

Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente

María Teresa Rosique Sanz
Teresa Sanz Aparicio
Universidad Nacional de Educación a Distancia

RESUMEN

En el siguiente artículo se presenta una aplicación de las técnicas procedentes de la terapia cognitivo-conductual en un caso de depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. La paciente (66 años) con un largo historial de sintomatología resistente, ingresa en una planta de hospitalización psiquiátrica tras realizar una sobreingesta medicamentosa. Una vez evaluado minuciosamente el contexto de aparición de la sintomatología a través del análisis funcional de los antecedentes, del mantenimiento a través de los consecuentes, de la conducta problema en sus tres vertientes –cognitiva, conductual y fisiológica-, de su personalidad y de su historia biográfica, se diseña un programa de tratamiento cognitivo conductual de tres meses de duración, a razón de una hora tres veces por semana. Pasado ese período se constata una mejoría anímica, afectiva, funcional y social, así como una desaparición de la ideación suicida, procediéndose al alta por mejoría.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, depresión mayor, distimia, ideación autolítica, intento suicidio.

ABSTRACT

The following article presents an application of techniques coming from the cognitive behavioral therapy in a case of major depression, dysthymia and persistent suicidal ideation. The patient (66 years old woman) with a large history of resistant symptoms, signs in a psychiatric hospitalization plant after making a drug binge. Once we evaluated through a functional analysis the antecedents, consequences, personality, her biographical history and targeted problems into three areas (cognitive, behavioral and physiological), we designed a 3 months long cognitive behavioral treatment program, with a frequency of one hour three times per week. After that period we verified an improvement in the mental, emotional, functional and social areas, as well as a disappearance of suicidal ideation, so we proceeded to discharge the patient for improvement.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, major depression, dysthymia, suicidal ideation, suicide attempt.

El abordaje terapéutico del trastorno distímico presenta uno de los grandes retos dentro de los trastornos del estado de ánimo, siendo la principal característica la presencia prácticamente a diario y a lo largo de todo el día, durante un periodo no inferior a dos años, de un estado de ánimo depresivo. A menudo los síntomas llegan a experimentarse como algo normal, inherente a la propia persona. Dada su condición de posible cronicidad varias investigaciones se han centrado en establecer los parámetros más adecuados de su tratamiento, si bien los resultados hallados son menos concluyentes que los obtenidos para otros trastornos como la depresión. Hasta el momento estudios recientes muestran que los beneficios de las terapias combinadas -farmacológica y psicológica- están más que demostrados en el abordaje integral de la distimia, pudiendo considerarse la estrategia de tratamiento óptima (Moerk & Klein, 2000), con efectos superiores a cualquiera de esos tratamientos por separado (Nice, 2004). Dentro del ámbito de las psicoterapias, la cognitiva es la que se ha demostrado más eficaz para su tratamiento, mostrando una reducción de la sintomatología depresiva prácticamente equivalente a muestras tratadas con antidepresivos (Hellerstein et al., 2001), como por ejemplo la fluoxetina (Dunner et al., 1996). Dentro de estas terapias, cuentan con suficiente apoyo empírico la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman (Pérez & García, 2001, 2003).

En relación con la sintomatología del trastorno distímico, si se considera sobradamente probado que entre las repercusiones más grave

de ciertos trastornos psiquiátricos es el suicidio (Gutiérrez-García, Contreras, & Orozco, 2005), en el caso de la depresión mayor es una de las perturbaciones frecuentemente asociada, presentando un riesgo de suicidio veinte veces superior respecto a la población general (Beautrais, Collings, & Ehrhardt, 2005); es más, la OMS asume que el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011) y centrándonos en la población distímica existen casos en los que la ideación autolítica pasa a convertirse en un aspecto más del trastorno.

El objetivo del presente trabajo es comprobar la eficacia de la terapia cognitivo conductual, ampliamente aplicada y probada para la depresión, en un caso de depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente en el que distintas combinaciones de tratamiento farmacológico apenas habían logrado efecto. En lo que respecta a la población geriátrica, población diana en la que nos centraremos y la sintomatología depresiva, Solano y Gallagher-Thompson (2001) indican la especial necesidad de adaptar las técnicas terapéuticas a sus problemas, necesidades y expectativas específicas, por lo que el tratamiento propuesto se adaptará en gran medida a nuestro sujeto.

