

Tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de la personalidad por dependencia

Behavioral-cognitive intervention for a case with dependent personality disorder

Blanca Ivette Gutiérrez Hernández
Universidad Enrique Díaz de León,
México

Luis Hernando Silva Castillo
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores
de Occidente, Guadalajara, México

Se presenta un análisis de caso de una intervención cognitivo conductual con una mujer de 36 años que llega con síntomas de depresión, ansiedad, y temor a la separación precedidos por incidentes de violencia de pareja. El caso siguió los lineamientos de un diseño AB con línea base, intervención y seguimiento. La intervención duró doce sesiones más tres sesiones de seguimiento en las que se aplicó con una entrevista de exploración clínica, el Inventario de Depresión de Beck, un Inventario de Pensamientos Automáticos y formatos de auto registro. Luego de una evaluación y estabilización del estado de ánimo de la paciente se procedió a utilizar técnicas conductuales y cognitivas para la modificación de comportamientos de tipo disfórico con el fin de aumentar comportamientos de autocuidado y conductas sociales. La paciente mostró una mejoría significativa en su estado de ánimo, una disminución en comportamientos dependientes y un aumento en conductas alternativas que se mantuvieron hasta el seguimiento. Los resultados se discuten en términos de la efectividad de los tratamientos cognitivos conductuales en diferentes problemáticas, la limitación de los diseños de caso único y la necesidad de investigación de la terapia cognitivo conductual.

Palabras clave: Tratamiento cognitivo conductual; Trastorno de personalidad; Trastorno de personalidad por dependencia; Análisis de caso.

Autor para correspondencia: Luis Hernando Silva Castillo. Periférico Sur Manuel Gómez Morín # 8585, C.P. 45604 Tlaquepaque, Jalisco, México. Teléfono: (+52) 33 3669 3434. Correo electrónico: hernando1427@gmail.com

Artículo disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/index>

The present study constitutes a behavioral-cognitive intervention case analysis with a 36-year-old woman. The patient started treatment for partner violence and has symptoms of depression, anxiety, and fear of separation. The study was carried out using an AB design with baseline sessions, intervention, and follow-up. This intervention lasted twelve sessions plus three follow-up sessions. After emotional assessment and stabilization, cognitive techniques were used to modify dysphoric behaviors and to increase self-care and social behaviors. The patient showed a significant improvement in her emotional state, as well as reduction of dependent behaviors, and an increment in alternative behaviors that were maintained in the follow-up sessions. The results are discussed in terms of the effectiveness of cognitive-behavioral interventions in different problematics, the limitations of single-case designs and the need to develop research on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Cognitive-behavioral treatment; Personality disorder; Personality disorder by dependence; Case study.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se definen como patrones permanentes de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiestan en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). Estos trastornos son formas persistentes de pensar, sentir y comportarse, y son relativamente estables a lo largo del tiempo.

Los trastornos de la personalidad suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o al principio de la edad adulta debido a que es cuando en el sujeto ya se han establecido los rasgos dominantes de la cognición y la conducta. Algunos de los patrones de personalidad pueden considerarse patológicos cuando, como características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo, tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos que imponen un modo de vida tan arraigado, inflexible y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias (*Sánchez, 2003*).

La definición de trastorno de personalidad involucra dos aspectos centrales, la consistencia a través del tiempo y la inflexibilidad o dificultad de ajuste a nuevas circunstancias. Al tener en cuenta que el trastorno de personalidad presenta estas dos características es de esperar que éste genere malestar psicológico significativo que pueda requerir atención y tratamiento persistente en el tiempo.

Respecto a la personalidad dependiente, *Simonelli y Parolin (2017)* comentan que es uno de tantos trastornos de la personalidad que ha sido relegado a segundo plano por los estudiosos e investigadores, tal vez debido a la gran cantidad de tipos de personalidad con rasgos más disfuncionales o que ponen en riesgo la vida de los sujetos como es el caso del trastorno de

personalidad límite. Sin embargo, es posible que un estudio a profundidad de la personalidad dependiente, permita encontrar en ella, explicaciones y causas de otros tipos de síndromos o trastornos que deben abordarse de forma prioritaria.

Criterios diagnósticos y características

La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia (TPD en adelante) es la necesidad general y excesiva que tiene una persona de que alguien se ocupe de ella; tal necesidad se asocia con comportamientos de sumisión, de adhesión y con temores de separación frecuentes que acompañan una percepción de incapacidad del sujeto para funcionar adecuadamente sin ayuda de los demás.

Según la APA (*2013*) el trastorno se manifiesta por cinco o más de las siguientes características de la persona:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación (Excluir los miedos realistas de castigo).
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

El trastorno de personalidad dependiente puede incluir rasgos de personalidad asténica, inadecuada, pasiva, derrotista, trastorno asténico de la personalidad, trastorno pasivo de la personalidad o trastorno derrotista asténico de la personalidad (APA, 2013).

Adicionalmente, desde el punto de vista cognitivo, los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia, se caracterizan por tener pensamientos pesimistas y presentar inseguridad en sí mismos, se ven a sí mismos como intrínsecamente inadecuados y desvalidos, incapaces de enfrentarse con éxito al mundo por sí solos, pueden ser personas que minimizan sus capacidades y valores, también es posible que se refieran constantemente a sí mismos como «estúpidos», pueden mostrar expectativas absolutistas con respecto a su propia conducta y a la de los demás. Estas características pueden estar acompañadas de un déficit en habilidades sociales y solución de problemas (Overholser, 1992). Las personas diagnosticadas con un TPD pueden interpretar las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad, lo que puede ocasionar la pérdida autoeficacia percibida. Overholser (1992, 1996) encontró que personas que con TPD presentan altos niveles de depresión, sentimientos de soledad, autocrítica, y niveles significativamente bajos de autoestima.

Las personas con TPD también muestran una tendencia a atribuir la felicidad a hechos externos y es entonces que establecen relaciones donde buscan y encuentran a alguien que les cuide y proteja. Se ha observado que las personas con TPD tienden a aislarse de grupos de apoyo, y se limitan a interactuar con las pocas personas de quienes son dependientes. Se ha encontrado alta comorbilidad del TPD con los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos (Beck, Davis, & Freeman, 1985).

Existen tres trastornos asociados que deben considerarse al momento de valorar un paciente con TPD para lograr realizar una intervención efectiva: la disforia, la depresión y la ansiedad, todos igualmente relevantes para la planeación de la intervención y el tratamiento (Sandoval & Villamil, 1999; Serrano & Abello, 2011).

