



Trabajo final de grado

“TCC: estudio de caso en una paciente con Miastenia Gravis, ansiedad y depresión”

Articulación teórico clínica

Martina Filippini Márquez

Facultad de Psicología, Universidad de la República.

C.I: 5.537.915-5

Tutor: Vicente Chirullo

Revisor: Hugo Selma

Junio, 2023

Índice de contenidos

Resumen.....	3
Objetivo.....	4
Metodología.....	4
Consideraciones éticas.....	4
Marco teórico.....	6
Recorrido histórico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	6
Terapia cognitiva de Aaron Beck.....	12
Terapia Racional Emotiva y Comportamental de Albert Ellis.....	14
Depresión.....	16
Ansiedad.....	18
Miastenia Gravis.....	19
Análisis de la experiencia incorporando teoría: Estudio de caso.....	20
Planteamiento del problema.....	20
Proposiciones o hipótesis.....	20
Unidad de análisis.....	20
Contexto del caso.....	21
Fuentes de información e instrumentos de recolección de los datos.....	22
Lógica que vincula los datos con preguntas y proposiciones.....	23
Análisis de toda la información.....	23
Criterios para interpretar los datos y efectuar inferencias.....	30
Reporte del caso (resultados).....	30
Discusión.....	31
Reflexiones finales.....	32
Referencias.....	35

Resumen

El siguiente trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología, se encuentra en el marco de la práctica de graduación “Evaluación y Terapia Cognitiva” a cargo del Mag. Ps. Asist. Vicente Chirullo. Esta instancia de formación consistió en un tratamiento clínico llevado adelante por los estudiantes Br. Gabriel Argañaraz y Br. Martina Filippini. Se propone como objetivo realizar una articulación teórico clínica a partir del contenido teórico incorporado y la instancia práctica con la paciente.

Se organiza en dos grandes apartados. En el primer apartado se realiza el recorrido histórico sobre las tres generaciones de terapias que se enmarcan dentro de la corriente cognitivo conductual. Asimismo, se desarrollan los conceptos principales de la Terapia Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis, modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia (Cabezas Pizarro y Lega, 2006). De igual modo se desarrollan los conceptos de depresión, ansiedad y Miastenia Gravis. El segundo apartado refiere al análisis de la experiencia incorporando la teoría y se lleva a cabo a través de un estudio de caso, donde se describe el tratamiento cognitivo conductual llevado adelante en una paciente con Miastenia Gravis, enfermedad autoinmune que se caracteriza por presentar fatiga muscular. Finalmente se realiza una discusión acerca de los resultados obtenidos y se desarrolla una reflexión final sobre la importancia de visualizar el aspecto emocional en estos pacientes ya que, a pesar de que es una enfermedad donde los síntomas son principalmente somáticos, existe una comorbilidad de depresión y ansiedad que agravan los síntomas físicos.

Palabras claves: terapia cognitivo conductual, depresión, ansiedad, miastenia gravis.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es realizar una articulación teórico clínica a partir de la bibliografía estudiada en la práctica de graduación titulada “Evaluación y Terapia Cognitiva” y el material clínico recogido en las consultas psicológicas. Para llegar al objetivo mencionado se realiza un estudio de caso con la finalidad de describir el tratamiento clínico llevado a cabo.

Metodología

La modalidad es de producción empírica, específicamente se trata de una articulación teórico clínica llevada a cabo mediante un estudio de caso.

Siguiendo lo propuesto por Stake (1995) “el estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p. 11). Sampieri et. al., (2014) hace mención a los siguientes componentes que conforman el estudio de caso:

1. Planteamiento del problema;
2. Propositiones o hipótesis;
3. Unidad o unidades de análisis (caso o casos);
4. Contexto del caso o casos;
5. Fuentes de información e instrumentos de recolección de los datos;
6. Lógica que vincula los datos con preguntas y proposiciones;
7. Análisis de toda la información;
8. Criterios para interpretar los datos y efectuar inferencias;
9. Reporte del caso (resultados). (pág. 4).

Consideraciones éticas

Esta tesis final de grado se rige por lo establecido en el Decreto CM/ 515 Investigación de los Seres Humanos. Se cuenta con el consentimiento informado de la paciente en el cual se explicita que el material generado en las consultas, con los

resguardos necesarios, podrá ser utilizado para posibles investigaciones con fines científicos y académicos. Asimismo, se firmó un compromiso de confidencialidad por parte del equipo que llevó adelante el tratamiento clínico, donde se compromete éticamente a guardar respeto confidencialidad y anonimato sobre la información identificatoria de las personas participantes.

Marco teórico

Recorrido histórico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Keegan y Holas (2010) plantean cuatro etapas en el desarrollo de las TCC.

1. La primera generación formada por la terapia comportamental, surge de forma independiente en Sudáfrica, Reino Unido y Estados Unidos en el período comprendido entre los años 1950 - 1970.
2. La segunda generación formada por la terapia cognitiva, tuvo lugar en los Estados Unidos en el período comprendido entre 1960 - 1970.
3. La fusión de ambas terapias en terapia cognitiva - comportamental, alcanzando su mayor auge en el año 1980.
4. La tercera generación de terapias se desarrolla durante los últimos 10 - 15 años.

Primera generación

La primera generación de la terapia cognitivo - comportamental surge en la década de 1950 a partir de la terapia comportamental (TC), primera psicoterapia validada científicamente. Pérez (2014) plantea dos aspectos que la diferencia del psicoanálisis, psicoterapia dominante hasta ese momento. Por un lado, plantea que la TC tiene un enfoque ambientalista (contextual) distinto del enfoque intrapsíquico de carácter psicodinámico y por otro lado, plantea la evaluación de la eficacia hasta ese momento incuestionable. Se pasa de la introspección y estudio de la mente hacia el desarrollo y exámen de los principios y leyes que rigen el comportamiento humano, estos son, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante (Caro, 1997). En este proceso se redujo la mente a una "caja negra" que al no poder observarse, no era tomada en consideración para analizar la conducta (Skinner, 1953). El condicionamiento clásico surge a partir de los experimentos realizados por el filósofo ruso Iván Petrovich Pavlov. Sus hallazgos demuestran que existe un proceso de aprendizaje basado en la asociación entre estímulos y respuestas. Por otro lado, el condicionamiento operante desarrollado por Burrhus Frederic Skinner refiere a las conductas voluntarias que son emitidas con la

finalidad de generar un cambio en el ambiente o en el organismo. Sus hallazgos demostraron que las consecuencias de la conducta determinan en gran medida, que la conducta vuelva a emitirse. Cuando las consecuencias son positivas, es probable que la conducta vuelva a emitirse y por el contrario, si sus consecuencias son negativas, es probable que su frecuencia disminuya.

Los principales contribuyentes en el inicio de la TC fueron por un lado en Sudáfrica Joseph Wolpe quién desarrolló la Desensibilización Sistemática para la ansiedad y las fobias (Wolpe, 1958), técnica pionera en la modificación de la conducta. Este tratamiento consistió en introducir en el paciente una respuesta incompatible con la ansiedad mientras se lo exponía progresivamente a estímulos ansiógenos, de esta forma el paciente comenzaba a asociar la situación que antes le generaba ansiedad con una respuesta incompatible a la misma. En el Reino Unido comenzaron las dudas respecto a la eficacia del psicoanálisis, Hans Eysenck (1952) afirmó que “el psicoanálisis no era más efectivo que la ausencia de tratamiento” (citado en Keegan y Holas, 2010, p.2). Mientras tanto en Estados Unidos, Ogden Lindsley utilizó técnicas operantes para tratamiento de pacientes esquizofrénicos (Lindsley, 1956).

