

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER  
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA  
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid  
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

## **Abordaje cognitivo-conductual de una situación vital complicada como oportunidad de crecimiento personal**

Autora: Kaja Chmielowiec

Tutora académica: Eva Garrosa Hernández

Modalidad: Estudio de caso clínico

Curso: 2016/2017

**Resumen:** El presente trabajo describe un estudio de caso único que pretende abordar, desde el enfoque cognitivo-conductual, una demanda atípica. La consultante, una mujer de 40 años, sin hijos y casada desde hace 15 años, acude a la terapia porque está pasando por una crisis vital a causa de problemas matrimoniales. La evaluación se llevó a cabo utilizando la Historia Biográfica, entrevistas, auto-registros y cuatro cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck-II, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Inventario de Síntomas Revisado y Cuestionario de Calidad de Vida. Para guiar la intervención, se elaboró un análisis funcional. Las técnicas empleadas fueron el proceso de toma de decisiones, la reestructuración cognitiva, parada de pensamiento, psico-educación, respiración abdominal, así como un trabajo reflexivo acerca del sistema de valores. La fase de intervención se desarrolló en 10 sesiones, con dos sesiones de seguimiento programadas. Se compararon los resultados obtenidos gracias a las medidas pre y post tratamiento, de las que se concluye que la intervención fue clínicamente útil. Mejoró el estado de ánimo de la clienta, disminuyó la sintomatología ansiosa, se produjo un cambio en su patrón de respuestas y en el manejo de los pensamientos desadaptativos. Finalmente, se ponen de manifiesto las limitaciones y aportaciones del trabajo realizado, así como algunas sugerencias sobre posibles líneas de investigación futuras.

**Palabras clave:** caso único, cognitivo-conductual, pensamientos desadaptativos, sentimiento de culpa, toma de decisiones, crecimiento personal

## INDICE

Introducción.....	3
Marco teórico.....	3
¿Estamos preparados para las nuevas demandas?.....	8
La importancia del análisis funcional.....	11
Descripción del caso.....	12
Identificación de la paciente y motivo de consulta.....	12
Estrategias de evaluación empleadas.....	15
Formulación clínica del caso.....	21
Objetivos terapéuticos.....	25
Tratamiento.....	25
Aplicación del tratamiento.....	28
Diseño del estudio y resultados.....	38
Discusión.....	43
Referencias bibliográficas.....	51

## INTRODUCCIÓN

### Marco teórico

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), es un trastorno mental que perturba nuestro estado de ánimo y cuyas características más destacadas son: tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, alteraciones del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Dichos síntomas interfieren de manera significativa en las áreas importantes de la vida del afectado (académica, laboral, familiar, etc.), llegando, en los casos más graves, a superar la capacidad de afrontamiento de la persona, empujándola a buscar soluciones tan extremas como un intento de suicidio (Carrobles, 2011).

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association [APA]), proporciona los criterios necesarios para diagnosticar el Trastorno de depresión mayor. Dichos criterios se encuentran dentro del apartado de los Trastornos depresivos de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de APA, 2014 [DSM-5]) y son los siguientes:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) o (2).
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observación por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afectación médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

La depresión puede manifestarse bajo distintas facetas, no todos los pacientes presentan el mismo cuadro sintomático. No obstante, existe un denominador común para todos los que sufren este trastorno – el pensamiento irracional. Consiste en que la persona evalúa de forma errónea tanto las señales externas como las internas, atribuyéndoles siempre un valor negativo (Álvarez, 2011). Las personas depresivas suelen distorsionar la realidad cometiendo los errores cognitivos tales como pensamiento “todo o nada”, los enunciados “debería”, etc. (Burns, 2010). Además, dichos pensamientos son desadaptativos en el sentido de que nos impiden solucionar el

problema al que nos enfrentarnos, nos alejan de nuestras metas, etc. (Bados y García, 2010).

Los seres humanos procesamos constantemente la información que llega a nuestro cerebro, pero no a todos los pensamientos generados les damos la misma importancia (Vila y Fernández, 2009). En gran medida es nuestro estado de ánimo el que determina a qué tipo de cogniciones (positivas o negativas) prestaremos más atención. Para entender mejor la importancia de los pensamientos, hay que tener en cuenta el modo en el que nos influyen (Bados y García, 2010):

- Nuestros sentimientos, reacciones físicas, etc. dependerán de cómo estructuramos cognitivamente nuestras experiencias.
- No es del acontecimiento en sí, sino de la reacción a éste, de la que dependerá cómo percibiremos, atenderemos, valoraremos e interpretaremos la situación que atravesamos, así como las atribuciones que haremos y las expectativas que tendremos.

Concluyendo, lo que pensamos condiciona cómo nos sentimos y cómo actuamos. Si una persona depresiva piensa que está siendo un estorbo para su familia porque se pasa todo el día llorando en la cama, posiblemente se sentirá aún más triste y abatida, se encerrará en su cuarto, llegando incluso, en los casos más graves, a generar un plan de acabar con su vida ya que ésta carece de sentido.

Después de esta breve introducción acerca de la naturaleza de nuestras cogniciones puede parecer inevitable que éstas se “apoderen” de nuestras vidas, sobre todo si pasamos por un momento complicado y el estado de ánimo es bajo. La buena noticia es que, aprendiendo y poniendo en práctica adecuadas herramientas psicológicas, somos capaces de identificar y modificar los pensamientos desadaptativos (Vila y Fernández, 2009). Una de las técnicas más utilizadas es la Reestructuración cognitiva (RC). El objetivo final de la RC es conseguir que el paciente sea capaz de detectar y cuestionarse sus propios pensamientos desadaptativos para acabar generando otros alternativos, de carácter mucho más adaptativo, eliminando de esta forma la fuente del malestar (Bados y García, 2010). Puede parecer sencillo, pero es una de las técnicas cognitivas más complejas. Como ya se ha mencionado, generamos tal cantidad de pensamientos, que incluso el primer paso de este proceso, detectar el pensamiento irracional, puede resultar complicadísimo. No todos somos igual de conscientes de qué

es lo que pensamos o de cómo diferenciar un pensamiento de una emoción. Una dificultad añadida es que en múltiples ocasiones las verbalizaciones de los pacientes acerca de sus pensamientos representan únicamente una creencia periférica, un pensamiento, por norma general, fácilmente desmontable (Vázquez, 2003). No obstante, cuando el terapeuta empieza a “tirar de la manta”, es decir, de los pensamientos periféricos, estos resultan ser una “tapadera” para las creencias nucleares, mucho más arraigadas, absolutistas, relacionadas con nuestros valores, identidad, etc. (Camacho, 2003). Una vez la persona cuestiona sus creencias nucleares, su mundo empieza a tambalearse. Por esta razón es incuestionable la importancia del apoyo por parte de un profesional en los primeros intentos de la reestructuración. Además de guiar al paciente mediante un diálogo socrático, puede resultar de gran ayuda que el psicólogo haga uso de la psico-educación (Bulacio, Vieyra, Álvarez y Benatuil, 2004). Al explicarle a la persona qué es lo que le pasa y los mecanismos que subyacen el problema, el profesional aumenta su credibilidad, a la vez que empatiza con el paciente para que éste se sienta comprendido, se reduzca su malestar, mejore la alianza terapéutica y aumente la adherencia al tratamiento (Camacho, 2003). Recopilando, aunque la RC sea una técnica potencialmente ansiógena, pues consiste a menudo en deliberar acerca de nuestro sistema de valores y creencias, está en las manos de los terapeutas acompañar a los pacientes en este complicado proceso y hacerles ver que solo exponiéndose a sus problemas podrán solucionarlos. Cuando la persona haya aprendido a gestionar los pensamientos irracionales en la sesión, debe emplear la técnica en su contexto natural, con el objetivo de generalizar los logros terapéuticos y ganar independencia a la hora de cuestionar dichos pensamientos, prescindiendo de la ayuda del terapeuta.

Uno de los criterios diagnósticos directamente relacionado con los pensamientos desadaptativos es el excesivo sentimiento de culpabilidad. Un alto porcentaje de la bibliografía relacionada con la culpa aborda este concepto enmarcándolo precisamente en el trastorno depresivo. No obstante, la culpa es un sentimiento transversal, que sumerge de los pensamientos irracionales que lo subyacen y se relaciona con el ya mencionado sistema de valores. Muchos autores enfatizan la importancia de la religión, atribuyéndole a la culpa el rol del castigo autoimpuesto por un pecado cometido (Condrau, 1968). La persona está condenada a sufrir, ya que hizo algo moralmente incorrecto o no hizo algo que sí debió de haber hecho. Sin embargo, hoy en día la culpa se relaciona, además de con el sistema de creencias y valores de la persona, con el

incumplimiento de conductas socialmente adecuadas. La sociedad, sobre todo en la cultura occidental marcada por un imperante carácter colectivo, es un factor determinante. El individuo debe ganarse la aprobación de los demás cumpliendo con las normas impuestas. Si no respetas las normas sociales o tus propios valores, tus actos te marcarán como una mala persona (Dyer, 1976). En contraposición a la postura juzgadora de la sociedad aparece el rol del terapeuta (Condrau, 1968). Al igual que en el caso de los pensamientos irracionales, el psicólogo guía al paciente (empleando la RC) en este complejo camino de autodescubrimiento y distinción entre “el bien y el mal” o, mejor dicho, entre lo desadaptativo y lo adaptativo (Burns, 2010).

La culpa, de hecho, es uno de los sentimientos más contraproducentes que experimenta un ser humano (Dyer, 1976). Es, como dice el refrán, como llorar sobre la leche derramada. Con esto no pretende transmitirse que, si uno actúa de forma equivocada, no debe reflexionar acerca de sus actos y las consecuencias que estos acarrearán. No obstante, existen otros conceptos, como, por ejemplo, “la responsabilidad”, que contienen menos carga emocional de la que le atribuimos a la culpa. Además, se caracterizan por un enfoque más proactivo, centrado en aprender de los errores y en la posibilidad de crecer como persona gracias a las experiencias pasadas. Como dice Wayne W. Dyer en *Tus zonas erróneas*: “*puedes seguir lamentándote hasta el fin de tus días, pensando en lo malo que has sido, y lo culpable que te sientes, y ni la más pequeña tajada de culpa podrá hacer algo para rectificar ese comportamiento. [...] Lo que sí puedes hacer es empezar a cambiar tu actitud respecto a las cosas que te producen culpa*”.

Otro aspecto definitorio de las personas con bajo estado de ánimo es una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse (APA, 2014) y para tomar decisiones (Vázquez, 2002). Estas dificultades suelen relacionarse con la existencia del pensamiento rumiativo más que con la complejidad de la situación. Las personas depresivas se caracterizan por un estado de apatía generalizado, pensamiento negativo como auto-reproches o anticipaciones catastróficas, desilusión con todo lo que les rodea y por un estado de desmotivación persistente (Catalán, 2003). Como bien sabemos, nuestras cogniciones influyen de forma indiscutible en nuestras emociones y modo de actuar (Burns, 2010). Es por tanto comprensible que, si una persona se pasa todo el día rumiando acerca de lo desgraciada que es, experimente finalmente este característico bloqueo cognitivo-conductual. Son de tal importancia las auto-verbalizaciones negativas

de las personas deprimidas que el tratamiento de elección se centra justo en ellas. Así pues, se compaginan técnicas conductuales, como la programación de actividades agradables, con las cognitivas como la RC o auto-instrucciones (Pérez y García, 2001) con el objetivo de “sacar” a la persona del abismo en el que se encuentra atrapada.

De forma paralela a la gestión de los pensamientos desadaptativos, se puede acompañar al paciente en el proceso de toma de decisiones (Vázquez, 2002). La indecisión viene marcada a menudo por el temor irracional de no escoger adecuadamente. El trabajo en terapia, tanto mediante la psico-educación como la RC, es por tanto imprescindible, ya que, realizar el proceso de toma de decisiones sin abordar los miedos de la persona es “un tiempo perdido”. El paciente podrá definir su problema, establecer los objetivos y generar las alternativas sin mayores dificultades, no obstante, sin un abordaje adecuado de los pensamientos irracionales, no será capaz de llevar a cabo el último paso, el más importante de todos – la puesta en marcha de la decisión tomada (Nezu, Nezu y D’Zurilla, 2014). Seguirá aterrado excusándose con toda una serie de errores cognitivos, aplazando infinitamente el tomar una decisión. A corto plazo posiblemente sentirá un ligero alivio cada vez que posponga la decisión, quedándose en su zona de confort (Nezu, Nezu y D’Zurilla, 2014). Sin embargo, con el tiempo volverá el pensamiento rumiativo, el agobio, el sentimiento de estar acorralado a causa de la presión del tiempo o del entorno, etc. Gracias al trabajo transversal durante la terapia, el paciente junto con el terapeuta podrán avanzar conjuntamente en el proceso de toma de decisiones gestionando a la vez sus miedos, anticipaciones, etc. Como en el caso de cualquier otra técnica trabajada en la sesión, la persona deberá emplearla es su día a día, con el objetivo de generalizar el aprendizaje y asegurándose de este modo el éxito terapéutico a medio y largo plazo.

### **¿Estamos preparados para las nuevas demandas?**

Depresión parece haberse convertido en la peste negra del siglo XXI. La OMS, en febrero de este año, aportó un dato escalofriante, más de 300 millones de personas se ven afectadas por este trastorno (OMS, 2017). La misma organización estima que, en el año 2030, será una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo (Cano, Martín, Mae, Dongil y Latorre, 2012). El grupo más vulnerables son sin duda las mujeres, superando la tasa de incidencia que se describe en los hombres, independientemente del grupo de edad (Carroble, 2011). También lo son las personas



desempleadas, con un bajo nivel académico (Matud, Guerrero, Matías, 2006) y, aunque siguen siendo las personas mayores las más afectadas, se registra cada vez más casos de depresión entre la gente joven (Montesó-Curto y Aguilar-Martín, 2014). Curiosamente, a pesar de los numerosos recursos que se están empleando para erradicar este trastorno (psicofármacos, campañas informativas, psicoterapia, etc.), es un problema que va al alza (Carrobbles, 2011). Además, parece no haber un acuerdo unánime a la hora de diagnosticarlo. La prevalencia del trastorno de depresión mayor en atención primaria entre la población adulta en España oscila entre el 9.6% y el 20.2% (Cano et al., 2012). Esta gran diferencia de porcentajes se debe sobre todo a la utilización de distintas herramientas metodológicas empleadas para el diagnóstico (entrevistas, auto-informes, cuestionarios estandarizados, etc.). No obstante, observando esa enorme amplitud entre el número de personas diagnosticadas con depresión, resulta obligado preguntarse a qué podría deberse tanta diferencia entre los datos estadísticos recabados. Por supuesto, y como ya se ha mencionado, la causa más plausible parece ser el método de evaluación escogido. Sin embargo, podríamos plantearnos otras posibles razones, como, por ejemplo, la opinión personal del profesional, que no siempre coincide con el resultado de las medidas “objetivas”, sobre todo en el caso de las demandas “atípicas”.

