al. (2013) ya que uno de los elementos subyacentes de la manifestación de la sintomatología depresiva es la alteración que se tiene en la percepción de la realidad. De este modo, la modificación de dichos pensamientos genera una reducción en la sintomatología depresiva y facilita el avance del paciente. Se procedió a trabajar primeramente con la psicoeducación y posteriormente con la reestructuración debido a que este paciente trabajaba con mayor facilidad cuando identificaba cuál era la falla en el patrón cognitivo y, a partir de ahí, comenzar con la modificación de dichos pensamientos.

Las excepciones, la externalización y los rituales actuaron como los elementos que facilitaron el anclaje de los cambios y la generalización de los mismos, siendo esto consistente con lo expuesto por Beyebach y Rodríguez (1999), Beyebach y

Estrada (2007), Guterman (2013) y Koorankot et al. (2014). De esta manera, se considera que fungieron como un elemento clave que sumaron herramientas al programa establecido para la atención del paciente con el que se trabajó.

En el caso de R.A. se apreció que aún y cuando el cambio de pensamientos distorsionados fue un parteaguas de su avance, dicho elemento no fue suficiente para que el paciente percibiera su avance como completo. Cuando comenzó a generalizar el proceso de reestructuración cognitiva a su vida diaria, se dio cuenta de que en ocasiones los pensamientos podían manifestarse de manera automática y esto le generaba ansiedad.

De la misma manera, conforme fue avanzando, el paciente percibió que ahora que no percibía su malestar se encontraba dudoso sobre cómo avanzar ya que en ocasiones sentía que algo lo detenía. En este caso se procedió a trabajar con un ritual de despedida del sí mismo de la primera sesión, es decir: del sí mismo con la sintomatología en su máxima expresión y con aquella visión negativa del presente y del futuro. En dicho ritual, a manera de reencuadrar el pasado, se le pidió que le reconociera a su yo del pasado todo lo que hizo para llegar a esa primera sesión, que le agradeciera por lo que considerara que era adecuado y que, finalmente, le expresara la razón por la cual no estaba dejando partir. Lo anterior fue redactado y, posteriormente, se procedió a destruirlo. En este sentido, se considera que las estrategias que se emplearon desde la sesión 10 tuvieron la finalidad de situar al paciente en el aquí y ahora, de modo que pudiera focalizarse ahora su caminar en el engrandecimiento de su mejoría.

Con base en lo previamente mencionado, a los resultados obtenidos por medio de la intervención y al contraste con la teoría, se identifica que las intervenciones complementarias facilitan el avance del paciente y la consecución de los objetivos establecidos al inicio de la terapia. De este modo, se considera que ambos enfoques proveen de diversas herramientas para que el terapeuta pueda emplear lo más adecuado para lo que el paciente necesita durante su proceso terapéutico.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones cognitivo-conductuales y las intervenciones centradas en soluciones pueden ser empleadas para la intervención de alteraciones del estado de ánimo generando resultados positivos. El complementar las intervenciones con elementos de ambos enfoques terapéuticos amplía la gama de herramientas que puede utilizar un terapeuta para el tratamiento de las diversas alteraciones emocionales. Asimismo, el uso de este tipo de terapias facilita que el paciente adquiera herramientas que no solamente aplican para la solución de su problema actual, sino que éstas pueden generalizarse a las diversas situaciones que surjan durante el periodo que dure la terapia y en el futuro.

Es de suma importancia desarrollar un plan de tratamiento que sea adecuado a las necesidades del paciente, de modo que la elección de estrategias o técnicas sea realizada con base en las necesidades del paciente y no solamente en la corriente psicológica que maneja el terapeuta.

Sin embargo, se considera que existen una serie de limitaciones durante el proceso de la intervención. Primeramente, el paciente tenía un patrón de inconsistencia para la asistencia a las sesiones de modo que se considera el avance se vio enlentecido ya que en ocasiones se tenía que invertir mucho tiempo en ponerse al día con las situaciones que vivía el paciente. Se considera que una limitación para el avance efectivo de las sesiones fue la ausencia de medicación ya que aún y cuando la intervención fue exitosa, quizás el avance de las sesiones se pudo ver agilizada por su uso.

Asimismo, el diagnóstico del Trastorno de Personalidad no fue realizado al inicio del tratamiento de modo que, aunque se emplearon herramientas que abordaron ambas problemáticas, se pudieron haber desarrollado estrategias para prevenir las inconsistencias que se manifestaron al inicio del tratamiento.

A manera de recomendación se propone que futuros terapeutas que trabajen casos de esta índole busquen la manera de plasmar sus avances y descubrimientos con la finalidad de poder generar mayor evidencia del éxito del uso de las terapias complementarias. Conforme se realizó la investigación del presente artículo se identificó que es aún escasa la información de este tipo de

intervenciones de manera escrita, más existen múltiples terapeutas que proporcionan información a manera de comunicación personal. Por lo anterior, se les propone que busquen la manera de compartir con la comunidad psicológica los descubrimientos que van realizando.