Fueron varios los factores externos que marcaron paulatinamente el declive de la terapia comportamental. Las técnicas conductistas no resultaban en todos los casos y las investigaciones empíricas no mostraban diferencias significativas con otro tipo de intervenciones (Caro, 1997). Se daba inicio de esta manera a la búsqueda de explicaciones alternativas, comenzando a desarrollarse perspectivas que si bien seguían siendo conductuales, comenzaban a introducir el factor cognitivo para explicar la conducta.

Albert Bandura (1969) realizó importantes hallazgos que demostraron que lo que sucedía en la “caja negra” era de gran importancia para el condicionamiento operante. Comprobó empíricamente que el refuerzo percibido, reforzaba más que el refuerzo real no percibido como reforzador, y que no necesariamente tenía que haber un reforzamiento directo sino que bastaba con observar a otro individuo ser reforzado. Este descubrimiento indicó que entre el refuerzo y la respuesta mediaban procesos internos. Con una base

mediacional, consideraba directamente los fenómenos subjetivos entre el estímulo y la respuesta. Las cogniciones y los pensamientos comenzaron de esta manera a destacar como causa principal de las conductas.

Posteriormente, Donald Meichenbaum (1977) realizó otro importante hallazgo al descubrir que las autoverbalizaciones funcionaban como reguladores de la conducta. Sin embargo esta idea seguía siendo comportamental ya que afirmaba que primero debía cambiar la conducta para luego cambiar el diálogo interno.

Segunda generación

La segunda generación se refiere a la influencia del enfoque cognitivo en psicología. Surge con el desarrollo de la Terapia Cognitiva a partir del trabajo de Aaron Beck sobre la depresión (Beck, 1963, 1967, 1979) aunque actualmente es utilizada para tratar distintas alteraciones psiquiátricas.

Aaron Beck, psiquiatra norteamericano con formación psicoanalítica, investigó algunos conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión, específicamente el concepto de hostilidad vuelta hacia sí mismo, expresado como necesidad de sufrimiento y deseos de autocastigo. En busca de datos empíricos que lo comprobaran estudió sistemáticamente los sueños de los pacientes deprimidos. Sin embargo encontró que el tema principal en los sueños no estaba relacionado con la hostilidad sino que eran temas vinculados a la pérdida o a la tristeza; los depresivos tenían sueños frecuentes en los que aparecían como personas derrotadas, frustradas, perdiendo algo de valor, enfermas, anormales y feas. Además observó que tendían a adoptar una visión negativa de sí mismos y de sus experiencias, similares a las imágenes que aparecían en sus sueños. De esta forma, sus investigaciones dieron cuenta de que los pacientes con depresión no tenían necesidad de sufrimiento, sino que en la depresión subyacía una alteración en el pensamiento que se hacía evidente en errores sistemáticos en el procesamiento de la información.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo el cual sostiene que las percepciones influyen sobre las emociones y las conductas. Se trata de un proceso activo,

directivo, estructurado y de tiempo limitado. Generalmente la terapia dura de entre 15 a 20 sesiones una vez a la semana, y en los casos más graves de depresión se tiende a tener dos sesiones semanales durante 4 a 5 semanas y luego una sesión semanal durante 10 a 15 semanas, como también una “terapia de apoyo” una vez finalizado el tratamiento (Beck et. al., 2010).

Se caracteriza por la importancia dada a las cogniciones (supuestos, pensamientos e interpretaciones) ya que las mismas organizan y regulan las demás funciones (Beck, et. al., 1990). Bedrosian y Beck (1980) sostienen que lo que percibimos de la realidad, no es idéntica a la realidad en sí misma sino que en la interpretación median procesos cognitivos que pueden ser erróneos y creencias que están sujetas a ser modificadas. Las técnicas cognitivas y conductuales apuntan a “identificar, poner a prueba la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales (esquemas) que subyacen a estas cogniciones” (Beck et al., 1979, pág 4). La modificación de las creencias subyacentes producen una mejoría en el estado de ánimo y en el comportamiento de forma permanente (Beck, 2000).

El énfasis de la terapia cognitiva está puesto en la investigación empírica de los pensamientos y se lleva a cabo a través de la colaboración terapéutica. Mediante el empirismo colaborativo, entendido como el esfuerzo conjunto e interacción continua entre el terapeuta y el paciente, se evalúan los pensamientos desde “la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología” (Beck et. al., 2010, p.14). En esta misma línea, Kelly (1955) propone pensar al paciente y terapeuta como dos científicos que examinan la validez del pensamiento a través de la comprobación empírica.

Beck (2000) expone los siguientes diez principios que subyacen a la aplicación de la terapia cognitiva:

- Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
- Requiere una sólida alianza terapéutica.

- Enfatiza la colaboración y la participación activa.
- Orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- Inicialmente destaca el presente.
- Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.
- Tiende a ser limitada en el tiempo.
- Las sesiones son estructuradas.
- Ayuda al paciente a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
- Utiliza una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Otro pionero de la Psicoterapia Cognitiva es Albert Ellis quien desarrolló la Terapia Racional (TR) (Ellis, 1958) para ayudar a sus pacientes a reconocer y disputar las distorsiones en el pensamiento a través de técnicas cognitivas. Con los años incluyó técnicas emocionales y la denominó Terapia Racional Emotiva (TRE) (Ellis, 1962) y más recientemente Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) al incluir en sus intervenciones terapéuticas técnicas conductuales. La TREC se vio influenciada por la escuela estoica, por el budismo y el taoísmo.

Albert Ellis efectuó dos grandes aportes. Por un lado se destaca la distinción que realizó entre las creencias racionales y las creencias irracionales. Dryden y Ellis (2001) consideran al ser humano como hedonista en cuanto intenta conseguir una amplia variedad de metas mediante las cuales aportar un significado a la vida; las mismas están relacionadas con la búsqueda de la felicidad y con permanecer vivos. Las ideas que impiden o dificultan alcanzar dichas metas, las denomina ideas irracionales y las ideas que facilitan su logro, ideas racionales. Otro aporte fundamental que realizó es el modelo A-B-C para explicar la perturbación emocional. El autor considera que las consecuencias emocionales (C) surgen de las creencias (B) que se tiene sobre determinado acontecimiento (A). Por lo que, al disputar las creencias (B) sobre el acontecimiento (A), es

posible modificar las consecuencias emocionales y conductuales (C). El autor sostiene que las perturbaciones emocionales son consecuencia de patrones de pensamientos ilógicos e irracionales. El acontecimiento (A) si es interpretado de forma irracional, puede producir emociones desagradables y conductas desadaptativas; sin embargo, si la persona aprende a minimizarlo y en su lugar empieza a maximizar su pensamiento racional, puede alcanzar sus metas y librarse de su perturbación emocional.

La fusión de ambas terapias en cognitivo - comportamental (TCC) surge de la intención de integrar las ideas expuestas por Freud quien sostenía que la conducta estaba determinada únicamente por procesos internos, y las ideas expuestas por Skinner quien atribuía las causas de la conducta a lo externo y observable (Meichenbaum, 1977). Se fusionaron principalmente a partir del modelo teórico de intervenciones terapéuticas para el trastorno de pánico (Barlow, 1988; Clark, 1986). Keegan y Holas (2010) sostienen que, toda intervención que apunte a un cambio cognitivo como medio para producir un cambio emocional y conductual, y todo modelo que reconozca el papel moderador de la cognición en el funcionamiento humano, puede considerarse dentro de la TCC.