La disforia se refiere tanto al estado de ánimo depresivo como a la irritabilidad y también puede ser usada específicamente para referir un estado de ánimo patológico o estado de ánimo irritable (Rodríguez & Godoy, 1997). La disforia podría ser cognitiva respecto al contenido del pensamiento generalmente negativo o de tipo conductual, respecto a un déficit de habilidades sociales, así como de un grupo de conductas relacionadas con la depresión leve (e.g., dejar de comer, dormir en exceso y abandonar las actividades cotidianas).

La depresión por otra parte, constituye un trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo y emocional de la persona (Serrano & Abello, 2011), tiene su origen en las distorsiones derivadas del procesamiento de la información y genera emociones como la tristeza, el sentimiento de vacío, abatimiento y pensamientos de inutilidad. Es probable que una persona con TPD padezca depresión de leve a moderada, y sea ésta la razón principal que conlleve a recibir atención psicológica.

Beck, Davis y Freeman (1985) señalan que un gran porcentaje de pacientes tratados por depresión merecen el diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia, aunque acuden a los centros de atención por los síntomas depresivos.

Por último, uno de los trastornos asociados al TDP de gran importancia para la comprensión del trastorno es la ansiedad que se presenta ante el rechazo. La ansiedad, según Caballo (2001) es una emoción normal que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es la base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta, cumpliendo una función adaptativa en diversas situaciones. Sin embargo, en exceso, la ansiedad es nociva o desadaptativa porque compromete la eficacia y conduce a enfermedades. Los sujetos con personalidad dependiente son especialmente proclives a la ansiedad de separación y a la preocupación de ser abandonados a su suerte (Beck et al., 1985).

Terapia Cognitivo Conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones que se basa en el supuesto de que los efectos y la conducta de una persona están determinados en gran parte por la forma en dicho individuo estructura el mundo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2011). La TCC ha sido efectiva en trastornos del estado de ánimo (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti, & Grandi, 2004; Fullana, de la Cruz, Bulbena, & Toro, 2012; Gortner, Gollan, Dodson, & Jacobson, 1998; Pérez, 2007; Puerta & Padilla, 2011; Quiroga & Errasti, 2001; Sánchez, Alcázar, & Olivares, 1999) y existen protocolos de intervención dirigidos en particular a trastornos de la personalidad como el TPD (e.g. Beck et al., 1990; Overholser & Fine, 1994; Pérez, González, & Redondo, 2007). La terapia desde este enfoque incorpora tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas disfuncionales) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando evaluaciones y patrones de pensamiento). Según Ingram y Scott (1990) las terapias cognitivo-conductuales suponen que a) los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos, b) el aprendizaje está mediado cognitivamente (por tanto, los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son de carácter cognitivo), c) algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse, d) la modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta (y viceversa), e) el análisis funcional es de especial utilidad para identificar las variables que mantienen el trastorno, y f) se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento por modificar las cogniciones.

El componente cognitivo de la terapia supone la existencia de distorsiones cognitivas (e.g., pensamiento catastrófico,

magnificación/minimización, sobre-generalización, personalización, visión de túnel, razonamiento emocional) que provocan reacciones emocionales y comportamentales indeseables, que deben ser identificadas y modificadas en el transcurso de la terapia.

El componente conductual contribuye con el uso de principios o paradigmas de aprendizaje establecidos experimentalmente para la eliminación de hábitos desadaptativos que se presentan en exceso y el establecimiento de nuevos hábitos o patrones de comportamiento que beneficien la adaptación del sujeto (Wolpe, 2010). El terapeuta debe medir operativamente el repertorio conductual presente antes de la intervención, realizar un análisis diacrónico de la historia de la problemática, un análisis sincrónico¹ (teniendo en cuenta el factor histórico y de aprendizaje de los hábitos) y medir el repertorio conductual al final de la intervención para corroborar la efectividad de la intervención. Es decir, se debe evaluar si los hábitos desadaptativos, disruptivos han sido modificados en un sentido que mejore el bienestar de los pacientes.

La información sobre la conducta, el aprendizaje y los hábitos se obtiene a través de la observación, autorregistros, análisis funcional de la conducta, relaciones antecedentes y consecuentes del comportamiento, factores reforzantes de la conducta que permiten entender los factores asociados y el establecimiento, evolución, mantenimiento, desencadenantes, y función de la conducta en diferentes momentos de la historia de la persona. La intervención desde el enfoque conductual busca específicamente a) el mejoramiento de los síntomas; b) incremento en la productividad y en el trabajo; c) incremento en el ajuste y en el goce sexual; d) mejoramiento en las relaciones interpersonales; e) mejoramiento de la capacidad para manejar los conflictos psicológicos frente a la tensión de la vida diaria (Knight, 1941, citado en Wolpe, 2010). En síntesis, desde la postura conductual se espera que mediante el decremento de las conductas problemáticas y el incremento de conductas adaptativas o deseables.

En particular, el objetivo de la TCC aplicada a personas con TPD es ayudarles a que gradualmente aprendan a ser más independientes de las personas de su entorno incluyendo al terapeuta mismo. Según Caballo (2001), es importante dirigir los esfuerzos para generar condiciones conductuales y cognitivas de autonomía y autoeficacia que permitan al paciente encontrar sus propias soluciones a las dificultades de la vida y sus relaciones interpersonales. Es decir, transitar de actitudes y comportamientos pasivos dependientes a respuestas cada vez más independientes y de mayor adaptación.

Pregunta y objetivo

La pregunta que dirigió la presente investigación fue: ¿es efectivo un tratamiento cognitivo conductual para mejorar la funcionalidad en una paciente con trastorno de la personalidad por dependencia?

Por tanto, el objetivo fue evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en un caso de personalidad por dependencia.

Respecto a la justificación, existen por lo menos tres razones que sustentan la investigación. Por una parte, es importante atender patologías poco estudiadas que generan malestar psicológico significativo como el TPD y cuya prevalencia en adultos se estima entre el 5 y 10% en el entorno clínico y entre el 0.49 y un 2% en población no clínica (Simonelli & Parolin, 2017). Por otra parte, el personal de la salud tiene la responsabilidad del personal de la salud de ofertar tratamientos efectivos que acorten el sufrimiento de los pacientes de manera que les permita ahorrar gastos y tiempo (Echeburúa, 1998; Echeburúa, Salaberría, de Corral, & Polo, 2010). Por último, es importante mediante la investigación evaluar la efectividad de las terapias que se implementan debido a que es por este medio que se genera el progreso científico de la psicología clínica, se apoya el desarrollo de intervenciones y se desarrolla evidencia que sustente los procedimientos empleados.