Método

Participantes

Paciente (R) de 67 años ingresada en una unidad de hospitalización breve psiquiátrica para población geriátrica durante tres meses por distimia e ideación autolítica bien estruc-

turada, con riesgo de paso al acto en contexto de angustia.

R se casó a los 22 años, tiene un marido alcohólico, que mantiene esporádicamente relaciones extramatrimoniales, un hijo y una hija, es ama de casa y no cuenta con ningún tipo de apoyo social. Institucionalizada desde los tres años en un internado por abandono de sus padres, fue únicamente cuidada por su abuela materna. R presenta ideas autolíticas desde la adolescencia tardía que se alternan con temporadas con síntomas mínimos. A los 20 años realiza su primera sobreingesta medicamentosa que fue atendida ambulatoriamente y desde entonces comienza a realizar seguimiento en Salud Mental. Hace dos años realiza un nuevo intento autolítico que precisa de ingreso y recibe tres sesiones de terapia electroconvulsiva por no ceder la sintomatología y mala evolución del tratamiento farmacológico (Venlafaxina 75mg 1-0-2, Tranxilium 50mg 0-0-1 y Zyprexa 5mg 0-0-1). Asocia a este episodio gran tristeza, desesperanza, labilidad emocional, vivencias de vacío y falta de sentido de la vida, apatía, abulia, hipoergia y anhedonia. R relaciona su sintomatología con la marcha de su hija y su nieto de 5 meses por motivos laborales a un país surafricano. *“Creo que no va a poder sacar al niño adelante, quiero estar con ella”*. Expresa no tener ganas de hacer nada y no encontrar sentido a la vida. Solicita con más frecuencia pastillas según refiere con intención de realizar una nueva sobreingesta.

Instrumentos, evaluación y diagnóstico

Se mantienen tres entrevistas semanales de una hora de duración. La primera semana dedi-

cada principalmente a la evaluación y establecimiento del juicio clínico, según el DSM-IV-TR (APA, 2002) de Episodio depresivo mayor con Distimia de inicio temprano (F34.1). Al ingreso se cumplimenta el Inventario de Depresión de Beck – BDI (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) obteniéndose una puntuación de 26, indicativa de depresión moderada, asimismo, se vuelve a cumplimentar el inventario previamente al alta, siendo la puntuación de 4, correspondiente a ausencia de depresión.

Se realiza el análisis funcional correspondiente encontrándose como principal factor precipitante una preocupación excesiva por su hija e ideas irracionales relacionadas con su marcha a otro país.

Además, una vez estabilizada la sintomatología depresiva se cumplimenta el Inventario Multiaxial Clínico de Millon-MCMI-II como instrumento de evaluación de la personalidad con el objetivo de explorar las dificultades emocionales y personales. Sus puntuaciones fueron significativas en las siguientes escalas: Esquizoide, Fóbica/Evitativa, Dependiente, Ansiedad, Histeriforme/Somatoforme, Neurosis depresiva-distimia, Depresión mayor, rasgos de personalidad que coinciden con la descripción que realizan su marido y su hijo menor: *“emotiva, negativa y pesimista, muy sensible a las muestras de afecto, tímida y poco dada a las relaciones sociales por pensamientos paranoides y creencias de que se ríen de ella, insegura y siempre necesita de los demás”*.

Tratamiento

- Objetivos. Una vez valorada la paciente se plantea como objetivo principal la mejoría aní-

mica en los tres niveles cognitivo, fisiológico y conductual de respuesta. Para ello se estableció un programa con los siguientes objetivos específicos:

1. Comprender qué es la distimia, qué hace que se mantenga y cómo puede tratarse.

2. Aumentar las actividades gratificantes y de refuerzo (ocio, actividades agradables y contacto social).

3. Aumentar y retomar la actividad diaria (actividades domésticas, regulación de horarios de sueño y comida).

4. Modificar el diálogo interno y las ideas irracionales.

4.1. Desarrollar la capacidad de detener los pensamientos y rumiaciones relacionados con su hija.

4.2. Desarrollar la capacidad de detener las cogniciones catastrofistas (sobre sí misma, el mundo y el futuro) y adquirir técnicas de autocontrol.

4.3. Modificar las ideas de culpa.

4.4. Manejar los pensamientos anticipatorios en relación a qué sucedería con la infancia de su nieto y desarrollar técnicas de afrontamiento y solución de problemas.