De la misma forma, se recomienda para futuras investigaciones buscar generar evidencias de la efectividad del tratamiento psicológico en contraste con el tratamiento psicofarmacológico con la finalidad de establecer criterios claros sobre aquellos casos y/o aquellas patologías que requieren de tratamiento tanto psicológico como farmacológico y aquellos que auguran un buen pronóstico únicamente con el tratamiento psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. (5ª Edición). España: Editorial Panamericana
- Beck, A. y Alford, B. (2009). *Depression, causes and treatment*. (2ª Edición). Estados Unidos de América: University of Pennsylvania Press
- Beck, A. y Shaw, B. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (19a Edición). España: Editorial Desclée de Brouwer
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2015). *Beck Depression Inventory*. Recuperado de http://academicdepartments.musc.edu/family_medicine/rcmar/beck.htm
- Beltrán, M., Freyre, M. y Hernández-Guzmán, L. (2012). El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art%2001.pdf>
- Beyebach, M. (2012). *24 Ideas para una Psicoterapia Breve*. España: Herder Editorial
- Beyebach, M. y Estrada, B. (2007). Solution-Focused Therapy with Depression Deaf Persons. *Journal of Family Psychotherapy*, 18(3), 45-63. Recuperado de <http://www.aetsb.org/sites/default/files/Sft%20with%20deaf%20depressed....pdf>
- Beyebach, M. y Rodríguez, A. (1999). Some thoughts on integration in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 18(1), 24-42

- Burns, D. (1999). *The feeling good therapy*. EUA: Harper Collings
- Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605. Recuperado de <https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/Caballo%20Tratamiento%20TTPP.pdf>
- Carro, C. y Sanz, R. (2015). Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 43-59. Recuperado de http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/definitivo_distimia_y_aniedad_1_2015.pdf
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el lito de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 147-165. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a10.pdf>
- Cuevas-Yust, C., Delgado-Ríos, P. y Escudero-Pérez, S. (2017). Cognitive-behavioral therapy and recovery of a delusional dysmorphophobia case. *Psicothema*, 29(1), 23-28. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4358.pdf>
- Gáldamez, R. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9636/1/1080215003.pdf>
- Gheisari, M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy Integrated with Neurological Rehabilitation Methods to Improve Executive Functions in Patients with Chronic Depression. *Health Science Journal*, 10(4), 1-5.
- Gómez-Escalonilla, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. (2002). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Estrategias cognitivas para sentirse bien*. España: Editorial EOS.
- González, T. y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1028-1047. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>
- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 476-503. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art10.pdf>

- Guterman, J. (2013). *Mastering the art of solution focused counselling*. (2da Edición). Canadá: American Counseling Association
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). *GBD Compare Data Visualization*. Recuperado de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31. Recuperado de www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/download/706/705
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24, 117-127. Recuperado de <http://clysa.elsevier.es/es/analisis-funcional-evaluacion-conductual-formulacion/articulo/S1130527413700136/#.WLn2PhjmHq0>
- Karlin, B., Trockel, M., Brown, G., Gordienki, M., Yesavage, J. y Taylor, B. (2013). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression among Older Versus Younger Veterans: Results of a National Evaluation. *Journals of Gerontology*, 70(1), 3-12. Recuperado de http://www.oxfordjournals.org/our_journals/geronb/geronb_va.pdf
- Koorankot, J., Mukherjee, T. y Ashraf, Z. (2014). Solution-Focused Brief Therapy for Depression in an Indian Tribal Community: A Pilot Study. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 2(1), 4-8. Recuperado de <http://www.solutions-centre.org/pdf/17-44-1-PB.pdf>
- Lodoño, C. y Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 155-162. Recuperado de <http://padresymaestros.alcoholinformate.org.mx/79811116.pdf>
- Montero, I. y León, O. A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Nava, W. y Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26(2), 19-35. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Beadle, S. (1997). *A guide to possibility land: Fifty-one Methods for Doing Brief, Respectful Therapy*. EUA: W.W. Norton y Company Inc.

- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del Arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/viewFile/224/200>
- Rosique, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-160), 17-23.
- Sánchez, T. (2014). *Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: un estudio de caso*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de <http://cd.dgb.uanl.mx/bitstream/handle/201504211/6059/21623.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades Psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Tafoya, S. y Lara, M. (2011). Intervenciones no farmacológicas en el insomnio primario: la evidencia de los ensayos clínicos controlados en los últimos diez años (1998-2008). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 20(2), 310-335. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n2/v40n2a10.pdf>
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532. Recuperado de <https://my.laureate.net/Faculty/webinars/Documents/Psicologia2014/Terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS.pdf>
- Vázquez, A., Vázquez-Morejón, R. y Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 37-43. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/6.%20Fiabilidad%20y%20validez%20de%20la%20Escala%20de%20Autoestima%20de.pdf>
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?. *Psicología Conductual*, 8(3), 561-591. Recuperado de <http://funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art09.3.08.pdf>