

Terapia cognitiva con entrega virtual en trastorno depresivo persistente: estudio de caso

Internet-Delivered Cognitive Therapy for Persistent Depressive Disorder: A case report

Nathaly Berrío García
Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

Resumen: Los trastornos depresivos se caracterizan por un ánimo triste con cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. El estudio de caso único pretendió demostrar la efectividad de una intervención con terapia cognitiva (TC) con entrega virtual, en una paciente de 31 años, con trastorno depresivo persistente. Se hicieron 13 aplicaciones seriadas del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Después de 13 sesiones, se evidencia una reducción significativa de las puntuaciones de depresión en la paciente.

Palabras clave: trastorno depresivo persistente, terapia cognitiva con entrega virtual, psicoterapia basada en la evidencia, diseño experimental de caso único, reestructuración cognitiva.

Abstract: Depressive disorders are characterized by a sad mood with somatic and cognitive changes that significantly affect the functional capacity of the individual. The single case reported aimed at demonstrating the effectiveness of intervention with Internet-delivered cognitive therapy (IDCT) in a 31-year-old patient with persistent depressive disorder. Thirteen serial applications of the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) were made. After 13 sessions, patient experienced a significant reduction in depression scores.

Keywords: persistent depressive disorder, Internet-delivered cognitive therapy, evidence-based psychotherapy, single case experimental design, cognitive restructuring.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 4% de la población mundial sufre depresión, siendo los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores, los más propensos (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2017). Entre 2005 y 2015, la prevalencia de la depresión aumentó 18% (ONU, 2017).

Nathaly Berrío es Psicóloga Docente Investigadora Programa de Psicología Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO. Forma parte del Grupo de Investigación: Clínica Psicológica, de UNIMINUTO Seccional Antioquia Chocó. Licenciada en Psicología por la Universidad de Antioquia, Magíster en Psicoterapia Universidad Pontificia Bolivariana, Candidata a Doctora en Epidemiología y Bioestadística Universidad CES.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: nberriogarc@uniminuto.edu.co

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

La depresión es un problema de salud considerable, principalmente cuando tiene larga duración y su intensidad es de moderada a grave, generando gran sufrimiento y alteración en las actividades familiares, escolares y laborales; también implica mayor riesgo suicida (OMS, 2017). Su rasgo habitual es la existencia de un estado de ánimo deprimido, irritable o vacío, asociado con cambios cognitivos, conductuales y somáticos que perturban la funcionalidad (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Es el caso del trastorno depresivo persistente, caracterizado porque el paciente permanece con “ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente (...), durante un mínimo de dos años” (APA, 2014, p. 168). Además, el individuo con este trastorno puede exhibir dos (o más) de los siguientes síntomas: poco apetito o sobreingesta; insomnio o hipersomnia; poca energía o fatiga; baja autoestima; disminución de la concentración o indecisión; desesperanza (APA, 2014; OMS, 2017).

Respecto a la intervención, los tratamientos para la depresión que según la Sociedad de Psicología Clínica (División 12 de la American Psychological Association – APA), tienen mejor evidencia de investigación disponible son: Activación conductual, Terapia cognitiva, Terapia interpersonal, Terapia de resolución de problemas y Terapia de aceptación y compromiso.

Las depresiones leves y moderadas se pueden tratar eficazmente con terapia cognitivo-conductual (TCC) (OMS, 2017). La terapia cognitiva (TC) se concibió como una psicoterapia para la depresión, estructurada, breve, orientada a solucionar problemas actuales y transformar pensamientos y comportamientos disfuncionales (Beck, 2011). La TC ha sido ampliamente adaptada a diferentes problemas de salud mental, y modos de entrega, pero se conserva la estructura del modelo teórico cognitivo propuesto por Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), quienes argumentan una primacía de los factores cognitivos sobre los aspectos emocionales para la comprensión de la depresión.

Los pacientes deprimidos demandan una combinación de técnicas conductuales y cognitivas. Entonces, la TC para la depresión combina psicoeducación, reestructuración cognitiva, diálogo socrático, entrenamiento en solución de problemas, entre otras estrategias. Por ejemplo, la psicoeducación permite proporcionar información al paciente acerca de la relación entre situaciones propiciadoras, pensamientos automáticos y consecuencias (Beck, 2011), y sobre su diagnóstico y tratamiento eficaz, favoreciendo la empatía, y el conocimiento de su problema. La importancia de la empatía terapéutica y su efecto causal en la recuperación de pacientes con depresión fue comprobada por Burns y Nolen-Hoeksema (1992) en un grupo de 185 pacientes tratados con TCC.

Con respecto a los patrones de cognición inadaptados, las teorías cognitivas de la psicopatología postulan que esos patrones confieren riesgos elevados para los individuos en el desarrollo de trastornos psicológicos. De ahí que, Hong y Cheung (2015) examinaron la relación entre seis vulnerabilidades cognitivas asociadas con la depresión (es decir, estilo pesimista inferencial, actitudes disfuncionales y estilo rumiativo) y la ansiedad (es decir, sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y miedo a la evaluación negativa). Los resultados indicaron que las vulnerabilidades estaban moderadamente a fuertemente correlacionadas (entre .34 para estilo inferencial pesimista-estilo rumiativo, y .58 para actitudes disfuncionales-miedo a la evaluación negativa), y sugieren un factor etiológico común compartido entre las vulnerabilidades.

De igual modo, Dunn et al. (2012), demostraron que las mejoras en el funcionamiento psicosocial y los síntomas depresivos en adultos se correlacionan sustancialmente durante la TC, y pueden desempeñar un papel en la reducción subsiguiente de los síntomas durante la fase aguda de la depresión. Asimismo, Park (2008) diseñó un estudio para explicar la depresión en estudiantes universitarios. Los datos fueron recogidos de 1.640 estudiantes. Todas las trayectorias en el modelo modificado resultaron ser estadísticamente significativas. La depresión de los estudiantes universitarios representó el 52% de la covarianza para los factores. El factor que más influencia tuvo en la depresión fue la vulnerabilidad individual, seguida en orden secuencial, del estrés, el apoyo social, el afrontamiento y la autoeficacia.

