

LA IMPORTANCIA DE PLANTEAR LOS OBJETIVOS DE UNA FORMA GRADUADA Y NO EN SU TOTALIDAD EN UN CASO DE DEPRESIÓN

THE IMPORTANCE OF HAVING GRADUAL GOALS INSTEAD OF GLOBAL ONES IN A DEPRESSION CASE

MARTA NIETO

Servicio de Psicología Aplicada (UNED)

Resumen

El estudio de caso único que se presenta consiste en la intervención psicoterapéutica durante diecinueve sesiones con una paciente que sufría una depresión grave. La intervención consistió en diversas técnicas cognitivas, conductuales y emocionales. Se ha utilizado como marco de referencia el modelo cognitivo de la depresión de Beck. En este artículo nos planteamos la importancia que tiene el entender los objetivos de una forma graduada y no en su totalidad. Los resultados ponen de manifiesto el éxito conseguido tras las 19 sesiones de tratamiento habiéndose conseguido cumplir los objetivos propuestos.

Abstract

The case study presented shows a 19-session psychotherapeutic intervention in a patient who suffered from severe depression. The intervention consisted of a mixture of several cognitive, behavioural and emotional techniques. Beck's cognitive model of depression was used as a theoretical frame work. This article points out the importance of having gradual goals instead of the global ones. The results show a great success after a 19-session-treatment as the therapeutic goals were achieved.

Palabras claves

Objetivos graduados, intervención, depresión.

Key words

Gradual aims, intervention, depression.

Introducción

Algunos autores han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento (Schuyler y Katz, 1973).

La depresión es un grave trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo y emocional-fisiológico de la persona (Beck, 1970).

La característica fundamental sintomatológica, de acuerdo con el DSM IV de los trastornos depresivos viene determinada por el denominado episodio depresivo mayor. Los síntomas son: estado de ánimo depresivo, disminución del interés por el placer, pérdida de peso y/o cambios en el apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte.

El trastorno depresivo afecta de un modo global a la persona, produciendo cambios que alcanzan a todas las áreas de su comportamiento.

El punto central sobre el que descansa la conceptualización de la depresión es el grado de satisfacción-insatisfacción, de la persona en relación con sus distintas actividades y planes de actividad. De este modo, han de tenerse en cuenta la cantidad y cualidad de los estímulos positivos que recibe la persona, la capacidad de éstos para reforzar sus respuestas y su competencia para, mediante su comportamiento, acceder a estímulos positivos. Sin embargo, sabemos que la cualidad de positivo de un determinado estímulo descansa de forma determinante, en la percepción de éste por la persona.

Existen distintos enfoques que buscan dar una explicación al origen de la depresión: el enfoque comportamental de Lewinsohn (Lewinsohn y Graf, 1993) recurre a la baja frecuencia de refuerzos de la persona, bien por una escasa disponibilidad en el ambiente como por una carencia de habilidades personales. El enfoque del auto-control, desarrollado a partir del modelo general de Kanfer (1970) por Rehm (1977-1981)

donde formuló, desarrollo y optimizó, un modelo de depresión basado en la importancia de la auto-evaluación, auto-observación y auto-refuerzo, como principales agentes causales de la depresión. Este modelo caracteriza a los pacientes depresivos como personas que atienden más a la información negativa, a las evaluaciones negativas y son menos conscientes de las consecuencias positivas. El enfoque de indefensión aprendida de Seligman (Abranson, Seligman y Teasdale, 1978) permite integrar el constructo de atribución. Las personas que ante sucesos tienen atribuciones internas, globales y estables se supone que tienen mayor probabilidad de tener depresión. La teoría de Bower (1981) relaciona el estado de ánimo y la memoria, cuando una persona está bajo un concreto estado emocional, en ese momento le resulta fácil recordar sucesos previamente asociados en el pasado con esa emoción o estado de ánimo. Supone una ampliación de los estados emocionales negativos, así como de la operatividad de los esquemas implicados en su génesis. La teoría de la depresión de Beck (1967), hace referencia a los esquemas y estructuras cognitivas que constituyen la tríada cognitiva: visión negativa de uno mismo, de la relación con el mundo y con el futuro. Esta visión negativa originaría conductas y emociones características del trastorno depresivo. El enfoque teórico que ha servido de guía en este caso, ha sido el cognitivo, donde se encuentra la teoría de la depresión de Beck.