MÉTODO

Diseño

Se empleó un diseño de caso único tipo A-B. Este diseño se divide en dos fases, en la primera se toman medidas de la variable dependiente en ausencia del tratamiento, y durante la segunda fase se da continuidad a la medición de las variables dependientes en presencia de la intervención o tratamiento (Kazdin, 1996, 2001). En la presente investigación se aplicaron cuestionarios a la segunda semana, a la semana 12 y a los tres meses de terminado el tratamiento.

Presentación del caso

M es una mujer de 36 años, casada desde hace 20 años y con dos hijos. Su nivel de estudios es de secundaria y actualmente es empleada en un negocio comercial en el que trabaja seis horas diarias durante seis días a la semana.

Tres semanas antes del inicio de la consulta, M vivía con su esposo y su hijo de 15 años. Decidió separarse de su esposo dos semanas antes de iniciar la consulta. El motivo de la separación fue una fuerte discusión en la que el esposo la golpeó, causándole lesiones físicas.

Respecto al motivo de consulta, la paciente reporta que la relación con su esposo durante el matrimonio siempre fue muy conflictiva. En los últimos 16 años de matrimonio, el esposo abusó del alcohol lo que estuvo asociado a problemas de índole económico y violencia familiar. El esposo mantenía relaciones con sexoservidoras, discutía y le gritaba a su esposa, y en ocasiones la agredía físicamente, se ausentaba constantemente del

trabajo y se mantenía por días bajo efectos de alguna sustancia (alcohol y otras drogas), en estos periodos M lo atendía y cuidaba.

La paciente llega a consulta con síntomas de depresión y ansiedad, en específico presenta pérdida de interés en sus actividades cotidianas, pérdida de apetito, aumento en sus horas de sueños, sentimientos de infravaloración acompañados de un deterioro en sus relaciones sociales, ausentismo laboral y preocupación recurrente por la separación de su pareja. En la entrevista llora la mayor parte del tiempo, expresa desconfianza al hablar, no establece contacto visual, repite constantemente que no se quiere separar de su esposo y expresa sentirse muy tonta por estar tan afectada por esta situación. Ella expresa “si ya le aguanté todo, por qué ahora me quiere dejar”.

En términos de excesos, M presenta entre conductas que le generan malestar significativo como las de llamar a su pareja, insistirle que vuelva, mantener relaciones sexuales con él, dormir en exceso, saltar comidas y faltar de manera reitera al trabajo. Entre los déficits se encuentra en general ausencia de conductas que involucran el contacto social, entre ellas, salir a trabajar, salir de casa y hablar con otras personas.

Instrumentos

Se llevaron a cabo dos entrevistas clínicas semi-estructuradas para indagar áreas como historia de vida, rasgos de personalidad, historia familiar e historia médica, así como la observación de síntomas fisiológicos y clínicos. Paralelamente, se le administró una batería de pruebas, conformada por los instrumentos que fueron autoaplicados y se describen a continuación.

Entrevista de Exploración Clínica (Caballo & Salazar, 2005). Consta de 16 apartados que incluyen datos generales, aspectos clínicos, antecedentes familiares, escolares, sociales, religiosos, laborales y sexuales. Permite obtener información del estado general del funcionamiento del paciente y de los rasgos clínicos de pensamiento en conjunto con la respuesta fisiológica asociada.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado et al., 1998). Es un instrumento auto-administrado que consta de 21 ítems, los cuales evalúan el grado de severidad de la depresión en 21 categorías de síntomas. La prueba cuenta con enunciados que la persona debe leer cuidadosamente para luego elegir a opción que mejor describe su estado de ánimo en el transcurso de las últimas dos semanas (las opciones de respuesta van de 0 a 3). La aplicación del inventario tiene una duración aproximada de 10 minutos y los resultados son clasificados de acuerdo a cuatro categorías definidas por los valores obtenidos. Se considera que puntuaciones entre 1 a 10 no reflejan depresión, si los puntajes son de 10 a 18 se describe como depresión leve a moderada, si los puntajes logran valores entre 19 y 29 se considera que existe depresión moderada – grave.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz & Luján, 1991). Consta de 45 ítems de escala Likert agrupados en 15 tipos de pensamientos distorsionados: filtraje, pensamiento polarizado, sobre-generalización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los debería, falacia de razón y falacia de recompensa divina. La escala está constituida por enunciados y el participante debe elegir un valor que refleja la frecuencia con la que ocurre el pensamiento automático entre valores el 0 al 3. Puntuaciones de seis o más en el total de cada distorsión, indican una tendencia por una determinada forma de interpretar los hechos de la vida.

Auto-registro de conductas y pensamientos (Beck, 2000). Es un registro diario de comportamientos y respuestas fisiológicas respecto a la tristeza y la ansiedad por separación. Consta de tres columnas en las que la persona describe las situaciones desencadenantes, comportamientos y respuestas fisiológicas generadas así como lo que piensa y siente sobre las situaciones en conflictivas. En la primera columna la persona tiene que responder a la pregunta ¿Qué sucedió?, en la segunda columna responde al componente cognitivo ¿qué pensó?, por último, en la tercera columna responde a los aspectos emocionales y conductuales ¿Cómo se sintió y qué hizo en ese momento? Este instrumento es fundamental para realizar el análisis funcional del comportamiento.

Formulación clínica

Al momento de la entrevista para indagar en la historia de vida, antecedentes de la paciente y evolución del problema, la paciente expresó “todo empezó a partir de que se fue de la casa mi esposo, antes, hiciera lo que hiciera siempre se quedaba conmigo”. La separación se dio a partir de las infidelidades del esposo. Desde el momento en el que M descubrió las infidelidades se presentaron una serie de discusiones que llegaron a la violencia física ejercida por el esposo hacia M, lo cual generó hematomas en el rostro de M. Tras este evento (golpes) el esposo decidió irse de la casa.

Al momento de la entrevista M presentó síntomas de depresión, ansiedad, llanto recurrente, angustia por separación, y verbalizaciones constantes del tipo “no quiero estar sin él”. La paciente se ausentó de su trabajo por una semana debido a las lesiones que presentaba tras la pelea con su esposo.

A partir de auto-registros se realizó un análisis funcional de la conducta problema para identificar desencadenantes y mantenedores, el análisis se observa en la [Tabla 1](#). Los estímulos antecedentes de la conducta son de tipo ambiental, es decir, al encontrarse sola en su casa M presenta la conducta de llamar insistentemente a su esposo, como respuesta de evitación de su soledad.