Por otro lado, se ha encontrado que la TCC para la depresión es más efectiva que las condiciones de control, la lista de espera, otros tratamientos, y ningún tratamiento, y es superior a las técnicas de relajación en el post-tratamiento (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012). También, es igualmente efectiva en jóvenes y adultos. Se encontró que la combinación de TCC con farmacoterapia es más eficaz que la farmacoterapia sola para el tratamiento de la depresión (Cuijpers et al., 2013). De la misma manera, Cuijpers (2017) analizó

todos los ensayos aleatorios en los que se empleó un tratamiento psicológico para adultos con un trastorno depresivo, según una entrevista diagnóstica o un nivel elevado de sintomatología depresiva (identificado mediante el Inventario de Depresión de Beck). Las probabilidades de respuesta fueron significativamente mejores cuando en el seguimiento (entre 12 y 24 meses) se usó TCC.

Por otra parte, Cristea et al. (2015) evidenciaron que la TCC tiene un efecto robusto y estable sobre los pensamientos disfuncionales de adultos con depresión. Este resultado confirma la primacía del cambio cognitivo en el cambio de los síntomas. Lo anterior es corroborado por Bockting et al. (2015) quienes hicieron seguimiento durante 10 años en pacientes con depresión recurrente. Se empleó Terapia Cognitiva Preventiva (TCP), la cual consistió en ocho sesiones grupales semanales. El efecto protector de la TCP dependía del número de episodios previos experimentados por un paciente. Se concluye que la TCP en pacientes con múltiples episodios previos tiene efectos preventivos a largo plazo.

Otro aspecto evaluado en relación con la TCC y la TCC con entrega por internet, es la prevención de recaídas después de la intervención en la depresión. Para ello, Steinert, Hofmann, Kruse y Leichsenring (2014) identificaron que la TCC tiene efectos más favorables a largo plazo que una condición de comparación no psicoterapéutica. Los pacientes que recibieron algún tipo de TCC tenían significativamente una menor probabilidad de experimentar un episodio depresivo mayor después de un promedio de 4.4 años.

Asimismo, Linde et al. (2015), compararon la eficacia de los tratamientos psicológicos agrupados por antecedentes teóricos, intensidad del contacto con el profesional de la salud, y modo de entrega para los pacientes deprimidos. Los hallazgos sugieren que las intervenciones psicológicas con una aproximación cognitivo conductual, con un número reducido de contactos con el terapeuta o a distancia son prometedoras. La terapia dirigida a distancia, la auto-ayuda guiada, y la TCC sin contacto o con contacto mínimo, tienen efectos similares a la TCC cara a cara.

En este sentido, Wahle, Bollhalder, Kowatsch y Fleisch (2017) evaluaron la eficacia de las intervenciones apoyadas por la tecnología para el tratamiento de la depresión y analizaron los componentes de sistemas de información de salud mental mediados por tecnología, para el tratamiento de la depresión. Evaluaron pacientes diagnosticados con criterios del DSM-5, y registraron los resultados reportados en el BDI-II o PHQ-9. La mayoría de los pacientes eran adultos con síntomas depresivos leves o moderados. Los tratamientos valorados incluyeron intervenciones con entrega por internet, y el 80% de los estudios fueron programas de TCC. Se hicieron comparaciones con lista de espera, tratamiento usual, y otras formas de tratamiento para la depresión. Los tratamientos evaluados mostraron una tendencia significativa hacia la reducción de los síntomas depresivos, y se identificaron un total de 15 componentes en los tratamientos: personalización, mensajes de texto de apoyo, recordatorios, material descargable, tareas para la casa, seguimiento de síntomas, uso de diarios, resúmenes, contenido ilustrativo / video, etc.

Además, Zhou et al. (2016) revisaron la evidencia que indica la eficacia de los programas de tratamientos cognitivo-conductuales basados en internet (TCCI) en la mejora de la sintomatología en población con depresión y los resultados sugirieron que los programas de TCCI tenían una eficacia superior a corto plazo. Adicionalmente, Andersson et al. (2014), observaron grandes efectos del tratamiento y se concluye que la TCCI guiada es tan eficaz como la TCC cara a cara.

Sztein, Koransky, Fegan y Himelhoch (2017), de igual modo, estudiaron hasta qué punto los programas de terapia cognitivo-conductual basados en internet (TCCI) son eficaces para los síntomas de depresión en adultos. Encontraron que la terapia cognitivo conductual administrada a través de Internet condujo a una reducción inmediata y sostenida de los síntomas depresivos. Por consiguiente, la TCCI puede ser una buena modalidad de tratamiento para las personas que no pueden o no desean acceder a la terapia tradicional cara a cara.

Por último, en un meta-análisis se comparó la adherencia a TCCI guiada con la adherencia en la TCC cara a cara individual. Se examinaron 24 estudios que describían 26 condiciones de tratamiento (14 TCC cara a cara, 12 TCCI guiadas), en adultos deprimidos. Los tratamientos de TCC cara a cara oscilaron entre 12 y 28 sesiones, y las intervenciones guiadas de TCCI consistieron en cinco a nueve sesiones. Los participantes en la TCC cara a cara completaron en promedio el 83,9% de su tratamiento, el cual no difirió significativamente de los participantes en la TCCI guiada (80,8%). La adhesión a la TCCI guiada parece ser adecuada y podría ser igual a la adherencia a la TCC cara a cara (Van Ballegooijen et al., 2014).

De ahí que, en el presente diseño experimental de caso único se tenga el objetivo de demostrar la efectividad de una intervención con terapia cognitiva entregada por internet (TCCI), en una paciente con trastorno depresivo persistente.

