

Comorbilidad: Depresión, ansiedad y trastorno de personalidad por dependencia. Estudio de caso único*

Comorbid: Depression, anxiety and dependent personality disorder. Case study

Marleyn Serrano Ramírez** - Daniella Abello Luque***

Artículo de investigación finalizada / Recibido: Octubre de 2010 / Revisado: Noviembre de 2010 / Aceptado: Enero de 2011

RESUMEN

El presente estudio de caso investigativo plantea la intervención cognitivo-conductual sobre la comorbilidad de estados depresogénicos, las respuestas de ansiedad y el trastorno de personalidad por dependencia. Se basa en un paradigma empírico analítico, a través de una investigación cuantitativa de un estudio de caso único, en el que se argumenta la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual sobre la coexistencia de síntomas presentados en el paciente. De igual forma es posible vislumbrar el proceso de la depresión, la ansiedad y la dependencia a partir de dicha intervención.

Palabras clave

Ansiedad, depresión, trastornos de personalidad por dependencia, tratamiento cognitivo-conductual, estudio de caso.

ABSTRACT

This case study research raises the cognitive-behavioral intervention on the comorbidity of depressogenic states, anxiety responses and dependent personality disorder. It is based on an empirical analytic paradigm, through quantitative research of a single case study, which argued the effectiveness of cognitive-behavioral treatment on the coexistence of symptoms presented in the patient. Just as it is possible to glimpse the process of depression, anxiety and dependence from that intervention.

Keywords

Anxiety, depression, dependent personality disorder, cognitive-behavioral therapy, case study.

* Artículo realizado en los estudios de Maestría en Psicología Clínica, Universidad del Norte.

** M.A. en Psicología y M.A en Filosofía. Doctorando en Psicología con Énfasis en Neurociencia Cognitiva.

*** Psicóloga de la Universidad del Norte.

INTRODUCCIÓN

La investigación se realizó mediante el método estudio de caso, en el que es posible mostrar el motivo de consulta, la historia del paciente, del problema, y la identificación de lo que concierne a su perfil cognitivo.

A lo largo del referente teórico se esbozarán las siguientes variables: la depresión, la ansiedad, el trastorno de personalidad por dependencia y el tratamiento cognitivo conductual.

En primer lugar, la depresión es un grave trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo y el emocional-fisiológico de la persona (Beck, 1970). Beck explica la depresión como el resultado de un desarreglo cognitivo. A lo largo del proceso de socialización, los seres humanos van formando conceptos y generalizaciones a partir de identificaciones con personas relevantes, de experiencias propias, de juicios de los demás sobre terceros y sobre uno mismo.

Seguidamente, la ansiedad, según Moreno (2002), es una emoción normal que cumple una función adaptativa en diversas situaciones. El ser humano necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para su supervivencia. Es decir, que ante un peligro real es normal que las personas sientan miedo. En cierta medida el organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias.

Según Colina y Rodríguez (2008), la personalidad dependiente se manifiesta como la falta de autonomía para la ejecución de algún tipo de actividades o funciones. Este aspecto carente genera a su vez una poca valoración de sí mismo, de sus propias opiniones y decisiones. Este pobre concepto de sí determina en estos pacientes patrones característicos de interacción social establecidos por la vinculación dependiente.

En el presente estudio se expondrán las formas comórbidas, específicamente los trastornos de personalidad en coexistencia con trastornos del Eje I, las cuales son de peor pronóstico. Se sabe que no sólo se incrementa la posibilidad de aparición de un episodio depresivo mayor, sino que, además, presentan mayor gravedad y duración de la sintomatología, peor respuesta al tratamiento y persistencia sintomática y una mayor tendencia a la cronicidad del trastorno afectivo (Quiroga y Errasti, 2001).

La investigación fue un estudio de caso cuantitativo con un diseño AB; se trabajó sobre un paciente que ha sido evaluado por el investigador, el cual consideró necesario hacer énfasis en identificar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual cuando coexiste el trastorno de personalidad por dependencia con ansiedad y depresión.

Para obtener la información y evaluar continuamente al paciente se trabajó mediante las siguientes fases durante el proceso terapéutico, el cual se abordó de la siguiente manera: la conceptualización de los problemas, seguidamente generar alternativas conductuales, en la siguiente fase las alternativas cognitivas y, por último, generalización de resultados y prevención de recaídas.

Finalmente, se ilustraron los resultado y conclusiones, que revelaron que básicamente los pacientes con comorbilidad de trastorno de personalidad, ansiedad y depresión se caracterizan porque presentan mayor gravedad, tienen un nivel más alto de sufrimiento, ofrecen mayor tendencia a la cronicidad, muestran peor respuesta al tratamiento y exhiben mayor deterioro psicosocial.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

El estudio se realizó con una paciente de 43 años de edad que llega a consulta por el siguiente motivo: *"Soy muy ansiosa, por el afán se me rompen las cosas, se me olvidan las cosas, mi mayor problema actualmente es la situación problemática entre mi pareja y mi hija mayor"*.

Según la paciente, su alteración en el estado de ánimo se manifiesta por tristeza constante que experimenta casi todos los días. El problema se activa ante las discusiones de su esposo y sus hijas, las cuales siempre han vivido con ella; además expresa no poder tomar decisiones por sí sola, sentirse inferior que las personas más capacitadas que ella, no poder brindarle dinero a su familia. Todas estas situaciones la llevan a sentirse triste, a perder la concentración, así mismo a tener alteraciones del sueño y la percepción de sí misma. En las noches afirma que no puede dormir, trata de dormirse pero empieza a dar vueltas en la cama y no logra conciliar el sueño. En cuanto a sus pensamientos hacia sí misma, verbaliza: *"no voy a poder con estos problemas, me siento menos que los demás"*. La paciente manifiesta que a veces ha pensado en suicidarse; a los 22 años hizo un intento, cuando se le tiró a un carro.