Tabla 1.
Análisis funcional del comportamiento problema

Antecedente	Conducta	Consecuencia
Está sola en casa y sin actividad	Llama insistentemente a su esposo y le reclama sus infidelidades	Él contesta el teléfono, la rechaza y la ofende.
Reacciones		
Fisiológicas: llora, duerme, no come y no sale a trabajar Cognitivas: pensar que “no quiero que se aleje, yo no puedo vivir sin él” Emocionales: celos, tristeza, enojo y frustración, culpa.		
Antecedente	Conducta	Consecuencia
Su esposo le llama, la busca y le pide un encuentro sexual.	Accede a tener relaciones sexuales	Logra su compañía y atención para después ser humillada, culpada y permite ser vejada por marido por ser “una mujer rogona”.

La conducta es reforzada intermitentemente pues eventualmente su marido contestaba el teléfono, aun cuando en la mayoría de las veces sus palabras son de rechazo y la ofende ante esta situación. La paciente reacciona con llanto, duerme en demasía y evita ir a trabajar. Estos comportamientos van acompañados de sentimientos de tristeza, frustración, y pensamientos recurrentes de evitación al rechazo y soledad. En su discurso son recurrentes frases del tipo “no quiero estar sin él”, “no quiero que se aleje”, “yo no puedo vivir sin él”; por lo anterior y debido al refuerzo del esposo se mantienen los comportamientos dependientes y disfóricos.

Adicional al análisis funcional, se incluyó una formulación siguiendo los lineamientos de Beck (2000) pues desde el modelo cognitivo se pone especial importancia a las variables mediacionales y esta formulación, acorde con el modelo, provee un marco necesario de evaluación de los contenidos cognitivos que ayuda a comprender un caso. El modelo de Beck complementa el análisis funcional en el sentido en el que incluye variables cognitivas centrales en el mantenimiento y la génesis de los trastornos mentales. En particular la formulación complementa mediante la evaluación de creencias centrales, presunciones, creencias, reglas condicionales y estrategias compensatorias.

En la [Tabla 2](#) se aprecia una formulación del caso siguiendo los lineamientos de Beck (2000). Se observa que, a partir de situaciones antecedentes en su infancia por presenciar situaciones de violencia familiar y abandono emocional por parte de sus padres, M tiene una creencia central del tipo soy vulnerable con un contenido de “soy dependiente,” con creencias intermedias sobre ceder para evitar el abandono, así como pensamientos automáticos con contenido de tipo irracional que resaltan la incapacidad a estar sola. Esto mantiene su creencia de ser dependiente.

Se incluyó también el modelo basado en la solución de problemas de Nezu, Nezu, y Lombardo (2006) porque se encuentra orientado no solamente al entendimiento del caso, sino que ayuda

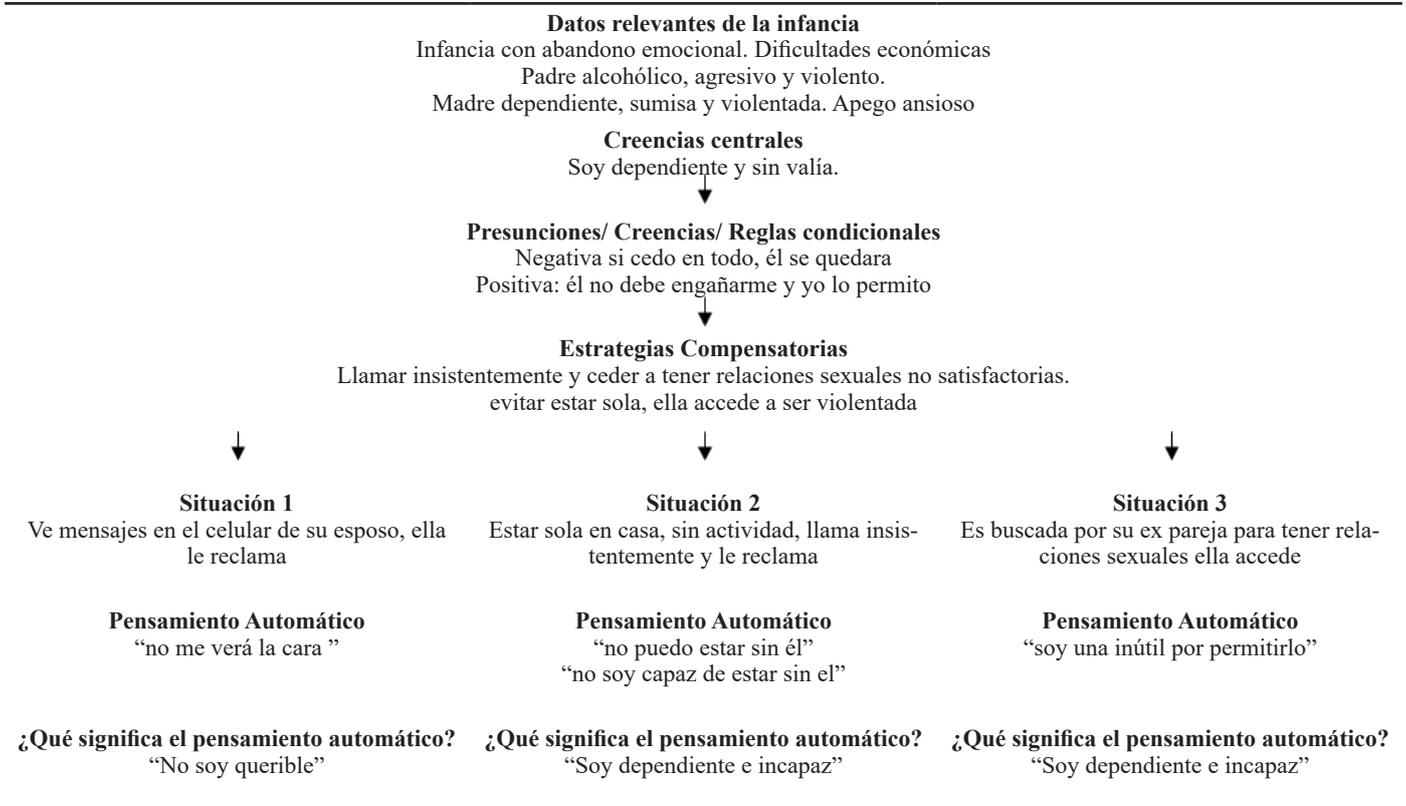
a generar metas y acciones específicas, es decir, el modelo se dirige no solamente a la evaluación sino al tratamiento, en palabras de los autores “este modelo sugiere varias operaciones de resolución de problemas con el fin de abordar de manera eficaz esos retos clínicos” (p.p., 7-8).

