

TRATAMIENTO INTEGRADO EN UN CASO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

INTEGRATIVE TREATMENT OF DEPRESSION AND ANXIETY: A CASE STUDY

MARÍA COLODRÓN, MARCELA PAZ GONZÁLEZ y FRANCISCO HURTADO
Servicio de psicología aplicada. Facultad de Psicología. UNED

Recibido 10-2-03

Aceptado 6-3-03

Resumen

El estudio de caso único que se presenta consiste en la intervención psicoterapéutica durante veinte sesiones con una cliente del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. La cliente sufría depresión moderada y diversos síntomas de ansiedad. La intervención consistió en diversas técnicas cognitivas, conductuales, constructivistas y emocionales. Utilizando como marco de referencia el *enfoque de los factores comunes*, se propone la utilidad de utilizar un modelo integrador con el fin de optimizar la eficacia y la eficiencia en la intervención psicológica de este tipo de casos.

Abstract

This paper shows the case study of a client (from the SPA, UNED) who suffered from mild depression and anxiety symptoms. The intervention process consisted of the use of cognitive, behaviourist, constructivist and emotional techniques. From the «common factors» model, we propose the use of an integrative intervention in these sort of cases, in order to optimize the efficacy and efficiency of intervention programmes.

Palabras clave: caso único, depresión, enfoque integrativo.

Key words: case study, depression, integrative perspective.

Introducción

Uno de los principales retos de la psicoterapia actual, tal como señalan numerosos autores (e.g. Feixas y Miró, 1993; Goldfried, 1996; Kleinke, 1998), es la evolución desde la pluralidad y diversidad teórica y técnica hacia la exploración de un enfoque común; desde el eclecticismo hacia la integración en psicoterapia. Como sistematizan Lampropoulous, Spengler, Dixon y Nicholas (2002), el movimiento de psicoterapia de integración es un movimiento diverso, que presenta al menos cuatro acercamientos diferentes: la *integración teórica*, que pretende sintetizar diferentes modelos a nivel teórico; el *eclecticismo técnico*, que intenta combinar intervenciones clínicas que son probadamente efectivas, sin tomar en cuenta su origen teórico; el enfoque de los *factores comunes*, que se esfuerza por construir un modelo integrador basado en aquellos elementos inespecíficos y que comparten las terapias eficaces; y el acercamiento de la *integración asimilativa*, resultante de la integración del eclecticismo técnico y de la integración teórica, en el cual las técnicas efectivas provenientes de diversos modelos son integradas en un marco teórico central coherente.

Los estudios sobre la eficacia diferencial de un enfoque terapéutico sobre otro, no han obtenido pruebas que permitan determinar que existe uno de ellos más adecuado que otro, basados en los resultados clínicos (Lambert y Bergin, 1992). Sin embargo, durante años ha predominado la idea de que para determinados trastornos sí es posible obtener esa diferenciación, como ocurre, por ejemplo, con la terapia cognitiva para la depresión, como sugiere el estudio metaanalítico de Dobson (1989). En relación a esto, Robinson, Berman y Neimeyer (1990) concluyen, a partir de una amplia revisión, que si se controla la variable orientación del investigador la supuesta superioridad este modelo se pierde.

Por otra parte, los hallazgos de una mayor proporción de varianza explicada por factores inespecíficos compartidos por diferentes técnicas (Feixas, G. y Miró, M.T., 1993), han apoyado el desarrollo del enfoque de los factores comunes, que suelen ser listados de la siguiente manera: alianza terapéutica, empatía y apoyo, expectativas positivas acerca de la terapia,

catarsis emocional, exploración del problema e *insight*, exposición y confrontación del problema, y aprendizaje de nuevas conductas. (Arkowitz, 1992; Lampropoulos, 2000). Evidentemente, estos factores existen en la relación terapéutica, independientemente de la orientación teórica que tenga el profesional clínico, y se plantea que estarían en la base de la falta de diferenciación de la eficacia terapéutica, es decir, deberíamos a ellos el hallazgo de «todas las terapias producen resultados equivalentes» (Luborsky, 1995).

En este sentido, el trabajo de Frank (1961) se presenta como referencia de origen para el enfoque de los factores comunes. Este autor, en su obra *Salud y persuasión* (1961), plantea la psicoterapia como una forma de influencia social cuya principal función es la de reducir la «desmoralización», caracterizada por percepción de incompetencia, pérdida de autoestima, alienación, desesperanza y/o desamparo.

Sintetizando, podríamos plantear los siguientes factores no específicos comunes a todas las psicoterapias:

- La creación de un contexto interpersonal basado en una relación de confianza en la que el cliente obtiene apoyo y el terapeuta ofrece un servicio o trabajo, estructurado y formal.
- Ampliar la visión del mundo del cliente en base a la generación de diversas explicaciones alternativas que permitan al cliente flexibilizar, estructurar y dar sentido a su experiencia; y por tanto, reconceptualizar sus problemas.
- Promover la práctica de nuevas competencias de manera que el cliente tenga oportunidad de vivenciar experiencias favorables que faciliten su confianza en sí mismo.
- La facilitación de la activación emocional de manera que el cliente pueda reconocer, expresar, dar sentido y responsabilizarse de sus sentimientos.

