

# TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y MÉDICO EN UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR CON MELANCOLÍA

**M. RICHART MARTÍNEZ (\*) (Psicólogo)**

**J. CABRERO GARCÍA (Psicólogo)**

**F. DÍAZ GONZALEZ (Médico)**

## RESUMEN

*Se presenta un caso de depresión mayor con melancolía (DSM III) tratado conjuntamente por un psicólogo y un médico con fármacos tricíclicos y desinhibidores, y tratamiento conductual cognitivo.*

*El resultado, éxito terapéutico se mantuvo a los doce meses de finalizar la intervención, con mejoría incluso en algunas áreas.*

*El diseño usado (AB) no permitió evaluar la contribución de los diferentes aspectos de la terapia en la mejora de síntomas concretos y en sus efectos globales. Se hacen consideraciones sobre esta metodología.*

**PALABRAS CLAVE:** *Tratamiento psicológico y médico, depresión mayor, éxito terapéutico, problemas metodológicos.*

## ABSTRACT

*It is presented a case of major depression with melancholia (DSM III) treated by a physician and psychologist with two types of drugs -tricyclics and unhibitories- and a cognitive behavioural approach.*

*The benefits from the result -therapeutical success- have persisted twelve momths after the conclusion of the treatment even with improvements in some areas.*

---

(\*) C/ Gordet, 603410 Biar (ALICANTE)

*The design used (AB) hasn't allowed the assessment of the contribution of the different aspects of the therapy to the amelioration of specific symptoms and its global effects. Considerations about this methodology are also introduced.*

**KEY WORDS:** *Major depression, psychological and medical treatment, therapeutic success, methodological problems.*

## INTRODUCCIÓN

Los tratamientos para la depresión mayor oscilan entre la farmacoterapia, fundamentalmente con tricíclicos e IMAOS, la psicoterapia, ya sea cognitiva, conductual, conductual-cognitiva y aún otras, y la combinación de drogas y psicoterapia. La eficacia diferencial de todas estas estrategias para la reducción de los síntomas depresivos tanto a corto como a largo plazo no está definitivamente establecida. Así, la revisión de Parloff et al. (1985) encuentra estudios experimentales que favorecen la superioridad de la terapia cognitiva y conductual frente a la terapia de drogas, pero hay otros estudios que indican lo contrario, y también los hay que no encuentran diferencias significativas entre ambas. No hay evidencia de la superioridad de la combinación de ambos acercamientos respecto a cualquiera de las dos por separado. Cuando casi los mismos trabajos son revisados por otros autores, por ejemplo Lickley y Gordon (1983/1986), llegan a conclusiones parecidas. Sin embargo estos últimos autores enjuician que los antidepresivos son necesarios, aún cuando sugieren se les combinen con psicoterapia, en los casos de depresión mayor con melancolía (1). Esto último sería coherente con los resultados, todavía provisionales, que indican que los fármacos antidepresivos son más eficaces en el alivio de los síntomas físicos y autonómicos, y la psicoterapia con los pensamientos suicidas, sentimientos de culpabilidad, pérdida de interés y funcionamiento interpersonal (Cf. Lickley y Gordon, 1983; Rhem, 1985; Parloff et al., 1985). En otras palabras, se viene a sugerir que en los casos de depresión grave, normalmente con melancolía y sintomatología física, es necesario el uso de medicación antidepresiva pero también añadir la psicoterapia para la demás sintomatología; mientras en los casos menos graves la psicoterapia puede ser tan efectiva o mejor que las drogas por lo que se podría recomendar la primera dada la ausencia de efectos secundarios y que se sigue, como indicamos más abajo, con más adherencia. Por último, hay mayor consenso dentro de la cautela en afirmar que las drogas antidepresivas son superiores en la prevención de las recaídas, y la psicoterapia favorece, por contra, una mayor adherencia durante el tratamiento (Cf. Lickley y Gordon, 1983; Rhem, 1985).

Circunscribiendonos a la psicoterapia. Como veíamos al principio ésta es eficaz en el alivio de los síntomas de la depresión tanto inmediatamente después de la terminación de la terapia como en el mantenimiento de los efectos. Esta efectividad no es sólo estadísticamente significativa, también lo es clínicamente (Nietzel et al., 1987). La diversidad de las estrategias psicológicas es amplia, pero las más contrastadas son las terapias cognitivas y las conductuales (Parloff et al., 1985). Dentro de éstas encontramos diferentes teorías y supuestos como fundamento de ellas. Desde las cognitivas de Beck et al.,