Otra de las problemáticas identificadas en el caso son las respuestas ansiosas, las cuales se manifiestan por una preocupación constante que experimenta casi todos los días. Afirma que se siente ansiosa y se irrita con facilidad. Cuando realiza sus actividades domésticas piensa mucho en lo que tiene que hacer después; no puede estar más de dos horas en una misma actividad porque se "desespera"; ella programa sus actividades del hogar por horas; muy pocas veces se queda sentada viendo un programa de televisión; ella describe que siempre tiene que estar haciendo algo. Generalmente cuando se siente ansiosa empieza a cantar y a comer excesivamente. A nivel fisiológico, presenta mareos, taquicardias, ahogos, manos frías y dolores de cabeza. Le preocupan las discusiones que tiene su hija mayor con su esposo, lo que le pueda pasar a sus nietos, expresa que

los sobreprotege e imagina a sus familiares muertos. Los pensamientos catastróficos que se activan ante los eventos que le generan ansiedad son: *"Y si se mudara, ¿quién le va a dar de comer?" "¿y si le pasara algo?"*.

Otro de los problemas que manifiesta la paciente es en las relaciones intrafamiliares; expresa que fue muy apegada a sus padres pero por problemas económicos no podían estar juntos; esto le generaba mucha tristeza, por lo que decide ir a vivir con su pareja actual, tal como ella lo expresa: *"para tener estabilidad"*.

Todas estas situaciones a lo largo de su vida acentúan su problema en las relaciones intrafamiliares. En la actualidad se identifica en la paciente una dependencia por su pareja y por sus hijas, cuando expresa: *"A mis 41 años no he hecho nada por mí misma, no he tomado decisiones en mi vida, soporto todo de ellos para que no me dejen"*.

Ante las discusiones entre su esposo y sus hijas ella piensa: *"Debería estar más pendiente de ellas", "esto es horrible, no voy a poder con este problema"*.

Con la paciente se llevaron a cabo 26 sesiones, las cuales se enfocaron en evaluar e intervenir en la disminución de su sintomatología depresiva, las respuestas de ansiedad y las dificultades en las relaciones intrafamiliares. A lo largo de este proceso, la paciente ha cumplido con los principios de la terapia ante su papel activo y colaborativo en la realización de actividades en consulta y algunas planeadas para la casa. En el proceso de evaluación e intervención se aplicaron técnicas, estrategias e instrumentos cognitivos-conductuales.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

De acuerdo con los objetivos propuestos en el presente estudio, la fuente principal de recolección de la información y los datos de la historia fue la entrevista clínica semiestructurada; los registros de la paciente, elaborados en sesión y como tareas para la casa, permitieron realizar un análisis funcional

Tabla 1.

Técnica o instrumento aplicado	Objetivo
1. Entrevista clínica semiestructurada.	Motivo de consulta, datos relevantes de la historia e historia del problema. Cormier y Cormier (1994).
2. Autoregistros (Análisis funcional), técnica flecha descendente.	Identificación de pensamientos automáticos, significados personales, estrategias/supuestos subyacentes y esquema nuclear. Cormier y Cormier. (1994)
3. Esquemas Maladaptativos Tempranos - EMTs	Evaluación de los esquemas mal adaptativos tempranos. Se evalúan quince Esquemas Maladaptativos Tempranos, los cuales se contemplan en la prueba EMTs forma larga primera edición, medidos por el Squema Questionare desarrollado por Young en 1990 para evaluar tales esquemas maladaptativos tempranos. El autor ha llevado a cabo revisiones teóricas de los esquemas y su forma de agrupación, dando lugar a diferentes versiones del cuestionario. En este estudio se utilizó la primera versión de los EMTs en donde se evalúan quince esquemas maladaptativos tempranos. (Young, 1995)
4. Inventario de Depresión de Beck - BDI	Evaluación de depresión. Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), construyen esta escala formada por 21 ítems de alternativa múltiple, relacionados con síntomas depresivos. Cada ítem tiene cuatro oraciones ordenadas en grado de gravedad en una escala de 0 a 3, la persona debe señalar la frase que mejor describe sus sentimientos durante los últimos 14 días. La puntuación total del inventario oscila entre 0 y 63. El coeficiente de fiabilidad test-retest se encuentra en un rango que va desde 0,65 a 0,72, según la revisión realizada por el autor.
5. Inventario de Ansiedad de Beck - BAI	Evaluación de ansiedad. Beck, Brown, Epstein y Steer (1988). Este inventario de 21 ítems, en el que la persona debe señalar en una escala de 0 a 3 el grado de molestia que le ha provocado experimentar cada síntoma de ansiedad señalado. La puntuación mínima en este inventario es de 0, siendo 63 la puntuación máxima. El coeficiente de fiabilidad test-retest de este inventario es de 0,75 y el de consistencia interna es de 0,92 (Beck, 1988).
6. Examen Internacional de Trastornos de Personalidad - IPDE	El International Personality Disorders Examination – IPDE (Loranger, 1994) es una entrevista semiestructurada, cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos Trastornos de Personalidad - TP según criterios del DSM IV y/o el CIE 10. Este cuestionario cuenta además con un breve cuestionario de evaluación autoaplicado, de screening (detección), en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero/falso) el paciente describe su conducta habitual en los últimos 5 años. Este breve cuestionario proporciona al entrevistador una rápida información a cerca de qué TP es probable que esté presente y a continuación la administración del módulo completo del IPDE permitiría confirmar o descartar el diagnóstico de screening.

identificando pensamientos automáticos en situaciones específicas que generaban malestar en la paciente, de igual forma el inventario de pensamientos automáticos, los EMT (Esquemas Maladaptativos Tempranos), el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) y el BDI (Inventario de Depresión de Beck).

