



ISSN 2255-5609

Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

TRASTORNO DEPRESIVO Y PERSONALIDAD DESADAPTATIVA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Sergio Aguilera Garrido.
Residente de Psicología Clínica del Centro San Juan de Dios de Cienpозuelos.
Dr. Juan Jesús Muñoz García.
Coordinador de Rehabilitación del Centro San Juan de Dios de Cienpозuelos

DEPRESSIVE DISORDER AND DYSFUNCTIONAL PERSONALITY: EVALUATION AND TREATMENT

Sergio Aguilera Garrido.
Residente de Psicología Clínica del Centro San Juan de Dios de Cienpозuelos.
Dr. Juan Jesús Muñoz García.
Coordinador de Rehabilitación del Centro San Juan de Dios de Cienpозuelos

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (Correspondencia)

Centro San Juan de Dios de Cienpозuelos.
Correo: juanjesus.munoz@sjd.es

Trastorno depresivo y personalidad desadaptativa: evaluación y tratamiento

El elevado impacto clínico y social que los trastornos depresivos tienen en la sociedad exige un buen conocimiento de las múltiples variables que intervienen tanto en su génesis como en su detección y posterior tratamiento. El presente trabajo introduce las variables relacionadas con el trastorno depresivo mayor y su relación con algunos rasgos de personalidad y posteriormente muestra la evaluación y tratamiento que se realiza desde un Centro de Salud Mental de un varón joven con diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el que el peso de los factores de personalidad esquizoides y evitativos, junto a variables contextuales, fue lo suficientemente importante como para explicar el inicio y el mantenimiento del trastorno e influir en el posterior tratamiento. Se realizó una evaluación que incluyó entrevistas clínicas estructuradas y la administración pre-post de pruebas psicométricas dirigidas a medir la sintomatología depresiva y las variables de personalidad relevantes. El tratamiento se extendió durante doce sesiones y partió de la conceptualización cognitivo-conductual de la depresión, centrándose en las técnicas de intervención que focalizan la activación conductual como motor del cambio. Los resultados obtenidos muestran que, a pesar de la persistencia de los esquemas cognitivos depresógenos, los síntomas depresivos, principalmente la tristeza, la apatía y el bajo compromiso con las actividades vitales reforzantes se han reducido considerablemente, así como ha mejorado la adaptación del paciente a su contexto de referencia.

Palabras Clave: Depresión, personalidad desadaptativa, tratamiento.

Depressive disorder and dysfunctional personality: evaluation and treatment

The high clinic and social impact that depressive disorders have on society, demands an upper knowledge of the multiple variables that take action on its genesis, its detection and its posterior diagnosis. This work introduces the variables related to major depressive disorder and its connection to some personality traits and subsequently shows the evaluation and treatment that is conducted by a Mental Health Center for a young male diagnosed with major depressive disorder, on which the weight of the schizoid and avoidant personality traits, together with the background variables, have been important enough to explain the beginning and the continuum of the disorder, and to affect the posterior treatment. There was an evaluation that included structured clinical interviews and pre-post administration of psychometric tests intended to measure the depressive symptomatology and the relevant personality variables. The treatment got lengthened for twelve sessions and it was drowned from the cognitive-behavioral conceptualization of depression, focusing on the interventional techniques which targeted the behavioral activation as a driving force for the change. The obtained results revealed that, despite the persistence of the depressiogenic cognitive schemes, the depressive symptoms, primarily sadness, apathy and the short engagement with the reinforcing vital activities, have lessened significantly, just as the adaptation of the patient to his reference context as improved.