(1983), las reformulaciones del desamparo aprendido (Abramson et al., 1978), y aún otras más recientes, tentativas y poco desarrolladas como las de Hyland (1987) y Pyszczynski y Greenberg (1987), a pesar de que los factores cognitivos en relación con la depresión no están consistente y direccionalmente establecidos (Cf. Hollon et al., 1987; Coyne y Gotlib, 1983); y las estrategias conductuales, como las de Lewinsohn (1974), las de resolución de problemas de Nezu (1986) o las de los sistemas interpersonales de Gotlib y Colby (1987), entre otras. Aunque con frecuencia es difícil discernir si nos hayamos ante terapias exclusivamente conductuales pues los componentes utilizados suelen ser múltiples, por ejemplo, la terapia de autocontrol de Rhem (1985). Lewinsohn (1985) ante esta diversidad encuentra muchos elementos comunes en todas ellas, y las deriva ampliamente a la teoría común del aprendizaje social.

La evaluación psicológica permite categorizar el trastorno del paciente dentro del sistema del DSM III, lo que en ocasiones tendrá implicaciones terapéuticas, por ejemplo, en el caso de una depresión mayor con melancolía combinar la terapia cognitivo-conductual con la administración de tricíclicos o IMAOS, y pronósticas; y en otros será de poca utilidad, por ejemplo en problemas de estrés y adaptativos. Lo anterior no significa depender en exclusiva del diagnóstico psiquiátrico, sino instar por su utilización merced a estas ventajas señaladas, además de facilitar la comunicación entre todos los clínicos. Pero es inexcusable que un psicólogo continúe el proceso de evaluación para formular sus hipótesis clínicas concretas y diseñar las técnicas concretas en virtud de la dinámica funcional y topografía encontradas.

El caso que presentamos en uno de depresión mayor con melancolía (DSM III) tratado conjuntamente por un médico y un psicólogo con fármacos tricíclicos y desinhibidores, y tratamiento conductual-cognitivo. El resultado, éxito terapéutico se mantuvo a los doce meses de finalizar la intervención con mejoría incluso en algunas áreas.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

El diseño empleado ha sido un AB aunque no en todas las variables dependientes se obtuvieron líneas base ni medidas repetidas durante la fase de tratamiento. Dado que el tratamiento fue complejo, farmacoterapia y terapia cognitivo-conductual, sin la posibilidad de secuenciar claramente los componentes y a la vez medir las distintas variables dependientes teóricamente relacionadas con dichos componentes del tratamiento, fue totalmente inviable acercarse a un diseño más satisfactorio de línea base múltiple a través de comportamientos. Quizás sea más correcto calificar a nuestro diseño como un

estudio de casos con algunas medidas repetidas.

La viabilidad de desarrollar diseños experimentales (de reversión, base múltiple, etc.) en ambientes clínicos está muy limitada por factores éticos, de urgencia y técnicos. Es por esto que el estudio de casos o su formulación mejorada, diseño AB, más utilizado en intervención conductual, es la estrategia empleada casi exclusivamente por el psicólogo clínico. A pesar de las muchas críticas que ha recibido (por ejemplo, Campbell y Stanley, 1966; Hersen y Barlow, 1976) puede ofrecer respuesta útiles, válidas y novedosas. Donald Campbell (1987) en el contexto de la investigación antropológica ha suavizado gran número de sus críticas anteriores a esta metodología, comentando algunas notas para incrementar su validez y que se soportan sobre la replicación múltiple de casos comparables. Esquemáticamente hacemos una traslación libre del área de la investigación terapéutica: 1) la formulación de hipótesis concretas y unidireccionales que permita establecer relaciones entre variables de tratamiento y variables de medida, 2) establecer todas las implicaciones teóricas relacionadas con la hipótesis de tratamiento, es decir, la búsqueda de múltiples líneas base sensibles, de las cuales se pueda predecir resultados, ya cambios o inmanencias por la intervención concreta, y 3) considerar en las replications que se llevan a cabo en ocasiones posteriores comparables, todos los resultados encontrados favorables o desfavorables a la hipótesis, como salvaguarda de la capitalización del azar. Al margen de las consideraciones de Campbell, el estudio de casos con medidas repetidas (diseño B, o AB según la nomenclatura de Hersen y Barlow, 1976) es superior al estudio de casos clásico pues ejerce un mayor control de la varianza (Cf. Cook y Campbell, 1976) y su sensibilidad nos permite formular y evaluar hipótesis sobre la marcha en lugar de hacerlas post hoc.

Podemos continuar mejorando la estrategia de casos del clínico siguiendo las recomendaciones indicadas por autores cualificados (por ejemplo, Hersen y Barlow, 1976, y otros) en lo que respecta a la definición y medición de variables mediante la operacionalización y estandarización de las variables de tratamiento y dependientes, el empleo de instrumentos fiables y válidos (especialmente con muestras de comparación y tipificación españolas), el uso de diversos instrumentos y sistemas de respuesta con vistas a disminuir los problemas de validez de constructo (las amenazas de las características de la demanda y los efectos inespecíficos que se suponen comunes a todas las psicoterapias, etc.), etc.