Aunque no sea un debate reciente, sigue habiendo una cantidad importante de preguntas sin responder que inquietan a gran parte de los expertos de la salud mental:

- ¿permiten los sistemas objetivos como el DMS-5 o los cuestionarios estandarizados acertar con el diagnóstico?
- ¿debe un profesional de la salud fiarse más de los resultados obtenidos de las pruebas estandarizadas que de su juicio clínico?
- ¿atendemos únicamente los síntomas indicadores del trastorno diagnosticado en cuestión, o prestamos atención al individuo de forma más global, teniendo en cuenta su situación vital actual, historial previo, fortalezas personales, etc.?
- ¿favorecemos los profesionales de la salud la “patologización” de la sociedad, categorizando cada vez más problemas de la vida diaria como trastornos mentales?
- ¿ofrecen los métodos de evaluación, diagnóstico y tratamiento una respuesta eficiente a los nuevos problemas que emergen como consecuencia de una realidad tan distinta de la de las generaciones pasadas?

En definitiva, el problema que se pretende plantear es, ¿somos los psicólogos (y las herramientas que empleamos) lo suficientemente flexibles, como para atender con éxito las “atípicas” demandas que acuden cada vez con más frecuencia a las consultas en busca de ayuda?

Retomando el trastorno de depresión mayor y teniendo en cuenta el debate anterior, viendo lo genéricos que resultan los criterios diagnósticos del DMS-5, es muy probable que cada año se diagnostique miles de “falsos positivos” – con todos los riesgos que esto conlleva, incluido un tratamiento inadecuado. Quién de nosotros no se ha visto en algún momento de la vida superado por la situación que le tocó afrontar, reduciendo sus horas de sueño, presentando un estado de ánimo más bajo, problemas a la hora de concentrarse o tomar decisiones, incluso estando una época sin realizar cualquier conducta placentera. Posiblemente, antes de realizar un diagnóstico de un trastorno depresivo (que a efectos prácticos aporta poco o nada), podríamos plantearnos que nuestro paciente está afrontando, simplemente, un momento vital complicado (González y Pérez, 2008).

Podríamos incluso ir más allá y, en vez de abordarlo como un trastorno, una enfermedad o una alteración, enfocarlo como una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal. De hecho, es así como algunos de los seres humanos reaccionan en su contexto natural ante los acontecimientos desfavorables que experimentan a lo largo de sus vidas (APA, 2017). El término resiliencia, aunque empleado en Psicología desde hace relativamente poco tiempo (finales siglo XX), no describe otra cosa que una capacidad (adquirida) de las personas de afrontar las adversidades y aprender de ellas, por si la desgracia vuelve a repetirse en el futuro (Kalawski y Haz, 2003). Por supuesto, el que alguien sea resiliente no significa que no sufra afrontando una situación difícil. No obstante, “el truco” está en cómo se interpreta la experiencia por la que esté pasando la persona. Es en este punto en el que el terapeuta puede hacerle ver al cliente que está, más que pasando por “un bache en su vida”, ante una oportunidad única de aprender de la experiencia y crecer como persona. Y, dado que en todo momento estamos refiriéndonos a la resiliencia como una estrategia de afrontamiento aprendida (conducta, pensamiento, etc.), quién mejor que un psicólogo para instruir al consultante en las técnicas terapéuticas pertinentes.

En una “situación complicada” se encontraba justo la paciente, cuyo caso se describirá en el siguiente apartado. Si se hubiese tenido en cuenta únicamente la puntuación obtenida en el BDI-II, podría haberse diagnosticado como un trastorno depresivo. No obstante, se optó por una amplia evaluación psicológica, gracias a la cual se pudo concluir que el problema por el que acudía a la terapia era mucho más delimitado, aunque no por ello menos complejo. En este caso resultó de gran ayuda una de las herramientas más empleadas por los psicólogos clínicos, el análisis funcional. No sólo sirve de guía a la hora de realizar una evaluación completa, sino también permite un diagnóstico mucho más flexible, por lo que responde a las exigencias que van surgiendo con las nuevas demandas, algo a lo que el sistema de diagnóstico categorial u otras pruebas estandarizadas no parecen proporcionar una respuesta adecuada.

### **La importancia del análisis funcional (AF)**

Como ha podido apreciarse, uno de los objetivos del presente trabajo es reflexionar acerca de lo acertados que resultan los diagnósticos realizados a partir de la puntuación obtenida mediante medidas objetivas o sistemas categoriales. En el caso del estudio que se describirá a continuación, un diagnóstico desde el enfoque “médico”, es decir, llegar a una etiqueta guiándose por los síntomas presentes, no hubiese sido posible, ya que, por su peculiaridad, la problemática tratada ni siquiera figura en los manuales psicológicos. De hecho, las dificultades aparecen incluso antes, en la propia evaluación del problema y a causa de la escasez de los instrumentos específicos. Gracias a la entrevista que permitió elaborar el análisis funcional, pudo no sólo evaluarse el problema en profundidad, sino también establecer un diagnóstico, objetivos y el tratamiento adecuado. La ventaja con la que cuenta el análisis funcional es sin duda su flexibilidad, que permite utilizarlo en cualquier contexto clínico y ante cualquier demanda, por muy “atípica” que parezca, siendo a la vez único para cada paciente y teniendo en cuenta las variables personales. Además, es también una herramienta dinámica ya que, a lo largo del proceso de intervención, permite al terapeuta ir revisando las hipótesis establecidas y, si el tratamiento no resulta efectivo, detectar con facilidad el elemento de la cadena funcional que esté “fallando” e hipotetizar uno nuevo, sometiéndolo otra vez a una comprobación empírica (Kaholokula, Godoy, Haynes y Gavino, 2013). Asimismo, se centra en la conducta problema modificable y objetivos terapéuticos establecidos conjuntamente con la paciente, en vez de reducir la intervención a la disminución de los síntomas que ésta presenta. Otra ventaja con la que

cuenta el profesional que emplea el análisis funcional es tener a su disposición datos sobre las variables disposicionales que, aunque no formen parte de la cadena conductual, sí resultan de gran relevancia en el mantenimiento del problema y, por tanto, no deben pasarse por alto en la fase de intervención (como mínimo, asignándole el rol de posibles variables extrañas) (Segura, Sánchez y Barbado, 1995). Finalmente, esta herramienta permite minimizar el riesgo que corre el terapeuta de realizar un juicio clínico sesgado (Haynes, Godoy y Gavino, 2011), una amenaza real, sobre todo en los casos con alta carga emocional como, por ejemplo, el abordado en este trabajo. Por todo lo expuesto, el análisis funcional resulta altamente recomendable, indiferentemente del problema al que se enfrenta el profesional. No obstante, demostró ser especialmente útil en el caso de la paciente cuya demanda no se ajustaba a los casos clínicos descritos en los manuales y que se presenta a continuación.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

### **Identificación de la paciente y motivo de consulta**

La paciente (P.) es una mujer de 40 años, nacida en Barcelona, sin embargo, lleva muchos años residiendo en Madrid. Trabaja como funcionaria, lleva casada 15 años con su marido M. y no tienen hijos. Se describe como una persona que “se amolda a lo que le da la vida”, sensible, positiva y alegre.

Viene a la consulta puesto que está afrontando una situación vital complicada. Afirma que, desde hace bastante tiempo, no está satisfecha con su relación de pareja y últimamente está planteándose separarse de su marido. Además, hace dos años conoció a otro hombre (A.), con el que está manteniendo una relación paralela. Esta situación le provoca un alto grado de malestar, sentimientos de culpa y traición, miedo a ser descubierta, sensación de “nudo en el estómago”, etc., a la vez que se siente incapaz de tomar una decisión. Lloro con frecuencia, está más despistada de lo normal y no para de darle vueltas a su situación. Cree que todos estos años “vivía en una zona de confort, como si estuviese anestesiada”. Sin embargo, ahora que ha tomado consciencia de ello, quiere vivir la vida de forma más plena. Llega a la conclusión de que su matrimonio tenía ciertas carencias y éstas se han visto cubiertas por otra persona. Su malestar se ve

reflejado en constantes verbalizaciones como, por ejemplo, “necesito saber que no soy mala” o “me siento muy culpable con la mentira y con el engaño”.

P. relata que su relación de pareja lleva tiempo pasando por una situación delicada, siempre ha habido altibajos, pero ahora, por primera vez, está planteándose dejarle. Explica que, en su matrimonio, siempre echaba en falta que haya más conexión, que mantengan conversaciones más profundas, que estén más compenetrados. A su marido, M., le describe como una persona noble, íntegra, sencilla y transparente. Le hace sentirse cómoda, le “facilita el día a día” asumiendo gran parte de las tareas domésticas como hacer la compra o cocinar, le aporta calma y seguridad. No obstante, afirma que su vida sexual nunca fue satisfactoria, le resultaba monótona, “lo hacíamos siempre el mismo día, a la misma hora y de la misma forma”. Según la paciente, ha intentado solucionarlo, hablándolo con M. Él se había mostrado abierto a experimentar cosas nuevas, pero nunca tomó la iniciativa, y P. en algún momento ha dejado de insistir.

En cuanto a la relación extramatrimonial, conoció a la otra persona hace tiempo, ya que estaban trabajando en el mismo edificio. No obstante, hace dos años la cambiaron de departamento, y acabaron compartiendo despacho. Le describe como seductor, cariñoso, atractivo físicamente e inteligente. Es soltero y tampoco tiene hijos. Además de compartir el mismo espacio físico todos los días, empezaron a descubrir que tenían muchas cosas en común. P. afirma que ha podido surgir algo entre ellos porque su matrimonio ya estaba pasando por una mala racha. Mantenían una estrecha relación dentro y fuera del trabajo durante algo más de un año, hasta que, hace varios meses, comenzaron a mantener también relaciones sexuales. Teniendo en cuenta que las que mantenía con M. no le parecían satisfactorias (de hecho, actualmente las evita), y que antes de su marido no había tenido muchas parejas sexuales, se ha sorprendido de lo gratificante que le ha resultado esta nueva experiencia. Aparte de una conexión especial que comparten y unas relaciones sexuales satisfactorias, P. afirma que A. le aporta “vida”, es igual de sensible que ella ante experiencias sencillas, como, por ejemplo, disfrutar de un atardecer bonito o una fotografía artística, etc.

No obstante, a pesar de que la usuaria se siente “enormemente atraída” por A., verbaliza que existen ciertos aspectos que le preocupan. El primero de ellos es que A. se queda muchas tardes en el trabajo para que puedan pasar más tiempo juntos, cosa que

agobia a P. ya que dice sentir que “invade su espacio”. El segundo es que, como afirma la consultante, A. “la tiene calada”. Según ella, tiene una capacidad psicológica de percibir la gente tal y como es. A P. no le gustaría que conociese sus debilidades (“es como si me viese desnuda”), ya que teme que podría aprovecharlas para “conquistarla”.

Cuando se pregunta por cómo se siente cuando está con su marido responde que, al principio, cuando empezó todo, no era capaz de mirarle a los ojos. Se siente muy culpable, tiene muchos remordimientos y cree que le ha traicionado. Por otro lado, afirma que “no cree tener toda la culpa de lo que está pasando”. P. no le ha confesado a su marido que está teniendo una relación extramatrimonial. Afirma no hacerlo porque cree que su marido jamás podría perdonárselo y prefiere “tener una alternativa” si finalmente decide no continuar con la relación paralela que está manteniendo. Él tampoco se lo preguntó abiertamente, aunque en ocasiones insinuó de forma indirecta esta posibilidad. No obstante, P. informa que ha empezado a dar pequeños pasos para hacerle ver la gravedad de la situación, por ejemplo, decirle que no es feliz y que le gustaría irse a vivir sola a casa de un amigo para poder reflexionar.

La paciente verbaliza que, por lo general, se siente mucho mejor por las mañanas, ya que se levanta con energía, ganas y alegría. Se siente eufórica en el trabajo, estando con A. y fuera de su casa. Este estado cambia por completo tanto por las tardes/noches como los fines de semana. Cree que puede deberse al cansancio, pero también a que vuelve a ver a su marido.

No se siente capaz de hablar sobre el tema con los demás. De hecho, hasta la fecha, se lo contó únicamente a dos personas. Se lo confesó a su hermana mayor que vive en Barcelona y con la que no tiene una relación “perfecta”, ya que no coinciden en muchas cuestiones, pero siente que puede contar con su apoyo. Por otro lado, le comentó su situación a una amiga, una mujer separada a la que considera bastante liberal. Ella no le ha juzgado, además le aconsejó que “viviera la vida”.

Aparte de su hermana, nadie de su familia sabe de los problemas que atraviesa su matrimonio. Afirma tener una relación cordial con su padre, pero no suele compartir temas personales (íntimos) con él. Se lleva muy bien con su madre, es cariñosa y hablan con frecuencia, no obstante, hay cosas que no comparte con ella porque no cree que pueda entenderla. Además de la hermana mayor, tiene también otra, que es la menor de

las tres, y con la que apenas mantiene contacto. La percibe muy cerrada de mente, velando solo por su interés y de los pocos que le importan.

El círculo de amistades que tiene lo describe como muy pequeño e insuficiente. Lo percibe sobre todo ahora. La mayoría de los amigos los comparte con su marido, cuando eran jóvenes formaban un grupo de amigos del cual iban surgiendo varias parejas y son los que siguen manteniendo la amistad hasta hoy. Quedan con ellos todos los viernes para tomar una copa de vino, viajan juntos, etc. Además de la amiga que sabe de su relación extramatrimonial, tiene otra en Cádiz. Cree que a ella también podría confesárselo, es más liberal que la mayoría de la gente que conoce. Finalmente, tiene conocidos en Barcelona, pero su percepción sobre ellos es que son muy cerrados.

P. se muestra contenta con el puesto de trabajo que desempeña y con la buena relación que mantiene con los demás compañeros. En sus ratos libres le gusta pasear, ir al cine o a ver una exposición, viajar y bailar, lee mucho y disfruta haciendo manualidades.