Por su parte, Kleinke (1998) añade otros principios, fundamentalmente, el de «ayudar a los clientes a recapitular conflictos genéricos»; o el de «establecer una experiencia emocional

correctiva» (término propuesto por Alexander y French en el año 1946, cit. en Feixás y Miró (1993) –basado en la reparación de la influencia traumática de las experiencias previas); o según Meichenbaum «una experiencia irreversible» (Meichenbaum, 1986).

Sin embargo, tan evidente y coherente con el quehacer clínico diario es el planteamiento anterior, como difícil es la operativización de dichos factores.

Desde el modelo del clínico-científico, que aborda la problemática del paciente –tanto en la evaluación, diagnóstico, intervención y control– bajo el enfoque del planteamiento metodológicamente definido y operativizado, la incorporación de dichos factores como variables a definir y analizar, se plantean necesariamente como un reto a resolver.

Lampropoulous et al. (2002), en su artículo llamado «How psychotherapy integration can complement the scientist-practitioner model», presentan cada fase del modelo clínico-científico, ampliado bajo el prisma de la psicoterapia de integración. Enfatizan la importancia de la conceptualización de cada caso bajo una perspectiva multiteórica/integrativa/ecléctica que lleva necesariamente a una mayor flexibilidad en la generación de hipótesis alternativas, formulación del caso y planificación del tratamiento; apoyando el trabajo clínico en la metodología y rigor científico de generación y contrastación de hipótesis, medidas múltiples y control de objetivos; pero ampliando los contenidos y objetivos de la terapia a aquellos provenientes del marco integrador.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta de manera global a toda las áreas de funcionamiento de la persona: a nivel conductual se da una reducción de la actividad y nivel general de respuesta; a nivel cognitivo disminuye la capacidad de procesamiento y se modifica la percepción de sí mismo y del entorno; a nivel emocional-fisiológico se caracteriza por sentimientos de inutilidad, desesperanza, anhedonia, miedo, ira, y la alteración de funciones básicas como el sueño, la alimentación o la actividad sexual. Las estadísticas indican que es uno de los trastornos más frecuentes y que afecta en mayor medida a las mujeres (Wu y Ant-

hony, 2000). Así, Kessler et al. Encuentran que aproximadamente el 17% de las personas en países occidentales sufren un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida. La proporción sería casi de dos mujeres por cada hombre que sufre este tipo de trastorno (Kessler et al., 1994).

Respecto a las aportaciones teóricas tradicionales sobre la comprensión etiológica de la depresión podríamos tener en cuenta las metas psicoterapéuticas comentadas. Así, desde el enfoque comportamental de Lewinsohn (Lewinsohn y Graf, 1973) y desde el enfoque del autocontrol de Rehm (Rehm 1977, 1981 y 1988), el principal objetivo de la terapia será ayudar al cliente a desarrollar y experimentar nuevas competencias que incrementen su sensación de autoeficacia. De acuerdo con el enfoque de indefensión aprendida de Seligman (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y con el enfoque cognitivo de Beck (Beck, 1967) la intervención deberá estar enfocada a ayudar al cliente a superar su desmoralización así como a superar sus concepciones erróneas sobre el mundo y sobre sí misma. Por su parte, teniendo en cuenta el enfoque basado en las emociones, la memoria y el procesamiento de información de Bower (Bower, 1981) sería necesario plantearse el ayudar al cliente a enfrentarse a sus ansiedades en lugar de evitarlas así como enseñar al cliente a aceptar las realidades de la vida.

Por su parte, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en adultos se encontraría entre el 4% (Bland, Newman y Orn, 1998) y el 6% (Regier et al., 1988). Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de preocupación y angustia excesivas (expectativa aprensiva) persistentes y difíciles de controlar en un amplio rango de actividades y acontecimientos. Las preocupaciones sociales parecen tener más peso que las físicas o económicas a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse, tendencia que posiblemente esté muy relacionada con la intolerancia a la incertidumbre (Dugas y Ladouceur, 1997). «El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva [...]. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas.» (Deffenbacher, 1997; pág. 242).

Desde el modelo cognitivo conductual se ha explicado este trastorno a través del *sesgo atencional* que presentan estos sujetos (hipervigilancia para descubrir posibles amenazas), y sobre todo por las consecuencias de la *preocupación como estrategia de afrontamiento* (Borkovec, 1994):

1. Preocuparse previene o reduce el procesamiento emocional de la información.
2. Creencias erróneas sobre la utilidad de la preocupación (evitación supersticiosa, evitación real, evitación de temas emocionales más profundos, preparación para el afrontamiento, recurso motivacional).
3. Conductas de preocupación (evitación activa y pasiva de actividades y situaciones).
4. Deterioro en la ejecución de tareas, la actividad cognitiva, a toma de decisiones y solución de problemas, etc.

Dentro de este enfoque, la terapia irá encaminada a romper el hábito de evitación que

supone la preocupación, enfrentando al cliente a su ansiedad y a su realidad vital.