Tercera generación

La tercera generación surge en la década de 1990 a partir de la disconformidad ante el supuesto básico de la tradicional TCC, el cual sostiene que la modificación cognitiva directa es necesaria para lograr una mejoría clínica (Hayes, 2004a, 2006). El grupo de terapias que la conforman son las siguientes: el Programa de Reducción de Estrés Basado en Conciencia Plena (Kabat - Zinn, 1990), la Terapia Dialéctico Comportamental (Linehan, 1993), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et. al., 1999), la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la Terapia de Esquemas (Young, 1990, 1999).

Estas nuevas terapias comienzan a interesarse por cuestiones antes no investigadas, específicamente ponen su énfasis en los procesos relacionados con la aceptación psicológica, los valores del paciente y terapeuta, el proceder dialéctico en la

terapia, el autoconocimiento, la espiritualidad y la trascendencia (Mañas 2007). A diferencia de la terapia cognitivo - conductual, centrada en la modificación de los contenidos cognitivos, esta nueva generación se basa en la aceptación de los mismos y destacan la importancia de permitir la experiencia emocional, incluso aunque la misma sea desagradable. Consideran que evitar permanecer en contacto con las experiencias (*evitación experiencial*; Hayes et al., 1999), es un factor que incrementa el malestar y mantiene la disfunción emocional, por el contrario, el estado de conciencia (Kabat- Zinn, 1990) facilita el proceso de aceptación de la experiencia determinando un estado emocional más equilibrado (Hayes y Feldman, 2004). El objetivo de la terapia es reorientar al paciente hacia un cambio comportamental positivo, y que se pueda comprometer con la vida de acuerdo a sus valores (Keegan y Holas, 2010). Keegan y Holas (2010) sostienen que la meditación de conciencia plena y sus características de aceptación, ausencia de esfuerzo, descentración y dejarse ir, son la principal estrategia en esta nueva generación. Los autores plantean que estas terapias llevan puesto el énfasis de *pensar y sentirse mejor a vivir mejor*. Las estrategias que utilizan para llegar a este fin, están orientadas a ayudar al paciente a transformar su relación con el sufrimiento, disminuir la lucha interna y normalizar sus experiencias desagradables.

Terapia cognitiva de Aaron Beck

El modelo cognitivo de la terapia cognitiva plantea que ante una situación específica, las creencias subyacentes inciden sobre las percepciones. Estas percepciones son expresadas a través de pensamientos automáticos que a su vez determinan las emociones, conductas y respuestas fisiológicas (Beck, 2000).

Los pensamientos automáticos son los conocimientos más cercanos a la conciencia y refieren a las palabras y/o imágenes exactas que pasan por la mente de la persona ante una situación particular. Como su nombre lo indica, aparecen de forma automática sin que medie una reflexión previa y aunque exista evidencia que indique lo contrario. Si bien la mayoría de los pensamientos automáticos son completamente disfuncionales, también

existen pensamientos automáticos adecuados pero la persona extrae conclusiones distorsionadas o son disfuncionales al generar emociones y conductas contraproducentes (Beck, 2000). La mayor parte del tiempo se tiene un registro de la emoción que se produce como consecuencia del pensamiento, más que del pensamiento en sí mismo ya que estos suelen ser breves y fugaces.

Las creencias que subyacen a los pensamientos automáticos son desarrolladas en edades tempranas a medida que el niño va experimentando diferentes situaciones y se va relacionando con las personas más significativas de su entorno. Según Judith Beck (2000), pueden dividirse en dos categorías: creencias centrales y creencias intermedias. Las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia; son creencias no expresadas ni siquiera ante uno mismo y refieren a las ideas más dominantes que la persona tiene sobre sí misma, las otras personas y el mundo. La mayor parte del tiempo las personas mantienen creencias centrales positivas, sin embargo en momentos de estrés psicológico pueden activarse creencias centrales negativas. Estas son ideas rígidas, globales y se generalizan en exceso (Beck, 2000); son vivenciadas como verdades absolutas aunque no haya datos empíricos que las sostengan e incluso aunque haya datos que la contradigan. Cuando la creencia está activada, la persona interpreta las situaciones a través del lente de la creencia y filtra del entorno información, prestando atención sólo a aquella que confirma su creencia central.

Según Beck (2000), las creencias centrales negativas pueden clasificarse en dos categorías, están las que se encuentran en el terreno del desamparo y las que se asocian a la imposibilidad de ser amado. Entre las creencias de la primera categoría mencionada, se incluyen las siguientes: estoy indefenso, soy ineficaz, estoy fuera de control, soy débil, soy vulnerable, soy dependiente, soy incapaz, soy inútil, soy incompetente, soy un fracasado, no me respetan, soy defectuoso (inferior a los demás) y no soy suficientemente bueno (en función de los éxitos). Por otro lado, las creencias que se asocian a la incapacidad de ser amado son las siguientes: no soy querible, no agrado a nadie, no me desean, no soy atractivo, no me quieren, no se ocupan de mí, soy malo, soy inferior, soy diferente, no soy

normal (y los demás no me amaran), no soy suficientemente bueno (para ser amado por los demás), van a rechazarme, van a abandonarme y me quedaré solo.

Las creencias centrales influyen en una clase intermedia de creencias que incluyen reglas, actitudes y presunciones que inciden en el pensamiento y guían la conducta.

Terapia Racional Emotiva y Comportamental de Albert Ellis.

Para explicar el método TREC utilizó el modelo ABC de la perturbación emocional (1962), donde "A" hace referencia a los acontecimientos activadores, "B" a los pensamientos, creencias y evaluaciones que se tiene sobre los hechos y "C" a las consecuencias emocionales y conductuales. El autor plantea que las perturbaciones emocionales son el resultado de patrones ilógicos e irracionales en el pensamiento (Ellis, 1981). Es decir, si los acontecimientos activadores son interpretados de forma irracional, se pueden producir emociones desagradables y conductas desadaptativas. Por esta razón el concepto de lo que es racional e irracional cobra gran importancia. Los pensamientos racionales son definidos como "aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices" (Ellis, 1990. p.23). Esto se debe a que presentan propósitos productores de felicidad y utilizan formas lógico empíricas para alcanzar dichas metas. En cambio, los pensamientos irracionales son ideas que no se ajustan a la realidad e interfieren con la supervivencia y la felicidad (Ellis, 1976). Estos últimos son creencias imperativas, avasalladoras y autoderrotistas que están vinculadas a patrones de acción, emoción e interpretación exagerados y dogmáticos (Ellis, 2002) que pueden limitarse a tres debos absolutistas: sobre sí mismo, sobre los otros y sobre el mundo. Los mismos son expresados en términos de obligación, en "deberías" y "tengo que", exigencias que al no ser alcanzadas provocan emociones negativas que interfieren en la consecución de metas y objetivos.