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

En la paciente encontramos una serie de factores contribuyentes que determinan el desarrollo de sus creencias. Hechos significativos como ser una niña que creció observando a una madre que sufría por una relación con su padre alcohólico, que le ocasionaba malestar, pero ella siempre mantuvo una actitud sumisa al respecto; por otra parte, la ausencia de sus padres debido a las dificultades económicas. Como factor desencadenante más próximo del problema, la muerte del padre, que contribuyó significativamente a los pensamientos distorsionados de la paciente. El hecho de dejar su vida a un lado y realizar sólo aquellas cosas necesarias para proteger a sus hijas, además de "buscar estabilidad" con su segundo esposo.

Posteriormente, los conflictos entre su esposo y su hija mayor, sumado a las problemáticas vividas por las hijas de la paciente, le refuerzan su esquema central de sentirse incapaz.

Algunas manifestaciones de su esposo e hija mayor generan en la paciente más distorsiones sobre la concepción de sí misma, a través de verbalizaciones como *"estás loca, eres intensa, eres la culpable de los problemas, no sirves"*. Estos eventos generan en la paciente conceptos de evitación y escape a las situaciones, manteniendo sus creencias y conductas maladaptativas.

Los errores cognitivos que se observan cuando ella busca en el medio las situaciones que van a afianzar sus esquemas de ser vulnerable e incapaz, ya que siempre percibe una amenaza potencial ante las situaciones familiares. Generalmente está buscando reforzar las creencias de no ser capaz de afrontar los eventos por sí sola, ya que ne-

cesita siempre el apoyo de otros, característico en su dependencia. Esto genera en ella sentimientos de miedo, tristeza, desesperanza y desvalorización de sí misma.

En la historia de la paciente se pueden observar eventos de desamparo, desamor y abandono, sumado a una baja tasa de refuerzos positivos de tipo social y afectivo en su hogar. Por parte de su esposo e hijas recibe expresiones a tales como: *"debes ser fuerte, estás loca, debes hacer las cosas bien"*, de esta forma refuerza de forma negativa sus creencias acerca de que ella es incapaz. Todos estos acontecimientos contribuyen a que la paciente tenga una mayor vulnerabilidad a desarrollar ciertos trastornos emocionales, psicológicos, llegando en este caso a desarrollarse un **trastorno depresivo mayor y un trastorno de personalidad por dependencia**.

TRATAMIENTOS

Parte de la fundamentación de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas-consecuencias (conductismo) sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes (Davidoff, 1982).

La Terapia Cognitiva (personalidad) busca identificar y corregir los procesos cognitivos distorsionados para, de este modo, adecuar la respuesta emocional y conductual a una forma más adaptativa y resolutive, como parte integral de su tratamiento y recuperación (Rodríguez, 2009). Para llevar el plan del tratamiento el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. En el caso de las técnicas cognitivas, facilitan la exploración y detec-

ción de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez sean detectados se comprueba su validez (Beck, 1997). En el caso de las técnicas conductuales, estas pueden proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Para la intervención se trabajó mediante 26 sesiones con técnicas cognitivas y conductuales bajo los protocolos expuestos por Beck (1997) para el abordaje de la depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Para obtener la información y evaluar continuamente al paciente se trabajó mediante las siguientes fases durante el proceso terapéutico, el cual se elaboró de la siguiente manera:

- En primer lugar la conceptualización de los problemas: fase durante la cual se trabajó con inventarios, registros, entrevista clínica. Identificación y evaluación de la emoción, de los pensamientos automáticos y creencias. Mediante técnicas cognitivas: Flecha descendente y diálogo socrático.
- Seguidamente, generar alternativas conductuales tales como:
 - Técnicas de relajación con el fin de reducir la frecuencia, intensidad y duración de la alteración en el estado de ánimo, específicamente a nivel fisiológico.
 - A nivel conductual: asignación de tareas programadas, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en solución de problemas. A nivel afectivo: autocontrol emocional.
- En la siguiente fase se trabajaron a nivel cognitivo las creencias intermedias mediante reestructuración cognitiva.
- Por último, generalización de resultados y prevención de recaídas

DISEÑO DEL ESTUDIO

La presente investigación plantea la intervención cognitivo-conductual sobre la comorbilidad de es-

tados depresogénicos, respuestas de ansiedad y el trastorno de personalidad por dependencia. Se basa en un paradigma empírico analítico, a través de una investigación cuantitativa con un estudio de caso único, en que se argumenta la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual sobre la comorbilidad de trastornos presentados en el paciente y comprender la evolución de la depresión, ansiedad y dependencia a partir de dicha intervención. La investigación se realizó mediante el método estudio de caso de diseño AB, en la que es posible mostrar el motivo de consulta, la historia del paciente, del problema, y la identificación de lo que concierne a su perfil cognitivo.