Por último, hay que mencionar que la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos es elevada (Barlow, 1988; Maser y Cloninger, 1990). Así, el 84,1% de personas diagnosticadas con un trastorno de ansiedad generalizada también presenta un trastorno depresivo (Judd et al., 1998), mientras que el 70% de personas diagnosticadas con trastorno de pánico también presentan otros trastornos psiquiátricos (Roy-Byrne et al., 1999). Las interrelaciones entre ansiedad y depresión han sido abordadas desde el modelo tripartito de ansiedad-depresión (Clark y Watson, 1991), que se basa en los conceptos de afecto positivo, afecto negativo e hiperactivación fisiológica, y desde la teoría de la indefensión-desesperanza (Alloy, Kelly, Mineka y Clements, 1990) que propone los constructos desesperanza, indefensión e incertidumbre. El bajo afecto positivo (anhedonia) y la desesperanza serían específicos de la depresión, la hiperactivación y la incertidumbre específicas de la ansiedad, mientras que común a ambas tendríamos un alto afecto negativo e

Tabla 1. Modelos teóricos

Modelo teórico	Autor	Supuestos etiológicos	Meta implicada
Enfoque comportamental	Lewinsohn y Graf (1973)	Baja frecuencia y eficacia y eficacia de los reforzadores sería el origen de la depresión	Nuevas competencias que incrementen la autoeficacia
Enfoque del autocontrol	Rehm (1977)	Déficit en autoobservación, autoevaluación, y/o autorrefuerzo	
Enfoque de indefensión aprendida	Abramson, Seligman y Teasdale (1978)	Estilo atribucional de desesperanza (interno, global y estable)	Superar su desmoralización y superar sus concepciones erróneas sobre el mundo y sobre sí misma
Enfoque cognitivo	Beck (1967)	Tríada cognitiva negativa (yo, mundo, futuro)	
Procesamiento de información	Bower (1981)	Congruencia emociones (estado de ánimo negativo) y memoria (recuerdos negativos)	Enfrentar ansiedades en lugar de evitarlas y aceptar las realidades de la vida
Modelo de Borkovec	Borkovec (1994)	Preocupación como estrategia de afrontamiento	

indefensión. Todo ello vuelve a remitirnos al concepto de psicoterapia desde el enfoque integrador de los factores comunes como una forma de influencia social cuyo principal función es la de reducir la «desmoralización», caracterizada por un alto afecto negativo y por la indefensión.

Sujeto, motivo de consulta e historia del problema

La cliente es una mujer de 38 años, casada, con un hijo de 12 años. Reside en una gran ciudad y trabaja como auxiliar de enfermería en un hospital público. Acude a consulta debido a su estado de ánimo, que considera muy bajo desde que intentó dejar de fumar.

El relato de la cliente nos da la siguiente información: hace dos veranos, durante sus vacaciones, sufrió un primer ataque de pánico y tomó un comprimido de lexatín sin que notara efectos tranquilizantes. Un estudio cardiológico posterior da resultados negativos. A partir de ese momento y hasta la actualidad ha vivido unos diez episodios similares antes estímulos diversos: polvo, suciedad, desorden, sentirse encerrada, contactos interpersonales conflictivos, etc. Por ello recibe tratamiento psicofarmacológico por parte del médico de cabecera consistente en:

- Besitrán (Sertralina, Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina - ISRS) oscilando la dosis de 50mg a 200 mg, que dejó de tomar al cabo de un año sin haber notado mejoría.
- Trankimacin Retard (Alprazolam, ansiolítico benzodiazepínico de acción corta), que cambió posteriormente por Lexatín (Bromazepam, ansiolítico benzodiazepínico de acción intermedia) debido a los efectos sobre la cliente del aprazolam (se sentía abotargada).

En otoño del año siguiente siguió un tratamiento psiquiátrico, en el hospital donde trabaja, para dejar de fumar. Estuvo tres meses sin fumar. Sin embargo su estado de ánimo empeoró y su ansiedad aumentó por lo que volvió a fumar.

Evaluación

Se realizaron cuatro sesiones de evaluación de una hora de duración con una periodicidad semanal. Además de una entrevista clínica abierta y la Técnica de Rejilla de Kelly, se utilizaron los siguientes instrumentos psicométricos:

1. El Listado de Síntomas Clínicos de Derogatis (SCL-90-R).
2. El Inventario de Depresión de Beck (BDI).
3. El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI).

Resultados cuantitativos

Los resultados cuantitativos de la evaluación aparecen reflejados más ampliamente en las tablas 1, 2, 3 y 4 en el apartado de resultados:

1. SCL-90-R:
Índice de severidad global 1,53
Total de síntomas positivos 64
Malestar por los síntomas positivos 2,16
2. BDI: 18 Depresión leve
3. STAI:
Ansiedad Estado:38 (Centil 85)
Ansiedad Rasgo: 52 (Centil 99)

Respecto a la rejilla de Kelly corregida a través del programa RECORD (), cabe resaltar las siguientes correlaciones:

- Correlación YO-IDEAL: ,228
Correlación YO-OTROS: ,251
Correlación IDEAL-OTROS: -,079

En este sentido cabe señalar que la cliente no sólo es autoexigente sino que sus exigencias también hacen referencia a las personas de su entorno, sintiéndose fácilmente decepcionada (nula relación entre su «ideal» y los «otros»).

El Diagnóstico según los criterios del DSM-IV fue:

- F32.1 Trastorno depresivo mayor [296.21].
Con síntomas melancólicos.
F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01].