## Sujeto

La paciente es una mujer de 40 años, casada y con una hija de cuatro que solicita nuestra ayuda por referencia de un antiguo cliente. Su actividad habi-

tual consiste en llevar un pequeño comercio con su marido, siendo ella la responsable de su gestión. Es la primera vez que busca tratamiento médico o psicológico por problemas afectivos, con anterioridad y hace algunos años había sufrido problemas de ansiedad pero no buscó ayuda.

## Evaluación

La primera entrevista (12-9-86) se realiza en su domicilio debido a que el marido así nos lo pide ya que la mujer se haya postrada en la cama en un estado de profunda tristeza. Nos entrega el informe del médico general que había diagnosticado una depresión exógena, y prescritos los siguientes fármacos: Nobritol (dos píldoras diarias) e Isopulsam (cuatro píldoras diarias). Entrevistada la paciente, estando en la cama, manifiesta padecer síntomas depresivos desde el pasado 10 de agosto, sintiéndose más deprimida a media mañana y a media tarde. Desde entonces ha habido una pérdida de peso de 4 ó 5 Kg., falta de apetito e insomnio (se despierta a mitad de la noche y permanece despierta entre hora y hora y media, desde hace un mes), así como una abulia hacia las tareas domésticas y laborales que ha ido en aumento. Falta a la tienda desde hace dos días y es el primer día que se mete en la cama. Interrogada sobre cuestiones referentes a un posible comienzo de la menopausia, que pudiese explicar parte de los síntomas, se descubre un funcionamiento normal, con períodos muy regulares.

A partir de las entrevistas y pase de cuestionarios realizados en la primera y segunda sesión se descubre la existencia de problemas laborales, conyugales y paternofiliares. Respecto a los primeros se siente incapaz de "llevar la casa adelante", en la última semana su madre política y una hermana le han estado ayudando en sus actividades domésticas (cocinar, fregar, etc.). Pequeñas reparaciones del hogar (unos pintores estaban a punto de pintar algunas de las habitaciones de la casa) le parecen una muralla. Al respecto manifiesta cogniciones como "jamás voy a ser capaz de cocinar como lo hacía", "Es horroroso... no puedo... todo está desordenado", "no puedo hacer nada de nada--- y debería limpiar el piso y las ropas...", "soy incapaz... no se que me pasa".

Presenta, además, reiteradas manifestaciones y creencias respecto a que su negocio no funciona y no tiene futuro, pese que al hablar con el marido se observa que no existen indicios serios de que vaya mal pese a haber algunos pequeños problemas, así como que después de haberle dedicado tantos esfuerzos no aporta las compensaciones esperadas ("tantos años luchando para nada"). Así mismo manifiesta una gran ansiedad cuando piensa que va a finalizar el plazo de la declaración de la renta "... no la voy a poder hacer porque estoy agotada... y ...madre de Dios...".

En cuanto a los problemas conyugales, frecuentemente discute con el marido sobre cuestiones referidas a la gestión del negocio, así mismo nos informa de que en las últimas semanas cuando discutía en la tienda con el marido o se encuentra ansiosa por cualquier motivo huía de la tienda a casa, donde estaba más tranquila. Cree que el marido no la quiere, que sólo la utiliza para tareas domésticas y siente que en la cama se aprovecha de ella, estando las relaciones matrimoniales y sexuales deterioradas. Según dice "somos incompatibles en todo".

En relación con su hija de cuatro años, nuestra paciente piensa que la tienda la aparta de sus obligaciones maternas y que no le dedica el tiempo suficiente, teniéndola que dejar con sus abuelos. Por tal motivo se siente responsable de una serie de conductas que observa en la niña ("parece retrasada", "tiene problemas en el colegio"). Puestos en contacto con la profesora de la niña, nos informa de su normalidad en todos los aspectos. Al ser preguntada la paciente por las reacciones de la niña cuando ella marcha a la tienda, nos informa de que es muy exigente, castigando la marcha de la madre con demandas de atención y otras conductas disruptivas, por lo que la madre en ocasiones se queda más tiempo, momento que es aprovechado por la niña para reforzarla (besos, abrazos, expresiones como "mamá te quiero mucho", etc.). Este tipo de conductas fueron observadas por el terapeuta en varias ocasiones en el transcurso de las primeras sesiones.

Refiriéndonos a otros ámbitos de relación, sus relaciones sociales no son muy amplias pues sale poco de casa, habiendo restringido su núcleo de amistades a gente más joven que ellos y con los que no se sienten tan agusto como con sus antiguas amistades, pero lo hacen por la niña, porque los padres más jóvenes tienen niños de su edad.