5. Prevenir las recaídas y generalizar y mantener lo aprendido a través del seguimiento.

-Técnicas. El tratamiento duró tres meses en total (se destinaron tres sesiones a la exploración y anamnesis). En primer lugar se instauró el siguiente tratamiento farmacológico: Venlafaxina Retard 150mg 1-0-1, Plenur 400mg 0,5-0-1 y Lorazepam 1mg 0-0-1. Una vez alcanzada cierta mejoría o estabilidad emocional, aunque persistiendo gran parte de la sintomatología

depresiva, se comenzó por dar una explicación a la depresión y a la distimia. La primera técnica empleada consistió en la programación de actividades agradables durante los permisos terapéuticos, de tal forma que R pudiera obtener algún tipo de refuerzo en su día a día (R eligió como actividades agradables el ganchillo, la cocina, la pintura, comer los fines de semana con su hijo, pasear al anochecer con su marido, recoger a su nieto de casa de su hija y pasear con él o ir al parque, ir al teatro los viernes). Se tuvo en cuenta que la asignación fuera muy gradual con el objetivo de que no abandonara el programa. Además se explicó la relación entre inactividad y emoción negativa de modo que se pudiera motivar a probar, para ello se hizo uso del ciclo letárgico de Burns (1996) de cara a que pudiera entender lo que le sucedía. Asimismo se diseñó un autorregistro de "Predicción del Placer" seleccionando un determinado número de actividades potencialmente agradables y anotando la satisfacción imaginada y la real.

Una vez realizadas suficientes actividades placenteras se planteó la asignación de tareas graduales y la regulación de las rutinas, con el fin de combatir su tendencia a la inactividad en el hogar, con la familia y el entorno social.

Durante la terapia se aplicó la técnica de parada de pensamiento con el propósito de poder detener el autodiálogo negativo de R, así como las ideas catastrofistas relacionadas con el nacimiento y cuidado de su nieto. Además se instó la necesidad de practicarlo durante sus estancias en casa con el fin de poder consolidar lo aprendido como habilidades de afrontamiento.

A partir de la tercera semana se comenzó una reestructuración cognitiva y un diálogo racional para modificar los pensamientos catastrofistas y, a través del cuestionamiento de la validez y utilidad de esos pensamientos, se logró reducir su tendencia a catastrofizar («*mi hija no va a poder desenvolverse sola, he fracasado como madre, nada tiene ya sentido*»). Dicha reestructuración se llevó a cabo mediante la identificación de numerosos errores en su diálogo, la definición de sus creencias, la búsqueda de contrastes y contradicciones para poder sembrar la duda sobre su veracidad, el análisis de las desventajas de seguir pensando así e, igualmente, el planteamiento de las soluciones alternativas y las ventajas de otros pensamientos. Por último se reformularon el pensamiento y las acciones que de él se desprendían.

La última fase de la terapia consistió en el diseño un programa de mantenimiento y consolidación de los logros y de prevención de recaídas. Se instruyó a la paciente en el diseño del análisis funcional de su conducta distímica y de los autorregistros, de tal forma que fuera consciente de qué situaciones precipitantes influían en su estado anímico, así como de las conductas inadecuadas que llevaba a cabo y sus consecuencias. Además se contó con el apoyo de su marido y su hijo menor para la supervisión y disponibilidad en caso de empeoramiento y entre los tres elaboraron un plan de acción para afrontar la recaída y disponer de estrategias cuando se precisaran. Se trabajó con su Centro de Salud Mental de referencia acordándose continuar la línea de tratamiento en la misma dirección.

Resultados

El cambio y mejoría durante su estancia en la planta fue paulatino dada la gravedad de la sintomatología que presentaba. Poco a poco se fue estabilizando su sintomatología distímica y cediendo la labilidad emocional y la ideación suicida. A través de la programación de actividades agradables y tareas graduales comenzó a planificar tanto sus permisos terapéuticos domiciliarios como su salida de la unidad. Eligió dos actividades gratificantes para ella –costura y pintura– y se inscribió en un centro cultural, posteriormente, como se ha comentado, fue ampliando el número de actividades placenteras llevadas a cabo. Programó con su marido ir en cinco meses a visitar a su hija y su nieto y trazó una planificación de sus actividades diarias del hogar. Frente a la facilidad con la que desempeñó la primera técnica, en la instrucción en parada de pensamiento se encontró con grandes dificultades, pues comentaba que sus pensamientos negativos eran tan arraigados que frecuentemente ni era consciente de ello: sin embargo, a través de la práctica y el entrenamiento de la atención pudo tomar conciencia y poder pararlos cuando le invadían.