Datos de la entrevista clínica

La cliente refiere los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo; anhedonia; sensación de fatiga; sentimientos de inutilidad y de culpa excesiva; crisis de angustia inesperadas y recidivantes y preocupación por la anticipación de posibles crisis; así como aumento de peso e insomnio. Además, expresa su preocupación por lo que considera «obsesiones acerca de mi pasado» y por la imposibilidad de dejar de pensar en sucesos ocurridos hace años sobre los que «ya no puedo hacer nada».

Se infieren datos acerca de la falta de asertividad, a partir de la referencia a conflictos a nivel familiar y laboral. En esta última área, refiere disconformidad con el horario de trabajo que incluye guardias, y dificultad comunicacional con superiores.

En el área de recursos y apoyo, se observa la realización diaria de hábitos saludables (yoga y gimnasia), así como la percepción de apoyo por parte de su familia. La cliente se siente apoyada por su familia. Como actividades de placer, refiere que le gusta leer y muestra especial interés por los libros de autoayuda y crecimiento personal.

Objetivos terapéuticos

El objetivo global planteado tras la evaluación fue la mejora del estado de ánimo y la autoestima de la cliente, por ello se consideraron los siguientes objetivos a lo largo de las distintas fases del tratamiento:

Incrementar las actividades cotidianas reforzantes para la cliente, así como facilitar la administración de autorrefuerzos.

Sustituir las creencias irracionales («debo hacer todo bien para ser valiosa», «debo gustar a todo el mundo», etc.) por ideas más razonables.

Modificar el estilo cognitivo caracterizado por errores de pensamiento absolutista, sobre-generalización, descalificación de lo positivo, lectura de pensamiento, imperativos y personalización.

Adquirir pautas de alimentación saludables para facilitar una disminución progresiva y len-

ta del peso (se pactó que podría reducir hasta 2 kilogramos por mes pero no más, hasta un máximo de 8 kilogramos).

Desarrollar asertividad, incrementando su capacidad para hacer peticiones y expresar su opinión a personas significativas en su entorno familiar y laboral.

Facilitar la expresión emocional y la aceptación de sentimientos negativos.

Aumentar la tolerancia a la frustración, sobretodo en relación a situaciones y personas cercanas y significativas.

Mantener en observación los niveles de ansiedad. (Debido a que no aparecieron nuevos episodios de angustia y a que la preocupación de la cliente fue disminuyendo al respecto no se planteó ningún tipo de intervención para su afrontamiento y/o su remisión).

Intervención

En la intervención realizada con la cliente se pueden distinguir tres fases según los objetivos propuestos y las técnicas utilizadas:

Una primera fase de mejora del estado de ánimo y de reducción de la ansiedad.

Una segunda fase donde, a petición de la cliente, se hizo hincapié en la mejora de la autoestima y de la asertividad.

Una tercera fase de preparación para el alta y de prevención de recaídas.

Dichas fases de intervención, su duración, la frecuencia de las sesiones y las técnicas utilizadas pueden contemplarse esquemáticamente en la siguiente tabla:

Podemos considerar que los principios comunes en psicoterapia se ven reflejados a lo largo de la intervención de la siguiente forma:

El **contexto interpersonal** se fue creando mediante una actitud, por parte de la terapeuta, fundamentalmente empática. A lo largo de las sesiones la cliente no sólo no se sintió cuestionada sino que fue sistemáticamente valorada tanto por sus intentos previos de solucionar el problema como por el esfuerzo que realizó a lo largo de todo el proceso.

Tabla 2. Fases de la intervención

Fase de intervención	Duración	Frecuencia	Técnicas
Primera: Mejorar estado de ánimo Reducir ansiedad	2 meses y medio (9 sesiones)	Semanal	Reconceptualización del problema. Focalización emocional y vivencia del presente (AQUÍ y AHORA). Reelaboración biográfica: análisis existencial y reconstrucción metafórica. Confrontación y disputa racional. Planificación de actividades reforzantes. Introspección y expresión emocional.
Segunda: Mejorar autoestima Mejorar asertividad	3 meses	Quincenal	Pautas básicas de autocuidado físico (alimentación, ejercicio y descanso). Pautas básicas de asertividad. Autoinstrucciones y autorrefuerzos. Pruebas de realidad. Técnica del rol fijo.
Tercera: Preparar el alta Prevenir recaídas	2 meses y medio (5 sesiones)	Quincenal	Resolución de problemas. Trabajo artístico creativo. Cierre.

La reconceptualización del problema permitió desculpabilizar a la cliente y reducir una de sus principales fuentes de estrés («yo no debería estar así, debería estar agradecida por todo lo que tengo») así como **ampliar su visión del mundo**. Además de explicarle los círculos viciosos de «apatía-no actividad-no refuerzo-mayor apatía» y «activación-miedo a las consecuencias de la activación-mayor activación», se comentó con la cliente la función del subsistema emocional y por qué las emociones están más asociadas a aprendizajes tempranos que a una lógica o a un código moral. Así mismo se discutió sobre las diferencias individuales y los distintos estilos de pensamiento y conducta. Se le señaló que esperar que las demás personas sientan y se comporten como ella la llevaba a sentirse decepcionada y poco valorada. Se le animó que valorara su propio estilo de entender y hacer las cosas de forma que le resultara también más fácil respetar y valorar el estilo de las personas significativas de su entorno.