Manifiesta que en ocasiones se siente molesta cuando está con gente porque se siente rechazada, como si la gente no la aceptase o no quisiese estar con ella. No realiza ninguna actividad ociosa ni practica ningún deporte.

Además de la entrevista los instrumentos utilizados fueron:

- 1- Inventario de indicadores psicofisiológicos (Cautela, 1987).
- 2- Inventario de pensamientos (Cautela, 1977).
- 3- Lista de problemas (McKay, Davis y Fanning, 1985).
- 4- Escala de auto evaluación de la depresión (Zung, 1965).
- 5- STAI. Autoevaluación de ansiedad estado-rango (Spielberger, 1970).
- 6- Diferencial semántico (Adap. Costa y Serrat, 1982).
- 7- Cuestionario de áreas de compatibilidad-incompatibilidad en la pareja (Serrat, 1980).



## Diagnóstico

Reunida toda la información se emitió el siguiente diagnóstico:

Eje 1) 296.23 Depresión mayor. 1º episodio, con melancolía.

V62.20 Problemas laborales

V61.10 Problemas conyugales

V61.20 Problemas paternofiliales.

Eje 2) Rasgos Distímicos

Eje 3) Ninguno

Eje 4) Estrés psicosocial: Problemas económico-laborales y familiares.

Intensidad: 4. Moderado

Eje 5) Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año: 5  
Mediocre.

## TRATAMIENTO

Se administró a la paciente un tratamiento psicológico combinado con un tratamiento farmacológico.

### Tratamiento médico

Aproximadamente un mes antes de acudir a nuestra consulta, días después de surgir los primeros síntomas, buscó la ayuda del médico general. Este le recetó un antidepresivo para cuadros leves o moderados (Deanxit) y con una dosis de dos píldoras diarias, además, de un reconstituyente (Astenolit) con dosis de una unidad diaria. Dos semanas más tarde se añadió a esta prescripción un derivado tetracíclico con efectos antidepresivos más potentes (Ludomil) con dosis de una píldora al día. Debido a la no tolerancia del mismo fue retirado a los nueve días siguientes. También se retiraron los restantes fármacos para instaurar un nuevo tratamiento consistente en la ingesta de un psicoanaléptico desinhibidor (Iso pulsam) indicado para síndromes depresivos con una dosis diaria de cuatro unidades, un tricíclico (Nobritol) indicado en trastornos depresivos con ansiedad con una dosis de tres unidades diarias, más un compuesto acelerador del ciclo de catecolaminas cerebrales (S.Amet-100) indicado para el alivio de síntomas del síndrome depresivo con una dosis diaria de una ampolla inyectable. Este último tratamiento es el que seguía en el momento de solicitar nuestra ayuda.

CUADRO 1.- Esquema-Resumen del proceso terapéutico

SESIONES	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	TRATAMIENTO MÉDICO
		15-8-86 Deanxit (2) Astenolit (1)
		1-9-86 Deanxit (2) Astenolit (1) Ludiomil (1) No tolera
		10-9-86 Isopulsam (4) Nobritol (3) S.Amet (1 inyec)
12-9-86	Evaluación	
13-9-86	Evaluación. Entrenamiento en relajación y tratamiento del insomnio.	
15-9-86	Idem + fase educativa de Inoculación de Estrés.	
24-9-86	Aprendizaje de respuestas de afrontamiento: reestructuración cognitiva, uso de pensamientos agradables como técnica distractiva, inoculación de estrés.	
1-10-86		
6-10-86		
10-10-86		
14-10-86		
18-10-96	1ª evaluación durante el tratamiento.	
22-10-86	Idem + manejo de contingencias sociales.	
28-10-86	Comienza programa aumento de actividades domésticas, en la tienda y salidas sociales.	
3-11-86	Continuación de lo anterior + entrenamiento en técnicas operantes para manejo de hija. Aplicación de los principios operantes a su problema (recordatorio).	
10-11-86	Supervisión del empleo de técnicas para distintos problemas (continuación de lo anterior).	12-11-86 Isopulsam (4) Nobritol (1)
17-11-86	Entrevista con el marido para posible terapia de parejas.	
24-11-86		
1-12-86	Entrenamiento asertivo y habilidades de resolución de problemas	
10-12-86		10-12-86 Isopulsam (2)
18-12-86		
29-12-86		
		2-1-87 Fin del tratamiento médico.
15-1-87		
26-1-87	Asesoramiento y supervisión en la aplicación de las técnicas aprendidas por la paciente.	
15-2-87	Evaluación postratamiento.	
27-2-87	Seguimiento	