Key-Words: Depression, desadaptative personality, treatment

Trastorno depresivo y personalidad desadaptativa: evaluación y tratamiento

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los dispositivos de la red de Salud Mental, principalmente en los Centros de Salud Mental. Según los resultados del estudio ESEMeD (Gabilondo, Rojas-Farreras, Vilagut, Haro, Fernández, Pinto-Meza et al., 2010) para nuestro país, la prevalencia-año del episodio depresivo mayor en España es del 4,0%, mientras que a lo largo de la vida, un 10,6% de los españoles sufrirá un episodio de estas características.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) define el trastorno depresivo mayor como episodios determinados de al menos dos semanas de duración durante los cuales existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades. Estos síntomas, claves para realizar el diagnóstico, se acompañan según el caso de pérdida/aumento del peso y/o del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, pérdida de energía, sentimiento excesivo de inutilidad o culpabilidad, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes, que pueden incluir ideación suicida estructurada o no. Esta sintomatología debe provocar dificultades a la persona a nivel sociolaboral, y se han de excluir otras causas que pudieran estar generándola: afecciones médicas, efectos de sustancias así como otros cuadros clínicos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo etc.).

Hasta la fecha se han encontrado múltiples factores de riesgo relacionados con este trastorno (Oliver-Quetglas et al., 2013), entre los que cabe destacar el género femenino, el estado civil separado/divorciado/viudo, el bajo nivel socioeconómico, la percepción de tener un mal estado de salud, haber padecido otros episodios depresivos previos y, por último, ciertas variables de personalidad. Las variables de personalidad, entendiendo personalidad como el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de los individuos (Millon y Davis, 1998) pueden actuar como factores de vulnerabilidad para el trastorno depresivo. En este sentido, se han hallado relaciones significativas entre el neuroticismo (Ormel et al., 2013; Kotov et al., 2010; Bienvenu, Samuels, Costa y Reti, 2004) o la evitación del daño (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 2006; Perissolo y Corruble, 2002) y la depresión.

El caso que se presenta a continuación supone un ejemplo extraído de la práctica clínica de cómo las interacciones que se pueden llegar a producir entre variables de vulnerabilidad, especialmente las variables de personalidad y estresores ambientales pueden conjugar un cuadro clínicamente relevante (en este caso, un cuadro depresivo) así como una influencia relevante que se extiende hasta la intervención planteada y el pronóstico futuro.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del paciente y motivo de consulta

Se analizará el caso de R., varón de 25 años de edad, soltero y sin hijos, que convive junto a sus padres y su hermana tres años menor en el domicilio familiar. Estudiante, refiere haber abandonado hace un año los estudios universitarios que cursaba, así como un curso de formación superior en el que se matriculó posteriormente.

R. acude por iniciativa propia a su médico de Atención Primaria para pedir la derivación a Salud Mental, donde es entrevistado en primer lugar por el servicio de psiquiatría y posteriormente por psicología clínica. Informa de bajo estado de ánimo, desmotivación y apatía de tres meses de evolución, cuyo detonante sitúa en el hecho de haber fracasado en su actividad académica. No presenta antecedentes personales ni familiares de seguimiento en Salud Mental, ni tampoco antecedentes somáticos personales relevantes. Niega consumo de tóxicos, tanto en el presente como en el pasado.

Antecedentes biográficos

El paciente vive con sus padres y su hermana pequeña en el domicilio familiar habitual. Define las relaciones con los miembros de su familia de origen como “normales”. Señala que desde pequeño destacó en el colegio, siendo su rendimiento superior a la media hasta que entró en la universidad con el objetivo de estudiar periodismo. Después de seis años, abandona los estudios por falta de vocación, ya que comenta que no le agradaba la opción de ejercer como periodista. Dos meses después de abandonar la universidad ingresa en un grado superior de fotografía, formación que tampoco completa ya que, según palabras del propio paciente, “le exigía muchos trabajos en grupo”. No ha desarrollado actividad laboral de ningún tipo, y los intereses que apunta en consulta son escasos. Solamente se decanta por el ciclismo y la lectura, actividades que realiza de forma muy esporádica.

R. se define como una persona “tranquila y melancólica”. Comenta que desde una edad temprana (7-8 años) su tendencia fue la de retraerse hacia sí mismo, cuestionándose el sentido de la vida y el porqué de su existencia. Describe sus relaciones sociales en el colegio como frías y superficiales, lo que le llevó a aislarse progresivamente de su grupo de iguales desde el comienzo de la adolescencia. En la actualidad no conserva amistades y su mundo social se restringe a su familia directa. Nunca ha tenido pareja, pero sí muestra interés en tenerla en un futuro. Además, considera su forma de ser como “cuadrículada”, ya que le gusta mantener una misma rutina todos los días y realizar sus actividades “siempre de la misma forma”. Dice que su entorno familiar le señala de vez en cuando esta forma de comportarse.