Desde el modelo basado en la solución de problemas de Nezu et al. (2006) se consideran importantes las variables antecedentes y distantes del problema. En este caso, la paciente proviene de un ambiente familiar de abusos, agresiones y una madre con comportamientos sumisos. En su matrimonio se expone a situaciones de violencia y dependencia, pero cuando su esposo (ex-pareja en adelante) se separa de ella, entonces presentan síntomas de ansiedad, depresión y comportamiento de apego, dependencia ante el rechazo que se exacerban y provocan un malestar subjetivo a la paciente. En la [Figura 1](#) se observa un mapa clínico de patogénesis elaborado a partir de los lineamientos de Nezu et al. (2006). En la [Figura 1](#) se observan las variables distantes, antecedentes, organísmicos, de respuestas y las consecuencias a corto plazo.

Tratamiento

Los objetivos y estrategias se plantearon teniendo en cuenta la Formulación de Nezu et al. (2006) y la Formulación Cognitiva de Beck resultantes de la evaluación. En la [Figura 2](#) se ejemplifica cada objetivo y la técnica utilizada para alcanzarlo. La intervención implicó el control de estímulos, activación conductual², entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva para: el decremento las conductas que denominados dependientes (llamar, insistir y mantener relaciones sexuales), la disminución de conductas disfóricas (saltar comidas, no bañarse y dormir en exceso), el aumento de las conductas que puede mejorar la autoeficacia y las relaciones interpersonales (salir a trabajar, salir de casa y hablar con otras personas)

Tabla 2.
Formulación cognitiva de Beck (2000)



y para la resignificación de creencias y mejoramiento de las relaciones interpersonales. El tratamiento se dividió en tres momentos: la etapa de valoración y diagnóstico, donde se aplicaron distintos inventarios y entrevistas (sesión 1-3). La etapa de intervención, que consistió en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y la evaluación de cambios (sesión 4-12). La última etapa fue de prevención de recaídas y evaluación de los cambios en ausencia de tratamiento (al mes, a los dos meses y a los ocho meses de terminado el tratamiento).

La etapa de valoración y diagnóstico tuvo el propósito de analizar el estado general de la persona y sus comportamientos, así como sus rasgos de personalidad y red de apoyo social. En esta etapa se utilizó la entrevista clínica para establecer motivo de consulta, queja y demanda terapéutica. Después se elaboró su historia clínica sobre antecedentes históricos y contextuales. Así mismo, para favorecer la alianza terapéutica se aclararon las expectativas del tratamiento y limitaciones, así como aspectos de confidencialidad.

En la etapa de intervención se implementaron las técnicas y métodos necesarios para modificar los síntomas y problemas que refiere el paciente, es aquí donde se concentran los cambios del estado de ánimo, los cambios conductuales, de pensamiento y la adquisición de habilidades. Por último, en la etapa de evaluación de cambios se mantienen las estrategias implementadas, así como

citas espaciadas de seguimiento. Una descripción detallada de cada fase se observa en la [Tabla 3](#). En una sesión típica estaba únicamente la consultante con la psicóloga y se monitoreaba el estado de ánimo y las actividades realizadas en la semana. En las fases de evaluación se identificaron las situaciones y comportamiento de mayor relevancia por sus efectos sobre el paciente, sean estos deficitarios o excesivos. En la fase de intervención se siguió un orden similar, en la fase de activación (sesión 4 y 5) realizó una revisión de las actividades en casa y las actividades que había que incrementar como arreglos de en casa, actividades de ocio y placenteras por cada día de la semana, así como las limitaciones por las que no logró realizarla, después se replanteaban las actividades y se reforzó lo logrado estableciendo un nuevo plan de acción, al término de la sesión se le pregunta de que se dio cuenta y como se siente a manera de cierre. Sin embargo, el monitoreo de las actividades continuo por lo restante del tratamiento.

Posterior a las sesiones de activación, se dio paso la reestructuración cognitiva a partir de resignificar su auto concepto sobre “ser una mujer digna” o “ser esposa o una buena madre” a partir de una serie de preguntas a manera de debate se llevó a otras ideas alternativas más realistas sobre su situación para mejorar su auto concepto y los cambios de sus comportamientos como mejoraron su estado de ánimo y la exposición a situaciones de ansiedad.

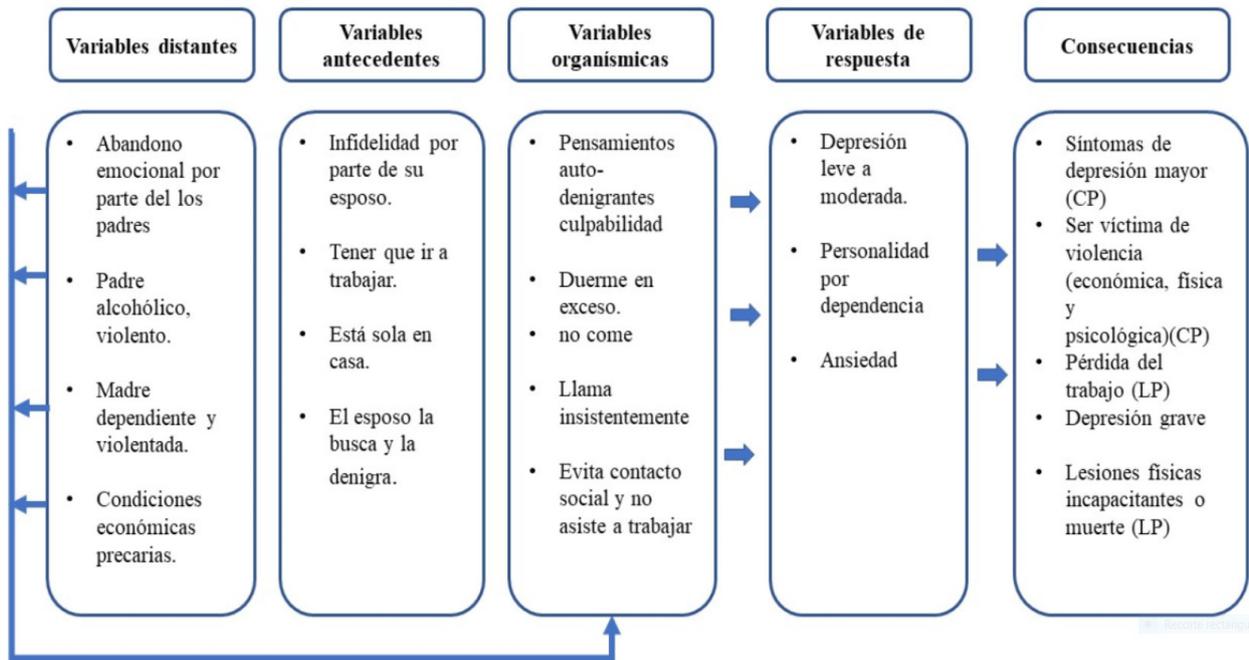


Figura 1. Mapa clínico de patogénesis de Nezu, Nezu y Lombardo (2006).
CP: Corto plazo, LP: Largo plazo