## Tratamiento psicológico

Después de realizar la evaluación con entrevista y cuestionarios y mientras cumplimentaba los autorregistros de pensamientos, se comenzó por entrenar a la paciente en relajación muscular progresiva y administrar una técnica de control de estímulos combinada con ejercicios de relajación (la paciente practicaba relajación en el salón de su casa al abandonar la cama) para tratar el insomnio. El efecto perseguido con este comienzo era el de promover la participación de la paciente en el proceso terapéutico y aumentar sus expectativas de control, a la vez que conseguir unos primeros efectos que aumentasen la credibilidad y la motivación para el tratamiento al disminuir algunos síntomas autonómicos. Por otra parte, dado el estado de onmubilación en que se encontraba en los primeros días no era aconsejable emprender otras acciones. También en estas primeras sesiones, a fin de conseguir un buen clima terapéutico, se animó a la paciente a hacer manifestaciones personales, dando feedback positivo (aceptación y comprensión) como respuesta a éstas.

Dado que la paciente llevaba a cabo autorregistros de pensamientos y una hoja para el control de los efectos de la relajación, no se le solicitaron autorregistros para el tiempo de insomnio. El informe verbal de la paciente fue favorable, indicando un descenso en la frecuencia y duración del insomnio (en ocasiones al despertarse practicaba la relajación en la cama hasta entrar en un estado de profundo sopor).

Siguió el tratamiento con una sesión educativa en la que se le proveyó de un modelo conceptual de la depresión desde la óptica del aprendizaje social.

También, tal y como proponen Meinchenbaum y Cameron (1987), se le dijo que a partir de este momento iba a aprender una serie de procedimientos para hacer frente a sus problemas y que su actitud ante cualquiera de éstos debería ser la de un solucionador de problemas que pusiese en práctica todos sus recursos personales hasta dar con la solución más óptima en cada circunstancia.

Dado que lo prioritario era mejorar su estado afectivo, se continuó con el tratamiento en nuevas respuestas de afrontamiento (se seguía con el entrenamiento en relajación) en concreto con la reestructuración cognitiva. Se le entregaron unas fotocopias de los capítulos 2 y 3 ("como descubrir los pensamientos automáticos" y "Como combatir los pensamientos deformados") de la obra de McKay, Davis y Fanning (1985). Primeramente practicó con algunos de los ejercicios del manual y después se pasó a sus pensamientos, ordenados de modo creciente en función del grado de malestar asociado. Una vez adquirió cierto dominio sobre la técnica se la instruyó para que cada vez que se sintiera ansiosa, colérica o deprimida, escribiese en una hoja los pensamientos irracionales que tuviese en esos momentos, valorando al lado el grado de ma-

lęstar con una escala subjetiva (de 1 a 10). Hecho esto deber­a escribir pensamientos racionales alternativos, valorados del mismo modo, hasta conseguir puntuaciones subjetivas bajas en cada uno de ellos. Se le insisti­o en que deb­a de proceder de este modo en cualquier situaci­n y tan pronto notase cualquier alteraci­n en su estado emocional. Tambi­n se le anim­o a usar la relaci­n de forma combinada. Este proceso era controlado por el terap­uta. Este en todo momento daba refuerzo social por los logros alcanzados (esto se hizo durante toda la terapia).

Se sigui­o con el entrenamiento en el uso de pensamientos agradables como t­cnica distractiva ante sus alteraciones emocionales, indic­ndole que la incluyesen en su nuevo repertorio como una t­cnica m­s que deber­a combinar con las dos que ya conoca.

Continu­o la terapia con el aprendizaje de la t­cnica de inoculaci­n de estr­s, tal y como ­sta es presentada en el cap­itulo 7 (La inoculaci­n de estr­s) del libro de McKay, Davis y Fanning (1985). Tambi­n se le proporcion­o fotocopiado dicho cap­itulo. Una vez conocidos los principios de esta t­cnica se la instruy­o para que integrase las habilidades que ya conoca (relajaci­n, manejo de pensamientos y uso de pensamientos agradables) como formas de afrontamiento a usar en cada uno de los pasos para afrontar cualquier situaci­n de estr­s: preparaci­n, confrontaci­n con la situaci­n de estr­s, afrontamiento de la activaci­n emocional y reforzamiento del ­xito. Siguiendo las instrucciones del manual pedimos a nuestra paciente que escribiese en una ficha de cartulina una serie de pensamientos de afrontamiento para cada uno de estos pasos y la animamos a que la llevase siempre encima, us­ndola cuando su estado emocional lo necesitase. Descubrimos que dicho soporte material fue ­til en el proceso de afrontamiento de los problemas emocionales, pues seg­n sus manifestaciones "me sirve para recordar todo lo visto y para tener las ideas en la mano y no bailando en la cabeza". Al final de la terapia encontramos que se hab­a establecido una dependencia hacia la ficha pues la paciente se negaba a dejarla. En la sesi­n de seguimiento efectuada al a­o de finalizar el tratamiento nos indica que ya no la llevaba siempre encima, pero que en ocasiones, cuando est­ algo nerviosa o triste, la busca y la usa.