Entre las **nuevas competencias**, cuya práctica se promovió a lo largo de las sesiones, cabe destacar: la planificación de actividades reforzantes (salir con amigas, salir en pareja, asistir a clases de literatura, etc); pautas básicas de

autocuidado físico (alimentación, ejercicio y descanso); pautas básicas de asertividad (especialmente en la comunicación con su jefa y con su pareja); resolución de problemas (formulación del problemas, elicitación de alternativas, valoración de consecuencias, etc.).

Debido a que la cliente trabajaba en el ámbito sanitario y a su estilo evitador, la cliente solía describir su estado en función de características y cambios físicos («me encuentro mal», «estoy agotada», «me duele todo», etc.). Por ello, se consideró necesario **facilitar la activación emocional** a través de la focalización emocional y temporal dentro del modelo experiencial de Aquí-Ahora. A través de ejercicios durante las sesiones y de tareas para casa, la cliente aprendió a tomar conciencia de sus estados emocionales y motivacionales sin necesidad de juzgarlos ni de traducirlos a un lenguaje de somatización.

Mediante la exposición a situaciones ansiógenas (al desorden, a establecer contactos interpersonales con compañeras de trabajo, a no hacer algo «a la perfección», etc) se estableció **una experiencia emocional correctiva**. Para ello, propusimos a la cliente que comen-

zará a utilizar sus propios autorrefuerzos de forma que le sirvieran como facilitadores para dicha exposición. Por ello, se realizó con ella una lista de posibles «premios» (comprarse flores, ir al cine, decirse algo bonito, etc.) y de posibles contingencias entre sus conductas y dichos «premios». La cliente pudo generalizar rápidamente esta técnica y sin necesidad de pautas por parte de la terapeuta la utilizó en otros ámbitos además de las situaciones ansiógenas superadas. Gracias a las pruebas de realidad planificadas («¿qué pasa si no llamas tú a tu amiga?», «¿qué pasa si no dejas preparada la cena?», «¿qué pasa si sales de juerga?») y a la técnica de rol fijo, mediante la que la cliente se permitió comportarse más según sus necesidades que según las expectativas de los demás, se sintió capaz de cambiar sin temor a consecuencias catastróficas («no me van a querer», «me van a hacer la vida imposible», «me voy a tener que separar», «mi hijo se va a sentir fatal», etc.).

Por último, facilitamos **la recapitulación de los conflictos genéricos** de la cliente. Para ello trabajamos en una reelaboración biográfica que diera sentido a sus experiencias vividas negativamente (situación familiar de pobreza, carencia afectiva, contactos sexuales no deseados, etc). A través de la reconstrucción metafórica (se utilizó la metáfora del camino de baldosas amarillas del cuento El mago de Oz) se consiguió la reconciliación de la cliente consigo misma, con su pasado y con su presente. Por último, en el cierre, también se trabajó con el proyecto futuro de la cliente de manera que se optimizara el mantenimiento de los logros terapéuticos y ella se sintiera motivada a seguir su proceso de autoconocimiento y desarrollo personal.

Análisis y descripción de los resultados

Los resultados obtenidos se pueden considerar positivos tanto a nivel cuantitativo, como pueden observarse en las tablas 1, 2, 3 y 4, como a nivel de satisfacción de la cliente. Durante la sesión de cierre, ésta valoró muy positivamente la terapia y los cambios que había observado en su vida y en ella misma.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados podemos considerar los siguientes logros terapéuticos:

La cliente incrementó sus actividades cotidianas reforzantes y además de asistir a clases de yoga quedaba semanalmente con amigas, comenzó a hacer punto, se apuntó a un curso de narrativa, etc. Por ello consideramos que la cliente desarrolló pautas de autocuidado y hábitos saludables.

Manifestó cambios en su discurso y desaparecieron los errores de pensamiento absolutista, de sobregeneralización, de descalificación de lo positivo, de lectura de pensamiento, así como los imperativos y la personalización. Se sentía capaz de confrontarse a sí misma sus creencias irracionales y lo hacía habitualmente.

Aunque la dieta de la cliente era variada y saludable por lo que no hubo que incidir en aspectos nutricionales, sí cambió algunas de sus pautas conductuales como comer despacio, masticar lentamente y dejara intervalos de tiempo mayores entre comida y comida. Redujo tres kilos de peso y esta disminución fue gradual y mantenida en el tiempo. Tampoco se incidió más sobre este aspecto pues ella, en la última fase de la terapia se encontraba a gusto con su imagen corporal.

Respecto a la realización de peticiones y la expresión de opiniones a personas significativas en su entorno familiar y laboral, consiguió hablar con su supervisora para cambiar de puesto y horario, expresar sus quejas laborales a miembros del sindicato y a su nueva supervisora, etc. Además planteó a su marido como veía la relación y fue capaz de exigirle cambios en su comportamiento con el fin de mejorar su vida familiar. A la hora de cierre de la terapia se encontraba más satisfecha con su relación de pareja y con su vida familiar que durante la fase inicial.

La cliente adoptó como costumbre escribir sus emociones, según sus palabras, «con el fin de desahogarme y entenderme mejor». Se sentía muy contenta de haber adquirido dicho hábito y opinaba que le venía muy bien.