La meta principal de la TREC es lograr una filosofía racional (Ellis, 1962). La filosofía racional es una filosofía de las preferencias y deseos, en cambio, la filosofía irracional es la filosofía de los absolutos y exigencias. Si se realiza un análisis racional y una evaluación de

la validez y utilidad de las ideas, es posible pasar de lo irracional a lo racional. Ellis (1973) expone once ideas irracionales básicas:

- Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
- Para considerarse a sí mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa, en todos los aspectos posibles.
- Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
- Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
- La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna de controlar sus penas y perturbaciones.
- Si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad que esto ocurra.
- Es más fácil evitar, que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
- Se debe depender de los demás y se necesita alguien más fuerte en quien confiar.
- La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió alguna vez y nos conmocionó debe seguir afectándonos indefinidamente.
- Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
- Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.
- Es muy importante para nuestra existencia lo que las demás personas hacen, y debemos hacer muchos esfuerzos por lograr que vayan en la dirección que queramos.

Posteriormente, estas ideas fueron sintetizadas sobre la base de tres debos absolutistas con respecto a:

- Uno mismo: debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones.
- Los demás: deben actuar de forma agradable, considerada y justa.
- El mundo o condiciones de la vida: la vida debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad

Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la depresión tiene gran relevancia a nivel mundial por tratarse de la enfermedad más frecuente en la población. A escala mundial aproximadamente 280 millones de personas la padecen y se estima que es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Se presenta como un conjunto de síntomas principalmente de predominio afectivo que afecta la capacidad funcional del individuo. Según el DSM-5 (Morrison, 2015), los trastornos depresivos comparten características de estado de ánimo triste, vacío o irritabilidad como también cambios somáticos y cognitivos. En este sentido, la depresión es considerada como una afectación global psíquica y física (Alvarez, 2014).

La depresión es el resultado de múltiples interacciones complejas y su probabilidad de desarrollo depende de una amplia variedad de factores de riesgo. Alvarez (2014) plantea que es más probable su desarrollo en mujeres y en personas que padecen alguna patología, sobre todo enfermedades físicas crónicas. Al respecto, señala que existe una relación recíproca entre ambas ya que los problemas físicos pueden agravar el cuadro depresivo y este último a su vez puede deteriorar negativamente el curso de la patología física. En este mismo sentido, Silva (2002) plantea que los eventos estresantes como por ejemplo los problemas de salud, están asociados al inicio de un trastorno depresivo mayor. Del mismo modo se consideran como factores de riesgo el consumo de alcohol y tabaco, ciertos rasgos neuróticos de la personalidad, trastornos de ansiedad, bajo nivel socioeconómico, circunstancias laborales como el desempleo y el estado civil (soltero, divorciado, viudo). De igual forma la exposición a episodios violentos y entornos inseguros

son considerados como factores de riesgo para el desarrollo de la depresión (Berenzon, Lara, Robles, y Medina, 2013).

En este trabajo final de grado se utilizó el BDI (Beck, et al., 1961) como instrumento de medición para evaluar la gravedad del cuadro depresivo (depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems con respuesta múltiple opción que evalúa principalmente síntomas de melancolía y pensamientos intrusivos presentes en la depresión. El BDI parte de la concepción cognitiva de la depresión desarrollada por Beck (Beck, et al., 1979). El autor desarrolla la depresión a través de tres conceptos fundamentales: *triada cognitiva, esquemas y errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)*. La tríada cognitiva está formada por tres patrones cognitivos. Por un lado, sostiene que las personas con depresión se consideran a sí mismas como personas inútiles y sin valía que a causa de sus carencias propias, transitan por situaciones desagradables y no pueden ser felices. El segundo patrón cognitivo dentro de la tríada cognitiva refiere a la tendencia que tienen de dirigir las experiencias en dirección negativa, en términos de derrota y frustración. Perciben al mundo como un lugar hostil, que le hace demandas exageradas y le presenta obstáculos insuperables. Por último, explica que anticipan el futuro de forma negativa, piensan que los sufrimientos actuales van a seguir estando presentes en el futuro y que van a fracasar en todo lo que se propongan. El origen de estas alteraciones las atribuye a esquemas negativos, patrones cognitivos estables que hacen que la persona estructure sus experiencias de determinada forma y tienda a ser consistente en sus interpretaciones. Cuando el esquema está activado, existen ciertas distorsiones cognitivas, modos equivocados de pensar recurrentes que hacen que la persona filtre información del entorno para que sea congruente con el mismo, de modo que mantiene las creencias negativas del paciente. Dentro de los errores frecuentes en el pensamiento se encuentra la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista (Beck et. al., 2010).

Ansiedad

Según el manual DSM-5 (Morrison, 2015), existe un cierto grado de ansiedad que es normal y adaptativo, necesario para el organismo. El manual realiza una diferenciación entre ansiedad y miedo; señalando que ambas respuestas se solapan. El miedo es la reacción emocional ante un peligro inminente (real o imaginario) y se encuentra asociado a la activación fisiológica que prepara al organismo para la defensa o fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida. La ansiedad por otro lado es una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura que se encuentra asociada a la atención en relación a un peligro futuro, tensión muscular y comportamientos cautelosos o evitativos. En los trastornos de ansiedad persiste el miedo y ansiedad excesivos así como alteraciones conductuales; se diferencia de la ansiedad adaptativa y del miedo dado que sus síntomas perduran por seis meses o más. Las personas con ansiedad sobreestiman el peligro de las situaciones a las que temen o evitan. Dentro del DSM-5 se pueden encontrar los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado (Morrison, 2015).

Según Chertok (2006) la ansiedad abarca una serie de conductas que se presentan en forma integrada. A nivel somático son características las respuestas estimuladas por la desregulación del sistema nervioso autónomo, sistema simpático y sistema parasimpático. Entre estas se encuentran las alteraciones cardiovasculares, digestivas, cutáneas y respiratorias. La finalidad de estas alteraciones es homeostática ya que tienden a mantener el equilibrio del medio interno en relación a una posible agresión (ataque). También se hacen presentes conductas privadas o encubiertas y refieren a la vivencias subjetivas de temor y aprensión o estado de alerta.

En este trabajo se utilizó como instrumento de medición de la ansiedad el cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI; Spielberger, et al., 1970). El STAI contiene dos escalas que evalúan a la ansiedad de dos formas; ansiedad rasgo y ansiedad estado. La ansiedad estado es entendida como la ansiedad transitoria que puede tener la persona en un momento dado, ante determinadas circunstancias ambientales o la situación del momento. Por otro lado, la ansiedad rasgo es entendida como la ansiedad que tiene la paciente la mayor parte del tiempo.

Miastenia Gravis

La Miastenia Gravis es un trastorno de la transmisión neuromuscular por causa de una disminución, de origen autoinmune y crónico, en el número de receptores de acetilcolina en la placa motora. Tiene una prevalencia de entre 70 a 320 casos por millón de habitantes (Herrera et. al., 2009).

Se caracteriza por presentar debilidad muscular fluctuante y fatiga muscular en distintos músculos del cuerpo, viéndose afectados principalmente los músculos oculares, faciales y bulbares. Los síntomas se agudizan tras períodos de actividad prolongada y repetitivas, y empeoran tras situaciones de estrés, pudiendo llegar a ocasionar un fallo respiratorio y la muerte. Las principales manifestaciones clínicas incluyen: diplopía (el párpado superior descende con respecto al otro ojo), ptosis unilateral, debilidad progresiva de los músculos masticatorios, debilidad en los músculos faciales y de la lengua, musculatura bulbar, cuello, hombros, cintura pélvica y en los músculos respiratorios (Suárez, 2000). Debido a los síntomas mencionados, se ve afectada la vida cotidiana de la persona dado a que se le dificulta llevar a cabo algunas actividades cotidianas como por ejemplo, peinarse, vestirse, comer, caminar, entre otras.