Como nos hab­amos propuesto al principio, y despu­s de una primera evaluaci­n efectuada durante el tratamiento, se observa una mejora en el estado emocional, lo que permite pasar al tratamiento de otros problemas de conducta.

En los registros diarios de actividad se hab­a observado una baja actividad en las tareas dom­sticas (lavar, hacer la comida, etc.), salidas (compras, visitas, etc.) y de trabajo en la tienda (pr­cticamente no va nunca), siendo su

madre política y una hermana las que han venido realizando las dos primeras en el último mes (del 12-9-86 al 22-10-86). El próximo paso consiste en diseñar un programa para aumentar en la paciente el número de actividades en estas tres parcelas. Se le dice que a partir de este momento debe insistir a sus familiares para que dejen de ayudarla en sus quehaceres, debiendo asumir ella el control y la realización de las mismas. Para ello deberá usar las técnicas de afrontamiento que ya conoce para ir venciendo todos los problemas que surjan al realizar dichas acciones. El problema a resolver será cómo aumentar su actividad, y para su solución contará con los nuevos recursos psicológicos que está aprendiendo en esos momentos. Aunque se comentará más adelante en la discusión de los resultados (figura 1) señalaremos a instancias de la paciente, su suegra y hermana dejaron de prestarle ayuda inmediatamente, comenzando ella a realizar todas las actividades domésticas. No ocurrió lo mismo con las salidas y el regreso a la tienda. El tiempo dedicado a estas dos últimas acciones se fue incrementando gradualmente por decisión propia.

Cuando salía de casa o cuando era visitada por los familiares o amigos y al ser preguntada sobre su estado respondía de modo quejumbroso. Para impedir la obtención de refuerzo social en modo de atención por parte de los demás ante sus quejas, se practicaron unas pequeñas normas de conversación consistentes en indicar que iba mejorando, que cada día se encontraba mejor, para pasar rápidamente a preguntar a sus contertulios por otros temas alejados de su problemática.

Como se recordará, la paciente presentaba problemas en la interacción con su hija. Se la entrenó y supervisó en la aplicación de principios operantes para el manejo de las conductas problemáticas de su hija, en las cuales ya había sido introducida previamente al darle una explicación funcional de su problemática. Como material de apoyo le fue entregado un ejemplar de "La conducta de los niños y sus problemas de conducta" (Costa y López, 1981).

La paciente pese a haber mejorado en su estado general manifestaba tener problemas en su relación de pareja. Se mantuvo una entrevista con el marido para valorar la posibilidad de dar comienzo en este punto a una terapia de parejas. El marido se desentendió alegando que era su mujer la que tenía problemas. No se efectuó dicha terapia. Como no podíamos dejar sin intervención esta importante área de problemas, se le entrenó en eficacia personal con el procedimiento de Liberman (1975). Como parte de los problemas con su marido se daban a causa de sus distintos puntos de vista sobre la gestión del negocio y, por otra parte, tenía que tomar importantes decisiones sobre como administrar su tiempo diario para poder atender las demandas domésticas, laborales y la dedicación a su hija, también fue entrenada en habilidades de resolución de problemas. El procedimiento seguido fue la versión de la es-

trategia de D´Zurilla y Goldfried de McKay, Davis y Fanning (1985). En esta ocasión se le entregó fotocopiado parte del capítulo.

En las últimas sesiones se supervisó el empleo combinado de los distintos recursos personales adquiridos para hacer frente a sus problemas conductuales y emocionales.

### Contactos psicólogo-médico

Hubo contactos periódicos entre ambos profesionales para considerar la evolución de la paciente. En función de ésta se fué determinando la reducción progresiva en la ingesta de fármacos, como se puede observar en el cuadro 1.

El buen estado emocional de la paciente determinó la retirada definitiva de los fármacos. El tratamiento psicológico se prolongó todavía casi dos meses más, ya que pese a su buen estado no dominaba satisfactoriamente las habilidades de eficacia personal ni el empleo de la estrategia de resolución de problemas mencionados.

## RESULTADOS

En el cuadro 2 se puede observar un descenso gradual en las puntuaciones de todos los instrumentos desde las medidas pre hasta las post, pasando por una medida intermedia (eval.), lo que indica una clara mejoría de la paciente después del tratamiento. También se observa no sólo el mantenimiento de los efectos de la intervención, sino incluso una mejoría al año de seguimiento (puntuaciones más bajas en todos los instrumentos).