También, en la sesión de cierre, la cliente expresó su mayor capacidad para afrontar los

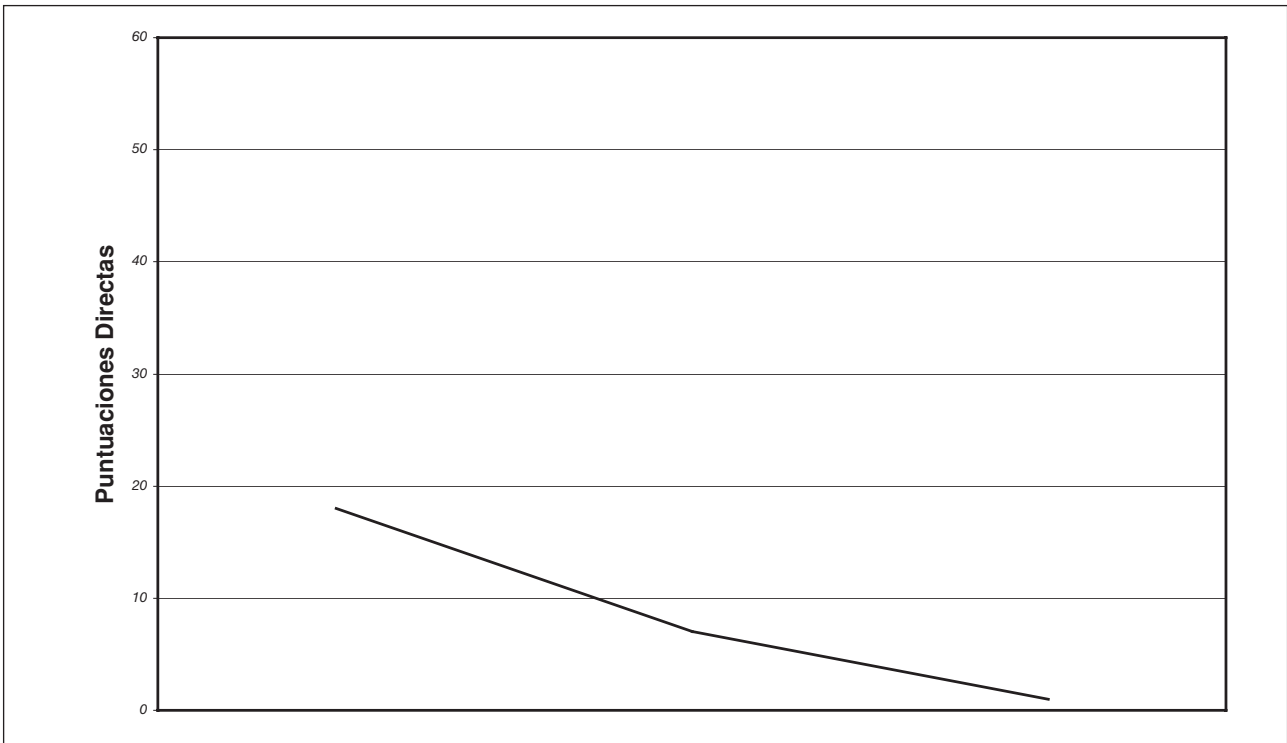


Figura 1. Puntuaciones BDI antes, durante y después del tratamiento.