Según Cherukupally et., al (2020), todas las enfermedades crónicas incluida la Miastenia Gravis tienen potencialmente consecuencias psiquiátricas en términos de afrontamiento y adaptación. En pacientes con Miastenia Gravis, existe una comorbilidad psiquiátrica que suele presentarse como ansiedad y trastornos depresivos. Existen estudios

de casos que demuestran, la existencia de depresión en pacientes con Miastenia Gravis (Eizaguirre et al., 2017; García et al., 2018). Sin embargo, Köhler (2007) considera que los estudios sobre la Miastenia Gravis realizados hasta el momento, se centran exclusivamente en el nivel médico biológico de la patología, dejando de lado los aspectos psicológicos y emocionales que pudieran estar influyendo. De la misma forma, durante el transcurso de la enfermedad, los síntomas psiquiátricos comórbidos, pueden ser mal diagnosticados como síntomas miasténicos (Cherukupally, 2020).

Análisis de la experiencia incorporando teoría: Estudio de caso.

Planteamiento del problema

A partir del diagnóstico de Miastenia Gravis, se hicieron presentes síntomas de ansiedad y depresión. Como consecuencia, los síntomas de la patología empeoraron y estos a su vez agravaron el cuadro depresivo.

Como pregunta de investigación se propone la siguiente: ¿Cómo aborda la terapia cognitivo conductual los síntomas de ansiedad y la depresión?. La finalidad de la presente investigación es investigar cómo funciona la terapia cognitivo conductual en una paciente con estas características.

Proposiciones o hipótesis

La reestructuración del pensamiento regula la ansiedad y disminuye la depresión, de esta forma es posible aminorar los síntomas de la Miastenia Gravis. A través del trabajo en diferentes técnicas se espera que la paciente aprenda a identificar los pensamientos automáticos y creencias limitantes que le están causando su elevado malestar para posteriormente poder modificarlos y en su lugar construir creencias más adaptativas a la realidad.

Unidad de análisis

El diseño de investigación se planeó desde el caso único. Se tomó como unidad de análisis a una persona adulta diagnosticada con Miastenia Gravis la cual realizó un tratamiento psicológico por presentar ansiedad y depresión. El tratamiento fue llevado a cabo de forma presencial en el Hospital de Clínicas por dos estudiantes de graduación de la Facultad de Psicología y su duración fue de dieciséis sesiones.

Contexto del caso

La paciente de sexo femenino fue atendida en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” siendo remitida a la Policlínica de Psicología por el neurólogo tratante. En el año 2020 fue diagnosticada con Miastenia Gravis. El motivo de consulta en primera instancia refiere a un tratamiento psicológico por presentar síntomas de ansiedad y depresión, ya que los mismos empeoran la sintomatología de la miastenia. Durante la sesión inicial, la paciente se muestra muy angustiada y relata cómo a partir de su diagnóstico, su vida había cambiado drásticamente. La patología significó un antes y un después; en los años previos a la Miastenia se describe como “la mujer maravilla”, una persona activa, independiente y feliz. Los síntomas de la enfermedad significaron una pérdida de autonomía ya que como consecuencia de la fatiga muscular se tuvo que certificar y actualmente se encuentra esperando el proceso de jubilación. Comenzó a necesitar de un tercero que la ayudara con las tareas cotidianas del hogar, perdiendo el interés por las actividades que antes solía realizar por sí sola. A raíz de esta situación, tiene sentimientos de inutilidad y culpabilidad, rumiaciones negativas acerca de su futuro y pensamientos relacionados a no ser querible. La mayor parte del día tiene un ánimo triste y se queda acostada en la cama, presentando dificultad para dormirse en las noches. Dejó de contestar los mensajes y de asistir a las reuniones familiares, alejándose de esta forma de las personas que antes solía frecuentar. Sus síntomas se vieron acentuados por el contexto social vivido de pandemia. Al pertenecer

a una población vulnerable por su patología, incrementó su visión catastrófica respecto a su futuro por el miedo a ser infectada por COVID- 19, significando para ella la muerte.

Fuentes de información e instrumentos de recolección de los datos

La información se recolectó mediante diversos métodos cualitativos y cuantitativos nombrados a continuación: entrevista semidirigida, observación directa y pruebas psicométricas.

Las entrevistas estuvieron focalizadas en la evaluación de los problemas descritos por la paciente con el objetivo de construir la historia clínica y recabar información sobre los pensamientos recurrentes, sentimientos predominantes y conductas desadaptativas.

La observación directa fue útil para registrar la conducta no verbal en las consultas como la gestualidad, cambios en la mirada y el aspecto externo.

Las pruebas psicométricas estuvieron orientadas a evaluar la presencia e intensidad de la depresión y ansiedad:

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, et al., 1961).**

En el test de depresión de Beck, utilizado para evaluar la depresión, se obtuvo una puntuación de 38 puntos, indicador de depresión grave.

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, et al., 1970)**

Los resultados obtenidos en la ansiedad - estado fue una puntuación directa de 35 puntos que para mujer adulta se encuentra en el percentil 75. En la escala de ansiedad - rasgo obtuvo una puntuación de 40 puntos que para mujer adulta se encuentra 3 puntos por encima del percentil 85.

Escala de Desesperanza de Beck (HS; Beck, 1974): obtuvo un puntaje de 3 puntos, indicador normal- asintomático.

Test de Creencias Irracionales de Ellis fueron tres las creencias con puntaje significativo.

- “Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran” 9 puntos.
- “Debemos sentirnos ansiosos o temerosos acerca de cualquier cosa que sea

desconocida, incierta o potencialmente peligrosa” 8 puntos.

- “El pasado tiene más influencia en la determinación del presente”. 8 puntos.

Lógica que vincula los datos con preguntas y proposiciones

La depresión y ansiedad no son causa directa del diagnóstico de Miastenia Gravis sino que son causa de la activación de esquemas negativos que determinan en la paciente una forma negativa de estructurar su mundo. Identificar las creencias limitantes permitirá la modificación del pensamiento y en su lugar poder interpretar las situaciones desde un nuevo posicionamiento más racional, basado en hechos y evidencias.

Análisis de toda la información

Perfil de desarrollo

1. Historia (familiar, educativa, médica, psiquiátrica)

La paciente nació en una familia desafectiva con privación emocional de cuidados, empatía y protección. La familia presentaba un funcionamiento disfuncional; compuesta por sus dos padres y seis hermanos. Fue la única integrante de la familia que culminó sus estudios hasta ciclo básico. Creció en el campo con sus padres hasta los diecinueve años, edad en la que contrajo matrimonio y se mudó a la ciudad con su actual ex marido con quien tiene seis hijos.

En el año 2019 sufre un accidente de tránsito en un birrodado, del cual se recupera. Un año después comenzó a presentar síntomas de cansancio y debilidad muscular y luego de que le realizaron extensos estudios, fue diagnosticada con Miastenia Gravis. Continuó trabajando por un período corto de tiempo hasta que nuevamente sufrió un accidente grave de tipo laboral donde le quedó aprisionado el brazo en una puerta de garaje automático.

Después de diversas circunstancias, cayó en depresión con síntomas ansiosos por lo que comienza un tratamiento psiquiátrico y actualmente se encuentra tomando calcio, vitamina B12, mestinon, atropina, somit, enalapril, omeprazol, sertralina y prednisona.