### **Estrategias de evaluación empleadas**

El proceso de evaluación consistió en tres entrevistas con la consultante para conocer la naturaleza del problema, cómo se mantiene, el malestar que provoca, las situaciones concretas en las que se manifiesta y las áreas de su vida a las que afecta. Para recoger otros datos importantes se utilizó la Historia Biográfica (Centro de Psicología Aplicada, 2014). Con periodicidad semanal se pidieron auto-registros de las situaciones problemáticas para así evaluar el problema en su contexto natural. También se recogió información mediante la Batería de Evaluación Inicial (Centro de Psicología Aplicada, 2015), que incluye los siguientes cuestionarios:

- Inventario de depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II). Su versión original, BDI-I, fue creada por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961. La segunda edición, BDI-II, publicada por Beck, Steer y Brown (1996) fue adaptada al castellano por Vázquez y Sanz (2011). Es un autoinforme de lápiz y papel que consta de 21 preguntas con respuestas tipo Likert. Sus ítems describen los síntomas clínicos de depresión más frecuentes, recogidos en los sistemas de diagnóstico categoriales como DSM-IV o CIE-10. Se puede aplicar a adultos y adolescentes mayores de 13

años de edad. Es uno de los cuestionarios más empleados y cuenta con una alta consistencia interna (superior a 0.8).

- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). La versión utilizada fue la adaptada al castellano por TEA Ediciones (2011). Cada una de las escalas, tanto Ansiedad-Estado como Ansiedad-Rasgo, está compuesta por 20 ítems. Las respuestas van de 0 a 3, en el sentido ascendente (nada-mucho; casi nunca-casi siempre). La primera escala pretende evaluar un estado emocional transitorio caracterizado, entre otros indicadores, por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda, evalúa una propensión ansiosa y estable, una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Ambas cuentan con una elevada validez interna, 0.94 y 0.9, respectivamente (coeficiente alfa de Cronbach).
- Inventario de Síntomas Revisado (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R) de Derogatis (1977), fue traducido al castellano por González de Rivera (1988). Es un autoinforme que sirve para evaluar el grado de malestar actual que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas físicos y psicológicos. La persona debe indicar en qué medida le han perturbado cada uno de esos problemas durante la última semana. Ha de escoger una de las cinco opciones de respuesta que se le presentan en una escala de 0 a 4 (nada en absoluto-mucho o extremadamente). Una vez respondido, se obtiene un perfil de nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología: el índice de Severidad Global, el índice de Malestar Positivo y el Total de Síntomas Positivos. El cuestionario cuenta con buena consistencia interna para todas las escalas (Alfa de Cronbach de 0,72 a 0,86) y para el índice general (0,96).
- Cuestionario de Calidad de Vida (World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF; OMS, 2004). El instrumento cuenta en total con 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Calidad del entorno. Las respuestas son de tipo Likert, con una escala de 0 a 5 en el sentido

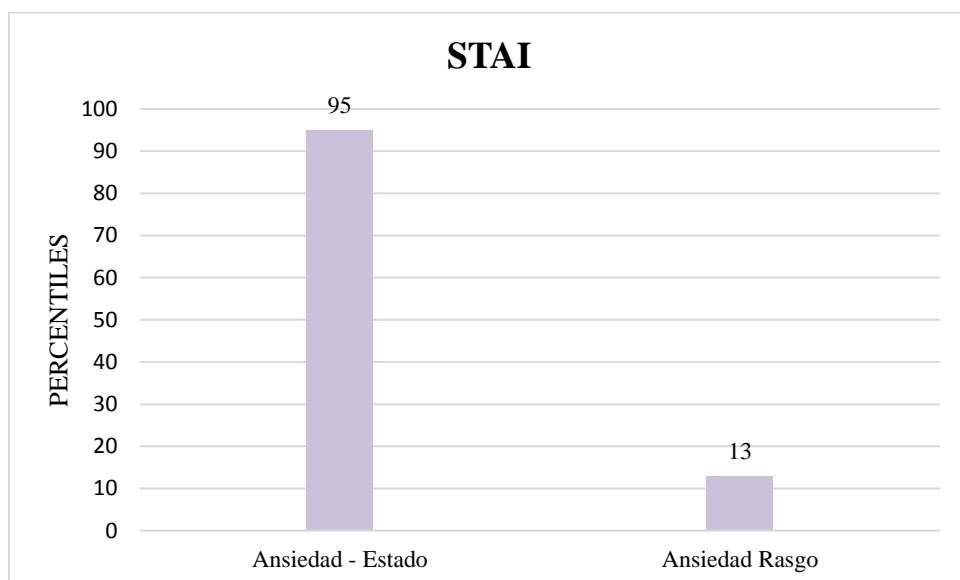


ascendente. A mayor puntuación, mayor calidad de vida. La consistencia interna es de 0.88 (coeficiente alfa de Cronbach).

Los resultados de la entrevista y la Historia Biográfica han sido descritos en el apartado de la identificación del caso. A continuación, se presentan los resultados de los cuestionarios administrados, así como la información obtenida gracias a los auto-registros:

En el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Vázquez y Sanz, 2011) la puntuación obtenida ha sido de 29 puntos sobre 63. Este resultado indica que la usuaria podría ser diagnosticada de depresión grave, no obstante, como ya se ha comentado en el apartado de la introducción, no se realiza tal diagnóstico. Gracias a la entrevista, se ha podido corroborar que todos los síntomas se refieren únicamente a un área concreto de la vida de la consultante (su matrimonio), volviéndose más leves o desapareciendo por completo en otros ámbitos (laboral, social, etc.).

En el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; TEA, 2011) la usuaria obtiene en la escala de Ansiedad-Estado una puntuación directa de 40, lo cual la sitúa en el centil 95, y puntuación directa de 11 (centil 13) en la escala Ansiedad-Rasgo. Como podemos observar en la *Figura 1*, P. obtiene una puntuación significativamente mayor en la escala Ansiedad-Estado que en la escala Ansiedad-Rasgo.



*Figura 1.* Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; TEA, 2011).

Las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar psicológico que componen el Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R; González de Rivera, 1988) son las siguientes:

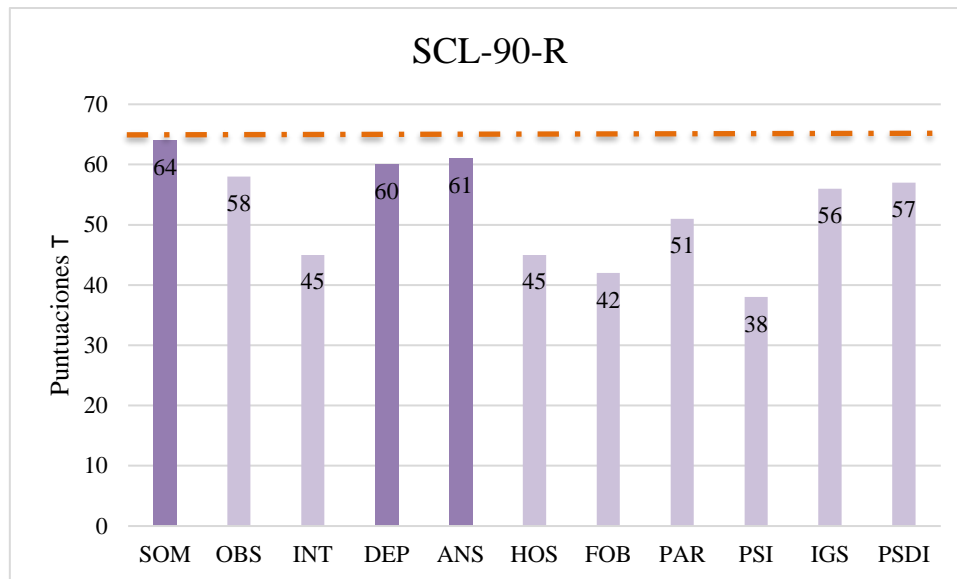
- Somatizaciones (PD=2,08; PT=64),
- Obsesiones y Compulsiones (PD=1,8; PT=58),
- Sensitividad interpersonal (PD=0,44; PT=45),
- Depresión (PD=1,69; PT=60),
- Ansiedad (PT=1,7; PT=61),
- Hostilidad (PD=0,33; PT=45),
- Ansiedad fóbica (PD=0; PT=42),
- Ideación paranoide (PD=0,66; PT=51),
- Psicoticismo (PD=0,1; PT=38)

Dado que todas las puntuaciones T son inferiores a 65, se puede concluir que la usuaria no presenta riesgo de sufrir el conjunto de síntomas que componen determinadas dimensiones primarias. No obstante, existen tres dimensiones en las que las puntuaciones obtenidas oscila entre los 60 y 64, por lo que se acercan mucho al punto de corte establecido. Estas dimensiones son: somatizaciones (64), depresión (60) y ansiedad (61) y se representan en la *Figura 2* con un color más oscuro.

El Índice de Severidad Global obtenido por la consultante es de 1,18 en puntuación directa. La puntuación no supera los 65 puntos de corte, no obstante, siendo la puntuación T de 56, puede considerarse que el malestar experimentado es algo alto.

El total de las respuestas con puntuación superior a 0, es decir, las que componen el índice global de Total de Síntomas Positivos, es de 49. Dicha puntuación es superior a 4, por lo que puede concluirse que la usuaria no tiene intención de demostrar que está mejor de lo que realmente se encuentra, ni tampoco exagera el malestar que experimenta, puesto que no supera el límite de los 60 puntos establecido para este criterio.

En cuanto a la puntuación obtenida en el Índice de Malestar Positivo es igual a PD=2,16 y PT=57, por lo que, siendo menor de 65, P. no parece exagerar ni minimizar su malestar.



Dimensión	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	IGS	PSDI
<b>PT</b>	64	58	45	60	61	45	42	51	38	56	57
<b>PD</b>	2,08	1,8	0,44	1,69	1,7	0,33	0	0,66	0,1	1,18	2,16

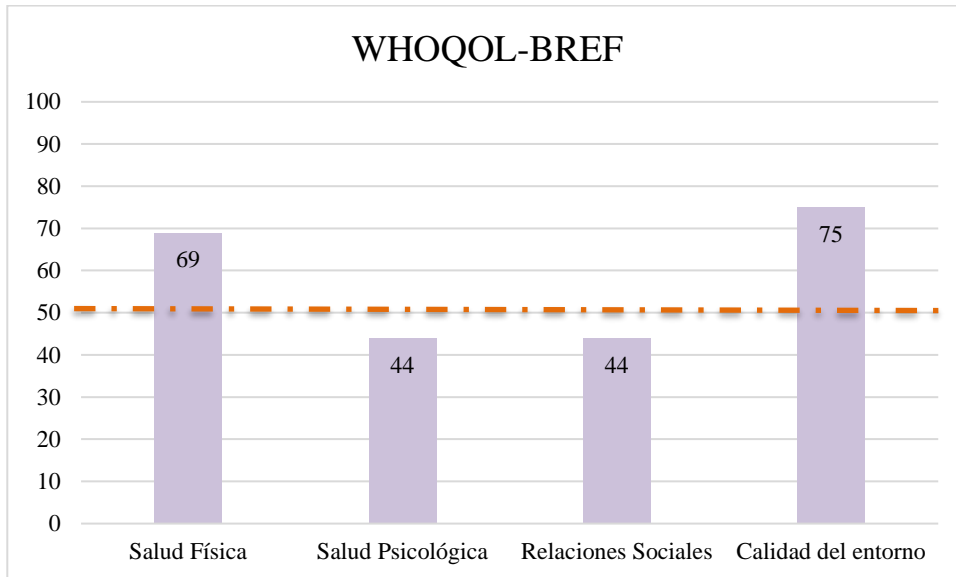
Figura 2. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de síntomas-90-Revisado (SCL-90-R; González de Rivera, 1988). PD = Puntuación Directa; PT = Puntuación Típica; SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y Compulsiones; INT = Sensitividad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Ansiedad fóbica; PAR = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo; IGS = Índice de severidad global; PSDI = Malestar sintomático positivo.

En el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; OMS, 2004) la usuaria responde que puntuaría su calidad de vida dentro de “lo normal”, y afirma que está “muy satisfecha” con su salud. En cuanto a las cuatro dimensiones que componen este cuestionario, las puntuaciones obtenidas son las siguientes:

- Salud física: PD: 27; PT: 69
- Salud psicológica: PD: 16; PT: 44
- Relaciones sociales: PD: 8; PT: 44
- Calidad del entorno: PD: 31; PT: 75

El Cuestionario de Calidad de Vida no cuenta con ningún punto de corte preestablecido. La interpretación de los resultados se realiza por lo tanto comparando la puntuación obtenida con la puntuación media (50 puntos). A más puntuación, más calidad de vida. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por P. podría afirmarse que su percepción sobre su salud física y la calidad del entorno son bastante buenas, situándose por encima de la puntuación media (69 y 75 respectivamente). No obstante,

la usuaria no parece estar satisfecha con su salud psicológica y las relaciones sociales, ya que en ambas dimensiones ha puntuado por debajo de los 50 puntos (44 en puntuaciones T). Las puntuaciones obtenidas en las cuatro dimensiones se representan en forma de gráfica en la *Figura 3*.



*Figura 3.* Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; OMS, 2004)

En último lugar, en la *Tabla 1* se ejemplifica la información recogida mediante auto-registros de malestar. De ellos se concluye que, ante una serie de diversas situaciones relacionadas con M., se desencadenan numerosos pensamientos negativos, haciéndole sentirse culpable, triste, avergonzada, etc. Para aplacar el alto malestar que experimenta, lleva a cabo ciertas conductas, que efectivamente logran tranquilizarla. No obstante, el alivio se mantiene únicamente a corto plazo.

*Tabla 1.* Modelo de auto-registro y ejemplos representativos de las situaciones descritas.

<i>Fecha/ Hora</i>	<i>Situación</i>	<i>¿Qué pienso?</i>	<i>¿Qué siento?</i>	<i>¿Qué hago?</i>	<i>Nivel malestar (0-10)</i>
<i>11/02/2017 10:00h</i>	<i>Despertarse por la mañana al lado de M.</i>	<i>No me apetece “hacerlo” con él</i>	<i>Culpa</i>	<i>Me levanto, le doy un beso y le</i>	<i>8</i>

				<i>sonrío</i>	
<i>12/02/2017 13:00h</i>	<i>Los dos en casa, sin ningunos planes para este fin de semana</i>	<i>No soy feliz. No quiero seguir así</i>	<i>Culpa, tristeza</i>	<i>No le miro a los ojos, me voy al gimnasio</i>	<i>7</i>
<i>15/02/2017 22:30h</i>	<i>Vuelvo a casa de tomar unas cañas con A.</i>	<i>M. no se lo merece, estoy viviendo una mentira</i>	<i>Culpa, vergüenza</i>	<i>Le abrazo y me voy a la cama</i>	<i>8</i>

### **Formulación clínica del caso**

A continuación, se presenta el análisis funcional del caso, realizado gracias a la información recabada durante la fase de evaluación y con el objetivo de conocer las variables que influyen en el mantenimiento del problema de la usuaria, así como para establecer un plan de tratamiento.