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basan en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones («eventos» verbales gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, «si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso». Consecuentemente, esta persona responderá a

las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- Y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

El modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustento psicológico de la depresión:

- **La tríada cognitiva.** Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.
- **Los esquemas.** los tipos de esquema empleados determinan el modo como el individuo estructurará distintas experiencias.
- **Los errores cognitivos.** Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967).

Todos ellos son congruentes con el modelo general de la conducta, haciendo hincapié en aspectos concretos, sin que ello suponga oponerse o excluir a los otros.

Método

Sujeto, motivo de consulta e historia del problema

Inés (nombre supuesto), tiene 27 años cuando acude a consulta, presenta bajo estado de ánimo. Dice estar pasándolo mal desde hace 6 meses, llorando y con sentimiento de indefensión desde entonces. No lo entiende pues dice no tener nada especialmente negativo en su vida por lo que tenga que estar sufriendo de esta manera. Es la pequeña de una familia de tres hermanos. El hermano tiene 32 años y su hermana 30. Relata tener una relación muy buena con ambos. Al hermano lo describe como muy protector, como el hijo ejemplar, responsable, educado, calmado y estudioso. «Se comporta como si fuera su padre».

A la hermana la describe como «buena» una persona que siempre está ahí, la hermana hace un año que comienza a salir con un chico, la paciente hace continuamente alusiones de lo mal que está su hermana con esta persona, esto le provoca mucho malestar a Inés, continuamente la dice lo que debería hacer a la hermana, esto lleva a muchas disputas, provocando la lejanía entre ellas.

Su padre tiene 65 años, se preocupa mucho por sus hijos, es «muy cabezón y sufrido» «si alguno de nosotros está enfermo, él también lo está».

Su madre tiene 60 años, la define como la mejor madre, es muy cariñosa y está siempre muy pendiente de nosotros. «Hace 5 meses que la relación con ella no es muy buena».

Inés tiene la necesidad de estar continuamente llamándolos por teléfono o quedando con ellos para hacer cualquier cosa. Es incapaz de hacer alguna actividad sola.

Inés se describe como una persona caprichosa «si no me dan lo que quiero me cabreo», protegida y que reclama continuamente la atención de los demás.

Ha tenido varias operaciones, a los 4 años apendicitis, recuerda vivirlo con mucho miedo. Durante los 8, 9 y 10 años tubo ruptura en los brazos. A los 12 años la operaron de la boca, la pusieron aparato dice haber pasado mucha ver-

güenza en el Instituto por ello. Hace un año la han operado de un quiste en un ovario por lo que se muestra bastante preocupada. Dice «me han operado de muchas cosas, parece que todo lo malo me pasa a mi».

Inés dice haber tenido una adolescencia repleta de amigos, y haber tenido un comportamiento muy rebelde durante la misma.

A los 18 años comienza una relación con un chico, que dura 6 años. Lo deja el chico porque dice que ya no la quiere. Actualmente, Inés no desea saber nada de esta persona, Dice haberla hecho mucho daño.

Cuando esto ocurre, se vuelca en su hermana y comienza a salir con las amigas de la hermana, pues ella había perdido la relación con sus amigas. Actualmente sale con amigos todos ellos tienen pareja.

Inés físicamente no se encuentra atractiva, no cree que pueda estar con nadie, que nadie la va a querer. Come con mucha ansiedad, es incapaz de controlarse y poder hacer una dieta.

Cuando viene a terapia se queja de no dormir bien, especialmente cuando al día siguiente va a trabajar, se despierta 3 veces en la noche.

Trabaja en una empresa, su hermano la consigue este trabajo, pero al cabo de un tiempo al hermano lo destinan a otra empresa y ella piensa continuamente que la van a despedir porque no desempeña bien su trabajo, esto la provoca mucha inseguridad y preocupación. Tiene mucho miedo a que la echen y no cumplir las expectativas de su hermano. Siente como si le fallara.