De acuerdo con Sabino (1995) (citado en Hernández, 2008), la peculiaridad de los estudios de caso la constituye el estudio profundizado y exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación, lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado del mismo, casi imposible de alcanzar mediante los otros diseños considerados. Se basa en la idea de que si estudiamos con atención cualquier unidad de un cierto universo, estaremos en condiciones de conocer algunos problemas generales del mismo; por lo menos tendremos una perspectiva, una reseña general que orientará provechosamente una búsqueda posterior, más sistemática y orgánica. Por supuesto, la limitación de este tipo de investigación es la casi absoluta imposibilidad de generalizar o extender a todo el universo los hallazgos obtenidos.

Diseño AB

En los estudios de caso cuasiexperimental de un tratamiento se efectúan diversas mediciones para analizar la evolución a consecuencia de éste (Williams, Grinnell y Unrau, 2005). De hecho, la validez de las inferencias se establece al efectuar varias mediciones repetidas a través de las fases del experimento con una $n=1$, antes y después del tratamiento (Mertens, 2005).

Este diseño AB es el más sencillo y abarca dos etapas: la fase A, en la cual no hay tratamiento en términos de León y Montero (2003); se establece

la "línea base" o tendencia, y la fase B, en la que se administra un tratamiento y se mide la variable dependiente durante éste. Así, el diseño "AB es un plan en el que primero se establece la línea base –sin tratamiento– y una vez estabilizada se produce la intervención y la medida de la nueva serie" (León y Montero, 2003). Cabe señalar que no es un diseño donde primero se administren pruebas, luego se implemente el tratamiento, se suspenda éste, y finalmente se apliquen pospruebas; sino que las mediciones se realizan durante la administración del tratamiento (simultáneamente). De este modo, se monitorea el funcionamiento del caso (Hernández, 2008).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

En primer lugar, se va a explicar a nivel teórico clínico la comorbilidad de dependencia, depresión y ansiedad. Este aspecto se vio reflejado en la paciente y fue lo que marcó la pauta para el proceso de intervención. En cuanto a las manifestaciones clínicas y su evolución, Colina y Rodríguez (2008) afirman que los pacientes con Trastornos de personalidad por dependencia (TPD) presentan problemáticas en el área afectiva a lo largo de la evolución. La autoestima se encuentra comprometida, a su vez las expectativas que estos pacientes tienen acerca de sus relaciones con los demás. Frecuentemente estos pacientes desarrollan complicación con episodios de depresión mayor. Estos ocurren como reacción a las rupturas con los otros.

Por otra parte, estos pacientes también presentan manifestaciones típicas de ansiedad ante situaciones específicas que les resultan de difícil manejo, y las cuales evalúan como amenazantes. Como bien se sabe, algunas situaciones que pongan a prueba su autonomía generan respuestas de ansiedad en estos individuos cuando se ven solos y desprotegidos. El beneficio de estas reacciones son las conductas complacientes por parte de los demás, reforzando así la problemática de personalidad.

Siguiendo con lo expuesto por los autores, que muestran cómo esta comorbilidad está presente en los pacientes, veremos cómo se visualiza a nivel clínico en el caso:

En este estudio de caso se pueden clasificar los síntomas objetivos en alguna de las siguientes categorías, según Beck:

Síntomas afectivos: Tristeza, pérdida de la gratificación, pérdida de alegría, ansiedad.

Síntomas motivacionales: Deseo de escapar (normalmente, vía suicidio), deseo de evitar problemas y actividades cotidianas, desmotivación.

Síntomas cognitivos: Dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria, tríada cognitiva.

Síntomas conductuales: Pasividad, evitación o huida del contacto con otras personas y en la paciente es muy marcada la agitación.

Síntomas fisiológicos o vegetativos: Alteraciones del sueño o del apetito, fatiga, molestias estomacales, dolores inespecíficos, tensión motora.

Teniendo en cuenta estos síntomas descritos anteriormente, en el caso se identifican eventos activadores tales como: el no tener dinero para comprar algo, los gritos de sus nietos, las discusiones de su pareja con su hija mayor, necesidades económicas y emocionales por las que pasan sus hijas o familiares.

Esta activación pone en marcha las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes y lo que más sobrealora la paciente es su incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo). En ella se identifican las siguientes distorsiones, caracterizada por los "debería" y la visión catastrófica tales como: "*Quiero desaparecer y no ver más la situación de mi hija con mi esposo y todo lo que vive con mi esposo. Es terrible*", "*mi vida no vale nada, no tengo lo que quiero*", "*Debería ir a trabajar, así sea de empleada*", "*y si se mudara, ¿quién le va a dar de comer?*", "*¿y si le pasara algo?*".

A su vez estas distorsiones generan una activación a nivel fisiológico (problemas gastrointestinales, alteraciones en el sueño, dolores de cabeza) y a nivel conductual (comer excesivamente, llora, canta y realizar actividades domésticas).

Además de la problemática en su estado de ánimo y sus respuestas de ansiedad, se afirman las características de dependencia de la paciente, manifestadas por su necesidad general y excesiva de que se ocupen de ella y esto se identifica en sus expresiones sobre su pareja: *"él debería ser más comprensivo, dádivo y preocuparse más por mí"*. Esto genera en ella temores por una posible separación, o bien, a *"perder la estabilidad"* tal como ella lo expresa. También, en su medio social y familiar tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas, para iniciar proyectos, se siente incómoda cuando está sola debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí misma.

Otro criterio de dependencia en el caso, es observado en su historia personal: Cuando su primer esposo falleció y ella al tiempo accede a la relación con su segundo esposo. De esta forma, asegura urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesitaba en ese momento.