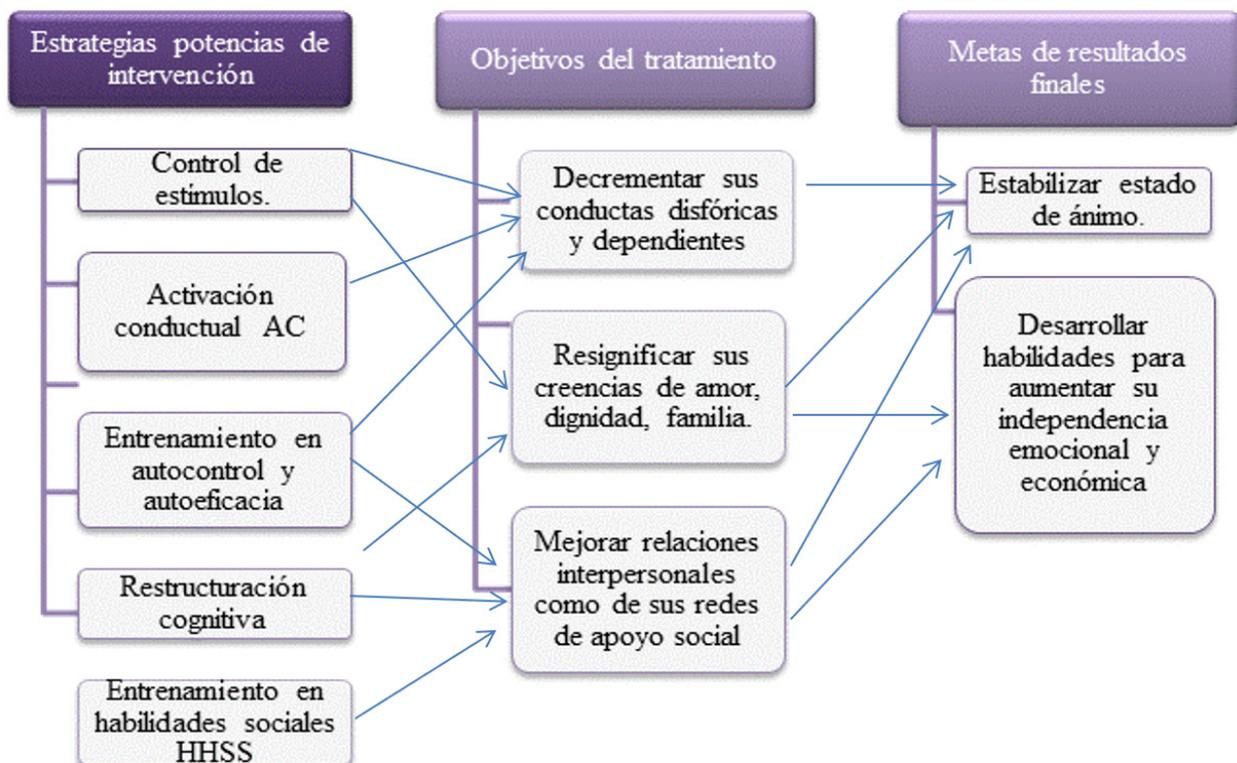


Figura 2. Estrategias y objetivos basados en Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Tabla 3.
Fases del tratamiento y sus objetivos y técnica

Sesión	Fase	Objetivo	Técnicas o estrategias
1			A partir de la entrevista, medir de forma estandarizada por medio de inventarios para realizar un diagnóstico
2	Valoración y diagnóstico	Establecer motivo de consulta, queja y demanda terapéutica, diagnóstico clínico	Establecer un análisis funcional de los comportamientos y situaciones del problema para operacionalizarlas y jerarquizarlas
3			Determinar los factores desencadenantes, antecedentes y mantenedores del comportamiento dependiente
4		Valorar y estabilizar su estado de ánimo disfórico partir de la activación conductual	Se utilizó un listado de activación conductual. Se jerarquizaron los comportamientos
5			Se le pidió a la paciente observara su estado de ánimo realizando actividades y cuándo no las realizaba
6		Extinguir las conductas de riesgo de vida, desarrollando conductas protectoras contra la violencia	A partir de la psicoeducación sobre el ciclo de violencia
7			Ensayo conductual de conductas protectoras de la violencia
8	Intervención	Disminuir las conductas dependientes a partir del control de estímulos, para generar nuevos comportamientos	Utilizando la técnica de control de estímulos Realizando un listado de actividades agradables y distractoras
9		Modificar a partir de la reestructuración cognitiva, sus distorsiones cognitivas (especialmente en su auto concepto) por medio de: debate didáctico, filosófico, empírico y funcional	Debatiendo las ideas de matrimonio dignidad y respeto. Se trabajó con el auto concepto a partir de encuestas a otros sobre ella
10			
11			
12		Dar seguimiento al paciente para mantener los cambios y definir la prevención de recaídas	Estrategias de autoeficacia respecto a su economía Cierre del tratamiento
13 (al mes)			
14 (a los dos meses)	Seguimiento	Valorar y estabilizar su estado de ánimo disfórico partir de la activación conductual	Se aplicaron los inventarios y se habló sobre los cambios obtenidos durante el tratamiento
15 (a los ocho meses)			

RESULTADOS

Para obtener la frecuencia de las conductas que generaban mayor problema, se utilizó el autorregistro de comportamientos de forma semanal, mientras que la selección de comportamientos a registrar se llevó a cabo a partir de una jerarquía de conductas problema (aquellas que llevan a la paciente a experimentar mayor o menor ansiedad). También se registraron aquellas conductas que le generaban mayor problema a partir de sus consecuencias, por ejemplo el mantener relaciones sexuales con la ex-pareja era una de las conductas de mayor riesgo, seguido de llamar a la ex pareja y pedir de manera insistente que regresara a casa.

En la [Figura 3](#) se muestra la frecuencia semanal de comportamiento auto-denigrante a lo largo del tratamiento. Se aprecia un decremento conforme avanza la terapia en las conductas de llamar, insistir y acceder a tener relaciones sexuales. La conducta de llamar se mostró con una frecuencia semanal entre 21 y 14

llamadas en las dos primeras sesiones, alcanzó un pico en la sesión 4 (23 veces) a partir de la que la frecuencia disminuyó hasta alcanzar valores de cero en la sesión 12. El comportamiento de insistir en que su ex-pareja regresara mostró una frecuencia de 7 y 6 en las primeras dos semanas, teniendo un decremento de la frecuencia en la sesión siete y ocho hasta llegar hasta cero en la sesión 12. El comportamiento de acceder a tener relaciones sexuales (que tenía la consecuencia de la posterior humillación) se presentó con una frecuencia semanal entre 3 y 2 en las dos primeras sesiones llegando a cero en la última sesión de tratamiento. En el seguimiento se observa el mantenimiento de los comportamientos modificados.