CUADRO 2.- Resultados obtenidos antes del tratamiento (pre), durante el mismo (eval.), al finalizar (post) y al año de seguimiento.

pre: 13-9-86; eval.: 16-10-86; post: 15-2-87; seguimiento: 27-2-88;

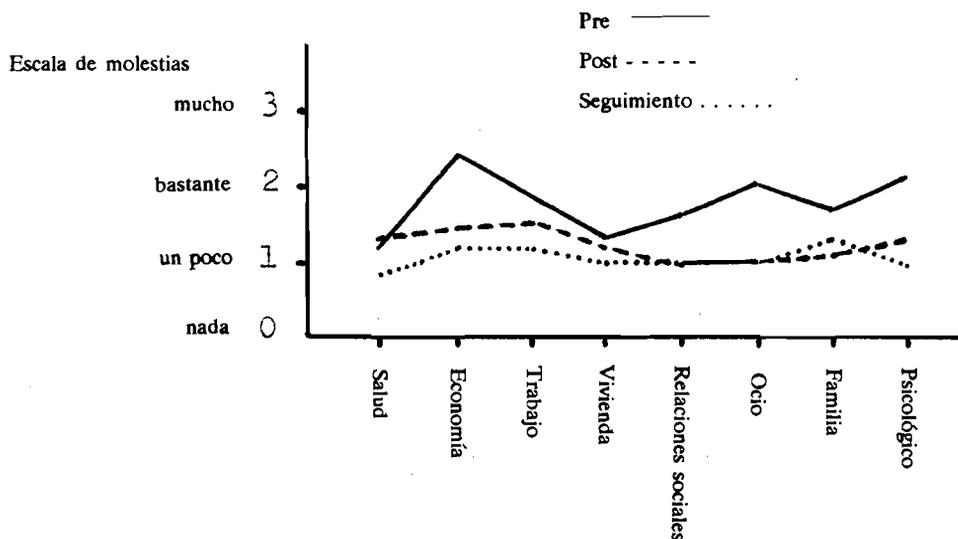
	pre	eval.	post	seguimiento
STAI: A/E	96	45	20	15 (centiles)
A/R	93	45	35	1 "
<b>INDICADORES PSICOFISIOLÓGICOS</b>				
R. Autonómicas	7		5	
R. Motoras	4		1	
R. Pánico	3		0	
Total	14		6	
<b>INVENTARIO DE PENSAMIENTOS</b>				
AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN	60	48	23	19 (p.d.)
	74	50	20	12 "

En la figura 1 se pueden observar los efectos del tratamiento en el aumento de la actividad doméstica (lavar, cocinar, etc.), actividad laboral (estancia en la tienda) y salidas (compras, visitas, etc.) con respecto al período de línea base. En el seguimiento efectuado al año debido a lo costoso que era su obtención (autoobservación y autorregistro durante una semana) no se le requirió a la paciente que lo llevase a cabo. Preguntada al respecto nos informó que dedicaba media jornada (algunos días de más trabajo, algo más) a su trabajo en la tienda y el resto de la jornada a sus actividades domésticas, atención a su hija y aficiones.

En la figura 2 se puede observar una disminución en el grado de molestias en el perfil post con respecto al pre en todas las áreas excepto en la de salud, con unas diferencias poco importantes. Al año de seguimiento, al igual que ocurría con las medidas del cuadro 2, también se observa con respecto al post un descenso en el grado de problemática en las áreas de salud, economía, trabajo, vivienda y psicológico, permaneciendo estables las molestias asociadas al ámbito de las relaciones sociales y ocio. Existe un ligero aumento en la problemática familiar, aunque el grado de molestias asociado a esta dimensión es menor que en el momento del pre.

La tónica general es, pues, una mejora general después del tratamiento, y una apreciable mejora al año de seguimiento con respecto a la situación alcanzada después de la intervención.

FIGURA 2.- Lista de Problemas. (McKay, Davis y Fanning, 1985)



## CONCLUSIONES

La metodología empleada permite afirmar que la intervención se correlacionó con una mejoría sustancial en la sintomatología depresiva y que esta mejoría se ha mantenido un año después. Se han utilizado solamente medidas de autoinforme y observaciones impresionísticas, a pesar de ser conscientes de la necesidad de multiplicar medidas y sistemas de respuesta. No se pudo secuenciar el tratamiento y mantener líneas base de comparación, entre otros motivos el paciente nos vino remitido una vez había entrado en terapia farmacológica. Con todo, consideramos este estudio como uno de los múltiples tratamientos que combinan terapia de drogas con terapia cognitivo-conductual, y desde esta perspectiva acumulativa y como un caso de éxito debe ser contemplado al menos.