2. Relaciones (padres, hermanos, pares)

Su padre trabajaba lejos de la casa razón por la cual sólo los iba a visitar una vez al mes. Con su llegada se vivía una tensión, al decir de la paciente había que hacer un “silencio sepulcral” ya que al padre le molestaba la presencia de los niños; debían quedarse quietos y ejercía violencia psicológica cuando querían jugar. Lo describe como un padre autoritario, proveedor y desafectivo que la excluía de sus seis hermanos y le hacía comentarios hirientes sobre su aspecto físico. Su madre se mantenía indiferente respecto a la situación. Durante toda su niñez y adolescencia se sintió carente de afecto. Ambos padres actualmente están fallecidos.

Respecto a sus hermanos presentaba gran diferencia de edad por lo que tuvo poco tiempo compartido ya que se fueron del hogar cuando ella era pequeña. Actualmente se encuentra viviendo con su hermana a partir de que la sintomatología de la miastenia gravis le impidiera valerse por sí misma (pérdida de autonomía, sentimiento de inutilidad, invalidez real).

Por lo que respecta a su ex pareja, sufrió violencia doméstica (física, psicológica, sexual y patrimonial) durante treinta años, de los 19 hasta los 49 años. En este tiempo relata haberse dedicado al completo cuidado de sus hijos; no le era permitido realizar alguna actividad recreativa ni laboral. A los cincuenta años de edad se separó luego de un episodio de violencia doméstica física donde tuvo que intervenir la justicia al ser alertados por los vecinos. Desde su separación (hace diez años) no volvió a tener pareja ni ningún otro vínculo afectivo sexual. A los diez años del divorcio remataron la casa donde antes vivía con su ex, removiendo episodios traumáticos vivenciados allí.

Tuvo su primera hija a los veinte años de edad con la cual actualmente no mantiene contacto a partir de que la misma atestiguara a favor de su padre en el juicio de divorcio. En reiteradas circunstancias intentó volver a establecer contacto pero incurría en problemas de comunicación y asertividad. Pese a los intentos, hoy en día la hija no le contesta los mensajes y evita situaciones donde pueda estar ella presente. Con el resto de los hijos mantiene contacto aunque los mismos vivan en otras ciudades y departamentos.

3. Acontecimientos significativos y traumas

Se enumeran en orden cronológico los siguientes acontecimientos que tuvieron gran impacto a nivel traumático en la vida de la paciente:

- 1) Vivencias en relación al vínculo con su padre
- 2) Violencia doméstica.
- 3) Juicio de divorcio.
- 4) Conflicto con su hija mayor.
- 5) Accidente de tránsito en birrodado.
- 6) Diagnóstico de Miastenia Gravis.
- 7) Accidente laboral.
- 8) Mudanza a la casa de su hermana.
- 9) Remate de la casa.

Perfil cognitivo

1. Aplicaciones del modelo cognitivo.

Siguiendo el modelo ABC que utiliza Ellis para explicar la perturbación emocional, se entiende que a partir del diagnóstico de Miastenia Gravis (A) la paciente comenzó a tener pensamientos automáticos referidos a ser inútil y no ser querida por su entorno (B). Como consecuencia (C) desarrolló ansiedad y depresión. Comenzó a experimentar una pérdida de motivación a la hora de tener que realizar las tareas cotidianas del hogar, dificultad para conciliar el sueño y alteraciones en el apetito. Empezó a tener conductas de evitación como pasar la mayor parte del tiempo acostada y alejarse de su entorno. Fisiológicamente la sintomatología de la Miastenia gravis empeoró dado.

2. Problemas actuales típicos. Situaciones problemáticas.

A partir del diagnóstico de Miastenia Gravis se activaron en la paciente esquemas negativos idiosincráticos que comenzaron a determinar la regularidad en sus

interpretaciones. Empezó a percibirse a sí misma como una persona enferma y sin valía, creyendo que a causa de sus síntomas, era inútil, carecía de valor y nadie la quería. A partir de entonces comenzó a interpretar las situaciones cotidianas de forma negativa. Repetidas veces presentaba errores en el procesamiento de la información que confirmaban sus creencias sobre sí misma y también anticipaba un futuro catastrófico dado las limitaciones de la enfermedad.

3. Principales pensamientos automáticos, creencias centrales, creencias intermedias y distorsiones cognitivas.

Pensamientos automáticos

Ante diversas situaciones la paciente tenía pensamientos automáticos negativos y repetitivos, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

- “Nadie quiere a un enfermo”.
- “Nadie quiere estar con un enfermo”
- “No puedo hacer nada”
- “Esto será cada vez peor”

Como reacción afectiva ante los pensamientos automáticos la paciente siente mucha angustia y ansiedad. Evita ir a reuniones y se queda la mayor parte del tiempo acostada en su cama.

Creencias centrales

En los pensamientos automáticos se pueden notar creencias centrales que se encuentran en el terreno del desamparo, principalmente *no soy suficientemente bueno (para ser amado por los demás)*.

Creencias intermedias

- Reglas: “Debería valerme por mi misma”, “Deberían escribirme todos los días para preguntarme cómo estoy”.
- Actitudes: “Es horrible depender de otro”, “Es horrible que te ignoren”, “Estar sola es lo peor”.

- Presunciones: “Si mis hijos no me escriben un mensaje todos los días, no me quieren”, “Si no me demuestran afecto, no me quieren”.

Distorsiones cognitivas

En sus pensamientos automáticos, se pudieron ver reiterados errores en el procesamiento de la información que hacían que la paciente interpretara todas las situaciones de manera que validaba su creencia central. Se identificaron principalmente las distorsiones de filtrado, pensamiento polarizado y pensamiento catastrófico.

- Filtrado: La paciente sólo hace foco en los aspectos negativos de la realidad, desatendiendo los aspectos positivos. El sesgo de confirmación hace que seleccione de su entorno muchas situaciones que confirman la creencia sobre no ser querible, ignorando aquellas que la contradicen.
- Pensamiento polarizado: A partir del diagnóstico la paciente relata un antes y un después, donde antes podía hacer “todo” y ahora no puede hacer “nada”. Antes se describe como la mujer maravilla (idealización) que podía con todo y que a partir de la enfermedad quedó inútil. También a partir de diversas situaciones la paciente tiende a hacer juicios categóricos (me quieren/ no me quieren).
- Pensamiento catastrófico: El futuro lo predice sólo negativamente, pensando que su ansiedad y depresión perdurará y empeorará en el tiempo como consecuencia de su enfermedad. Se visualiza en un futuro como una mujer a la que no van a querer por la característica crónica de su patología.

4. Integración y conceptualización de los perfiles cognitivos y de desarrollo

A partir de los episodios traumáticos vividos en su infancia, forma la creencia central antes mencionada y en la actualidad puede verse reflejada a través de distintos pensamientos automáticos. Como hipótesis de origen se tienen en cuenta los episodios traumáticos (VD) vivenciados a edades tempranas con su padre y los años que sufrió

violencia doméstica durante su matrimonio donde fueron reforzados los pensamientos disfuncionales.

En la actualidad valida la creencia central con su patología, las limitaciones de su enfermedad refuerzan la creencia de que los demás no la quieren. A partir de su diagnóstico, vivencia muy fuertemente la creencia negativa planteada respecto a sí misma y la expresa mediante la siguiente interrogante “¿Si no me quisieron cuando estaba bien, quién me va a querer estando enferma?”. Su depresión es reforzada con la conducta de quedarse acostada en su cama la mayor parte del tiempo y alejarse de su entorno. A su vez, los síntomas de la Miastenia Gravis empeoran a partir de la ansiedad y la depresión.