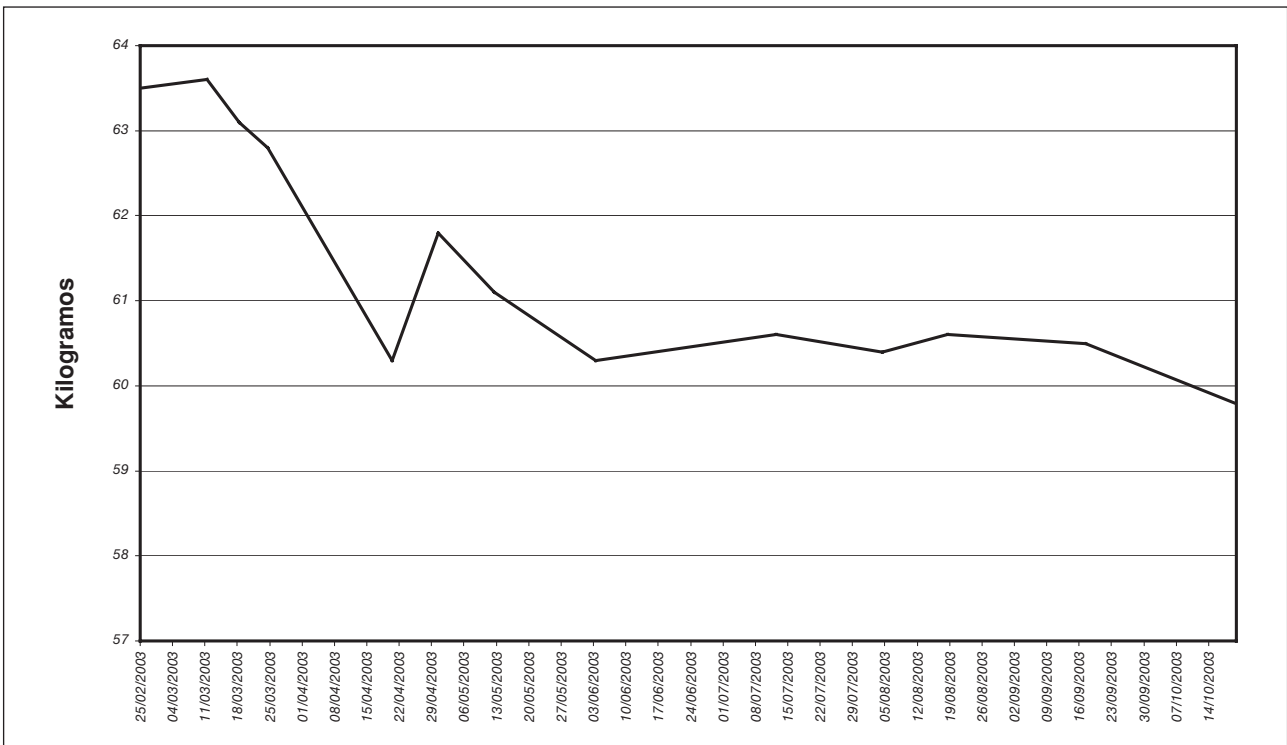


Figura 2. Evolución del peso en kilogramos.

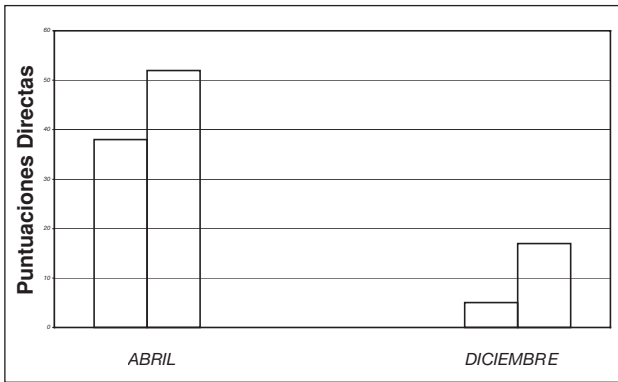


Figura 3. Puntuaciones STAI pre y postratamiento.

problemas cotidianos que le surgían en el día a día y para aceptar sus limitaciones y las de los demás.

Ya se comentó anteriormente que la cliente no volvió a sufrir nuevos episodios de angustia y que su preocupación al respecto fue disminuyendo. En cuanto a los síntomas de anhedonia, insomnio, sensación de fatiga, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperanza, todos ellos

remitieron durante las dos primeras fases del tratamiento.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que los resultados del tratamiento aparecen como muy positivos tanto desde un criterio cuantitativo (puntuaciones clínicamente no significativas al cerrar el proceso terapéutico) como desde el criterio de la satisfacción del cliente y de la opinión profesional del terapeuta y de su supervisor, podemos considerar algunas de las ventajas de un enfoque integrado en el planteamiento del caso. En primer lugar cabe resaltar la gran flexibilidad que este enfoque supone en tanto que la elección de técnicas terapéuticas se encuentra guiada por las características del caso y por las pruebas empíricas de eficacia de las mismas, y no tanto por un marco teórico determinado. En este sentido, los objetivos subyacentes a cualquier intervención psicológica aparecen como factores comunes y como guía de utilidad a la hora de planificar y llevar a cabo la intervención, en