En la [Figura 4](#) se aprecia la frecuencia semanal de conductas disfóricas (dormir en exceso, saltarse comidas y faltar al trabajo) a lo largo del tratamiento. Dormir en exceso fue contabilizado teniendo en cuenta cada periodo en el que la consultante dormía por lo menos 2 horas adicionales a su horario de sueño regular (8 horas en la noche).

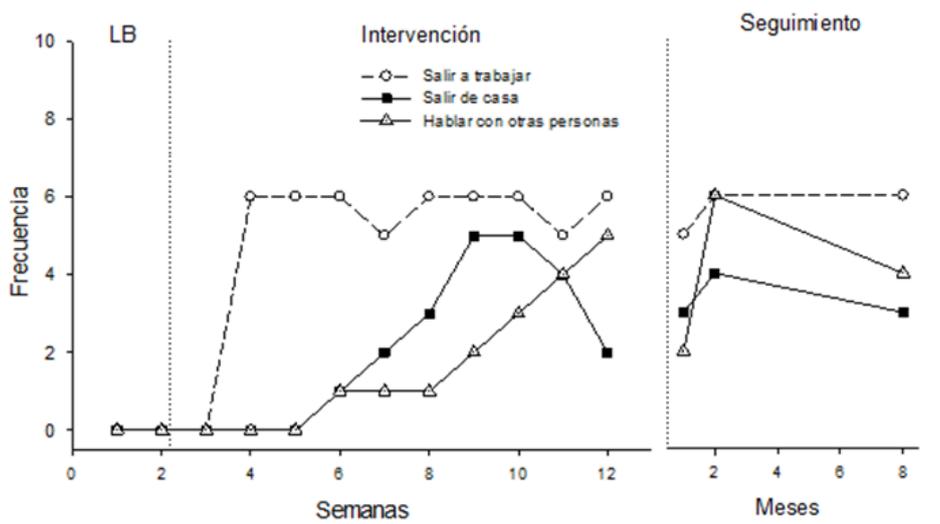


Figura 5. Evolución de la frecuencia semanal de conductas de autoeficacia a lo largo del proceso terapéutico y el seguimiento.

Tabla 4. Puntuaciones pre, post-tratamiento seguimiento en los inventarios

Inventario	Pre (Sesión 2)	Post (Sesión 12)	Seguimiento (Ocho meses)
Escala de depresión Beck (1996)	28 Moderado	20 Intermitente	15 Leve
Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, (1991)			
Pensamiento polarizado	9	6	---
Falacia de recompensa divina	6	5	---

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Este análisis de caso tuvo el objetivo de evaluar los efectos de un tratamiento cognitivo conductual en una paciente con trastorno de la personalidad por dependencia. Se realizó una intervención orientada a describir los cambios, siguiendo lineamientos de evaluación e intervención de los estudios de caso único. Por tal razón, el proceder comprendió las etapas correspondientes a un diseño AB (Kazdin, 2001). La primera etapa fue de evaluación, y la segunda se caracterizó por la aplicación de técnicas y la medición de los resultados.

En la fase de evaluación se realizó una primera entrevista y se aplicaron inventarios para obtener una medición inicial. Con esta información se realizó un análisis funcional para detectar los comportamientos problemáticos, los desencadenantes (antecedentes) y los mantenedores del comportamiento (consecuencias).

Como parte de la evaluación se obtuvo una línea base teniendo en cuenta las principales conductas asociadas al malestar reportado, entre ellas las de tipo disfórico que se deseaban disminuir (dormir en exceso, llorar, permanecer en casa, saltarse comidas

y las de autocuidado que se buscaba incrementar (bañarse, alimentarse y salir de casa). Una vez afectados los anteriores comportamientos se identificaron conductas dependientes con el fin de disminuirlas (llamar insistentemente a la ex-pareja, acceder a tener relaciones sexuales con la pareja, consultar a la pareja para tomar decisiones) y las conductas de autoeficacia que se pretendían aumentar (hablar con personas nuevas, ir a trabajar y salir de casa para realizar actividades de recreación).

Se decidió por un modelo de intervención cognitivo conductual debido a que este ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Conti & Grandi, 2004; Fullana, de la Cruz, Bulbena & Toro, 2012; Gortner, Gollan, Dodson, & Jacobson, 1998; Pérez, 2007; Sánchez, Alcázar & Olivares, 1999).

Se utilizó la activación conductual como técnica en la primera fase del tratamiento, esta técnica esta encaminada a paliar solo síntomas depresivos mediante jerarquización de tareas, la programación de objetivos vitales, el reforzamiento de conductas de contacto social y la realización de actividades gratificantes (Barraca, 2010). En este caso la activación, que posee amplia

evidencia de su eficacia (Hopko, Lejuez, Lepage, Hopko & McNeil, 2016), tuvo la función de estabilizar el estado de ánimo de la consultante y generar un grupo de comportamientos funcionales de autocuidado.

Una vez estabilizado el estado de ánimo mediante la activación conductual, e identificados factores desencadenantes, antecedentes y mantenedores del comportamiento dependiente, se utilizó la técnica de control de estímulos y restructuración cognitiva con el fin de disminuir comportamientos disfóricos y dependientes.

Teniendo en cuenta los resultados, se puede concluir que las técnicas utilizadas fueron útiles para el logro de los objetivos planteados, es decir que el tratamiento logró generar cambios en las conductas del consultante. La paciente llegó en las primeras sesiones con un estado de ánimo bajo, caracterizado por llanto recurrente, ausencia de comportamientos de autocuidado, con pensamientos de desesperanza, y como adicionalmente presentaba un deterioro en sus relaciones sociales y familiares, y un nivel moderado de depresión según la escala de Beck. La estabilización del estado de ánimo permitió tener condiciones básicas para dar continuidad a la intervención.

Respecto a los comportamientos de dormir en exceso, no comer, no salir de casa ni realizar actividades, rápidamente fueron modificados (tres sesiones) por la activación conductual que disminuyó el nivel de depresión. A lo largo del tratamiento se desarrolló un entrenamiento de autoeficacia para disminuir los comportamientos dependientes. El control de estímulos, por su parte, permitió un aumento de actividades cotidianas con el objetivo de distraer a la paciente y evitar así la repetición compulsiva de la conducta de llamar a su ex-pareja. Sin embargo, a pesar de lograr un cambio favorable, sobre todo en el estado de ánimo y en la modificación de sus actividades sociales, la paciente no logró separarse completamente de su ex-pareja (actividad que le generaba consecuencias altamente aversivas y en con quien desplegaba comportamientos dependientes).