Cuando la paciente se relaciona con el medio, encuentra situaciones que le hacen confirmar y perpetuar sus creencias negativas de ser vulnerable, incapaz y dependiente de los otros. Constantemente ella recibe del medio (por parte de su esposo y familiares) acciones de rechazo, carencia afectiva y sometimiento, que inciden en sus pensamientos negativos, lo que la lleva a experimentar sentimientos de tristeza, ansiedad y rabia. Estas situaciones la conducen a tener conductas de evitación, las que se manifiestan comiendo o realizando actividades domésticas de forma excesiva; por tal motivo se mantiene la alteración en su estado de ánimo, sus respuestas de ansiedad y sus características de dependencia.

En segundo lugar, se expondrá la descripción de los efectos de la intervención terapéutica, la cual

permitió la remisión del trastorno de personalidad dependiente a partir de la resolución de los síntomas afectivos en la paciente. Para obtener la información y evaluar continuamente a la paciente, se trabajó mediante las siguientes fases durante el proceso de investigación, el cual se abordó de la siguiente manera:

En primer lugar, se realizó un estado del arte acerca de la temática con el fin de recopilar antecedentes científicos y disciplinares del tópico; la búsqueda se realizó en bases de datos, artículos en línea, libros de fuentes primarias y secundarias. En segundo lugar, se realiza una evaluación de la problemática en dicho paciente mediante la cual se trabajó con inventarios, registros, entrevista clínica, identificación y evaluación de la emoción, de los pensamientos automáticos y creencias. También se trabajó con técnicas cognitivas como la flecha descendente y diálogo socrático, con el fin de determinar la relación de los problemas.

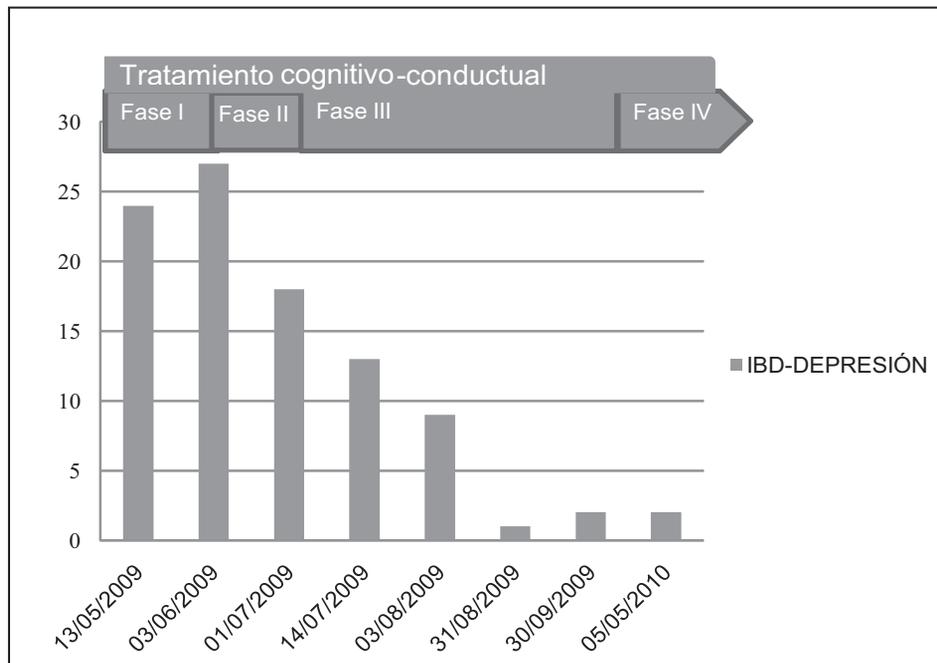
Se continúa con la fase de intervención del tratamiento, que se aborda generando alternativas conductuales tales como: técnicas de relajación, asignación de tareas programadas, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en solución de problemas, autocontrol emocional y a nivel cognitivo mediante la reestructuración de creencias.

Finalmente, se ilustraron los resultados y conclusiones a partir de los cuales se identifica el hecho de que, básicamente, los pacientes presentan comorbilidad de trastorno de personalidad, ansiedad y depresión (Gráfico 1).

A partir de estas fases se dieron avances mediante los resultados del Inventario de Depresión de Beck (IDB):

A lo largo de la evolución de los síntomas depresivos, se identifica cómo en las dos primeras fases no se observan cambios significativos. En estas dos primeras fases se trabajó en técnicas conductuales que apuntaron a los siguientes objetivos terapéuticos:

Gráfico 1.



A nivel conductual:

- Reducción de la conducta de evitación y de escape.
- Incrementar la conducta asertiva.
- Incrementar estrategias para afrontar situaciones problemas de tipo social, interpersonal y familiar.

A nivel fisiológico:

Decrementar la activación fisiológica como: taquicardia, dolores de cabeza, mareos, desmayos, visión borrosa, hormigueo, alteraciones en el sueño y en la alimentación.

A nivel afectivo:

Reducir la tristeza y la ansiedad asociados a su situación familiar actual, el temor de perder el control y el miedo a fracasar.