Las variables disposicionales son aquellas que, sin formar parte de la cadena conductual, influyen sobre ella. En este caso se han detectado tres variables disposicionales relevantes. La primera es la existencia de un matrimonio deteriorado, que no llega (ni parece haberlo hecho en el pasado) a satisfacer las necesidades de la clienta. La segunda, los intentos fallidos o inexistentes de solucionar dichas carencias. Y, finalmente, la aparición de una persona que se convierte en la principal fuente de reforzadores (una conexión especial, sensibilidad, inteligente...) con la que además comparte aficiones, espacio laboral, intereses, responsabilidades, etc., y que parece cubrir dichas carencias.

Teniendo en cuenta que el problema de P. está muy delimitado, existe solamente un área problema, cuyas hipótesis funcionales del mantenimiento se presentan a continuación:

La consultante atraviesa una etapa complicada en su matrimonio, replanteándose no solo si separarse o no de su marido, sino también lo que realmente siente por él. Es por tanto la presencia de M., como cuando se despierta a su lado, los fines de semana que pasan juntos, cuando vuelve a casa del trabajo o hacen alguna actividad común, o

simplemente su recuerdo, lo que actúa de estímulo condicionado, desencadenando toda una serie de pensamientos. Algunos ejemplos de estas respuestas condicionadas serían: “no me apetece hacerlo con M.”, “como no me di cuenta antes de lo mal que estoy”, “estoy viviendo una mentira”, “M. no se lo merece”, “me volveré loca con esto”, etc. Estas cogniciones contienen una alta carga emocional, y llevan a la usuaria a experimentar sentimientos generadores de malestar, como la culpa, traición, tristeza, pena, etc. Todo ello ejerce a la vez el rol de estímulo discriminativo para varias respuestas operantes que realiza P. en esta situación. Una de ellas es ofrecerle a M. muestras de afecto como un abrazo, un beso o una sonrisa. Esto disminuye el sentimiento de culpabilidad, actuando por tanto como refuerzo negativo. La otra conducta operante que suele realizar es evitar la situación ansiógena (por ejemplo, el contacto con su marido), lo que se traduciría en acciones como leer, irse de compras o al gimnasio, no mirarle a M. a los ojos, etc. El consecuente es la disminución del malestar, por lo tanto, otra vez se trataría de un refuerzo negativo. Además, al evitar al marido, el problema se mantiene por la existencia de un “círculo vicioso”. La relación de P. con su marido está deteriorada, por lo que en este momento no es “un estímulo apetecible” para ella. A esto hay que añadirle que M. es un estímulo condicionado que provoca malestar, ya que, como se ha dicho, al verle se desencadenan los pensamientos negativos, sentimientos de culpa, etc. Al evitar hacer cosas en común disminuye aún más la posibilidad de que el marido vuelva a ser una fuente de reforzadores, lo cual le hace cada vez “menos apetecible”, deteriorándose más y más su relación de pareja. Esta cadena funcional se representa en la *Tabla 2*.

Por otro lado, como se muestra en la *Tabla 3*, la culpa cumple una función muy importante. Paradójicamente, le ayuda a la usuaria a mantener la conciencia más tranquila. Si no tuviese los sentimientos de culpabilidad, posiblemente se consideraría una persona despiadada, pero, al experimentar el malestar, siente que “por lo menos tiene conciencia”. Esta sensación aparece al realizar cualquier conducta que, según el sistema de valores de P., no sea moralmente correcta, o al acordarse de ella. Un ejemplo concreto de ello son las relaciones sexuales que la consultante mantiene con A. Valora su nivel de satisfacción con ellas con un 9, en una escala de 0 a 10. No obstante, verbaliza que lo único que no le permite decir que las disfruta al 100% es el sentimiento de culpa. Posiblemente le resulte demasiado violento o impropio reconocer que las

disfruta tanto, por lo que la culpa sirve de excusa, aliviando ligeramente sus cargos de consciencia y así se reduce el malestar.

La última cadena conductual, representada en la *Tabla 4*, tiene que ver con la incapacidad de tomar decisión alguna respecto al dilema que está atravesando. El estímulo condicionado que desencadena una serie de pensamientos muy parecidos a los que aparecen en la cadena anterior (“M. no se lo merece”, “me volveré loca con esto”, etc.) es muy variado. La paciente reacciona ante casi cualquier estímulo que se relacione con su marido, con A., o con la situación en la que se encuentra. Esto, unido a momentos de bajo estado de ánimo compondría el estímulo discriminativo de respuesta operante que, en este caso, serían los pensamientos o las dudas acerca del futuro: “mudarme de casa o no”, “le quiero o no le quiero a mi marido”, “le dejo o seguimos juntos”, “me estaré equivocando o no con A”, etc. El preocuparse le produce una sensación de alivio a corto plazo ya que, al recordarlo, siente que por lo menos hace algo para solucionar la situación. No obstante, acaba posponiendo tomar una decisión, lo cual también refuerza el mantenimiento del problema ya que proporciona alivio inmediato.

Dado lo importante que resulta que la usuaria entienda la naturaleza de su problema y las variables que lo mantienen, se ha dedicado la cuarta sesión a la explicación del análisis funcional. Se ha ajustado el lenguaje y los términos empleados a los conocimientos de la consultante para facilitarle la comprensión, a la vez que se ha dedicado el tiempo necesario a la solución de dudas.

*Tabla 2. Malestar relacionado con los problemas maritales*

EC <sup>1</sup>	RC <sup>2</sup>
La presencia del marido (despertarse a su lado, el fin de semana juntos, las tardes/noches cuando vuelve de trabajar a casa, hacer algo en común como limpiar o ver una exposición...) o el recuerdo de él	Pensamientos “no me apetece hacerlo con M., como no me di cuenta antes de lo mal que estoy, estoy viviendo una mentira, no se lo merece, me volveré loca...”

<sup>1</sup> Estímulo condicionado

<sup>2</sup> Respuesta condicionada

Sentimientos: Culpa, traición, tristeza, pena... (MALESTAR)

ED <sup>3</sup>	RO <sup>4</sup>	C <sup>5</sup>
EC-RC	- Abrazarle, darle un beso, sonreírle - Evitar la situación/el contacto (leer, irse de compras, al gimnasio, no mirarle a los ojos...)	R- disminuye sentimiento de culpa R- disminuye malestar

Tabla 3. La función de la culpa

EC	RC
Realizar cualquier conducta que, según el sistema de valores de P., no sea moralmente correcta, o acordarse de ella (p.e. mantener y disfrutar de las relaciones sexuales con A.)	Pensamientos: “soy una persona despreciable”, “M. no se lo merece”, “como puedo disfrutar”, “soy mala”

ED	RO	C
EC-RC	Sentirse culpable	R- disminuye malestar

Tabla 4. Incapacidad para tomar una decisión

EC	RC
Variables relacionadas con su marido, con A., con la situación actual, etc. (por ejemplo, estar sola en casa con M., abrazar a A. en el trabajo, saber que alguien tercero pasa por una situación parecida, etc.)	Pensamientos: “M. no se lo merece”, “me volveré loca con esto”, “no estoy siendo justa”, “estoy engañando a todo el mundo, incluso a mí misma”, etc.

<sup>3</sup> Estímulo discriminativo

<sup>4</sup> Respuesta operante

<sup>5</sup> Consecuente



ED	RO	C
EC-RC + Bajo estado de ánimo	Pensamientos: “mudarme de casa o no, le quiero o no le quiero a mi marido, le dejo o seguimos juntos, me estaré equivocando o no con A....” + Posponer tomar la decisión	R- disminuye malestar

### Objetivos terapéuticos

Tras la explicación del análisis funcional se han establecido y operativizado, conjuntamente con la usuaria, los siguientes objetivos terapéuticos:

- Desglosar el problema en objetivos más específicos y realizar un proceso de toma de decisiones con cada uno de ellos por separado, para finalmente elaborar un plan de acción y llevarlo a cabo,
- Reducir los pensamientos negativos/desadaptativos responsables de provocar el malestar (sentimientos como la culpa, inseguridad, traición, etc.)
- Reducir la sensación del “nudo en el estómago” y aprender a manejar su respuesta en los momentos ansiógenos

### Tratamiento

Basándose en el análisis funcional y con el objeto de alcanzar los objetivos terapéuticos citados en el apartado anterior, se emplearon las siguientes técnicas terapéuticas:

- **Proceso de toma de decisiones:** teniendo en cuenta que la principal demanda de la consultante es “ser capaz de tomar una decisión lo más objetiva posible”, y que, como afirma, hasta ahora se ha visto incapaz de tomar alguna, la herramienta clave con la que se pretende lograr dicho objetivo es el proceso de toma de decisiones. El terapeuta acompaña y guía a la usuaria en las distintas fases de este proceso reflexivo, combinando esta técnica con otras, imprescindibles para alcanzar el primer objetivo terapéutico de la manera más eficaz. Considerando la complejidad de la problemática que se pretende abordar,

se consensua con la paciente el dividir el proceso en dos fases. Primero, decidir si está dispuesta a continuar con su matrimonio, y, una vez tome la decisión al respecto, pasar a debatir sobre las otras posibles alternativas.

- **Reestructuración cognitiva (RC):** teniendo en cuenta que P. está constantemente expuesta a una gran variedad de estímulos condicionados (en su casa, trabajo, ámbito social, etc.) que desencadenan de forma inmediata los pensamientos desadaptativos, causantes del malestar que experimenta, el trabajo en este campo es fundamental. Por eso, se decide emplear la técnica de la reestructuración cognitiva. Además, se utiliza en combinación con otras, por ejemplo, con el proceso de toma de decisiones, y de forma continua en casi todas las sesiones de intervención. Como ya se ha mencionado en el apartado introductorio, se considera imprescindible gestionar de forma satisfactoria los pensamientos que subyacen el problema, para poder avanzar en la toma de decisiones. Si no se realiza este trabajo en paralelo, la paciente posiblemente irá avanzando en las distintas fases del proceso sin mayores dificultades, pero no será capaz de ejecutar la decisión tomada, bloqueada por las anticipaciones que no han sido abordadas en el momento oportuno. Antes de instruir a P. en la técnica, se le explica, basándose en los ejemplos expuestos en el análisis funcional, de qué manera influyen nuestros pensamientos en cómo nos sentimos y cómo actuamos. También se aborda el valor absolutista que le asignamos a nuestras cogniciones, siendo éstas meras hipótesis, que deben someterse a un cuestionamiento y, en el caso de no ajustarse a la realidad o no resultarnos útiles, ser sustituidas por otras, más adaptativas.
- **Parada de pensamiento con auto-instrucciones:** aunque el objetivo principal es que P. sea capaz de cuestionarse los pensamientos generadores de malestar in situ, se propone dotarla de una herramienta que le facilite parar el pensamiento rumiativo cuando se vea superada por la situación. Se escoge la técnica de parada de pensamiento. Se le explica por tanto que, en los momentos de elevado malestar y cuando se ve incapaz de cuestionarse el pensamiento ansiógeno y generar otro alternativo, detenga sus pensamientos mediante un estímulo externo (un fuerte golpe en la mesa, un ¡basta!, etc.). Una vez consiga pararlos, debe emplear las auto-instrucciones positivas. Si el pensamiento persiste, se le indica

que ejecute alguna tarea que implique alto grado de concentración, por ejemplo, contar hacia atrás desde 1000 de tres en tres, etc. No obstante, aunque logre aplacar su malestar de esta forma, se le pide que apunte el pensamiento ansiógeno y en un momento posterior intente cuestionárselo utilizando la RC.

- **Psicoeducación sobre el sentimiento de culpabilidad:** teniendo en cuenta la necesidad de la paciente de entender los mecanismos que subyacen cada una de las técnicas empleadas, resultó vital el uso de psicoeducación, aunque siempre es altamente recomendable, ya que favorece la alianza, la motivación del usuario, etc. De hecho, no sólo se decide utilizar esta herramienta básica para introducir las técnicas a nivel teórico y facilitar así un trabajo práctico posterior, sino también para favorecer la RC de muy arraigado sentimiento de culpa. Se opta por esta opción puesto que algunos valores y creencias de la paciente mantenían el pensamiento desadaptativo. Así, por ejemplo, se abordan las consecuencias a nivel emocional que tiene sustituir la palabra culpa por responsabilidad, ya que, aunque a diario suelen emplearse como conceptos intercambiables, en realidad existen diferencias cruciales cuando se analizan en profundidad.
- **Técnicas de control de la activación (respiración abdominal):** dado que la paciente refería experimentar con frecuencia la sensación de tener un “nudo en el estómago”, se decide dotarla de alguna herramienta que con la que pudiera controlar su nivel de activación en los momentos de alto malestar. Se decide instruirla en la técnica de respiración abdominal. Además, se espera que el estado de relajación inducido por la respiración abdominal sea incompatible con el malestar que esté experimentando, y que, por tanto, se supriman las conductas de evitación, que hasta ahora influían en el mantenimiento del problema mediante reforzamiento negativo.

De manera transversal, y haciéndose uso de algunas de las técnicas citadas con antelación, se realizó también un trabajo reflexivo acerca del sistema de valores de la paciente (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Como recalcó P. en varias ocasiones, la situación en la que se encuentra no se limita únicamente a un ámbito de su vida (aunque su demanda sí), sino que forma parte de un proceso de cambio más global. La

importancia de este trabajo se hizo muy evidente durante los intentos de reestructuración cognitiva, cuando cuestionando los pensamientos periféricos íbamos descubriendo otros, mucho más nucleares y arraigados, relacionados precisamente con el sistema de valores. Resultaron ser los que más malestar le producían a la paciente, algo lógico teniendo en cuenta que podrían compararse con la estructura de una casa, y, si ésta parece dañada, todo lo demás corre riesgo de derrumbarse. Además de la RC, se abordan los valores mediante la psico-educación, junto con el sentimiento de culpa, que obviamente se ve sustentado justo por percibir su conducta como moralmente incorrecta. Finalmente, resulta imprescindible volver a revisar el trabajo realizado con los valores en la última fase del proceso de toma de decisiones. En ella, la paciente debió de reflexionar acerca de su sistema de valores “actual” (tras la terapia) y tenerlo presente a la hora de tomar la decisión final.

### APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La fase del tratamiento consistió en 10 sesiones de aproximadamente 50 minutos de duración cada una. Dicha fase se inició tras tres sesiones de evaluación y una cuarta dedicada a la devolución del análisis funcional. Como puede observarse en la *Tabla 5*, que representa el cronograma de las sesiones realizadas, la periodicidad de las sesiones empezó siendo semanal. No obstante, en algunas ocasiones, tuvo que espaciarse las sesiones a dos semanas. Una de las razones era que el día de la terapia coincidía con algunos días festivos (por ejemplo, Semana Santa). Otra razón fue la petición de la usuaria que, en un momento concreto, no pudo costearse tantas sesiones dada su delicada situación económica. Una vez solucionada, las sesiones volvieron a darse con periodicidad semanal.

Teniendo en cuenta que la intervención con la paciente finalizó a finales de mayo, no se ha podido realizar todavía la fase de seguimiento. No obstante, se ha planificado una sesión de seguimiento para la primera semana de julio y, si los logros alcanzados siguen manteniéndose de manera satisfactoria y no ha surgido ningún nuevo objetivo terapéutico, posiblemente se cite a la consultante para una segunda sesión tras el periodo vacacional.

Tabla 5. Cronograma de sesiones

Nº de sesión	Trabajo realizado durante la sesión	Tareas entre sesiones
Fase de evaluación		
1-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de la información para conocer la naturaleza del problema, cómo se mantiene, el malestar que provoca, las situaciones concretas en las que se manifiesta y las áreas a las que afecta (también las potencialmente no problemáticas)</li> <li>• Creación de la alianza terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios</li> <li>• Historia biográfica</li> <li>• Auto-registros (AR) de pensamientos negativos</li> </ul>
Se espacia la sesión por motivos económicos		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar el AR de pensamientos negativos</li> <li>• Explicar el análisis funcional (AF)</li> <li>• Consensuar los objetivos terapéuticos</li> <li>• Abordar las dudas planteadas por la usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una lista de características positivas y negativas de M. y A.</li> <li>• Reflexión acerca del AF</li> </ul>
Fase de tratamiento		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la tarea de las características</li> <li>• Breve recordatorio y reflexión de la paciente acerca del AF</li> <li>• Entrenamiento en la respiración abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AR respiración</li> </ul>
Se espacia la sesión por motivos económicos		
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar AR respiración</li> <li>• Abordaje de los últimos acontecimientos</li> <li>• Psicoeducación sobre el sentimiento de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AR respiración</li> <li>• Detectar cuando utiliza la palabra culpa y sustituirla por “responsabilidad”</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar AR respiración</li> <li>• Seguir con la psico-educación sobre el sentimiento de culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AR pensamientos negativos</li> <li>• Culpa →</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar e instruir en la RC</li> </ul>	Responsabilidad
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar AR pensamientos negativos</li> <li>• Empezar toma de decisiones – definición del problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AR pensamientos negativos</li> <li>• Definición del problema</li> </ul>
Se espacia la sesión con motivo de Semana Santa		
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar AR pensamientos negativos</li> <li>• Revisar la definición del problema</li> <li>• Seguir con la toma de decisiones - objetivos</li> <li>• Instruir en la parada de pensamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AR pensamientos negativos</li> <li>• Pensar en los “pros” de seguir con M.</li> <li>• AR parada pensamiento</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar AR pensamientos negativos</li> <li>• Revisar AR parada de pensamiento</li> <li>• Reflexionar y crear una lista con los pros de seguir con M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AR pensamientos negativos</li> <li>• AR parada pensamiento</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar AR pensamientos negativos</li> <li>• Revisar AR parada de pensamiento</li> <li>• Reflexionar y crear una lista con las contras de seguir con M.</li> <li>• Empezar la lista de los pros de no seguir con M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apuntar pensamientos “problemáticos”</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la lista de los pensamientos</li> <li>• Acabar la lista de los pros de no seguir con M.</li> <li>• Reflexionar y crear una lista con las contras de no seguir con M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear una lista de valores (de pareja)</li> <li>• Reflexionar sobre pros y contras</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar las tareas</li> <li>• Reflexionar y valorar las 4 listas de pros y contras</li> <li>• Escoger una opción</li> <li>• Preparar un plan de acción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empezar a poner en marcha el plan de acción</li> <li>• Lista de dudas, anticipaciones futuras, etc. antes del alta</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas post</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los objetivos terapéuticos</li> <li>• Recopilación de lo aprendido en la terapia</li> <li>• Prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner en marcha el plan de acción</li> </ul>
Fase de seguimiento		
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el mantenimiento y generalización de las conductas aprendidas</li> <li>• Verificar si llevó a cabo el plan de acción</li> </ul>	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar por los pensamientos desadaptativos y sentimiento de culpa</li> <li>• Resolver posibles dudas.</li> </ul>	

Teniendo en cuenta que, en alguna ocasión, la paciente ha acudido tarde a las sesiones, no siempre se ha podido cumplir con todos los objetivos propuestos a abordar en cada sesión, teniendo que ajustarse al tiempo restante. P. afirmó que la impuntualidad y la falta de organización son un problema que afecta a todas las áreas de su vida, no obstante, no se mostró interesada en incluir dicho problema dentro de los objetivos terapéuticos. Otro aspecto importante que ralentizó el desarrollo de casi todas las sesiones, es la naturaleza reflexiva de la usuaria. P. necesita considerablemente más tiempo para dar una respuesta o para entender las cuestiones abordadas en la sesión del que puede requerir un “paciente medio”. Dado que la consultante es una mujer con una formación amplia, con un alto interés por la cultura y con un vocabulario muy elocuente, su “lentitud” a la hora de analizar la información posiblemente se deba precisamente a su hiper-reflexividad, más que a cuestiones intelectuales. Se decide priorizar esa necesidad de P. de tomarse su tiempo para proporcionar una respuesta, aunque esto suponga avanzar a un ritmo más lento en la consecución de los objetivos terapéuticos.

La usuaria acude tarde a la primera sesión de intervención, por lo que tuvo que ajustarse su contenido al tiempo restante del que se disponía. La mayor parte de éste se dedica a la revisión de la lista de las características positivas y negativas tanto de M. como de A. (*Tabla 6*), una tarea que se pidió con el objetivo de recoger y ordenar la información proporcionada por la paciente al respecto y para poder hacer uso de ella en una de las fases del proceso de toma de decisiones. Además, se dedican unos minutos a reflexionar con P. acerca de la explicación proporcionada en la última sesión sobre el

mantenimiento de su problema (AF), preguntar sobre posibles dudas u objeciones, etc. Finalmente, se proporciona una explicación teórica acerca de los mecanismos que subyacen la técnica de respiración abdominal, los beneficios que acarrea, etc., a la vez que se instruye a la paciente en el empleo de dicha herramienta, sirviéndose de la terapeuta como modelo.

Tabla 6. Ejemplos de características positivas y negativas de M. y A.

M.		A.	
Lo positivo	Lo negativo	Lo positivo	Lo negativo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noble, íntegro</li> <li>• Me aporta estabilidad</li> <li>• Cocina, limpia...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutinario</li> <li>• “Inhábil” emocionalmente</li> <li>• Práctico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen amante</li> <li>• Atractivo físicamente</li> <li>• Sensible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorganizado</li> <li>• “Invade” mi espacio</li> <li>• Narcisista</li> </ul>

Durante la segunda sesión de tratamiento se revisa en primer lugar el AR de respiración. Se le pidió a la paciente que emplease la técnica a menudo (mínimo una vez al día durante 5 minutos) y en situaciones de activación media (máximo nivel 5 de 10), para asegurar su correcto desempeño bajo condiciones controladas. No obstante, P. no se ciñó a las indicaciones, empleándola únicamente dos veces a lo largo de la semana y en situaciones de elevado malestar (Tabla 7). Se le vuelve a explicar el porqué de las instrucciones (primero debe aprender a utilizar la técnica en un ambiente controlado para que, una vez la maneje bien, resulte realmente efectiva en las situaciones ansiógenas), y se le pide que repita la misma tarea. Además, esta vez se le indica que se ponga diariamente una alarma, aproximadamente a la misma hora, para que le sirva de estímulo discriminativo. P. informa que en estos últimos días ha habido cambios relevantes, por lo que se decide dedicar parte de la sesión a su abordaje. P. comenta que, tras pasar un fin de semana con A., estaban volviendo del viaje y que, por un malentendido, su marido casi descubre la verdad sobre la relación paralela que mantienen. La clienta afirma haberse sentido tan superada por la situación que acaba confesándole al día siguiente que efectivamente hay “alguien más” en su vida, aunque no entra en detalles de cómo es esa otra relación. Se aprovecha el momento para comenzar con la psico-educación sobre el sentimiento de culpa. P. no para de verbalizar “lo culpable que se siente de que la situación haya llegado tan lejos”, incluso



últimamente cree que “ella es la culpable de todo por lo que están pasando”, etc. Se confronta estas verbalizaciones y realizamos una tarea de reflexión conjunta acerca de las diferencias entre el término “culpa” y “responsabilidad”.

*Tabla 7. Primer auto-registro de la práctica de la respiración abdominal*

Situación	Nivel activación antes (0-10)	Nivel activación después (0-10)	Comentarios
<i>Volviendo con A. en el coche, me llama M. preocupado preguntando dónde estoy</i>	9	7	<i>No me concentro, la situación me supera</i>
<i>Me estoy sincerando con M.</i>	8	5	<i>No paro de darle vueltas a lo que está pasando, por lo que no me centro</i>

En la tercera sesión de intervención se vuelve a revisar el AR de respiración (Tabla 8). Esta vez P. afirma que lo practicó tal y como se le había indicado, poniéndose una alarma y en situaciones controladas. Asegura incluso, que se “ha enganchado”, y que la practica muy a menudo (dos-tres veces al día). Se refuerza dicho esfuerzo y, teniendo en cuenta los progresos al respecto, se le indica que puede pasar a utilizarla en situaciones ansiógenas, o cuando ella considere que pueda resultarle útil. La usuaria afirma que estaba reflexionando mucho acerca del cambio que supone sustituir el término culpa por responsabilidad y que también le resultó de gran utilidad en estos últimos días. Se refuerza que lo haya empleado y vuelve a retomar el tema de la psicoeducación, para acabar de abordar las últimas cuestiones pendientes. Además, se enlaza con la introducción teórica acerca de la reestructuración cognitiva (el papel de los pensamientos, el objetivo de la técnica, etc.) y, utilizando los ejemplos de los pensamientos desadaptativos recopilados en las últimas sesiones, se practica su cuestionamiento mediante el diálogo socrático y se acaban generando pensamientos alternativos. A partir de este momento, aunque no se indique de forma explícita en la planificación de las sesiones, se empleará la reestructuración cognitiva de forma

paralela al abordaje de otras técnicas, siempre y cuando surja tal necesidad y ayude en la consecución de los objetivos terapéuticos.

*Tabla 8. Algunos ejemplos del segundo auto-registro de la respiración abdominal*

Situación	Nivel activación antes (0-10)	Nivel activación después (0-10)	Comentarios
<i>En casa, después del gimnasio</i>	6	2	<i>Casi me quedo dormida</i>
<i>Voy conduciendo y me pongo a pensar en la situación</i>	7	2	<i>Me centro tanto en la respiración que me olvido del tema</i>

La cuarta sesión de la fase de tratamiento comienza revisando el auto-registro de los pensamientos “negativos” que anotó P. durante la última semana (*Tabla 9*). Teniendo en cuenta que aparecen muchos ejemplos, y que no todos los pensamientos alternativos son adaptativos, se dedica tiempo a revisar la tarea con más profundidad. Tras la reestructuración de algunos de los pensamientos del AR comenzamos con el proceso de toma de decisiones. Se empieza reflexionando con la paciente cómo debe desglosarse el problema ya que, tal y cómo lo está planteando ahora, se ve desbordada por la cantidad de dilemas a resolver. Llegamos a la conclusión de que, en primer lugar, la usuaria debe decidir el futuro de su matrimonio, puesto que, tomando esta decisión, se aclaran otras muchas dudas. Además, desde el primer momento P. plantea que le gustaría tomar una decisión “lo más objetiva posible”, por lo que acordamos que, aunque obviamente resultará difícil dejar de lado las emociones y las comparaciones, centrándonos por el momento únicamente en su matrimonio, esta podría ser la opción que más “nos acerque” a dicha meta. El esquema a seguir elaborado para el proceso de toma de decisiones se muestra en la *Figura 4*. Una vez establecida la ruta que se va a seguir, pasamos a construir una definición de este principal problema al que se enfrenta la consultante. No obstante, P. no es capaz de generar una respuesta por sí sola, por lo que se le proporcionan algunas preguntas facilitadoras y un ejemplo de una posible definición. Se le pide que traiga una propia para la próxima sesión.