Evaluación

Instrumentos

Los instrumentos presentados a continuación fueron utilizados tanto

para la primera evaluación como para valorar los cambios alcanzados después del proceso terapéutico.

- Entrevista de evaluación.
- Cuestionario sintomatológico SCL-90R (Derogatis, 2000).

- Inventario de depresión de Beck, BDI (Beck, Rust, Shaw & Emery 1979).
- Inventario clínico multiaxial de Millon (II).(MCMI-II; Millon,1999)
- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vidal, 1988.)

Los datos obtenidos se presentan en la tabla 2, en el apartado de resultados.

Datos de la entrevista

La cliente refiere la siguiente sintomatología: Bajo estado de ánimo. Aumento de peso. Come con ansiedad. Problemas para conciliar el sueño. Rumiaciones. Baja autoestima. Sensación de fatiga. Sentimiento de inutilidad y de culpa excesiva. Disminución del interés por el placer y por las actividades. Incapacidad para realizar actividades sola. Victimización. Agresividad que despierta especialmente con sus seres más queridos (hermanos y padres).

Se infieren la necesidad de aprobación externa social, busca continuamente el apoyo de los demás. Sus decisiones y emociones dependen de lo que su «familia» la haga explícito. Su red social esta formada por amigos, todos ellos con pareja.

En el área de recursos y apoyo, se observa la realización diaria de hábitos saludables (gimnasia 3 veces a la semana, siempre acompañada del hermano, sino no va), así como la percepción de apoyo por parte de la familia. La cliente se siente muy apoyada también por su red social. Como actividades de placer, refiere que le gusta leer, ir al cine, al teatro a conciertos... pero cada vez hace menos actividades, porque no la producen placer.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos se concertaron de forma conjunta. El objetivo global planteado tras la evaluación fue la mejora del estado de ánimo, autoestima e independencia, por lo que se consideraron los siguientes objetivos a lo largo de las distintas fases de tratamiento:

- Incrementar las actividades cotidianas reforzantes para la cliente, así como facilitar la administración de refuerzos.
- Modificar el estilo cognitivo caracterizado por errores de pensamiento absolutista, inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, descalificación de lo positivo, lectura de pensamiento, imperativos y personalización.
- Sustituir las creencias irracionales («debo gustar a todo el mundo» «toda mi vida es una catástrofe» «todo me pasa a mi»...) por ideas más razonables.
- Facilitar la expresión emocional y la aceptación de sentimientos negativos.
- Aumentar la tolerancia a la frustración sobre todo en relación a situaciones y personas cercanas y significativas.
- Hacerse más autónoma con respecto a sus propias decisiones y depender menos de los demás.

Intervención

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 19 sesiones, incluyendo evaluación y tratamiento de aproximadamente 60 min. de duración. Actualmente se encuentra en seguimiento, viniendo una vez al mes. Todo ello se resume en tabla 1:

TABLA 1. Cronograma del tratamiento

<p>1.ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se exploraron los síntomas de la depresión. • Se evaluaron las ideas de suicidio y desesperanza. • Se discutió la influencia de los pensamientos sobre la conducta, haciendo referencias específicas a cómo hacer frente al bajo estado de ánimo. • Se exploró y determinó el nivel de actividad • Tareas para casa: Se planificó un programa de actividades para realizar durante la semana, se le explicó la necesidad de que la actividad la realizara sola, e hiciera un registro de cómo se sentía.
<p>2.ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se revisaron los síntomas de la depresión. • Se supervisó el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones. • Se comenzó a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y emociones, basándonos en experiencias de la paciente. • Se trabajó sobre el papel de las emociones y los sentimientos. • Tareas para casa: Se continuó con el programa de actividades // Listado de problemas que la paciente considerase que podían influir o contribuir a la depresión.
<p>3.ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se revisaron las actividades planificadas. • Se continuó elicitando pensamientos relacionados con la tristeza. • Tareas para casa: Se registraron las cogniciones durante periodos de tristeza, ansiedad y enfado y durante periodos de apatía, con objeto de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto.
<p>4.ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendió a identificar cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables. • Se trabajó la autocrítica y la autoaceptación de los errores. • Tareas para casa: Se continuó registrando cogniciones, esta vez buscando alternativas a los pensamientos // Se continuó con el programa de actividades.