En la tercera fase se evidencian cambios significativos, ya que se trabajó el objetivo a nivel cognitivo de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencia central mediante reestructuración cognitiva. Además, se debe tener en cuenta, según lo expuesto por algunos autores, que la

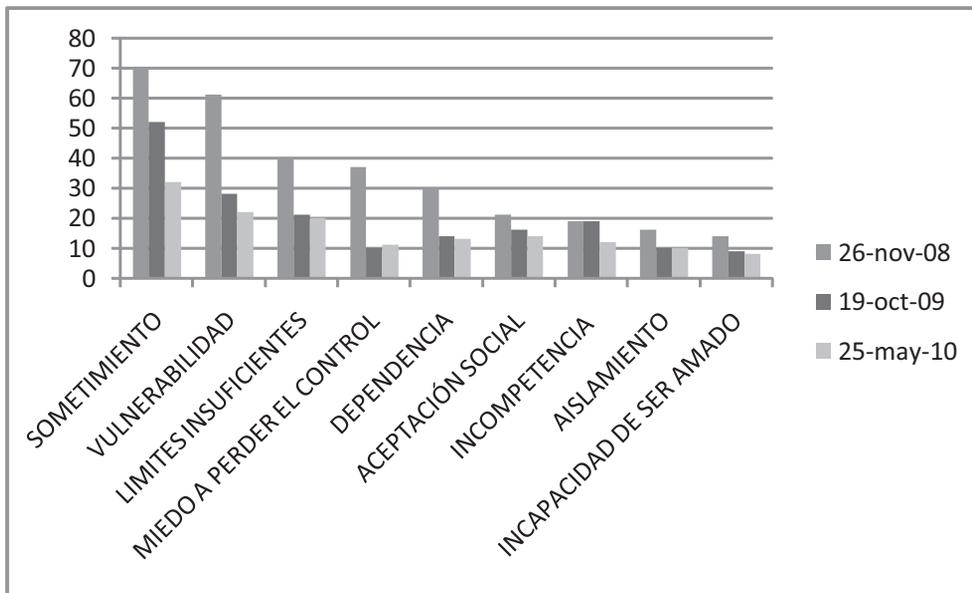
coexistencia del trastorno de personalidad compleja la evolución y los síntomas del Eje I se movilizan de cierta manera cuando se interviene a nivel cognitivo, porque de base está el esquema de pensamiento rígido que caracteriza el TPD.

En cuanto a los resultados observados en el EMT identificamos cambios cuantitativos (Gráfico 2).

Todos los esquemas maladaptativos encontrados con anterioridad ahora se identifican dentro de lo normal, menos su esquema de incapacidad. Esto evidencia, en esta segunda medición del EMT, la necesidad de intervenir cognitivamente a este nivel del esquema central. Finalmente, en la última medición se logra la reestructuración del esquema central, aspecto que presentó gran relevancia en la evolución de la sintomatología del TPD.

La paciente expresa ante sus cambios (esto se comunicó en la IV fase): *"ya puedo hablar con los demás, hablar en público, me siento bien, los apegos hacia mis hijas han sido superados, ellas*

Gráfico 2.



andan por su lado, anteriormente cuando iba al centro y no me daban lo que quería me ponía mal; ya no. Antes pensaba que si no me daban lo que yo deseaba no me querían". "Ahora pienso que soy importante para mi familia y, sobre todo, me siento capaz de opinar, ante los problemas he aprendido a buscar posibles soluciones, como lo que he aprendido en terapia".

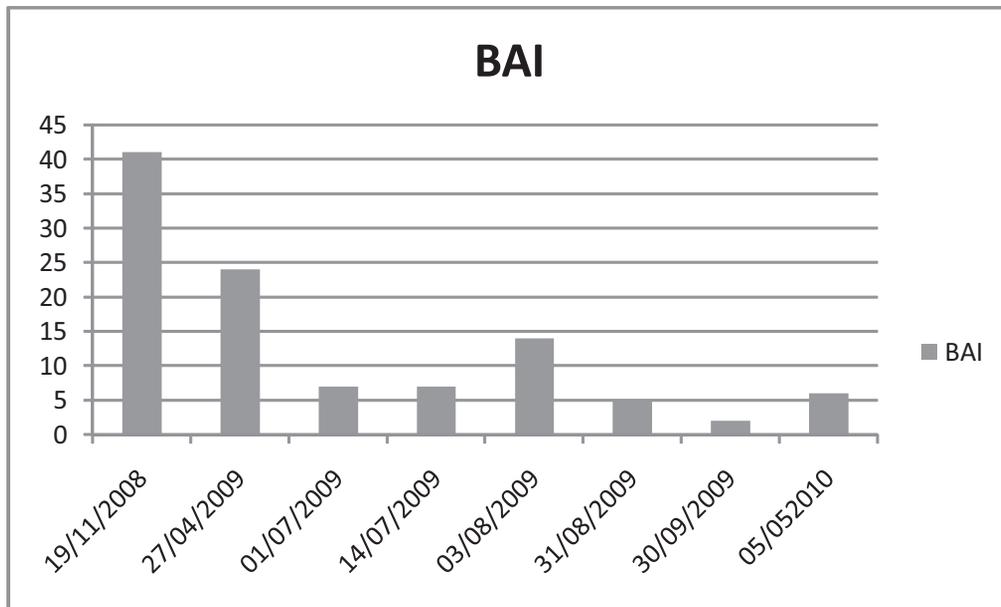
Finalmente, se hará una descripción de la efectividad de la intervención cognitivo-conductual sobre las respuestas de ansiedad (Gráfico 3), evidenciando cambios significativos sólo a nivel conductual y fisiológico, debido a que la intervención se ha trabajado hasta la segunda fase.