Método

Diseño

Los diseños $N = 1$ implican la recopilación sistemática de información, y que se garanticen condiciones de control para poder aseverar la existencia de relación causal entre las variables medidas (Medrano y Basler, 2016). Por tal motivo, se realizó un estudio de tipo experimental de caso único, prospectivo y longitudinal, con alcance explicativo, y con un diseño de investigación de series temporales interrumpidas (DSTI). Este diseño se identifica porque se registran secuencialmente un conjunto de datos “en una serie discreta de puntos u observaciones de una sola unidad observacional, antes y después de la presencia de un evento o aplicación de un tratamiento” (Bono, 2012, p. 40). El DSTI pretende verificar si la intervención produce cambios en la serie de datos. De acuerdo con Bono (2012, p. 41) el DSTI se caracteriza porque:

1. Los puntos de tiempo están secuenciados serialmente, antes y después de la intervención.
2. La unidad observacional puede ser un individuo.
3. Existe un sólo dato en cada uno de los puntos de tiempo y una clara línea divisoria en la aplicación del tratamiento.
4. Se asume que las observaciones están igualmente espaciadas a fin de interpretar correctamente los resultados.

En consecuencia, el DSTI puede ser empleado en un diseño de caso único, como el desarrollado en el presente estudio.

Participante

La paciente es una mujer de 31 años, que cursa 7º semestre de psicología. Reside hace un año en Miami (US) con su novio estadounidense, con quien tiene una relación estable hace cinco años, y no tienen hijos. No trabaja. Su pareja es el proveedor económico.

Solicita tratamiento psicológico porque tiene un “sentimiento extraño”, que la hace tener una “desmotivación general”. Se siente “frustrada y triste”. En 2011 o 2012 (no recuerda la fecha exacta) consultó con una psicóloga privada. Expresa que no se sintió bien atendida, y desistió del proceso en la primera cita. No había consultado de nuevo. No ha tomado medicamentos o accedido a otro tipo de tratamiento para el problema actual. No refiere antecedentes médicos o psiquiátricos y no ha abusado de sustancias.

Refiere que el síntoma que más la aqueja es la “desmotivación general”. Casi no llora, pero no tiene restricción emocional. Experimenta anhedonia. Duerme mucho durante el día, lo cual le dificulta conciliar el sueño en las noches. Sugiere experimentar baja autoeficacia.

Plantea que en la Universidad ha tenido algunas veces bajas notas, pero nunca ha reprobado. Se siente aburrida cuando recibe una realimentación negativa que no esperaba. Tiende a procrastinar con el desarrollo y la entrega de actividades evaluativas. Sin embargo, desea concluir el programa académico satisfactoriamente. Afirma que tiene dificultades con la comprensión de lectura, que no afectan significativamente su desempeño.

Los estresores ambientales de la paciente son los compromisos académicos y su relación de pareja. Denota ser muy autoexigente. Se evidencian distorsiones cognitivas como catastrofización, inferencia arbitraria y abstracción selectiva. La sintomatología identificada se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Sintomatología de la participante

Síntomas emocionales	Disforia Anhedonia Temor excesivo y específico a la exposición social
Síntomas cognitivos	Distraibilidad Pensamientos relacionados con autoexigencia Pensamientos relacionados con el temor a la crítica y la evaluación negativa Percepción de baja productividad
Síntomas conductuales	Abulia Procrastinación Aislamiento social Sobreesfuerzo académico que afecta la finalización de las tareas
Síntomas fisiológicos	Trastornos del sueño (insomnio de conciliación e hipersomnia) Disminución del deseo / actividad sexual

Instrumentos de evaluación

Entrevista clínica. Se recogió información respecto al diagnóstico de la paciente, su historia, su situación actual, los problemas psicológicos, su actitud ante el tratamiento, y su motivación para el mismo (Beck et al., 2010). También, se evaluaron factores estresores ambientales, pérdidas recientes (duelo), ideación suicida, entre otros aspectos relevantes en cuadros depresivos (Morris, 2015).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se empleó la adaptación argentina. Es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión. Dispone de 21 ítems indicativos de síntomas, los cuales se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recopilados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), y en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10). Las instrucciones solicitan elegir los síntomas más característicos durante las últimas dos semanas. Los puntos de corte permiten hacer la siguiente clasificación: mínima depresión (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63). El BDI-II ha sido ampliamente utilizado en poblaciones clínicas y no clínicas. Su coeficiente alfa oscila entre 0.86 y 0.88 (Beck, Steer y Brown, 2006).

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9). Se empleó la adaptación al español de la APA (2014) del cuestionario desarrollado por Kroenke, Spitzer y Williams (2001). Es una medida de auto-reportaje para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en los últimos siete días. Se diligencia antes de la consulta con el clínico. Los niveles de gravedad de los síntomas depresivos que se pueden interpretar son: sin depresión (0-4), depresión leve (5-9), depresión moderada (10-14), depresión moderadamente grave (15-19), y depresión grave (20-27) (APA 2014; Pfizer, 2014). Tiene un alfa de Cronbach de 0.89, y su confiabilidad test-retest es elevada (0.84) (Kroenke et al., 2001). Erford, Johnson y Bardoshi (2016), demostraron la existencia de una correlación positiva y robusta entre el PHQ-9 y el BDI-II (.74 con IC .64-.84 al 95%).

Termómetro emocional. La paciente evaluó su estado anímico, mediante una escala subjetiva, semanalmente. Se utilizó una escala de 0 a 10, en la que 0 representaba mínima depresión y 10 refería depresión en su máxima expresión. El termómetro emocional forma parte de la guía americana de control de malestar del National Comprehensive Cancer Network (2017). Es una escala numérica que puntúa de 0 a 10 y mide la valoración global de malestar emocional que experimenta el paciente. Se emplea para hacer medición subjetiva de la emocionalidad negativa: depresión, ansiedad, ira, entre otros. Se considera que un paciente presenta malestar emocional si tiene una puntuación mayor o igual a 4 (Holland, et al., 2010). En relación con la validez de la escala,

se ha reportado una sensibilidad entre el 75% y el 80%, y una especificidad próxima al 60% (Thekkumpurath, Venkateswaran, Kumar, Newsham y Bennett, 2009; Priede, Ruiz, Hoyuela, Herrán y González-Blanch, 2014).