Objetivos planteados en el comienzo del tratamiento:

- Sentir más tranquilidad
- Reducir sintomatología depresiva
- Trabajar sus vínculos

Técnicas utilizadas

Técnicas cognitivas:

- **Psicoeducación:** se instruyó acerca de la naturaleza y el desarrollo de la ansiedad y depresión, del proceso de la terapia cognitiva y el modelo cognitivo (relación entre situación, pensamientos automáticos, emoción y conducta, así como también los conceptos de creencias intermedias y creencias centrales).
- **Registro de pensamientos automáticos:** el objetivo de esta técnica fue entrenar a la paciente en la identificación de los pensamientos automáticos; visualizar y hacer consciente lo que venía a su mente ante situaciones específicas.
- **Técnica de las tres columnas para combatir pensamientos automáticos:**
Pensamientos automáticos/ distorsión cognitiva / argumentos racionales y realistas.
Le permitió examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos

distorsionados (investigación lógico empírica), y sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.

- Identificar y modificar las creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Técnicas conductuales.

- *Técnica de la programación de actividades:* Se tuvo en cuenta la desmotivación relacionada a ideas depresivas del tipo “soy una inútil no puedo hacer nada” y la dificultad que presentaba al realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño. Se planificó junto con la paciente las actividades con sus horas correspondientes con el objetivo de que no vuelva a pasar la mayor parte del día acostada y se produjera una mejoría de los sentimientos depresivos. La paciente registró las actividades planificadas y a través pregunta disparadora ¿a qué te desafías esta semana?, se propuso integrar una nueva actividad para aumentar su sensación de logro. La paciente se propuso como desafío, caminar todos los días. El objetivo estuvo puesto en que la paciente realizara la actividad sin tener en cuenta el posible éxito, es decir, no era una meta la distancia recorrida ni el tiempo que pudiera llevarle. El ejercicio es desviación del pensamiento, poner el foco en el ejercicio hizo que la paciente se distrajera de sus pensamientos depresivos y sentimientos desagradables.
- *Técnica del dominio y satisfacción:* se realizó junto con la programación de actividades La paciente debía evaluar sus actividades del 0 al 5, en dominio (sensación de logro) y satisfacción (sentimientos de placer, diversión o alegría). Se buscó romper con el pensamiento polarizado y con ciertas cogniciones negativas.
- *Asignación de tareas graduales:* A medida que iba realizando las tareas planificadas en la programación de actividades e iba logrando una facilidad en su ejecución, se le asignaron tareas progresivamente más complejas. Se averiguó que antes de la miastenia gravis le gustaba mucho realizar manualidades (plantar, pintar macetas, tejer, etc) y se le planteó retomar con esta actividad. Esta actividad de recreación

aumentó el estado de ánimo y sensación de logro de la paciente; a su vez la distracción en el momento que la realizaba, disminuyó la ansiedad.

- *Técnica de relajación: (respiración diafragmática y escaneo corporal)*. Se eligió esta técnica para el tratamiento de la ansiedad con el objetivo de activar dentro del sistema nervioso autónomo, el sistema parasimpático (sistema de relajación) y contrarrestar de esta forma la activación del sistema simpático (sistema de alerta). Se psicoeducó a la paciente en cómo funciona el sistema autónomo, se lo comparó con un sube y baja, explicando que cuando uno está arriba (sistema simpático), el otro está abajo (parasimpático). Los ejercicios hacen que cambie la posición y que quede arriba el parasimpático, logrando una estructura de demora suficiente para poder pensar sobre cómo interpretar las situaciones que se le iban presentando. El objetivo de practicar regularmente estas técnicas en las sesiones apuntó a que pudiera de manera autónoma lograr hacer uso de esta herramienta en todo tipo de situaciones fuera de las consultas, principalmente en las que se encuentre más ansiedad.

Criterios para interpretar los datos y efectuar inferencias

En el presente estudio de caso, la interpretación de los datos recogidos así como el análisis de toda la información se efectuó siguiendo el modelo cognitivo de la terapia cognitiva conductual desarrollada anteriormente en el marco teórico.

Reporte del caso (resultados)

Para evaluar los resultados finales, se volvieron a realizar los test aplicados en el comienzo del tratamiento.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, et al., 1961)**

Su resultado fue de 31 puntos, el puntaje obtenido es indicador de depresión grave.

- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, et al., 1970)**

En la escala Ansiedad- estado obtuvo puntuación directa de 34 puntos que para mujer adulta se encuentra 2 puntos por encima del percentil 75.

En la escala Ansiedad- rasgo obtuvo una puntuación directa de 37 puntos que para mujer adulta se encuentra dentro del percentil 85.

Discusión

A través de este trabajo se estudió la depresión y la ansiedad en una paciente con Miastenia Gravis y su tratamiento. De acuerdo a los resultados arrojados por el BDI, se notó una mejoría en los signos de depresión. El resultado del test aplicado al comienzo del tratamiento fue 38 puntos y al finalizar el tratamiento su resultado fue 31 puntos. La depresión disminuyó desde que se instrumentó la psicoeducación. La paciente entendió el modelo cognitivo y a lo largo del tratamiento lo fue afianzando a medida que se iban trabajando diferentes situaciones. Practicó regularmente buscar pensamientos reales basados en hechos y evidencias al entender que estos son los que generan las emociones y conductas. También pudo visualizar y cuestionar sus creencias limitantes, lo que le permitió interpretar las situaciones desde otro lugar y comprender el origen de sus pensamientos automáticos. Pese a la mejoría de los síntomas depresivos, el puntaje obtenido en el BDI sigue siendo indicador de depresión grave.

Con respecto a los resultados del STAI, se mantuvieron relativamente estables los resultados del STAI en la escala Ansiedad - estado. En una primera instancia obtuvo puntuación directa de 35 puntos que para mujer adulta se encuentra 2 puntos por encima del percentil 75, y al finalizar el tratamiento obtuvo una puntuación directa de 34 puntos que para mujer adulta se encuentra en el percentil 75. Por otro lado, se notó una mejoría en la escala Ansiedad - rasgo. En el primer test aplicado su resultado fue de 40 puntos que para mujer adulta se encuentra 3 puntos por encima del percentil 85 y en una segunda instancia obtuvo una puntuación directa de 37 puntos que para mujer adulta se encuentra dentro del percentil 85.

Se consideran varios factores que pudieron haber influido en estos resultados:

- No fue posible llegar a la cantidad de encuentros ideales con la paciente razón por la cual se tuvieron que reajustar los objetivos planteados en el comienzo del tratamiento. El objetivo “trabajar sus vínculos” no se pudo llevar a cabo y como consecuencia el conflicto con su hija mayor (situación que actualmente mayor malestar y ansiedad le produce) no se pudo abordar en su totalidad.

- Si bien se trabajó en la identificación y modificación de los pensamientos automáticos así como también se entendió el origen de los mismos basados en su creencia central, no se le pudo dedicar un tiempo considerable a la construcción de una creencia central más adaptativa y realista para que los resultados positivos pudieran perdurar en el tiempo.

- Las limitaciones reales de la patología le impidieron establecer una continuidad en los objetivos planteados en las tareas conductuales (plantar, pintar macetas, tejer y salir a caminar) dado al aumento de la fatiga muscular. Como consecuencia no se pudo llevar adelante la distracción en el pensamiento cada vez que se requería. En estas situaciones, la sensación de logro descendía así como también los sentimientos de satisfacción y alegría. Esto influyó en el aumento de su depresión y ansiedad.