En cuanto a los resultados cualitativos, se encuentran cambios en las conductas, ya que ahora no organiza las tareas por horas, no rompe las cosas, logra concentrarse, hablar en público, manifiesta interés por las actividades y puede concentrarse en una actividad. A pesar de ello, hemos visto que sus fluctuaciones en el estado de ánimo dependen mucho de los eventos que les sucedan a sus hijas, propio de sus características dependientes.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta el objetivo general del presente estudio: evaluar los efectos de la intervención cognitivo-conductual sobre la comorbilidad del trastorno de personalidad por dependencia con síntomas afectivos y emocionales del Eje I de un caso único, vemos cómo los resultados revelan lo que los autores y estudios muestran en el marco teórico, ya que en la tercera fase de intervención se dan los cambios significativos y el curso del tratamiento que se estructuró en 26 sesiones, de las cuales las seis primeras fueron de evaluación y conceptualización de los problemas. Estos resultados evidencian la alta comorbilidad que existe entre la depresión con otros desórdenes como los de ansiedad y particularmente los de personalidad, lo cual se observó en el paciente. Partiendo de esto, llegamos a contrastar la hipótesis del estudio, la cual se formuló de la siguiente manera: *La intervención clínica sobre el esquema depresogénico y sus manifestaciones comportamentales, permitirá la resolución de la comorbilidad, que implica priorizar la intervención de los síntomas afectivos; por ende, esto modifica la dependencia.*

Gráfico 3.



También es importante considerar y replantear la efectividad del tratamiento a corto plazo y buscar nuevas opciones de acuerdo con lo encontrado en los estudios. Los hallazgos científicos muestran —en cuanto a la eficacia de los tratamientos, desde la mirada de los clínicos— algunas dificultades. Según Castro (2001), los datos de la eficacia de determinados programas de intervención psicológica son muy difíciles de aplicar por los terapeutas en la clínica concreta, mostrándonos unas discrepancias entre la clínica y los resultados derivados de la investigación de eficacia de los tratamientos, ya que:

- Es raro encontrar pacientes con determinado cuadro específico. Es más común en la práctica clínica hallar patologías combinadas (comorbilidad) que requieren multiabordajes, con una conjugación de técnicas psicológicas diferentes.
- También se evidencia la relación entre la sintomatología clínica de los pacientes y los trastornos de personalidad subyacentes que moderan completamente el pronóstico.

- Existen variaciones entre los diferentes síntomas y trastornos psicopatológicos que tienen cursos diversos y hacen inaplicable un plan estándar de tratamiento aunque éste tenga probada eficacia.

Siguiendo con la hipótesis planteada en la investigación, se pueden constatar los resultados, los cuales revelaron que la intervención clínica sobre el esquema depresogénico y sus manifestaciones comportamentales, permitirá la resolución de la comorbilidad. Esto implica priorizar la intervención de los síntomas afectivos para modificar la dependencia. Mediante las fases II y III (Gráfico 1 y 3) de la intervención se ilustra que los síntomas depresivos y de ansiedad mejoran. Este cambio se refleja en las conductas de la dependencia. A pesar de ello, sólo es en la fase IV cuando se logra la reestructuración del esquema de incompetencia (Gráfico 2, prueba EMT).

Si bien la descripción de las evoluciones en las pruebas nos develan cambios significativos, en términos del análisis estadístico mediante el SPSS, se pueden develar a continuación sus resultados y con el fin de poder resolver la pregunta problema

tal como se plantea en el presente estudio: ¿Cuáles son los efectos de la intervención cognitivo-conductual sobre la comorbilidad del trastorno de personalidad por dependencia con síntomas afectivos y emocionales?

Tabla 2. Resumen Estadístico para BAI

Recuento	3
Promedio	22,7
Desviación Estándar	17,6
Coefficiente de Variación	77,468%
Mínimo	6,0
Máximo	41,0
Rango	35,0

Tabla 3. Resumen Estadístico para BDI

Recuento	3
Promedio	12,0
Desviación Estándar	11,1355
Coefficiente de Variación	92,7961%
Mínimo	2,0
Máximo	24,0
Rango	22,0

Como se ha reseñado, el análisis de la comorbilidad es complejo y controvertido debido a una alta variabilidad en los resultados de los diferentes estudios revisados. No obstante, parece que se puede concluir que en algunas patologías, como la depresión y la ansiedad, el solapamiento sintomático es más la norma que la excepción.

Campos y Martínez-Larrea (2002) afirman que llega a existir una prevalencia a lo largo de la vida de comorbilidad del 50% tanto en los trastornos de ansiedad generalizada como en los trastornos de angustia. Se ha visto que es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial en el curso de las diferentes patologías; no obstante, hay que te-

ner en cuenta que la alta variabilidad de los resultados en los estudios de comorbilidad, su escasa consistencia y la dificultad diagnóstica, dificultan extraer conclusiones.

Siguiendo con la idea que plantean los autores, conocemos una multiplicidad de protocolos para intervenir la ansiedad, la depresión y los trastornos de personalidad por dependencia, pero realmente intervenir los síntomas afectivos y emocionales del Eje I en la primera fase es lo que va a flexibilizar el trastorno del Eje II, para finalmente lograr la reestructuración del esquema rígido y las problemáticas en términos de lo interpersonal, lo cual es característico en las alteraciones de la personalidad. Para lograr validar estos hallazgos, se requiere de estudios a grandes escalas que permitan vislumbrar y generalizar resultados y así probar realmente la hipótesis que este sólo estudio de caso logró identificar. En últimas, llegar a encontrar cómo se logra la resolución de la comorbilidad, implica priorizar la intervención del esquema depresogénico, por ende modificar la dependencia y remitir los síntomas de ansiedad.