Diagnóstico

Se diagnostica trastorno depresivo persistente, de inicio tardío, con síndrome distímico puro, de gravedad leve. Presenta rasgos obsesivos de personalidad.

Consideraciones éticas

La participación en el estudio fue voluntaria, y se hizo firma del consentimiento informado, antes del inicio de la intervención. Se solicitó autorización a la paciente para la publicación del artículo con sus resultados. Se anonimizó la participante del estudio, para garantizar el respeto de su derecho a la confidencialidad, y la obligatoriedad del secreto profesional. Finalmente, se hizo empleo apropiado del material psicométrico en el caso de estudio, conservando el rigor ético y metodológico señalado para su debido manejo.

Resultados

No se hallaron precipitantes que explicaran la aparición del trastorno, aunque se identificó que las situaciones activadoras que usualmente exacerbaban la sintomatología estaban relacionadas con sus compromisos académicos universitarios, y su relación de pareja.

Por otro lado, la historia relevante indica que la madre era muy sumisa, en contraste con un padre exigente, crítico, con énfasis en la norma. Asimismo, en la adolescencia empezó a sostenerse económicamente por sí misma, trabajando fuertemente. Por consiguiente, la paciente desarrolló una creencia de desamparo indefensión (“Soy incapaz”) (Ver Figura 1. Diagrama de conceptualización cognitiva).

En contraste, la paciente evidenció adecuada introspección, y notorias habilidades metacognitivas. Además, fue muy comprometida con el tratamiento en general y contaba con una red de apoyo, aunque limitada, caracterizada por la comprensión y la comunicación constante.

Intervención

En la tabla 2 se presenta el listado de problemas identificados y los objetivos del tratamiento correspondientes. Se emplearon múltiples estrategias de intervención, en las que la biblioterapia y las “tarjetas de apoyo virtuales” cumplieron un papel fundamental en el tratamiento.

Se realizaron sesiones semanales con una duración promedio de 60 minutos. Las sesiones fueron sostenidas por una aplicación para videollamadas. Se hicieron tres sesiones de evaluación, y 10 de intervención, para un total de 13 sesiones.

El análisis de los resultados permite observar que el tratamiento funcionó de manera sistemática, con un descenso continuo en las puntuaciones de depresión de la paciente. De ahí que entre la cuarta y la octava sesión se redujeran significativamente las distorsiones cognitivas de la paciente, pasando de un promedio de 17 en sus resultados en el BDI-II a 13. Asimismo, durante las sesiones novena a undécima, la paciente mostró un incremento en sus habilidades sociales, y su ánimo fue más estable. Sus puntuaciones en el termómetro emocional de depresión pasaron de 9 a 6,5. Lo anterior se debió a que la paciente reportó una considerable activación conductual, sus síntomas físicos se redujeron, y empezó a exhibir estrategias más funcionales, en lugar de la autoexigencia y la procrastinación. En las sesiones duodécima y decimotercera, se reforzaron las nuevas estrategias de afrontamiento de la paciente, con biblioterapia, videoterapia y tarjetas de apoyo virtuales.