Tabla 9. Ejemplos del auto-registro de la práctica de la reestructuración cognitiva

Situación	Pensamiento desadaptativo	Pensamiento Alternativo
Hablo con M., llora mucho	No lo he visto tan triste en la vida, y me siento “responsable” de ello	No se lo estoy haciendo aposta
Desayunando con M.	Es nuestra primera crisis tan profunda, creo que estoy tirando la toalla de forma prematura, no soy nada persistente	Sí que hubo intentos de arreglarlo por mí parte, aunque igual no los suficientes

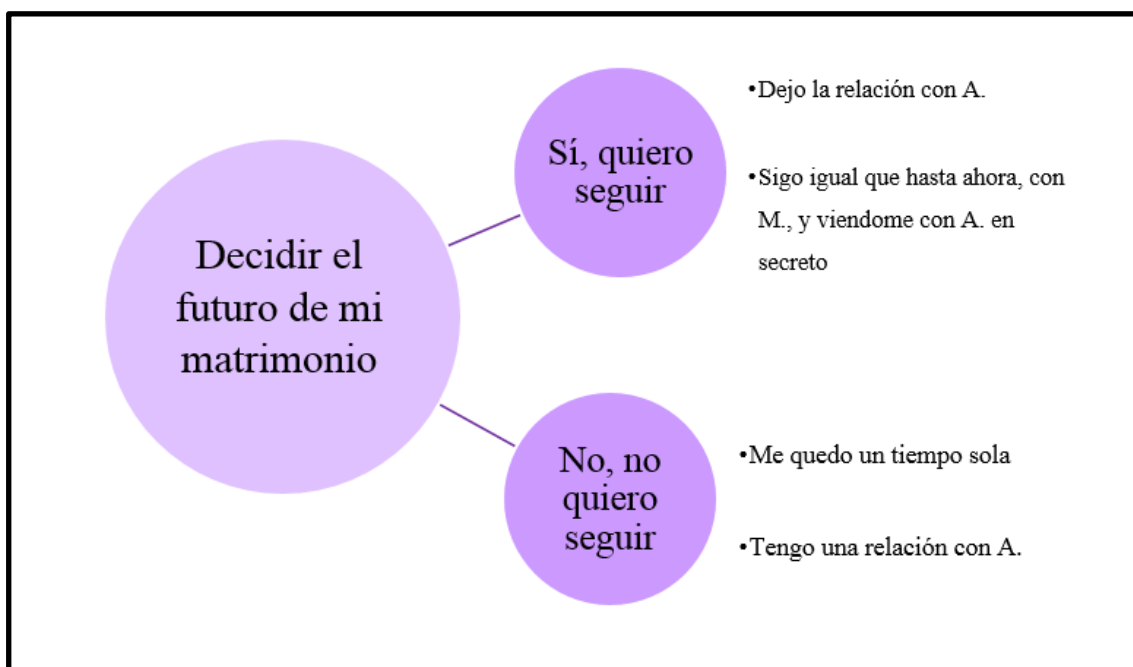


Figura 4. Ruta a seguir durante el proceso de toma de decisiones

Tras las vacaciones de Semana Santa, empezamos la quinta sesión de intervención revisando el auto-registro de pensamientos desadaptativos. P. parece manejarlos cada vez con más éxito, aunque todavía no es capaz de hacerlo inmediatamente después de que surja el pensamiento. Se pasa un tiempo (horas) rumiando, hasta que, una vez está más tranquila, se los cuestiona, llegando finalmente a un pensamiento más adaptativo. Además, la usuaria afirma haberse visto superada por sus pensamientos en dos ocasiones durante este periodo festivo, por lo que “echa en falta una técnica que le ayude al instante”. Asegura que la relajación le proporciona

unos resultados muy satisfactorios, pero cuando el malestar llega a un 9 o 10, le cuesta concentrarse. Se decide instruirla en la técnica de parada de pensamiento, para que pueda utilizarla justo en estos momentos de máximo malestar, si por medio de la reestructuración y la relajación no es capaz de conseguirlo. Se le explica en consiste esta herramienta, se hace un ensayo en la sesión y se le pide que durante esta semana practique con estímulos neutros y/o positivos. También se ha retomado el proceso de toma de decisiones. La consultante sigue presentando algunas dificultades para proporcionar la definición que se ciñese a la ruta a seguir establecida, pero tras varias preguntas-guía consigue formular una. Finalizamos la sesión estableciendo los objetivos a conseguir en el proceso de toma de decisiones.

Durante la sexta, séptima y octava sesión de intervención se ha llevado a cabo más o menos la misma dinámica. Las sesiones comenzaban revisando las tareas (auto-registros de los pensamientos desadaptativos y de parada de pensamiento). También se seguía reestructurando los pensamientos que iban surgiendo en la sesión, resolviendo las dudas, etc. El resto del tiempo se dedicaba a realizar el siguiente paso del proceso de toma de decisiones, crear una lista de pros y contras de seguir y de no seguir con M. (Tabla 10). Este proceso fue bastante lento, ya que la usuaria necesitaba tomarse su tiempo para reflexionar acerca de casi cada respuesta que proporcionaba. No obstante, se ha considerado importante que el proceso sea justo así, consciente y reflexivo, para facilitar las siguientes fases (deliberación acerca de las alternativas, toma de decisión y creación de un plan de acción).

*Tabla 10. Ejemplos de los pros y contras de seguir y no seguir con M.*

Seguir con M.		No seguir con M.	
Pros	Contras	Pros	Contras
• Estabilidad emocional	• Renunciar a buen sexo	• Mejorar mi vida social	• Inestabilidad económica

Además, en la sexta sesión, al asegurarse que la usuaria realiza con éxito la práctica de la parada de pensamiento, se le indicó que siga empleando esta técnica, no obstante, ya haciéndose uso de ella en las situaciones que la requieran (de elevado malestar y si la reestructuración cognitiva y la respiración no resultasen eficaces).

En la octava sesión, aparte de lo descrito y aprovechando que la usuaria ha acabado la lista de pros y contras, se le pidió como tarea que hiciera una lista de valores que considere imprescindibles para que una pareja funcione, con la instrucción de que piense únicamente en ella y en sus valores, y no en unos valores “universales”. El objetivo de esta tarea tiene que ver con que P. menciona con frecuencia que “la situación por la que está pasando no sólo le hace replantearse su matrimonio, sino también otras cuestiones más generales, como, por ejemplo, “cómo soy en realidad”, “qué es lo que me llena”, etc. Verbaliza que está pasando por una fase de crecimiento personal. Para tomar la decisión sobre el futuro de su matrimonio, es muy importante que P. tenga claro por lo menos cuáles son sus “imprescindibles” dentro de una pareja. Se le pide que reflexione acerca de estos valores teniendo en cuenta todo lo aprendido durante la terapia, adelantando de este modo el trabajo que se realizará en la siguiente sesión.

En la novena sesión de la fase de tratamiento se recopila el trabajo realizado hasta ahora dentro del proceso de toma de decisiones. Se retoma la lista de pros y contras, leyendo y valorando (tanto de forma numérica como reflexionando de manera más cualitativa) cada uno de ellos. Se revisa la lista de los valores que se solicitó a P. en la última sesión. Se le pide que localice dichos valores en las listas de pros y contras creadas anteriormente. P. afirma que durante la última semana estaba reflexionando constantemente acerca del trabajo realizado en la terapia y verbaliza estar “bastante decidida”. Tras un corto debate, asegura “no estar dispuesta a luchar más por un matrimonio que nunca se ajustaba a lo que ella realmente busca en la vida”. Además, afirma no querer “pasar de una relación a otra sin tener las cosas claras”, por lo que quiere vivir sola una temporada y “dejar que las cosas se vayan aclarando entre ella y A.”. Finalmente, elaboramos un plan de acción a llevar a cabo tras la decisión tomada.

La décima y última sesión de intervención se dedica a revisar si se han conseguido los objetivos terapéuticos propuestos, a recopilar lo aprendido durante toda la terapia, repasando las técnicas en las que P. fue instruida, recordando la información y logros más importantes, etc. Además, se realizó prevención de recaídas, preguntando a la paciente por posibles situaciones problemáticas futuras y por las soluciones que emplearía, si tuviese que enfrentarse a ellas. Viendo que la usuaria no parece tener mayores dificultades, pero tampoco plantea situaciones muy complicadas de abordar, la terapeuta sugiere algunos posibles escenarios. La paciente reconoce que efectivamente

podrían resultar problemáticos, no obstante, proporciona soluciones adecuadas para cada uno de ellos. Teniendo en cuenta que P. parece estar preparada para gestionar las adversidades futuras en este ámbito de su vida y afirma no tener más dudas al respecto, se recogen los cuestionarios que se le pidió a la paciente en la novena sesión con el objetivo de recopilar las medidas post-tratamiento, se le indica que siga empleando el plan de acción elaborado, y se le da el alta. Se cita a la usuaria aproximadamente dentro de un mes, para una primera sesión de seguimiento.

En las dos sesiones de seguimiento previstas, se evaluará el mantenimiento y generalización de las conductas aprendidas. Además, se verificará si P. fue capaz de realizar lo propuesto en el plan de acción establecido, llevando así a cabo la decisión tomada. Se preguntará por la presencia de pensamientos desadaptativos, sentimiento de culpa, etc. y el manejo de éstas. Finalmente se dedicará tiempo a resolver posibles dudas.

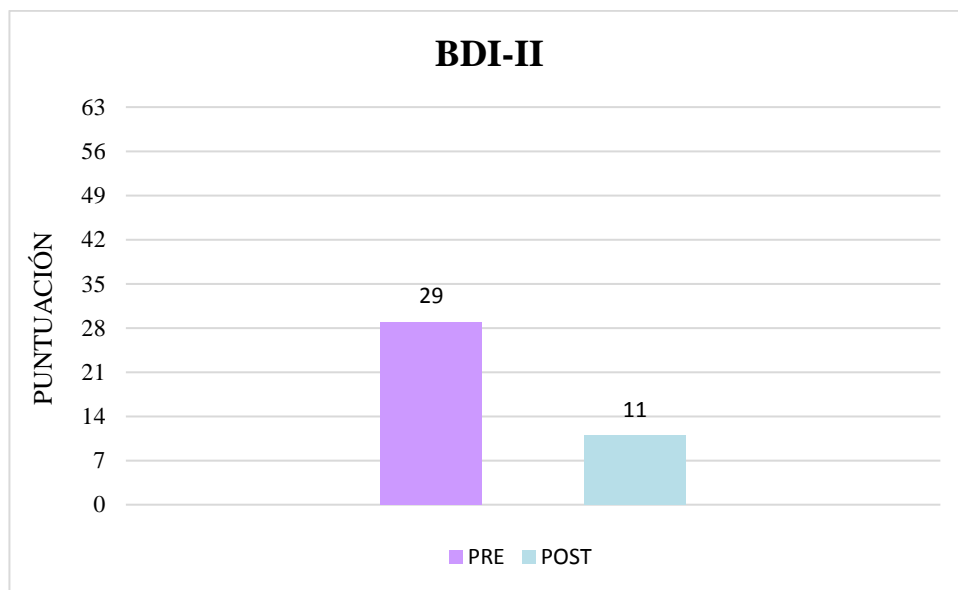
Sin que aparezca de forma explícita en la descripción de las sesiones, existen algunos factores comunes de todas las sesiones de intervención. En primer lugar, todos los logros de la paciente se han visto reforzados por la terapeuta, así como fueron utilizados durante la reestructuración cognitiva como pruebas de realidad en contra de los pensamientos desadaptativos. En segundo lugar, se intentó extinguir las continuas consultas de la paciente, pidiéndole a la terapeuta su “opinión personal” al respecto del tema tratado, etc. Resulta evidente que dicha necesidad de aprobación se mantenía por el alto grado de malestar experimentado y el sentimiento de culpa aplastante. No obstante, conforme la usuaria iba mejorando y manejando cada vez con más éxito las técnicas terapéuticas escogidas, dejó de plantear este tipo de dudas. Finalmente, teniendo en cuenta que el malestar de P. fue muy prolongado (aproximadamente dos años) y que el omnipresente sentimiento de culpa ocupaba gran parte de sus pensamientos, se hizo especial hincapié en normalizar todo lo que la clienta sentía, en recoger las emociones que transmitía durante la sesión y en confrontarla cuando procedía.

## DISEÑO DEL ESTUDIO Y RESULTADOS

El presente estudio ha sido enfocado como diseño de caso único (N=1) del tipo A-B, es decir, en el que se administran las mismas medidas antes y después de la aplicación de un tratamiento en la fase de intervención con un único sujeto (León

y Montero, 2015). Se emplearon cuatro cuestionarios pre y post tratamiento con el objetivo de medir el estado de ánimo de la paciente, su nivel de ansiedad (tanto estado como rasgo), el grado de malestar actual que experimenta y la calidad de vida que percibe. Además, se pidieron auto-registros semanales del manejo de los pensamientos desadaptativos. A continuación, se describen los resultados obtenidos en la fase post tratamiento. También se muestran representaciones gráficas de ambas mediciones (pre y post) a modo de comparación.

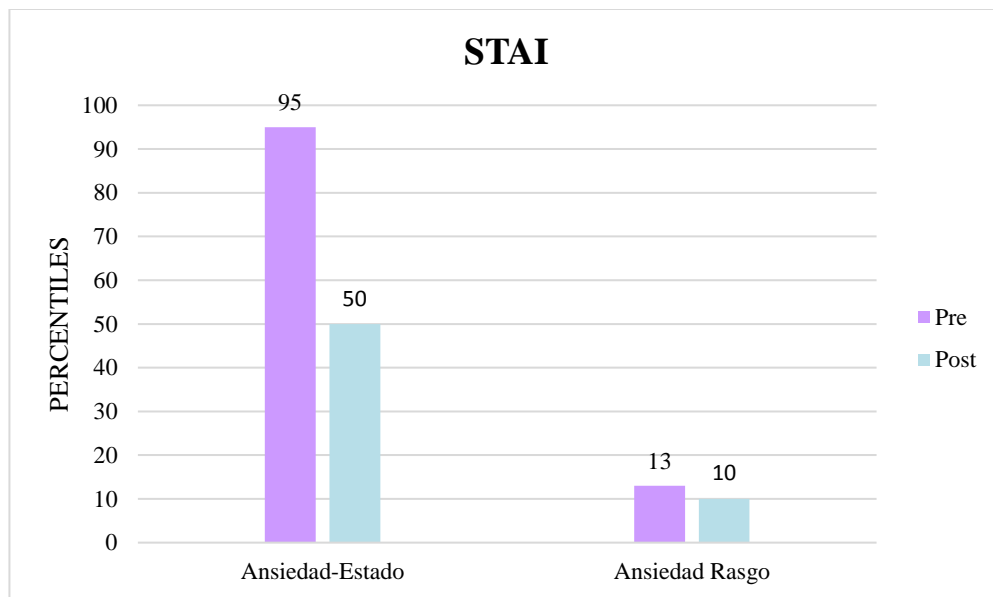
En primer lugar, la puntuación post tratamiento del Inventario de Depresión de Beck-II (Vázquez y Sanz, 2011) expone una visible mejora en el estado de ánimo de la paciente, lo cual implica que los síntomas de depresión experimentados hayan disminuido considerablemente (en frecuencia, intensidad y/o duración). Así pues, la consultante obtuvo una puntuación pre de 29 puntos, valor que indicaba (teóricamente) que P. pasaba por un episodio de depresión grave. No obstante, tras la fase de intervención, la puntuación post obtenida ha sido de 11 puntos, resultado que señala, según los criterios establecidos, depresión mínima. La comparación pre-post se muestra en la *Figura 4*.



*Figura 4.* Puntuaciones pre y post obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck-II (Vázquez y Sanz, 2011)

En segundo lugar, las puntuaciones directas pre obtenidas tras la administración del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (TEA, 2011) fueron de 40 (percentil 95) en la escala de Ansiedad-Estado y 11 (percentil 13) en la escala Ansiedad-Rasgo. Como

era de esperar, tratándose de una tendencia estable, la puntuación directa post en la escala Ansiedad-Rasgo ha sido de 10 (percentil 10), por lo que apenas ha variado tras la fase de intervención. No obstante, donde sí podemos observar una gran variación entre las puntuaciones pre y post es en la escala Ansiedad-Estado, habiendo obtenido la usuaria la puntuación directa post de 16 (centil 50). La comparación de los resultados pre-post se muestra en forma de gráfica en la *Figura 5*.



*Figura 5.* Puntuaciones pre y post obtenidas en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; TEA, 2011).