Dentro de los resultados concretos, dos cuestiones a comentar. La primera con respecto al STAI. Este en su forma de rasgo y por ser tal presenta coeficientes de fiabilidad test-retest elevados, sin embargo su sensibilidad en este caso concreto entre las mediciones en el pretest y en los sucesivos postest es tal que aparecen unos cambios hacia abajo (post = 93, postests = 45,35, 1.) superiores incluso a los del STAI estado. Desde luego, una cosa es fiabilizar un instrumento para una muestra de sujetos normales y en situaciones normales y asumiblemente sin un efecto de cambio consistente, y otra la puntuación de un solo sujeto en dos o más momentos separados por la intervención de una variable compleja destinada a producir cambios relacionados con el constructo que mide dicho instrumento. Sin embargo, nos parecen excesivas estas variaciones en un instrumento que mide un rasgo y presuntamente estable por tanto. La segunda cuestión tiene que ver con el gráfico de actividad (figura 1). En él se observa un cambio brusco entre el pretest y el postest inmediato que ya se mantiene a niveles semejantes para los diferentes puntos sucesivos del postest. Este cambio, contra la graduación esperada se hubiese comprendido mejor con información complementaria estandarizada acerca del grado de discomfort producido por la actividad. No se dispuso de tal medida estandarizada, pero sí se obtuvieron informes impresionísticos sobre la aversividad elevada de la actividad en un principio, pero su desvanecimiento paulatino según continuó el proceso terapéutico.

## NOTAS

(1) Los síntomas de la melancolía (DSM III) que pueden acompañar a la depresión mayor guardan gran proximidad, a nuestro juicio, con aquellos que sirven para categorizar un cuadro depresivo como endógeno según los criterios de Research Diagnostic Criteria de Spitzer, Endicott y Robins (1980).

## BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMSON, L.Y.; SELIGMAN, M.E.P. y TEASDALE, J. (1978).- Learned helplessness in humans: critique and reformulations, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. y EMERY, G. (1983).- *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, DDB.
- CAMPBELL, D.T. (1986).- "Grados de libertad" y el estudio de casos, en T.D. Cook y C.H.S. Reichardt, *Metodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*, Madrid, Morata.
- CAMPBELL, D.T. y STANLEY, J. (1972).- *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en investigación social*, Buenos Aires, Amorrortu.
- COYNE, J.C. y GOTLIB, I.H. (1983).- The role of cognition in depression: A critical appraisal, *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1981).- *La conducta de los niños y sus problemas de conducta*, Concejía de Salud y Servicios Sociales, Ayuntamiento de Madrid.
- DSM-III.- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1985.
- GOTLIB, I.H. y COLBY, C.A. (1987).- *Treatment of depression. An interpersonal systems approach*, Oxford, Pergamon Press.
- HERSEN, M. y BARLOW, D. (1986).- *Single case experimental desing*, Oxford, Pergamon Press.
- HOLLON, S.D.; EVANS, M.D. y DERUBEIS, R.J. (1987).- Causal mediation of change in treatment for depression: discriminating between nonspecificity and noncausality, *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.
- LEWINSOHN, P.M. (1984).- Symposium on psychological treatment of unipolar depression, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6, 81-82.
- LIBERMAN, R.P.; KING, L.W.; De RISSI, W.J. y McCANN, M. (1975).- *Personal effectiveness: Guiding people to assert themselves and improve their social skills*, Champaign, Research Press.
- LICKEY, M. y GORDON, B. (1986).- *Medicamentos para las enfermedades mentales*, Barcelona, Labor.
- McKAY, M.; DAVIS, M. y FANNING, P. (1985).- *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*, Barcelona, Martínez Roca.
- MEICHENBAUM, D. y CAMERON, R. (1987).- Entrenamiento en inoculación de estrés: Hacia un paradigma general para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, en D. Meichenbaum y M.E. Jaremko, *Prevención y reducción del estrés*, Bilbao, DDB.
- NEZU, A.M. (1986).- Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- NIETZEL, M.T.; RUSSELL, R.L.; HEMMINGS, K.A. y GREYTER, M.L. (1987).- Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- PARLOFF, M.B.; LONDON, P. y WOLFE, B. (1986).- Individual psychotherapy and behavior change, *Annual Review Psychology*, 37, 321-349.

- PYSZCZYNSKI, T. y GREENBERG, J. (1987).- Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: a self-awareness theory of reactive depression, *Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- REHM, L.P. (1984).- Self-management therapy for depression, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6, 83-98.
- SLAIKEU, K.A. (1988).- *Intervención en crisis*. México, El Manual Moderno.
- VADEMECUM INTERNACIONAL. Madrid, Medicom S.A., 1987.