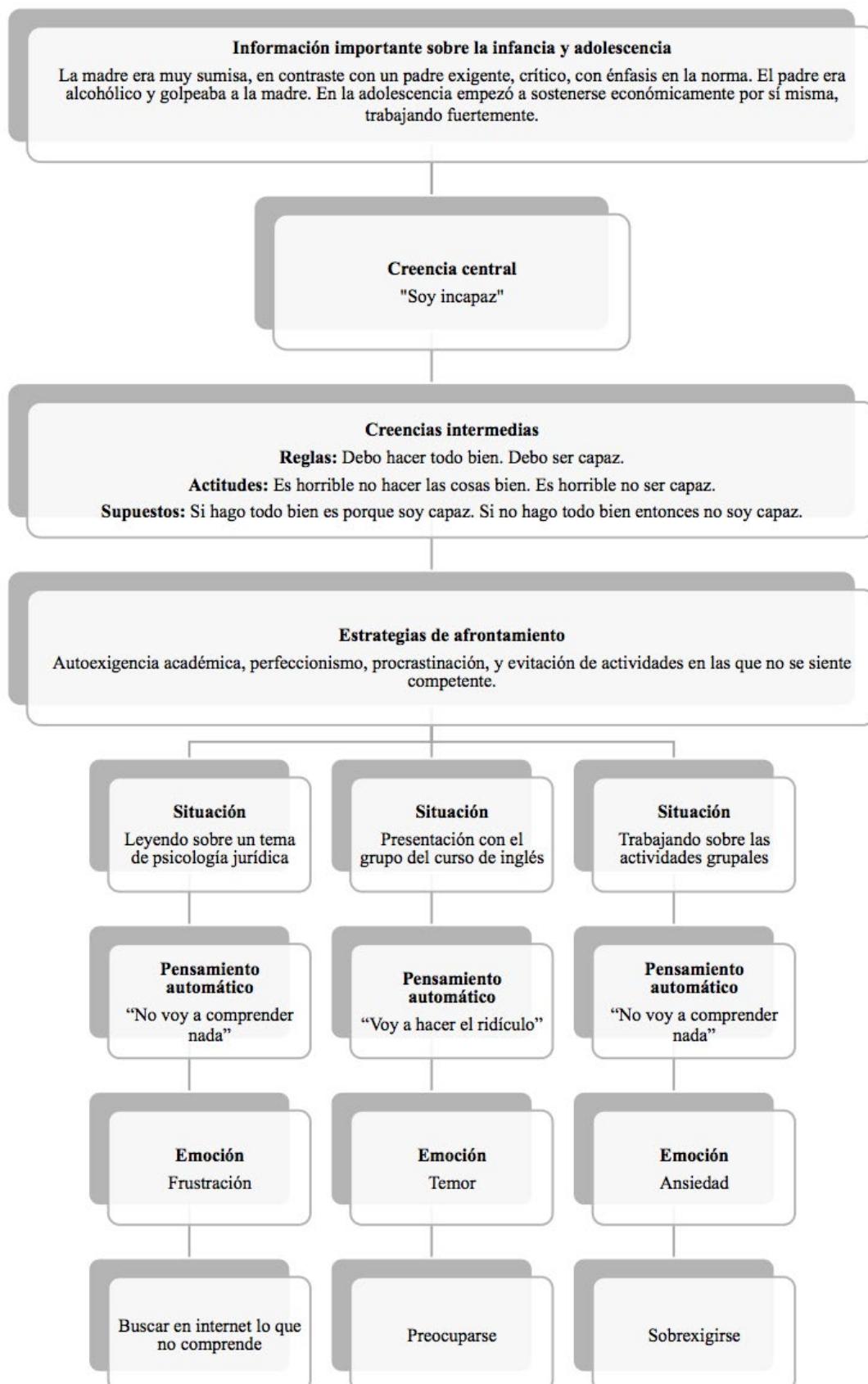


Figura 1. Diagrama de conceptualización cognitiva, adaptado de Beck (2011).

Tabla 2. Tratamiento propuesto para la intervención del caso

Problema	Objetivo de tratamiento	Estrategia de intervención	Sesión
Motivo de consulta	Evaluación	Entrevista clínica Aplicación de test	1-3
Pensamientos relacionados con autoexigencia, y pensamientos relacionados con el temor a la crítica y la evaluación negativa, en ambientes sociales.	Reducción de las distorsiones cognitivas e incremento de habilidades sociales.	Psicoeducación Diario de pensamientos Diálogo socrático Reestructuración cognitiva Debate de creencias intermedias y nuclear Análisis de ventajas y desventajas Continuum cognitivo Creación y comprobación de nueva creencia Biblioterapia Videoterapia Cuaderno de terapia Tarjetas de apoyo virtuales	3-10
Disforia y anhedonia.	Estabilización del ánimo.	Psicoeducación Registro de actividades de dominio y agrado Biblioterapia Cuaderno de terapia Tarjetas de apoyo virtuales	10-13
Autoexigencia académica y procrastinación.	Reducción de estrategias de afrontamiento disfuncionales como la autoexigencia académica y la procrastinación.	Psicoeducación Diario de pensamientos Diálogo socrático Reestructuración cognitiva Entrenamiento en solución de problemas Ensayos conductuales Biblioterapia Videoterapia Cuaderno de terapia Tarjetas de apoyo virtuales	10-13
Síntomas físicos de depresión (hipersomnia y escaso deseo sexual).	Reducción de síntomas físicos.	Psicoeducación Registro de actividades de dominio y agrado Biblioterapia Cuaderno de terapia Tarjetas de apoyo virtuales	4-11

La biblioterapia se apuntaló en un libro que se ocupa de los *mandatos irracionales perfeccionistas*, enfatizando en la autoexigencia, como una conducta perjudicial para la salud mental. La videoterapia se apoyó en videos sobre *El valor de la imperfección*, y *La procrastinación*. Las tarjetas de apoyo virtuales contenían información con la psicoeducación en terapia cognitiva, estrategias para no procrastinar, y la estrategia para toma de decisiones, de los *Seis sombreros para pensar*, de Edward de Bono. Hubo entonces una reducción de la depresión en el PHQ-9 de 15 a 13 puntos.

No obstante, en la última sesión la paciente tuvo un reporte subjetivo refiriendo “algo de malestar”, debido a que se encontraba finalizando semestre académico en la universidad. La finalización de semestre se asoció con un periodo de estrés significativo, como se observa en la puntuación para la sesión 13, en la figura 2. Se acompaña el análisis de resultados con ejemplos de la aplicación de las principales técnicas descritas en el plan de tratamiento (ver tablas 3 y 4, y figura 3).

Tabla 3: Ejemplo de flecha descendente

Terapeuta (T): Cuando estabas leyendo sobre psicología jurídica, ¿qué pensamiento pasó por tu cabeza?

Paciente (P): Que no iba a comprender nada.

T: Y si no comprendieras nada, ¿eso qué significaría para ti?

P: Que no tengo comprensión de lectura

T: Y no tienes comprensión de lectura, ¿eso qué querría decir de ti?

P: Que se me dificulta.

T: Y si se te dificulta la lectura, ¿qué es lo peor que podría pasar?

P: Que me realimenten mal.

T: Y si así fuera, ¿qué?

P: Tendré bajas notas.

T: Y si tuvieras bajas notas, ¿eso qué significaría para ti?

P: Que no voy a entender como quisiera.

T: Y si no entendieras como quisieras, ¿qué quiere decir de tí?

P: Que no comprendo cómo debería.

T: Y si no comprendes como deberías, ¿eso qué quiere decir de ti misma?

P: Que no confío en mí.

T: Y si no confías en ti misma, ¿eso qué significa para tí?

P: Que no me siento segura de mí misma.

T: Y si no te sientes segura de ti misma, ¿qué quiere decir de tí?

P: Que no creo en mis capacidades.

T: Y si no crees en tus capacidades, ¿eso qué quiere decir de ti misma?

P: Que soy incapaz.

Tabla 4 Ejemplo de diálogo socrático

- 1) ¿Cuál es la evidencia de que la creencia es verdadera? ¿Y de qué no lo es?

No tengo una evidencia de que no “soy capaz” sea verdadera. La evidencia en contra es que puedo hacer casi todo muy bien y otras cosas no.

- 2) ¿Existe alguna otra explicación posible?

La otra explicación posible es que nada es perfecto y yo tampoco lo soy.

- 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista?

Lo peor que puede suceder es sentirme mal y lastimarme a mí misma sin necesidad. Pero puedo soportarlo. Lo mejor que podría ocurrir es que aprenderé a ver todo más realista, aprender de mis errores y darme cuenta de que nada es perfecto, y que el ser humano comete muchos errores porque no es perfecto. La alternativa más realista es que para aprender se necesita cometer errores y aprender de ellos con naturalidad.