TABLA 1. Cronograma del tratamiento (continuación)

<p>5.ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se discutieron las cogniciones y se identificaron contenidos recurrentes o frecuentes. • «Convertimos la adversidad en ventaja» Consiste en sacarle ventajas a cualquier cosa negativa. • Tareas para casa: «las camas son para dormir» Se le aconsejó que si en 30 min. No era capaz de dormirse se levantará y comenzase a hacer algo que le distrajera y así alejar los pensamientos // Continuar registrando los pensamientos.
<p>6.ª sesión, 7.ª sesión, 8.ª sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se revisaron las cogniciones en particular, las expectativas ante sus «tengo» en lugar de «quiero». • Se comenzó a trabajar para construir una identidad que encajase con el rol de adulta. • Tareas para casa: Continué identificando errores cognitivos y proponiendo explicaciones alternativas a los «pensamientos automáticos» negativos.
<p>9.ª sesión, 10.ª sesión, 11.ª sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se centró en las autocríticas y se comenzó a trabajar en respuestas para hacerlas frente (es decir, evaluar los problemas de forma realista, en lugar de autocriticarse). • Intentar responder a los «quiero» en vez de a los «debo». • Se trabajó en la reconstrucción de la relación con lo que se había perdido. • Tareas para casa: Continué identificando errores cognitivos y proponiendo explicaciones alternativas a los «pensamientos automáticos» negativos.
<p>12.ª sesión, 13.ª sesión, 14.ª sesión, 15.ª sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se continuó trabajando sobre las autocríticas. • Se continuó trabajando en la reconstrucción de la relación con lo que se había perdido. • «Nos reinventamos a nosotros mismos» • Tareas para casa: Hacer una lista de «deseos», prestando especial atención a objetivos futuros. Con la finalidad de que la paciente se centrara en sus propias necesidades y expectativas.
<p>16.ª sesión, 17.ª sesión, 18.ª sesión y 19.ª sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estas sesiones se dedicaron a consolidar la mejoría. • Se trabajó la autoestima.

Resultados

Los resultados con los que nos encontramos, teniendo en cuenta que lleva tres meses de seguimiento son muy alentadores. Las verbalizaciones y actuaciones de la paciente, así como de los instrumentos de evaluación nos muestran unos resultados satisfactorios.

Relata ver la vida de forma diferente:

Cuando se plantean los problemas propios de la vida, como un cambio de trabajo, es capaz de enfrentarse al problema, de ver el lado posi-

tivo y también de darse cuenta de lo que siente ante el cambio, pero de una manera ajustada, sin planteárselo como si eso fuese una catástrofe, y actuar ante ello.

Ante los conflictos con su familia por temas cotidianos, es capaz de separar sus problemas de los del resto de la familia. Aceptar las decisiones de los que a ella la importan, aunque no sean concordantes con las suyas y respetar el sufrimiento de los demás.

Es capaz de planificar actividades sola, y disfrutar de ellas. Se está dando cuenta de que to-

dos necesitamos un espacio para crecer, y se lo está creando. Ha aprendido a poner límites en su familia con respecto a su vida.

Aquí aun queda un interesante trabajo por realizar, relacionado con la asertividad y con los miedos que aún la atormentan.

Desde la terapia se informa de esto a la paciente, pero ahora no se siente con ganas de trabajarlo, quiere disfrutar de momento «el ahora» porque dice encontrarse «muy bien». Está aprendiendo a tomar las riendas de su propia vida, que hasta el momento era dirigida por su familia, está aprendiendo a separar sus problemas de los del resto y hacerse cargo de ellos.