En cuanto al Inventario de Síntomas Revisado (González de Rivera, 1988) las puntuaciones post obtenidas en las nueve dimensiones sintomáticas son las siguientes:

- Somatizaciones (PD=0,67; PT=47),
- Obsesiones y Compulsiones (PD=1,1; PT=49),
- Sensitividad interpersonal (PD=0,22; PT=38),
- Depresión (PD=0,46; PT=41),
- Ansiedad (PT=0,2; PT=33),
- Hostilidad (PD=0,17; PT=39),
- Ansiedad fóbica (PD=0; PT=42),
- Ideación paranoide (PD=0,5; PT=48),
- Psicoticismo (PD=0,1; PT=38)



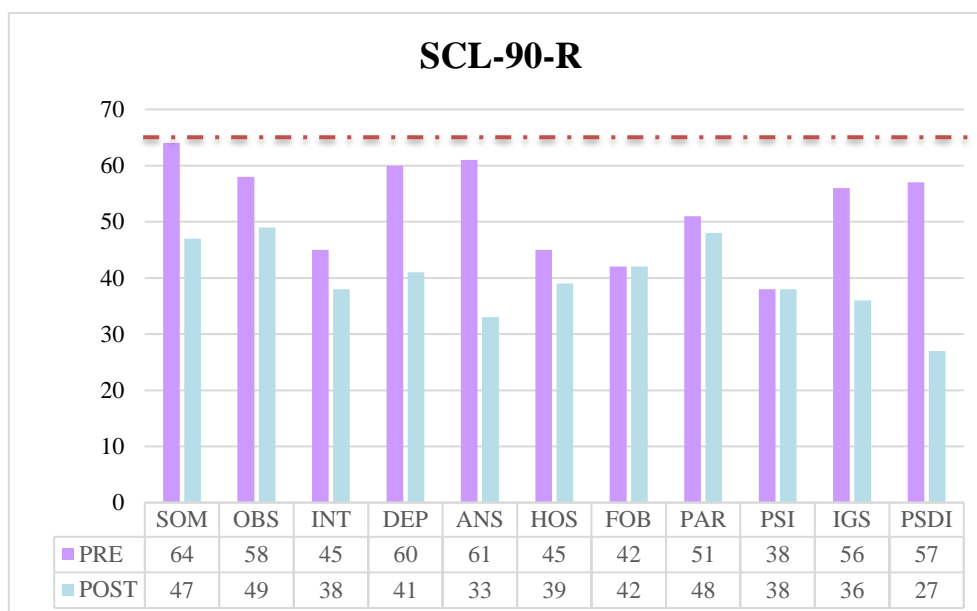
En ninguna de las dimensiones se ha obtenido la puntuación superior (ni próxima) a los 65 puntos que delimitan el punto de corte establecido como “de riesgo”.

El Índice de Severidad Global obtenido tras la fase de intervención es de 0,38 en la puntuación directa, lo cual se traduce en 36 puntos en puntuaciones T. La puntuación no supera los 65 puntos de corte y es notablemente más baja que en la fase pre tratamiento.

El total de las respuestas con puntuación superior a 0 o índice global Total de Síntomas Positivos post tratamiento es de 32. Como en el caso de la administración pre tratamiento de esta prueba, la puntuación es superior a 4, por lo puede concluirse que la usuaria no simula encontrarse mejor de lo que realmente está, ni tampoco exagera el malestar que experimenta, puesto que no supera el límite de los 60 puntos establecido para este criterio.

En cuanto a la puntuación post obtenida en el Índice de Malestar Positivo es de 1,06 en puntuación directa y de 27 en puntuación T. Teniendo en cuenta que la puntuación T es menor de 65, se concluye que la usuaria no parece exagerar ni minimizar su malestar.

En la *Figura 6* se muestran los resultados pre y post de las nueve dimensiones sintomáticas y de los dos índices globales.



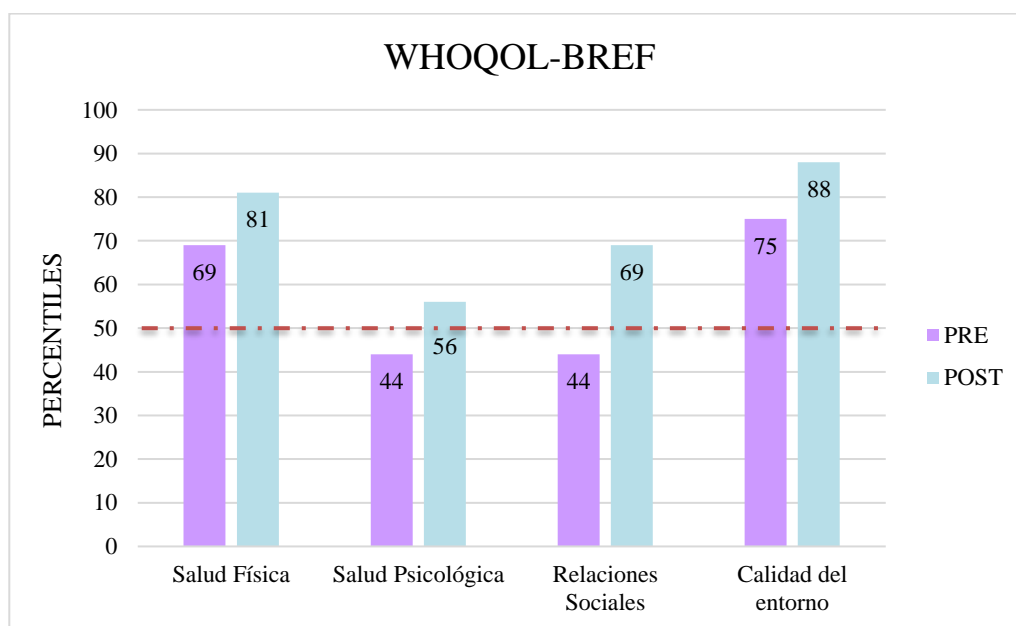
*Figura 6.* Puntuaciones pre y post obtenidas en el Inventario de Síntomas-90-Revisado (SCL-90-R; González de Rivera, 1988). PD = Puntuación Directa; PT = Puntuación Típica; SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y Compulsiones; INT = Sensitividad interpersonal; DEP =

Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Ansiedad fóbica; PAR = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo; IGS = Índice de severidad global; PSDI = Malestar sintomático positivo.

Finalmente, en el Cuestionario de Calidad de Vida (OMS, 2004), tras la fase de intervención, la consultante describe su calidad de vida como “bastante buena”, y sigue afirmando que está “muy satisfecha” con su salud. En cuanto a las cuatro dimensiones que componen este cuestionario, las puntuaciones post tratamiento obtenidas son las siguientes:

- Salud física: PD: 30; PT: 81
- Salud psicológica: PD: 20; PT: 56
- Relaciones sociales: PD: 11; PT: 69
- Calidad del entorno: PD: 35; PT: 88

Contrastando los resultados post obtenidos por P. con las puntuaciones pre, se puede observar el aumento de puntuación en cada una de las dimensiones. La comparación gráfica de puntuaciones pre-post obtenidas en las cuatro dimensiones se muestra en la *Figura 7*.



*Figura 7.* Puntuaciones pre y post obtenidas en el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; OMS, 2004)

Además de las medidas objetivas citadas anteriormente, se observaron otros indicadores que confirmaban una notable mejora de la salud psicológica de la paciente. Por un lado, la observación por parte del terapeuta de la conducta verbal y no verbal de

la usuaria. Como ya se ha mencionado, P. tendía a realizar muchas consultas durante la terapia, con el objetivo de obtener aprobación y sentirse más segura con las decisiones que iba tomando. Con el tiempo, dichas consultas iban disminuyendo en su frecuencia, hasta desaparecer por completo en la última fase de intervención. De la misma manera desaparecieron también las verbalizaciones de P. sobre el sentimiento de culpa, anticipaciones negativas, etc. Por otro lado, fue la propia consultante la que afirmó haber experimentado “un cambio radical”. P. no sólo refiere que gestiona mejor la demanda principal por la que acude, es decir, la crisis en su matrimonio, sino también otras situaciones ansiógenas en su vida, los pensamientos desadaptativos que surgen en otros ámbitos, etc. En resumen, ha sabido generalizar lo aprendido en la terapia, maximizando los logros terapéuticos. Finalmente, cómo se muestra en la *Tabla 11*, tras la intervención cambió por completo el patrón de respuestas que proporciona P. en situaciones ansiógenas. La usuaria, en vez de evitar el estímulo desencadenante del malestar, afronta la situación haciéndose uso de las herramientas aprendidas en la terapia.

*Tabla 11. Cambio del patrón de respuestas ante situaciones ansiógenas*

Respuesta ante una situación ansiógena antes del tratamiento	Respuesta ante una situación ansiógena después del tratamiento
<i>No le miro a los ojos, me voy al gimnasio</i>	<i>Respiro y reflexiono acerca de si lo que estoy pensando es cierto y si me es útil</i>

## DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados obtenidos, se puede concluir que la intervención ha demostrado ser clínicamente útil.

Las mejoras en el estado anímico de la paciente y en el manejo de la situación a la que se enfrentaba, se hicieron visibles ya en las primeras sesiones de la intervención. De hecho, el que la intervención consistiera únicamente en 10 sesiones implica que, además de que nos enfrentamos a una demanda delimitada, se realizó una correcta identificación del problema, a la vez que se escogió e instruyó correctamente en las técnicas terapéuticas adecuadas.

Como ya se ha introducido, la intervención resultó ser efectiva pues permitió la consecución de los objetivos terapéuticos propuestos a raíz del análisis funcional y consensuados con la paciente. Así pues:

- La usuaria fue capaz, gracias a un trabajo transversal y a la utilización simultánea de varias técnicas como la RC, psico-educación y, sobre todo, el proceso de toma de decisiones, de desglosar su demanda en objetivos más específicos, entendiendo cuál es el problema principal y que los demás dilemas son la consecuencia de éste. A raíz de esta ruta que le permitió tener claras las prioridades durante el proceso de toma de decisiones, supo ceñirse a lo establecido y escoger finalmente una de las alternativas. No sólo lo hizo tal y como se lo propuso, es decir, “de la forma más objetiva” y eso gracias a un gran trabajo a nivel cognitivo dentro y fuera de la sesión, sino también supo gestionar los pensamientos que surgieron justo después de haber tomado la decisión (“y si hubiese escogido lo otro”). Según afirmó P. en algún momento, para ella el no saber decidirse, y, sobre todo, el arrepentirse después de haber escogido una opción, es algo que no puede modificarse, ya que seguramente forma parte de su personalidad. Gracias a la RC se demostró que, aunque alguien pueda ser muy indeciso, sí que puede aprender a minimizar el malestar que experimenta llevando a cabo un proceso de toma de decisiones y gestionar los pensamientos que intentan “sabotear” dicho proceso. Finalmente, P. supo dar el paso más importante, que es llevar a cabo la decisión tomada. Para ello, se estableció un plan de acción que empezó a implementar al día siguiente de haber tomado la decisión, algo fantástico teniendo en cuenta que su patrón habitual de conducta antes de la intervención consistía en evitar situaciones potencialmente ansiógenas.
- Por otro lado, la consultante realizó un excelente trabajo a nivel cognitivo. Como se menciona en el apartado de la introducción, la técnica de reestructuración cognitiva puede resultar en un principio bastante aversiva para los pacientes, ya que se cuestionan incluso su propio sistema de valores (Camacho, 2003). No obstante, gracias al enorme compromiso de P. con la terapia, el proceso resultó ser menos complejo de lo que pudo parecer en un principio. Además de reducir los pensamientos desadaptativos responsables de

provocar el malestar en el ámbito de las relaciones sentimentales, la consultante generalizó lo aprendido a todas las áreas de su vida.

- El último de los objetivos terapéuticos consensuados hacía referencia a la reducción de la sensación del “nudo en el estómago” y las demás respuestas ansiógenas. Obviamente, y como la propia usuaria ha informado, gracias a la gestión de los pensamientos (estímulos desencadenantes del malestar), la ansiedad iba disminuyendo conforme avanzaba la fase de intervención y P. dominaba cada vez más las técnicas cognitivas utilizadas. Sin embargo, se decidió instruirla también en la técnica de respiración abdominal, cosa que, al igual que la RC, resultó serle de gran ayuda también en otros ámbitos de su vida diaria. La paciente se mostraba muy satisfecha con los resultados obtenidos gracias a esta herramienta. De hecho, uno de los “beneficios colaterales” de la respiración abdominal fue una notable mejora en la cantidad y calidad de horas de sueño, ya que P. decidió emplearla antes de dormirse, cosa que, como afirma, le ayuda enormemente, sobre todo tras un día estresante.

Además de haber conseguido los objetivos terapéuticos propuestos, el éxito de la intervención se ve también sustentado por los resultados obtenidos mediante instrumentos de evaluación objetivos, que, en este caso concreto, fueron cuatro los cuestionarios administrados. Así pues, analizando las mediciones pre y post tratamiento del Inventario de Depresión de Beck-II (Vázquez y Sanz, 2011), se puede afirmar que el estado de ánimo de la paciente ha aumentado notablemente, a la vez que los síntomas de depresión han disminuido. Esta conclusión se ve respaldada por otra medida objetiva, el resultado obtenido en la dimensión “depresión” del Inventario de Síntomas Revisado (González de Rivera, 1988). La usuaria ha obtenido 19 puntos menos en la evaluación post tratamiento que en la fase pre, lo cual indica una mejora importante. En cuanto a la ansiedad experimentada, también existen dos medidas objetivas que corroboran la destacada disminución de ésta. Tanto la puntuación post obtenida en la escala Ansiedad-Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (TEA, 2011), como la obtenida en la dimensión “ansiedad” del Inventario de Síntomas Revisado, indican la disminución de respuestas ansiógenas por parte de la usuaria, lo cual puede deberse a la consecución de toda una serie de herramientas para gestionarlas. Analizando todas las dimensiones e índices que componen el Inventario de Síntomas Revisado se concluye que la paciente se encuentra mejor no sólo a nivel psicológico, sino también físicamente, algo que ella

misma confirma. Finalmente, gracias al Cuestionario de Calidad de Vida (OMS, 2004) se puede afirmar que la usuaria parece estar más satisfecha con su vida en general, aunque sigue siendo la salud psicológica con la que menos contenta se muestra.