Algunas de las conclusiones del presente estudio de caso revelaron que básicamente los pacientes con comorbilidad de trastorno de personalidad, ansiedad y depresión se caracterizan porque: presentan mayor gravedad, tienen un nivel más alto de sufrimiento, ofrecen mayor tendencia a la cronicidad, muestran peor respuesta al tratamiento y exhiben mayor deterioro psicosocial. Situación que lleva a revalorar los instrumentos y protocolos diseñados hasta el momento, ya que la prevalencia de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos es muy elevada. Otra problemática es que con frecuencia no son diagnosticados ni tratados adecuadamente. Finalmente queda resaltar que la coexistencia de ambos síndromes implica un alto impacto en el curso evolutivo y en la respuesta al tratamiento.

Tabla 4. Resumen estadístico de los EMT

	Abandono/ pérdida	Aceptación social	Aislamiento	Carencia afectiva	Culpa/ castigo	Dependencia
Recuento	3	3	3	3	3	3
Promedio	18,8	15,5333	12,1333	17,6333	21,5667	18,2333
Desviación Estándar	7,96994	4,88399	3,44287	3,56417	9,96812	10,2109
Coef. de Variación	42,3933%	31,442%	28,3753%	20,2127%	46,22%	56,0015%
Mínimo	14,0	11,6	9,4	13,9	14,7	11,7
Máximo	28,0	21,0	16,0	21,0	33,0	30,0
Rango	14,0	9,4	6,6	7,1	18,3	18,3

	Estándares inflexibles	Falta de confianza	Incapacidad de ser amado	Incompetencia
Recuento	3	3	3	3
Promedio	47,0667	24,9	9,73333	14,2667
Desviación Estándar	16,5715	13,0817	3,71663	4,10041
Coeficiente de Variación	35,2085%	52,5368%	38,1845%	28,7412%
Mínimo	35,2	17,0	7,2	11,8
Máximo	66,0	40,0	14,0	19,0
Rango	30,8	23,0	6,8	7,2

	Límites insuficientes	Miedo a perder el control	Sometimiento	Vergüenza	Vulnerabilidad
Recuento	3	3	3	3	3
Promedio	26,9	21,6667	44,8667	10,6333	37,3333
Desviación Estándar	11,3503	13,6137	21,7682	3,09892	20,7926
Coef. de Variación	42,1945%	62,8325%	48,5175%	29,1435%	55,6945%
Mínimo	20,0	11,0	32,0	7,9	22,0
Máximo	40,0	37,0	70,0	14,0	61,0
Rango	20,0	26,0	38,0	6,1	39,0

REFERENCIAS

Ayuso, J (1990). Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. Revista electrónica de psiquiatría. Vol. 1, No. 1. Recuperado el 19 de Febrero de 2010. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/artic_2.htm

Barlow, D. (2002). Anxiety and its disorders. E.U.: The Guilford press.

Beck, A. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. España: Ed. Desclée de Brouwer. Novena edición.

Beck, A., Freeman, A. & otros. (1995) Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona: Paidós.

- Caballo, V. (1997) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos de ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo veintiuno editores.
- Caballo, V., Simón, M. (2001) Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Psicología. Madrid: Pirámide.
- Campos, M. y Martínez-Larrea, J. (2002) Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 117-136. Recuperado el 22 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es>
- Caro, I. (1997). Manual de psicoterapia cognitiva. España: Paidós.
- Colina, L. y Rodríguez, A. (2008) Terapia cognitiva para los trastornos de personalidad. Venezuela: Los libros de El Nacional.
- Davidoff, I. (1982) Introducción a la Psicología. México: McGraw-Hill.
- Dsm-iv-tr. (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Texto revisado. Masson.
- Durand, M. y Barlow, D. (2001) Psicología anormal. Un enfoque integral. Segunda edición. México: Ed. Thomson.
- Durand, M. y Barlow, D. (2007) Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal. México: Thomson.
- Fernández Ballesteros, Rocío (1994) Evaluación conductual hoy. Barcelona: Editorial Pirámide.
- Harrison, Beck, Buceta (1984). Revista Psicología general y aplicada. Terapia cognitiva de la depresión. Una introducción al desarrollo histórico. Vol. 39 (4).
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2008) Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: McGraw-Hill.
- Labrador, F. y Cruzado J. (1996) Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta. Madrid: Pirámide.
- Millon, T. y Davis, R. (2000) Trastornos de personalidad en la vida moderna. Barcelona: Ediciones Masson.
- Millon, T. y Davis, R. (1998) Trastornos de personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Ediciones Masson.
- Prados, J. (2002). La preocupación: teoría e intervención. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 28 de Febrero de 2009. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/430/racp_xvi_n1pp61_67.pdf
- Riso, W. (1992). Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Centro de estudios avanzados en psicología.
- Rodríguez, A. (2009) Psicoterapia cognitiva. Principios básicos y generales, depresión, trastornos de ansiedad. VI jornada de psicoterapia avanzada (28 y 29 de agosto) Universidad del Norte, Maestría en Psicología, Profundización Clínica y Especialización Clínica.
- Roca, E. (s. f.) Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. Recuperado el 22 de Marzo de 2010. Disponible en: www.cop.es
- Ruiz, J. y Cano, J. (s. f.) Manual de Psicoterapia Cognitiva. Recuperado Mayo 20 de 2008. Disponible en: www.psicologiaonline.com.