- Fueron otros los factores que pudieron haber influido de manera negativa: el no tener una red de sostén estable y la vida laboral que al verse afectada acarreó problemas económicos.

Reflexiones finales

El presente trabajo final de grado fue el resultado de un extenso proceso de aprendizaje, donde a través de la modalidad articulación teórico - clínica, buscamos entrelazar lo aprendido e incorporado teóricamente en la práctica de graduación con el estudio de caso expuesto.

La modalidad elegida así como también la elección de redactar esta experiencia como trabajo final de grado fue debido a varias razones. Personalmente, me interesaba dejar plasmado lo aprendido teóricamente en la práctica de graduación debido a mi gran interés sobre la corriente cognitivo conductual; abordaje psicológico que quisiera seguir profundizando una vez graduada. La articulación de lo teórico con el caso expuesto, apunta a que el lector cuente con información útil acerca de la Miastenia Gravis, enfermedad poco frecuente, así como también dar a conocer el tratamiento clínico que se llevó a cabo desde la terapia cognitivo conductual para tratar la depresión y ansiedad.

Quiero destacar en este trabajo la importancia de no descuidar el aspecto emocional en estos pacientes. A pesar de que los síntomas de la Miastenia Gravis se hacen notar principalmente a nivel físico, como se mencionó en el marco teórico, hay investigaciones que indican una comorbilidad de depresión y ansiedad. La importancia en visualizar este aspecto se vuelve aún más importante dado a que los síntomas de la patología empeoran a causa del cuadro depresivo y viceversa, por lo que se hace imprescindible tener en cuenta la salud mental durante el tratamiento de los síntomas somáticos característicos de la Miastenia Gravis. Por esta razón mi énfasis en trabajar con estos pacientes desde la interdisciplinaria, para garantizar una mejor calidad de vida y un óptimo tratamiento.

Por las razones mencionadas me pareció interesante exponer la descripción del tratamiento clínico llevado adelante con la paciente. Desde la terapia cognitivo conductual, psicoterapia basada en evidencia, se abordó la ansiedad y depresión concomitante. Se pudo notar que al trabajar en la identificación y modificación de las cogniciones que subyacían a la depresión, la paciente reestructuró sus pensamientos negativos y creencias limitantes, lo que la llevó a posicionarse desde otro lugar con respecto a la enfermedad y de esta forma no sólo disminuyeron sus pensamientos negativos sino también los síntomas físicos característicos de la Miastenia. La calidad de vida de la paciente mejoró dentro de la limitación real de la patología y dentro de los factores mencionados que pudieron haber influido en los resultados de los test.

A pesar de lo expuesto, no existe evidencia que vincule directamente el tratamiento de la Miastenia Gravis con la terapia cognitivo conductual. Razón por la cual considero este trabajo como una aproximación entre estas dos líneas con ansías de que sea útil para una futura investigación y profundización más exhaustiva sobre esta temática.

Referencias

- Álvarez, M. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t).
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York, Holt, Rinehart and Winston. Stanford University, Stanford. CA.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988) Psychological treatment of panic. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1967) Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York. Harper and Row
- Beck, A.T. (1974). "The development of depression: A cognitive model". In R. J.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Reviews*, 8(1), 77-100.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Cols (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York, Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. (2010). Terapia Cognitiva de la Depresión. (19 edición). Bilbao: Editorial Desclée de Brower.
- Beck, J. S. (2000) Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización. Editorial Gedisa, 2000. Barcelona, España.

- Bedrosian, R.C. & Beck, A.T. (1980). Principles of cognitive therapy. En M.J. Mahoney (ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 127-152). Nueva York: Plenum Press.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55 (1), pp. 74-80. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf>
- Cabezas Pizarro, H., & Lega, L. I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30 (2), 101-109. DOI: 10.15517/revedu.v30i2.2232
- Caro, I. (1997a). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 37-52). Barcelona. Paidós.
- Chertok, A. (2006). Las Causas de Nuestra Conducta. Recuperado el 15 de agosto de 2015, de <http://www.psicologiatotal.com/lascausas.pdf>
- Cherukupally, KR., Kodjo, K., Ogunsakin, O., Olayinka, O and Furon, P. Comorbid Depressive and Anxiety Symptoms in a Patient with Myasthenia Gravis. *Case Reports in Psychiatry*, Vol 2020 (2020), Article ID 8967818, 3 pages <https://doi.org/10.1155/2020/8967818>
- Clark, D. M. (1986) A cognitive model of panic. *Behavior Research and Therapy* 24: 461-470.
- Dryden, W., & Ellis, A. (2001). *Rational emotive behavior therapy*. In K. S. Dobson (Ed.), Guilford Press.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1976). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.
- Ellis, A. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Descless de Brouwer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Descless de Brouwer, S. A. ed., Vol. 2).
- Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 217–229). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-009>
- Eizaguirre, María Bárbara, Aguirre, Florencia, Yastremiz, Cecili, Vanotti, Sandra, & Villa, Andrés. (2017). Rendimiento neuropsicológico en pacientes con miastenia gravis. *Medicina (Buenos Aires)*, 77(2), 117-120. Recuperado en 21 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000200008&lng=es&tlng=es.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *A Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Hayes, S.C. Strosahl, K.D y Wilson, K.G (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255–262
- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, DF, México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Hernández, S., Méndez, C. (2008). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.

Herrera Lorenzo, Orestes, Infante Ferrer, José, & Casares Albernas, Fermín. (2009).

Miastenia Gravis: diagnóstico y tratamiento. Revista Archivo Médico de Camagüey, 13(5) Recuperado en 14 de octubre de 2022, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500014&lng=es&tlng=pt.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Reino Unido: Delta.

Keegan, E. (2010). Escritos de Psicoterapia cognitiva. Editorial Eudeba. Recuperado de:

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Teoricos%20Psicoterapias%20Keegan/keegan%20-%20escritos%20de%20psicoterapia%20cognitiva.pdf>

Kelly, G.A. (1955). The psychology of personal constructs. Nueva York: W.W. Norton & Company.

Lindsley, O.R. (1956). Operant conditioning method applied to research in chronic schizophrenia. Psychiatry Research Reports, 5, 118-139.

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. Gaceta de psicología.

Meichenbaum, D.H (1977). Cognitive-behavior modifications: An integrative approach. New York: Plenum Press

Morrison, J. (2015). DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.

Pérez, M (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid, Vallehermoso: Síntesis, S.A.

Organización Mundial de la Salud. (2021)

Rodríguez García, C., Vargas Santillán, M. de L., Osnaya Baltierra, S., & Estrada Reyna, I. del R. (2018). Calidad de vida y estado de ánimo de un paciente con miastenia

gravis / Quality of life and mood of a patient with myasthenia gravis. *RICS Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 7(14), 39 - 56.

<https://doi.org/10.23913/rics.v7i14.70>

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*, Nueva York, The Free Press.

Suárez, G. A. (2000). Miastenia Gravis: Diagnóstico y tratamiento. *Revista ecuatoriana de neurología*, 9(1-2), 23-26.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (1), pp. 9-20.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Stai. Manual for the State Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologist, 22, 1-24.

Stake, R.E. (1995). *Investigación con estudios de caso*. Edición Morata, S.L.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema - focused approach*, Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.