- 4) ¿Cuál es el efecto de creer en esta creencia? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi creencia?

El efecto de creer en esta creencia es que debo de aceptar los errores porque eso hace parte de cualquier ser humano y yo no soy la excepción. El efecto de cambiar esta creencia es que mi vida sea más realista, y ser consciente de que en la vida es necesario cometer errores para poder aprender algo, creer en esto me hace sentir mejor conmigo misma, aceptar la realidad sin juzgarme y lastimarme.

- 5) ¿Qué debo hacer al respecto?

Lo que debo de hacer al respecto es incorporar esta nueva creencia a mi vida para sentirme mejor y amarme y respetarme con todos mis defectos.

- 6) Si _____ [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese esta creencia, ¿qué le diría?

Si mis amigas se encontraran en esta situación les diría que no hay ninguna necesidad de juzgarse porque lo único que se logra con eso es lastimarse y opacar lo capaces que son para realizar cualquier actividad.

Se realizaron 13 mediciones con los instrumentos anteriormente descritos (ver figura 2). Las mediciones fueron realizadas en todas las sesiones teniendo en cuenta que la psicología basada en la evidencia (PBE) se refiere a la mejor evidencia disponible para solucionar un problema expuesto por el paciente (Moretti y Basler, 2016), y que los diseños experimentales de caso único (DECU) procuran controlar las fuentes que amenazan la validez interna y externa, especialmente mediante las medidas repetidas con el caso de estudio (Turpin, 2005, como se citó en Cazabat, 2013). Así, la efectividad de la intervención emerge de la comparación de dichas medidas repetidas, recogidas antes, durante y después de la misma (Cazabat, 2013).

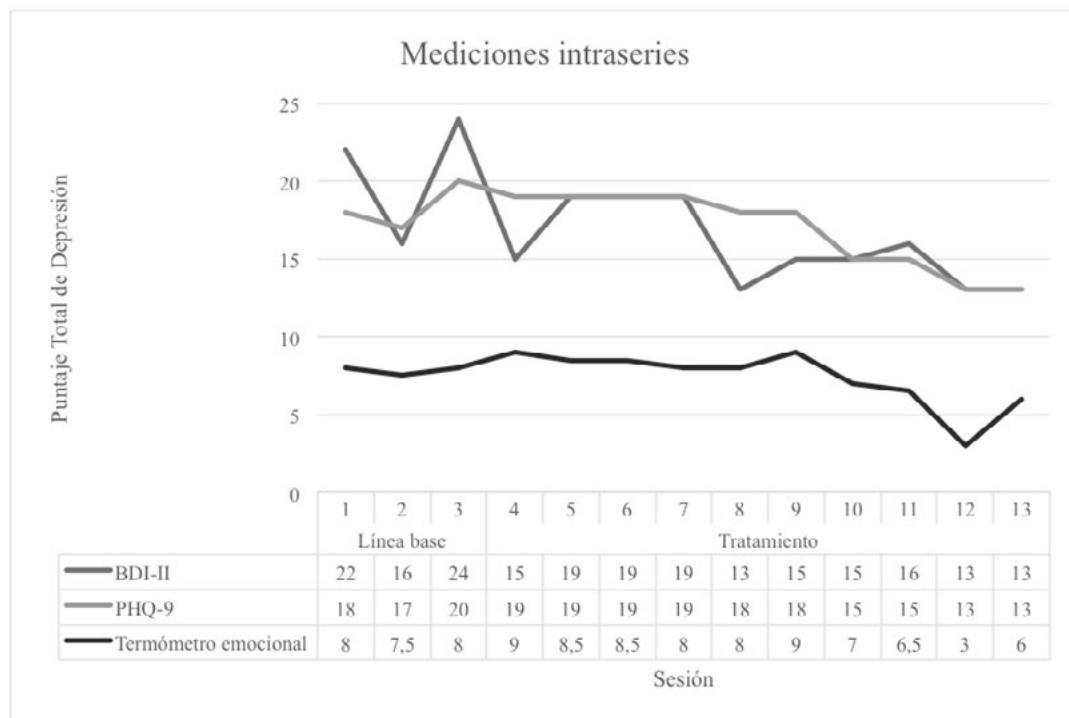


Figura 2. Mediciones intraseries.

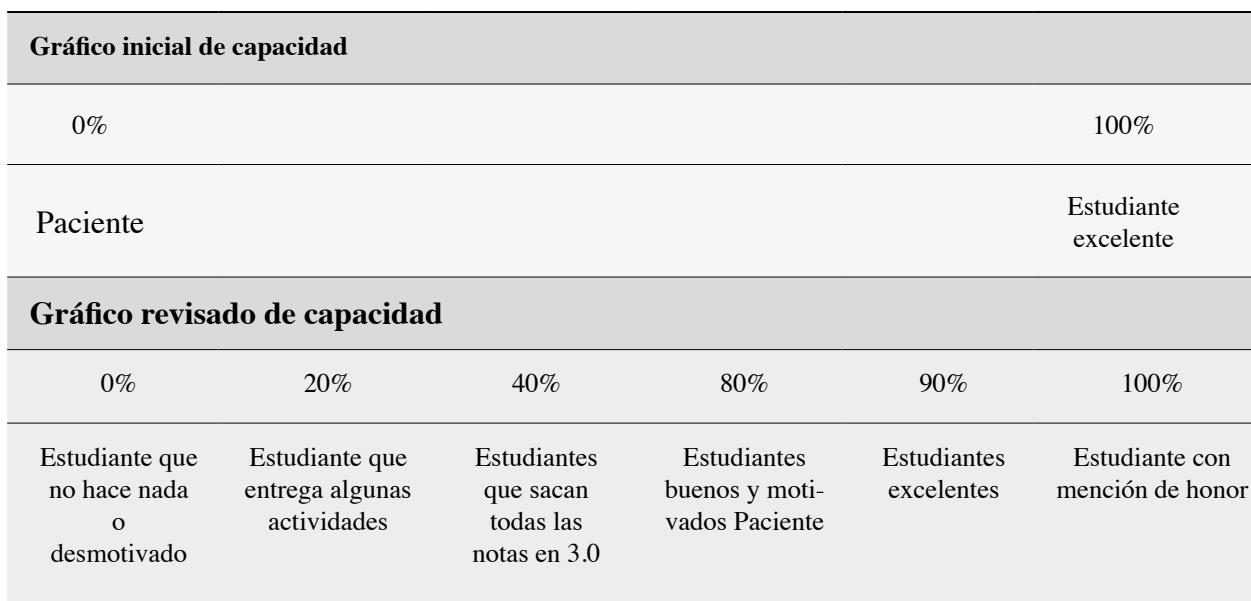


Figura 3. Ejemplo de continuum cognitivo.