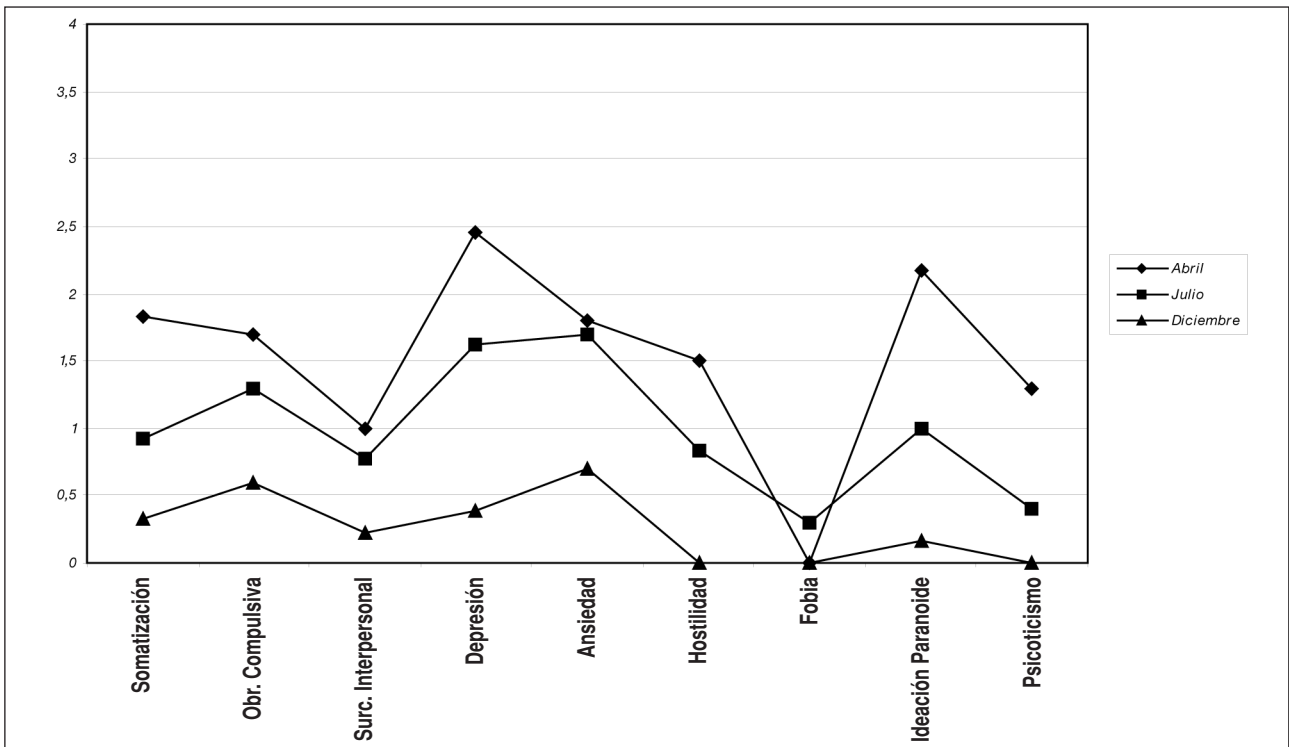


Figura 4. Perfil SCL90-R antes, durante y después de la intervención.

consonancia a las conclusiones de Lampropoulos et al. (2002), el enfoque integrador es la óptima expresión de la actividad psicológica desde el modelo de práctica científica. Este modelo de práctica científica que implica un proceso de toma de decisiones de visión abierta y basado en evidencias, no sólo justifica el uso de este enfoque sino que lo confirma como reflejo y actualización de esta práctica científica. Debido a su inherente flexibilidad, es decir, a su capacidad de considerar hipótesis, técnicas de evaluación, formulaciones y técnicas alternativas, el enfoque integrador refleja este modelo de práctica científica (Lampropoulos et al., 2002).

Por último nos gustaría señalar que los recursos económicos y humanos utilizados a lo largo del tratamiento así como su duración no exceden el promedio considerado en el tratamiento de casos similares (e.g. Gómez y Roa, 2002). Aunque somos conscientes de ausencia de datos respecto al mantenimiento de resultados, consideramos que los cambios producidos por la cliente a diferentes niveles (físico, emocional, conductual y vivencial) permitirán consolidar e incluso incrementar su bienestar y su mayor calidad de vida.

Bibliografía

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-59.
- Alloy, L.B., Kelly, K.A., Mineka, S. y Clements, C.M. (1990) Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness-hoplessness perspective. En J. D. Maser y C.R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC.: APA.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. En D.K. Freedheim y H.J. Freudenberg (Eds.), *History of psychotherapy. A century of change* (pp. 261-303).
- Barlow, D.H. (1988) *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bland, R.C., Newman, S.C. y Orn, H.T. (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: A Community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 43(9), 910-914.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions and origins of anxiety. En G.C.L. Davey y F. Tallis (dirs.): *Worrying: Perspectives in theory, assessment and treatment*. Nueva York: Wiley.
- Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Deffenbacher, J.L. (1997) Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V.E Caballo (Dir), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol.1). Madrid: Siglo XXI.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997) Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E Caballo (Dir), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol.1). Madrid: Siglo XXI.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Frank, J.D. (1961). *Salud y persuasion*. Buenos Aires: Troquel.
- Goldfried, M.R. (1996). *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gómez, C. y Roa, M.L. (2002). Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único. *Acción Psicológica*, 1(2), 195-204.
- Judd, L.L., Kessler, R.C., Paulus, M.P., Zeller, P.V., Wittchen, H.U. y Kunovac, J.L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: Results from the National Comorbidity Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl., 393), 6-11.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence rates from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kleinke, C.L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1992). *Achievements and limitations of psychotherapy: A century of change* Washington, DC: American Psychological Association.
- Lampropoulos, G.K., Nicholas, D.R., Spengler, P.M., y Dixon, D.N. (2000). Why, when, and how to be

- eclectic in counseling: Principles and a clinical example. In G.K. Lampropoulos (Chair), *Psychotherapy integration in the Midwest: Theory, practice and training*. Symposium presented at the Annual Great Lakes Conference of Counseling Psychology, Muncie, IN.
- Lampropoulos, G.K., Spengler, P.M., Dixon, D.N., Nicholas, D.R. (2002). How psychotherapy integration can complement the scientist-practitioner model. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 58(10), 1227-1240.
- Lewinsohn, P. M.; Graf, Michael.(1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 41(2), 261-268.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that «Everyone has won so all shall have prizes»? *Clinical Psychology: Science & Practice*, Vol 2(1), 106-109.
- Maser, J.D., y Cloninger, C.R. (Eds.) (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Meichenbaum, D. (1986). *Stress Inoculation Training*. Nueva York: Pergamon Press.
- Regier, D.A., Boyd, J.H. y Burke, J.D. (1988). One month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, Vol 45(11), 977-986.
- Rehm, L.P.(1977) A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L.P.(1981) *Behavior therapy for depression: present status and future directions*. Nueva York: Academic Press.
- Rehm, L.P. (1988) Self-management and cognitive processes in depression. En L.B. Alloy (Dir), *Cognitive Processes in Depression* . Nueva York: Guilford.
- Robinson, L.A., Berman, J.S. y Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depresión.: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 34-49.
- Roy-Byrne, P.P., Stein, M.B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., Mc Quaid, J., Katon, W.J., Craske, M.G., Bystritsky, P. y Sherbourne, C.D. (1999) Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 492-499.
- Wu, L. y Anthony, J. (2000) The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for peak in later life. *Journal of Affective Disorders*, 60, 159-171.