Por otra parte, la restructuración cognitiva (a lo largo del tratamiento) mediante el uso de debate didáctico, filosófico, empírico y funcional permitió cuestionar y modificar el autoconcepto de M respecto a su visión de mujer y su valía. Al inicio del tratamiento la paciente refería frecuentemente culpa, expresaba pensamientos distorsionados (de tipo polarizado y falacia de recompensa divina) y a lo largo del tratamiento fue modificando su estado de ánimo y pensamientos. Se atribuyen a esta técnica los cambios reportados en las puntuaciones obtenidas en el inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan (1991) específicamente en las subescalas de pensamiento polarizado y falacia de recompensa divina respectivamente. Es decir, el debate permitió una disminución de los pensamientos de tipo radical que juzgan las cosas en términos de nunca, siempre, bueno o malo (pensamiento polarizado) y una disminución en creencias esperanzadoras de cambios favorables sin esfuerzo o sin realizar

comportamiento alguno (falacia de recompensa divina). La anterior evidencia, apoya la conclusión de que la intervención, con orientación cognitivo conductual logra mejorar la funcionalidad en una paciente con trastorno de la personalidad por dependencia como el descrito.

Respecto al impacto que tiene el tratamiento a través del tiempo, se observó que las conductas disfóricas y los comportamientos dependientes se redujeron y se mantuvieron en la fase de seguimiento. Por otra parte, los comportamientos de autoeficacia también muestran consistencia en el tiempo. Desafortunadamente, una limitación del estudio es la carencia de medición respecto al tipo de pensamiento distorsionado en la fase de seguimiento. Sin embargo, se espera, que el cambio conductual de la paciente sea consistente con una disminución en las distorsiones del pensamiento.

Respecto a los diferentes aspectos metodológicos del estudio, sin bien el presente trabajo aporta una descripción detallada del procedimiento para tratar el TDP y los datos sugieren que las técnicas fueron eficaces para el logro de los objetivos, la investigación no posee el control estricto de los ensayos clínicos aleatorios y por tanto tiene las debilidades metodológicas que tiene cualquier estudio de caso. Es decir, siempre existe la posibilidad de que eventos extra-terapéuticos (e.g. cambios de trabajo, emergencias de nueva relaciones, etc.) pueden influir o determinar en la modificación de los comportamientos.

En este sentido, es importante seguir los lineamientos del APA para consolidar los tratamientos de acuerdo con su soporte empírico (Chambless, & Ollendick, 2001; Mustaca, 2003; Odonohue, Buchanan, & Fisher, 2000, Ybarra, Orozco, & Valencia, 2015) y para tal objetivo es importante realizar réplicas que permitan aumentar el acervo de conocimiento y con ello, de manera más confiable, determinar la relación entre el tratamiento y los cambios. Serán futuros meta-análisis los encargados de recuperar la información de los estudios de caso existentes y juzgar con mayor precisión si el tratamiento cognitivo conductual y sus técnicas son efectivas para tratar este trastorno.

Notas al pie de página

¹ Lo diacrónico se refiere a aquellos factores históricos que participan en la evaluación del problema, mientras lo sincrónico hacen referencia al conjunto de situaciones presentes y desencadenantes que mantiene el problema.

² Según Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, (2011), la activación conductual puede ser entendida como un conjunto de técnicas o como una terapia, ambas orientadas a paliar los síntomas depresivos. En el presente documento, la activación conductual usa la primera acepción, es decir es un conjunto de técnicas que incluyen la programación de objetivos vitales, el reforzamiento de conductas de contacto social y la realización de actividades gratificantes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A., Denis, D., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A., Freeman, A., Denis, D. (1985). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Beck, A., Rush, J.A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2011). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee De Brouer.
- Caballo, V. & Salazar, C. (2005). *Inventario de exploración clínica*. España: Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2001) Tratamientos cognitivos conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 579- 605.
- Chambless, D. & Ollendick T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 685-716.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 1-38. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. & Polo, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-256.
- Fava G, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, & Grandi S. (2004) Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876. <https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1872>
- Fullana, M. A., de la Cruz, L. F., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138, 215-219. DOI: [10.1016/j.medcli.2011.02.017](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017)
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dodson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-388. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.377>
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Lepage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2016). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469. <http://doi.org/10.1177/0145445503255489>
- Ingram, R., & Scott, W. (1990). Cognitive behavior therapy. In A. S. Bellack, M. Hersen & A.E. Kazdin (Eds.). *International handbook of behavior modification and behavior change*, 4th ed.(pp. 428-466). New York: Plenum Press.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21, 26-31.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Pearson Education.
- Londoño, C. & Valencia, S. (2005). La Investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 8, 163-182.
- Mustaca, A. (2003) Tratamientos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- Nezu, A. Nezu, C. & Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Odonohue, W. Buchanan, J. & Fisher, J. (2000). Characteristics of Empirically-Supported Treatments. *Journal of Psychotereapy Practice and Research*, 9, 69-74.
- Overholser, J. C. (1992). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13, 17-23.
- Overholser, J. C. (1996). The dependent personality and interpersonal problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 8-16.
- Overholser, J. C., & Fine, M. A. (1994). Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 55-70.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 97- 110.
- Pérez, M., González, H. & Redondo, M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*, 18, 401- 423.

- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia Cognitiva- Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8, 251-257.
- Quiroga, E. & Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad, *Psicothema*, 13, 393- 406.
- Rodríguez, C. & Godoy, A. (1997). Factores que predicen la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión leve o disforia. *Psicothema*, 9, 105-177.
- Ruiz, J. & Luján, J. (1991). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Inventario de pensamientos automáticos. *Psicología Online*.
- Sánchez, J. Alcázar, A. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11, 641- 654.
- Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8, 163-173. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712003000200008>
- Sandoval, L. & Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y los trastornos en la personalidad. *Salud Mental*, 22, 34- 40.
- Serrano, S. & Abello, L. (2011). Comorbilidad: depresión, ansiedad y trastorno de la personalidad por dependencia. *Cultura, Educación y Sociedad*, 2, 11-24.
- Simonelli, A., & Parolin, M. (2017). *Dependence personality disorder*. In Zeigler-Hill, Virgil, Shackelford, Todd K. (Eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer International Publishing
- Wolpe, J. (2010). *Práctica de la terapia de la conducta*. México. Trillas.
- Ybarra, S. Orozco, R. & Valencia, A. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico. Herramientas fundamentales para la psicología clínico y de la salud*. México: Manual Moderno.