En los DECU cada paciente representa su propio control mediante las mediciones repetidas que posibilitan monitorear cuidadosamente cualquier cambio, y por tal razón, se consideran adecuadamente rigurosos para establecer la validez empírica de los tratamientos, siendo convenientes cuando un psicólogo clínico quiere evaluar la efectividad de una nueva intervención (Cazabat, 2013).

Se hizo seguimiento por medios virtuales a los 2 meses y a los 6 meses, y la paciente señala que su estado de ánimo es estable, sin reacciones depresivas.

Simultáneamente, la relación terapéutica favoreció el curso del tratamiento, beneficiando la efectividad de las técnicas empleadas en la terapia. Se sostuvo un *rappor* adecuado durante las sesiones.

Discusión

El nivel de gravedad de la sintomatología depresiva se redujo significativamente después del proceso terapéutico con terapia cognitiva con entrega virtual (TCCI), pasando de reportar puntuaciones de 22 y 18 en el BDI-II y el PHQ-9, respectivamente, a puntuaciones de 13 en ambas escalas. Resultados similares también obtuvieron Tolin (2010), Hofmann et al. (2012) y Cuijpers et al. (2013) quienes demostraron que la TCC es un tratamiento eficaz para la depresión en adultos.

Igualmente, al realizar seguimiento a la paciente, por medios virtuales, a los 2 meses y a los 6 meses, ella señala que su estado de ánimo es estable, sin reacciones depresivas, como lo corroboraron Steinert et al. (2014), Bockting et al. (2015) y Cuijpers et al. (2017), demostrando que la TCC para la depresión en adultos, tiene un efecto duradero y previene recaídas, después de la terminación del tratamiento, en adultos depresivos.

En relación con las distorsiones cognitivas y las estrategias de afrontamiento disfuncionales, la paciente redujo de manera importante su frecuencia, con las técnicas empleadas, tal como lo proponen Hong y Cheung (2015), al reportar un factor etiológico común para las vulnerabilidades cognitivas asociadas con la depresión, validando el modelo psicopatológico cognitivo, y su consecuente intervención efectiva en este caso. Lo anterior también se comprobó por un modelo estructural de Park (2008) para explicar la depresión en estudiantes universitarios, encontrando que la depresión es influenciada directamente por la vulnerabilidad individual, el estrés, el apoyo social y el afrontamiento.

Por otra parte, Cristea et al. (2015), reportaron resultados de la TCC sobre el pensamiento disfuncional, y evidenciaron que la TCC tiene un efecto robusto y estable sobre los pensamientos disfuncionales. Este resultado confirma la primacía del cambio cognitivo en el cambio de los síntomas. Por tanto, al reducir sus distorsiones cognitivas en relación con el temor a la crítica y la evaluación negativa, y al cambiar sus estrategias de afrontamiento, por unas más funcionales, la paciente tuvo una mejoría en los otros aspectos sintomáticos que la aquejaban.

De igual modo, al finalizar el tratamiento, había incrementado sus habilidades sociales, lo cual es congruente con los hallazgos de Dunn et al. (2012), quienes demostraron que las mejoras en el funcionamiento psicosocial y los síntomas depresivos en adultos se correlacionan sustancialmente durante la TC de fase aguda, y las mejoras en el funcionamiento pueden desempeñar un papel en la reducción subsiguiente de los síntomas.

En este orden de ideas, respecto a la estabilización del ánimo y la reducción de síntomas físicos, se observó que la paciente al finalizar el tratamiento y en el seguimiento, reportó un estado de ánimo estable, y planteó que no le aquejaban síntomas físicos, en relación con su motivo de consulta, lo cual se evidenciaba en su último examen del estado mental. Conviene subrayar, por tanto, que la TCC con entrega por internet es eficaz para reducir significativamente los síntomas de depresión, según resultados del BDI-II o PHQ-9 (Linde et al., 2015; Wahle, . et al., 2017).

Además, las estrategias empleadas en este modelo terapéutico basado en internet contribuyeron al mejoramiento del funcionamiento de la paciente en las diferentes áreas de su proyecto de vida, disminuyendo significativamente su malestar subjetivo. Lo anterior se debe a que la mayoría de los componentes de las TCCI hicieron parte de las estrategias de intervención del caso, garantizando el éxito del tratamiento (Wahle et al., 2017).

La eficacia de los programas de tratamientos cognitivo-conductuales basados en internet (TCCI) también ha sido ampliamente demostrada por Sztein et al. (2017), Zhou et al. (2016), y Andersson et al. (2014), siendo las TCCI con apoyo del terapeuta más eficaces, que aquellas en las que no hay contacto de ningún tipo con un terapeuta. Por ende, vale la pena acotar que el contacto terapéutico aumentó la probabilidad de mejoría en el caso.

Por otro lado, al examinar la adherencia al tratamiento, la paciente se caracterizó porque asistió puntualmente a las consultas, realizaba oportunamente las tareas para la casa, y se evidenciaba su compromiso con el proceso terapéutico. De la misma forma, Van Ballegooijen et al. (2014) postulan que la adhesión a la TCCI guiada es adecuada y similar a la adherencia a la TCC cara a cara. Resulta oportuno añadir que la mejoría de la paciente se vio catalizada por la empatía terapéutica (Burns y Nolen-Hoeksema, 1992).