Relata que fue la reestructuración cognitiva lo que le ayudó en mayor medida a abandonar ese diálogo negativo y autoculpabilizador tan presente en su visión del mundo, logrando grandes beneficios conforme avanzaba el análisis de los pensamientos catastrofistas. Además, a través del entrenamiento en solución de problemas pudo ir adquiriendo habilidades de afrontamiento para hacer frente a la marcha de su hija, de modo que fue cediendo su malestar emocional.

Una vez planificada el alta y obteniéndose una patente mejora en las puntuaciones del cuestionario BDI (4), se destinaron cuatro sesiones a la prevención de recaídas a través del entrenamiento en el análisis funcional y el autorregistro de su conducta. Además, cuando volvió a su hogar se plantearon tres citas de seguimiento en planta (a las dos semanas, a los dos meses y a los cuatro meses), realizando el restante seguimiento en su Centro de Salud Mental correspondiente con el que se contacta a los ocho meses y al año desde el alta y continúa la mejoría.

Discusión

Si bien podríamos pensar que el componente endógeno del trastorno del estado de ánimo de R es muy llamativo, dado que la paciente lleva desde la adolescencia tardía padeciendo estos síntomas, se puede observar que ni la mayoría de tratamientos farmacológicos, ni la terapia electroconvulsiva había sido totalmente eficaz previamente y las recaídas eran periódicas. Tanto la familia, como la propia paciente referían falta de confianza en cualquier tipo de tratamiento dada la larga evolución; sin embargo, tras un tratamiento cognitivo conductual intensivo de tres meses de duración, junto con su tratamiento farmacológico habitual, que sin duda se ha visto facilitado por la contención en una unidad de ingreso, se ha podido constatar una mejoría a distintos niveles –de autonomía, social, funcional, anímico y afectivo– que ha permitido proceder al alta. Resulta llamativo como R ha ido evolucionando favorablemente, hasta tal punto que presenta planes de futuro estructurados

e, incluso, ha sido capaz de programar el viaje para estar con su hija, algo que anteriormente era impensable, pues sus creencias distorsionadas no le permitían ni siquiera imaginarlo. De este modo, su autofocalización constante, hipersensibilidad al cambio, percepción de incontrollabilidad y pesimismo inicial se han ido tornando en capacidad de adaptación, habiendo adquirido habilidades de afrontamiento para dejar atrás los sentimientos de soledad y desamparo. Un año después de su alta persisten los cambios observados, no obstante sería necesario un estrecho seguimiento con el fin de observar si los logros se mantienen en el tiempo. Si bien los tratamientos cognitivos conductuales son de amplio y frecuente uso en la práctica clínica habitual para el abordaje de la depresión, harían falta mayor número de investigaciones sobre su aplicación en el ámbito de la distimia, aunque nuestra experiencia apunta a resultados esperanzadores en esta línea. A pesar de que ambos trastornos forman parte de clasificaciones nosológicas diferentes, se podría pensar que comparten muchos síntomas que pueden ser tratados con técnicas similares.

Referencias

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. DSM-IV-TR*

- (Trads. T. de Flores, J. Masana, J. Treserra, E. Masana, & C. Udina). Barcelona: Elsevier Masson.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., & Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health. Recuperado de <http://www.spinz.org.nz/file/FAQs/PDFs/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
- Dunner, D. L., Schmaling, K. B., Hendrickson, H., Becker, J., Lehman, A., & Bea, C. (1996). Cognitive therapy versus fluoxetine in the treatment of dystimic disorder. *Depression, 4*, 34-41.
- Gutiérrez- García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R.C., (2005). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental, 29*, 66-74.
- Hellerstein, D. J., Little, S. A. S., Samstag, L. W, Batchelder, S., Muran, J. C., Fedak, M.,... Winston, A. (2001). Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia. A randomized prospective pilot study. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 93-103.
- Moerk, K. C., & Klein, D. N. (2000). Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión crónica. *Psicología Conductual, 8*, 511-523.
- NICE. (2004). Depresión: managment of depresión in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guideline, 23*. Recuperado de: <http://www.nice.org.uk/CG023>
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 13*, 493-510.
- Pérez Álvarez, M., & Pérez Álvarez, M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, C. Fernández Rodríguez, I. Amigo Vázquez, & J. R. Fernández Hermida (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos* (pp. 161-196). Madrid: Pirámide.
- Solano, N., & Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología, 36*, 189-194.