Creo que puede ser buen momento, para que ella misma se vaya conociendo poco a poco y quizás más adelante vuelva a trabajar todo aquello pendiente. Esto apunta a la cuestión de que los cambios no se dan cuando el terapeuta percibe que algo se debería trabajar, sino cuando el paciente los necesita y está dispuesto a seguir realizando cambios en su vida.

Los objetivos planteados han sido cumplidos, si bien no podemos pasar por alto, que los objetivos no los debemos plantear como «un todo o un nada» sino que lo más cercano a la re-

alidad es entenderlos de una forma graduada, es decir, no podemos defender que un objetivo se cumple o no se cumple en su totalidad, sin prestar atención al grado en el que el mismo, ha podido ser superado. Con respecto a mi paciente, creo que todos los objetivos planteados han sido cumplidos, también pienso que alguno de ellos se podría trabajar más, pero como he comentado anteriormente la paciente no está dispuesta a continuar con la terapia en estos momentos. Quizás más adelante ella quiera volver y así poder obtener mejores resultados.

La paciente continua teniendo que enfrentarse a situaciones que la producen dolor, como respetar las decisiones de la hermana con su pareja. Enfrentarse a un posible despido... Los pensamientos automáticos surgen de nuevo, pero sigue convencida de que la mejor manera de contrarrestar estas ideas es hacer cuidadosa reevaluación de la situación. Cada vez busca más su espacio, limitando el de los demás para tomar decisiones de su vida. También ha aprendido a reconocer cuando comienza a deprimirse y de esta manera buscar estrategias que la ayuden a levantar el estado de ánimo.

Para una mejor comparación de los resultados, nos remitimos a las tablas, donde se ilustran los resultados pre y post-tratamiento.

TABLA 2. Evaluación pre y post tratamiento

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
SCL-90-R		
Somatización	0,6	0,5
Obsesivo-compulsivo	2,0	1,3
Depresión	1,9	0,5
Susceptibilidad Interpersonal	1,9	1,2
Ansiedad	1,5	1,2
Hostilidad	2,4	1,1
Ansiedad fóbica	0,6	0,3
Ideación paranoide	1,8	0,9
Psicoticismo	1,4	0,7
BDI	42 Depresión grave	2 No significativa

TABLA 2. Evaluación pre y post tratamiento (continuación)

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
ISRA		
Ansiedad cognitiva	Ansiedad severa	Ansiedad moderada
Ansiedad fisiológica	Ansiedad severa	Ansiedad moderada
Ansiedad motora	Ansiedad severa	Ansiedad moderada
Ansiedad total	Ansiedad severa	Ansiedad moderada
MCMII-II	Puntuación (TB) Pre-test	Puntuación (TB) Post-test
Escalas diagnósticas (patrones clínicos de personalidad)		
Esquizoide	31	5
Fóbica	49	24
Dependiente	78	64
Histriónica	87	84
Narcisista	45	42
Antisocial	19	19
Agresivo-Sádica	77	55
Compulsiva	32	20
Pasivo-Agresiva	108	98
Autodestructiva	96	81
Escalas diagnósticas (Patología grave de la personalidad)		
Esquizotípica	38	38
Límite	94	79
Paranoide	17	17
Escalas diagnósticas (síndromes clínicos)		
Ansiedad	99	45
Histeriforme	99	57
Hipomanía	82	65
Neurosis depresiva	96	50
Abuso de alcohol	98	29
Abuso de drogas	57	42
Escalas diagnósticas (Patrones clínicos de la personalidad)		
Pensamiento psicótico	77	42
Depresión mayor	109	49
Delirios psicóticos	13	3

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-59.
- Beck, A.T. (1970). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pensilvania Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression, Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1976). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Derogatis, L.R. (2000). *SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Lewinsohn, P.M. y Graf, Michael. (1993). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261-268.
- Millon, T. Y (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Videl, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: TEA.
- Rehm, L.P. (1977) A self-control model of Depression. *Behavior therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L.P. (1981). *Behavior therapy for Depression: present status and future directions*. Nueva York: Academic Press.
- Schuyler, D. y Katz, M.M. (1973). *The depressive illnesses: A mayor public health problem*. Washington: U.S. Government Printing Office.