No obstante, este estudio debe analizarse tomando en cuenta ciertas limitaciones. Debido a que se empleó un diseño experimental de caso único, no pueden generalizarse los resultados obtenidos, y es importante referirse a otras investigaciones con muestras representativas que concedan un mayor nivel de confiabilidad a los resultados. Otro aspecto dentro de las limitaciones es que la gravedad de los síntomas depresivos de la paciente fue evaluada con instrumentos estandarizados, pero no validados para población colombiana, y por ello se empleó el termómetro emocional, que es un instrumento que permite la confirmación de mejoría por la misma paciente.

Además, en relación con las direcciones futuras de la investigación sobre la efectividad de la TCCI para la depresión, se recomienda emplear diseños no reversibles entre series de tratamientos simultáneos (DTS) (Ato, López y Benavente, 2013), y que se procure hacer comprobación de la eficacia de los protocolos de TCCI para la depresión mediante modelos de ecuaciones estructurales.

Por último, se recomienda desarrollar estudios para extender la TCCI a otros problemas clínicos, teniendo en cuenta que se ha demostrado ampliamente su eficacia para trastornos altamente prevalentes como la depresión, que en diseños de investigación con $n = 1$ se ha demostrado su efectividad clínica, y que tiene ventajas costo-efectivas considerables para terapeutas y pacientes.

Referencias

- Andersson, G., Nordgren, L. B., Buhrman, M. y Carlbring, P. (2014). Psychological treatments for depression delivered via the internet and supported by a clinician: an update. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19, 217-225. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13903>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5^a ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29, 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond* (2nd ed.). Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19^a ed.). Bilbao, España: Desclée De Brower.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K (2006). *BDI-II Inventory de Depresión de Beck. Manual* (2a ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bockting, C. H., Smid, N. H., Koeter, M. J., Spinhoven, P., Beck, A. T. y Schene, A. H. (2015). Enduring effects of Preventive Cognitive Therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal Of Affective Disorders*, 185, 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.048>
- Bono, R. (2012). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Burns, D. D. y Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.441>

- Cazabat, E. H. (2013). De clínico a investigador: la aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 22, 239-247.
- Cristea, I. A., Huibers, M. H., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G. y Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62-71. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.003>
- Cuijpers, P. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology*, 58(1), 7-19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- De Bono, E. (1986). *Seis sombreros para pensar*. Barcelona, España: Granica Ediciones.
- Dunn, T. W., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Carmody, T., Thase, M. E. y Jarrett, R. B. (2012). Change in psychosocial functioning and depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, 42, 317-326. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001279>
- Erford, B. T., Johnson, E., y Bardoshi, G. (2016). Meta-Analysis of the English Version of the Beck Depression Inventory–Second Edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 49 (1), 3-33. <https://doi.org/10.1177/0748175615596783>
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy y Research*, 36 , 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., ... Zevon, M. (2010). Distress Management Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 448-485. Recuperado de <http://www.aftercancer.co/wp-content/uploads/2015/11/NCCN-Distress-management-guidelines.pdf>
- Hong, R. Y. y Cheung, M. W. (2015). The structure of cognitive vulnerabilities to depression and anxiety: Evidence for a common core etiologic process based on a meta-analytic review. *Clinical Psychological Science*, 3, 892-912. <https://doi.org/10.1177/2167702614553789>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Linde, K., Rücker, G., Sigterman, K., Jamil, S., Meissner, K., Schneider, A. y Kriston, L. (2015). Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: network meta-analysis. *BMC Family Practice*, 16, 103. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0314-x>
- Medrano, L. A. y Basler, H. D. (2016). Criterios para la evaluación de estudios de evidencia. En L.A. Medrano y Moretti, L.S. (Comps.), *Prácticas basadas en la evidencia. Ciencia y profesión en el campo de la salud* (pp. 57-78). Córdoba: Brujas.
- Moretti, L. S. y Basler, H. D. (2016). Introducción a las prácticas en salud basadas en la evidencia: Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas. En L.A. Medrano y L.S. Moretti, (Comps.), *Prácticas basadas en la evidencia. Ciencia y profesión en el campo de la salud* (pp. 9-23). Córdoba, España: Brujas.
- Morris, J. (2015). *La entrevista psicológica*. México: Manual Moderno.
- National Comprehensive Cancer Network. (2017). *Distress*. Washington, DC: Autor. Recuperado de <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2017). *La depresión es una de las principales causas de discapacidad, alerta la OMS*. Recuperado de http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=36828#.WUACGWg1_IU
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Park, K. (2008). Development of a structural equation model to estimate university students' depression. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38 (6), 779-788. <https://doi.org/10.4040/jkan.2008.38.6.779>
- Pfizer. (2014). *Instruction manual: Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures*. Recuperado de <https://phqscreeners.pfizer.edrupalgardens.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>

- Priude, A., Ruiz, M., Hoyuela, F., Herrán, A. y González-Blanch, C. (2014). El termómetro del distrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados. *Psicooncología*, 11, 31-43. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44915
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J. y Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression - stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 107-118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043>
- Sztein, D., Koransky, C., Fegan, L. y Himelhoch, S. (2017). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 527–539. <https://doi.org/10.1177/1357633X17717402>
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M., Newsham, A. y Bennett, M. I. (2009). Screening for psychological distress in palliative care: performance of touch screen questionnaires compared with semistructured psychiatric interview. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38, 597-605. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2009.01.004>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H. y Riper, H. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *Plos One*, 9(7), e100674. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>
- Wahle, F., Bollhalder, L., Kowatsch, T. y Fleisch, E. (2017). Toward the Design of Evidence-Based Mental Health Information Systems for People with Depression: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19 (5), 1-32. <https://doi.org/10.2196/jmir.7381>
- Zhou, T., Li, X., Pei, Y., Gao, J. y Kong, J. (2016). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16 356. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1061-9>

Artículo recibido: 14/01/2019

Artículo aceptado: 30/09/2019