Finalmente, aunque no sean indicadores que puedan considerarse “objetivos”, tanto la terapeuta como la paciente han percibido cambios en su conducta que concuerdan con los resultados obtenidos. Algunos de ellos serían:

- Su conducta no verbal como la sonrisa, el mirar a los ojos, hablar con un tono de voz “seguro”, etc. observada durante la última sesión contrastaba con la que mostró P. la primera vez que acudió a terapia, manifestándose mucho más inhibida.
- De la misma forma pudo percibirse el gran cambio a nivel cognitivo que experimentó la usuaria gracias a las verbalizaciones realizadas durante la primera y la última sesión. Para enfatizar el contraste, se escogen las más llamativas. Así pues, en la primera sesión de evaluación P. dijo sentir que la situación por la que estaba pasando “no tenía solución alguna”. Por otro lado, en la última sesión de intervención, concluyendo los logros terapéuticos alcanzados, P. afirmó que “el tener que enfrentarse a esta situación le ha hecho crecer como persona en todos los aspectos y ha sido una oportunidad única para aprender a gestionar sus pensamientos, emociones, etc. algo que, si no fuese por la crisis en su matrimonio, no hubiese sucedido”.
- Asimismo, como ya se ha mencionado, otro cambio llamativo en el comportamiento de la usuaria ha sido la modificación de su patrón de respuesta ante las situaciones ansiógenas. En vez de evitarlas, P. aprendió a emplear las técnicas terapéuticas adquiridas en las sesiones y hacerles frente de manera proactiva.
- Además, disminuyó la frecuencia de las consultas realizadas por P. en la sesión, y, cómo aseguró ella, también dejó de realizar tantas conductas de seguridad (búsqueda de aprobación, etc.) fuera de la terapia.
- Otro cambio relevante es que, ya en la tercera sesión de intervención, la paciente afirmó no sentir tanta vergüenza a la hora de compartir con los demás que mantiene una relación paralela, cosa que, en la primera sesión de evaluación, ni se le pasaba por la cabeza. Como muestra de este gran avance nos sirve el hecho

de que P. acabó compartiendo esta información con las dos personas cuya reacción más temía, con su marido y con su madre.

Por otro lado, otras variables que suelen influir de forma significativa en una evolución satisfactoria del paciente es su motivación y el compromiso con la terapia, y la existencia de una correcta alianza terapéutica (Martín, 2004). En cuanto al primer aspecto, la consultante se mostró muy motivada con la terapia desde la primera hasta la última sesión, confirmando este compromiso con una impecable ejecución de las tareas propuestas. Incluso decidió aplicar las herramientas adquiridas en la terapia en otras áreas de su vida, aunque no formasen parte de la demanda formulada. Otra evidencia que corrobora su compromiso es que, a pesar de tener una conducta desorganizada e impuntual, P. hizo un enorme esfuerzo por acudir puntual a las sesiones, cosa que logró en casi todas las ocasiones. En cuanto a la alianza, ya desde la segunda sesión de evaluación P. se mostraba muy cómoda en la terapia. Además, aunque sus continuas consultas no fuesen conductas deseadas, sí demostraban una gran confianza depositada en la terapeuta. Finalmente, la paciente en múltiples ocasiones confirmó con sus verbalizaciones la atención que ponía y el valor que asignaba a lo abordado durante la terapia (por ejemplo, “me acordé de ti en esta situación por lo que me comentaste en la última sesión”).

Concluyendo lo expuesto hasta ahora, aunque la demanda en este caso fue muy delimitada, ciñéndose a un único ámbito de la vida de la cliente, el cambio conseguido tras la terapia fue mucho más general. Además, resultó muy satisfactorio el que finalmente haya podido percibir la complicada situación vital que estaba atravesando como una oportunidad única de crecimiento y progreso. Sin duda, esta actitud influyó positivamente en la consecución de los objetivos y aceleró el proceso de cambio. Posiblemente resultó también de gran ayuda el trabajo reflexivo acerca de los valores (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Siempre teniendo en cuenta la delimitada demanda por parte de la usuaria, el trabajo con los pensamientos nucleares y, sobre todo, la reflexión sobre el sistema de valores fue un trabajo mucho más global, al igual que el efecto que surtió. Muchas personas que acuden a la terapia, como en el caso de P., experimentan alto malestar porque sus valores están cambiando y dejan de darle importancia a cuestiones que anteriormente les parecían vitales. Con una simple explicación de que los valores no son estáticos y cambian según las experiencias vitales que tengamos que afrontar, gran parte de este malestar desaparece.

Aunque el presente estudio de caso único resultó ser clínicamente útil, no pudo evitarse que presentase ciertas limitaciones.

Una de estas limitaciones tiene que ver con la escasa bibliografía que tratase sobre la temática de la demanda planteada. La intervención tuvo que enfocarse, por tanto, desde la perspectiva de una demanda “típica”, dividiéndola en objetivos más específicos (lo cual fue posible gracias al análisis funcional) como problemas a la hora de tomar decisiones o con el manejo de los pensamientos desadaptativos. Sin embargo, incluso arriesgándose a parecer algo reduccionista, resultó complicado encontrar referencias acerca de algunas de las cuestiones planteadas como, por ejemplo, el abordaje del sentimiento de culpa. La literatura encontrada fue escasa, la mayor parte de ésta resultaba desactualizada, y, la que fue consultada, se limitaba a describir el problema en el contexto depresivo o religioso.

Aunque la intervención escogida resultó acertada y parece haber asegurado el éxito terapéutico, no hay posibilidad de comparar los resultados obtenidos y exhibidos en el presente trabajo con otros estudios que abordarían este tipo de nuevas demandas, planteadas cada vez con más frecuencia por los pacientes en las consultas clínicas (sobre todo privadas). Parece que, hasta la fecha, no han despertado suficiente interés como para ser objeto de estudio. De hecho, resulta alentador pensar en una posible línea de investigación que pudiera corroborar si el abordaje de las nuevas demandas desde el marco cognitivo-conductual realmente resulta eficiente. Dado el indiscutible éxito de las técnicas cognitivo-conductuales, que además cuentan con una irrefutable base científica, resulta complicado cuestionarse su utilidad en este nuevo contexto que deben afrontar los profesionales de la salud mental. Sin embargo, desde la humildad, y con el objetivo de no quedarse atrás teniendo en cuenta la creciente competencia (por ejemplo, por parte de las terapias de tercera generación), los defensores de dicho enfoque podrían hacer un ejercicio de auto-crítica y comprobar, hasta qué punto son los psicólogos (y las herramientas que emplean) lo suficientemente flexibles, como para atender con éxito las “atípicas” demandas que acuden a sus consultas en busca de ayuda.

De hecho, las limitaciones en este tipo de estudios empiezan ya en la fase de evaluación donde, por falta de instrumentos específicos, no siempre existe la posibilidad de “medir” la demanda con herramientas que garanticen la objetividad, o por lo menos pretendan hacerlo. Aunque a niveles prácticos, los profesionales cuentan con el análisis



funcional que guía la evaluación y el diseño de la intervención, a efectos teóricos Psicología carece en ocasiones de instrumentos que permitan contrastar los resultados obtenidos con otros estudios ya realizados, sobre todo tratándose de las demandas “atípicas”.

Por otro lado, teniendo en cuenta las limitaciones temporales, el éxito terapéutico puede asegurarse únicamente a corto plazo. Para solucionar dicho inconveniente, se han programado, de momento, dos sesiones de seguimiento, para corroborar que los logros se mantienen en el tiempo, y poder afirmar que los resultados siguen presentes también a largo plazo.

Por último, por el mero hecho de ser un estudio de caso único, este diseño presenta problemas tanto con la validez interna como con la validez externa. En primer lugar, no podemos asegurar que los resultados obtenidos se deban únicamente a la aplicación del tratamiento escogido, y no a algunas de las variables extrañas que hubiesen podido alterar el cambio conseguido. Tampoco podemos determinar si el cambio conseguido es mayor del que podría obtenerse no empleando ningún tratamiento o empleando alguno de otro tipo. Al no contar con un control más riguroso en este aspecto o con un grupo de control que permitiese contrastar el resultado, no sería correcto hablar por tanto en términos de eficacia o eficiencia. Es por ello por lo que se refiere a la intervención, suponiendo que mediante ella se consiguió la indiscutible mejora de la paciente, utilizando conceptos como “clínicamente útil” o “efectiva”. En segundo lugar, en cuanto a la validez externa, si ya per se parece complicado replicar un estudio realizado con un único sujeto y que, normalmente, carece de control de variables extrañas, etc., dicha limitación se hace aún más evidente, cuanto más atípica sea la demanda. La solución sería realizar estudios con mayor número de participantes, para que puedan formar una muestra significativa, no obstante, esta idea parece verse claramente limitada por la peculiaridad del caso descrito.

Sin perder de vista todas las limitaciones abordadas, parece una obligación decir que los estudios de caso único proporcionan respuestas acerca de lo que ocurre en la realidad clínica que afrontan los profesionales, y constituyen una herramienta mediante la cual pueden transmitir dichas experiencias tanto a la comunidad científica como a la población general. A veces, resultan ser fuente de interesantes aportaciones que, en un futuro, podrían convertirse en una posible línea de investigación. Así, por ejemplo, en

este estudio el poner una etiqueta de “trastorno depresivo” o emplear alguna de las guías de tratamiento para este trastorno, no hubiese resultado efectivo. Por ello, resulta tan interesante la flexibilidad que ofrece en estos casos el análisis funcional. Demostró ser de gran utilidad en los casos con demandas muy “dispersas”, no obstante, también lo es en los casos que no se ajustan a lo que podría llamarse una “consulta típica”. En el caso de P. permitió distinguir entre una hipotética depresión y una situación vital complicada por la que estaba pasando, pero delimitada únicamente a un área de su vida. Facilitó la descripción de los estímulos que desencadenaban los pensamientos, responsables de generar el malestar experimentado. Finalmente, permitió detectar las conductas de evitación que mantenían el problema, consensuar los objetivos terapéuticos y adecuar el diseño de la intervención a las características particulares de la usuaria. Pero su labor resultó ir más allá que simplemente servir de guía al terapeuta. Además, le permitió a la paciente entender, a nivel funcional, cuál es la causa de su malestar y por qué este se mantiene, cosa que, en el caso de P., resultó imprescindible para garantizar su compromiso, dada su naturaleza reflexiva. Con una simple etiqueta esta información podría haberse perdido. Asimismo, gracias al análisis funcional pudo determinarse la importancia de un trabajo continuo y transversal con los componentes cognitivos. Siendo el desencadenante claro en todas las cadenas funcionales, tuvo que incidirse en ellos en casi todas las sesiones de intervención, un proceso lento y tedioso, pero que finalmente dio sus frutos, manifestándose por ejemplo mediante el cambio radical que pudo apreciarse en las verbalizaciones de la paciente. Igualmente, teniendo en cuenta la peculiaridad del caso, la terapeuta tuvo que mostrarse más flexible y creativa a la hora de pedir tareas, sobre todo en la fase del proceso de toma de decisiones o ajustándose a las necesidades de la paciente que iban surgiendo durante la terapia, como por ejemplo, el tomarse más tiempo de lo “normal” para proporcionar una respuesta. En resumen, el que sea un estudio de caso único un tanto “atípico”, no hace más que justificar la realización del presente trabajo, ya que enriquece el conocimiento acerca del empleo de la terapia cognitivo-conductual en este tipo de demandas, más aún, teniendo en cuenta la escasez de la literatura que trate al respecto. Es por ello, por lo que se considera que puede ser de utilidad clínica para otros terapeutas o profesionales relacionados con el campo de la Psicología si un día deben abordar un caso parecido al que se describe en este estudio.

Para finalizar, lo que a lo largo de este trabajo se viene etiquetando como “nuevas demandas” o “demandas atípicas”, posiblemente no sea otra cosa que los “problemas cotidianos de toda la vida”. No obstante, lo que las hace peculiares es que, hasta ahora, no solían ser la razón por la que solicitar ayuda psicológica. Es un dato muy esperanzador, porque significa que la confianza que deposita la sociedad en los profesionales de la salud mental es cada vez mayor y que, el estigma de “loquero” con el que se ha marcado a los que ejercen esta profesión, se va difuminando. Ahora, está en nuestras manos demostrar a la nueva población que acude a las consultas, que estamos preparados (si es que lo estamos) para dar una respuesta eficiente a sus demandas y seguir mejorando la dudable reputación que la Psicología va arrastrando desde hace décadas. Eso sí, sin caer en el error de “patologizar” estos problemas cotidianos. Son todavía muy pocos los profesionales que se atreven a enfocar la terapia como un proceso de cambio vital o progreso personal y es todavía muy escaso el interés por plantearse, investigar y responder a las dudas abordadas a lo largo de este trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, E. L. A., (2011). Creencias irracionales de la depresión: Contenidos y razonamiento prototípicos. Un estudio de casos y controles. *VI Congreso Nacional y I Internacional en Psicología y Salud Mental* (pp. 112-122) Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2017). Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15.*
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2011). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Adaptación Española por TEA Ediciones.

- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C., & Mongiello, E. (2004). Uso de la psico-educación como estrategia terapéutica. *XI Jornadas de Investigación*. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Burns, D. (2010). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. *Buenos Aires*.
- Cano, A., Martín, J., Mae, C., Dongil, E. y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Carrobbles, J.A. (2011). Trastornos depresivos. En V. Caballo, I. Salazar y J.A. Carrobbles, *Manuel de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 311-337). Madrid: Pirámide
- Catalán, J.L. (2003). Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html>
- Centro de Psicología Aplicada (2012). Historia biográfica. Recuperado de: [http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/historia\\_biografica\\_adultos.pdf](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/historia_biografica_adultos.pdf)
- Condrau, G. (1968). *Angustia y culpa. Problemas fundamentales de la psicoterapia*. Madrid: Gredos
- Derogatis L. (1977). SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised Version of the SCL-90. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dyer, W. (1976). Tus zonas erróneas. *Ed. Grijalbo, SA Bogotá*.
- González, H. y Pérez, M. (2008). *La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., Haynes, S. N. y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.
- Kalawski, J. P. y Haz, A. M. (2003). Y...¿ Dónde está la resiliencia? una reflexión conceptual. *Interamerican journal of psychology*, 37(2).
- León, O. G. y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación* (4ª ed.). Madrid: McGraw-Hill

- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4).
- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Montesó-Curto, P. y Aguilar-Martín, C. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atención Primaria*, 46(3), 167-168.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y D'Zurilla (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Organización Mundial de la Salud (2004). WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II. Adaptación Española por Pearson Educación.
- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Universidad de Granada
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis
- Vázquez, F. L. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Vila, J. y Fernández, M. (2009). Habilidades cognitivas. En J. Vila y M. Fernández, *Tratamientos psicológicos: la perspectiva experimental* (pp.153-174). Madrid: Pirámide