Es poca la información que R. aporta sobre su entorno familiar. No describe conflictos significativos, pero sí habla de una tendencia por parte de sus padres a dar más importancia a sus errores que a sus aciertos y a reforzar poco las cosas que entiende ha hecho bien a lo largo de su vida. Al margen de esto, dice que comparte poco con ellos acerca de lo que le ocurre y cómo se siente. En relación al hecho de haber dejado sus estudios, dice que no le han presionado o recriminado su decisión.

Exploración psicopatológica

Los datos de la exploración psicopatológica proceden de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud Mental. El paciente no presenta alteraciones cualitativas o cuantitativas de la conciencia, y se muestra orientado a nivel autopsíquico y alopsíquico. Su apariencia externa es ligeramente desaliñada; genera la impresión subjetiva de desaseo. Su actitud es colaboradora, pero su conducta en consulta se caracteriza por presentar una mímica facial disminuida y poco reactiva, marcha y respuestas motoras enlentecidas, bajo tono de voz y poca modulación del mismo. A nivel de discurso, su expresión y comprensión verbales son correctas, su contenido es coherente pero parco y escueto. La apreciación clínica subjetiva en referencia al nivel intelectual es de normalidad. No se aprecian alteraciones en el curso ni en el contenido del pensamiento, tampoco a nivel sensorperceptivo. En la esfera anímica, el paciente manifiesta un estado de ánimo deprimido, discreta anhedonia, intensa apatía y baja autoestima. Refiere sentimientos de fracaso personal que pone en relación exclusivamente con su situación académica, y dice rumiar constantemente el hecho de “estar sin rumbo en la vida”. Describe un bajo nivel de energía, percibido por él mismo y por los demás, y dificultades para concentrarse habitualmente. Dice haber tenido ideas pasivas de muerte a consecuencia de los sucesivos fracasos académicos, pero niega intencionalidad autolítica ni plan estructurado para llevar a cabo un hipotético intento de suicidio. En cuanto a las funciones fisiológicas básicas, el paciente informa de insomnio de conciliación que asocia con las rumiaciones de fracaso antes descritas y ligero descenso del apetito sin pérdida de peso concomitante.

Evaluación

Pruebas administradas

Tras la exploración clínica inicial, se le administraron al paciente las siguientes pruebas:

- *Entrevista estructurada para el trastorno depresivo mayor según el modelo de Muñoz y Vázquez (2002)*: se trata de una entrevista diagnóstica basada en los criterios del trastorno depresivo mayor propuestos por el DSM-IV-TR.
- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II -SCID-II-* (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999): Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad que se basa en los criterios DSM-IV-TR. En este caso, se utilizaron exclusivamente las preguntas referidas al trastorno esquizoide de personalidad y al trastorno evitativo de la personalidad.
- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon -MCMI-III-* (ver Cardenal y Sánchez, 2007): Prueba que evalúa con fines diagnósticos las diferentes categorías de trastornos de personalidad que aparecen en el DSM-IV-TR, así como distintas patologías del Eje I. Se trata de un instrumento utilizado tanto en contextos clínicos como forenses y que consta de 175 ítems, que forman parte de las siguientes escalas clínicas: Patrones clínicos de personalidad (Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresiva, Negativista, Autodestructiva y Compulsiva), Patología grave de la Personalidad (Esquizotípica, Límite y Paranoide), Síndromes clínicos (Trastorno de ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno estrés postraumático, Dependencia de alcohol, Dependencia de sustancias y Trastorno distímico) y Síndromes clínicos graves (Trastorno del Pensamiento, Depresión Mayor y Trastorno Delirante) y de los 4 índices que evalúan la validez del protocolo

(Sinceridad, Deseabilidad social, Devaluación y Validez). Como unidad de medida utiliza las puntuaciones de prevalencia; puntuaciones de prevalencia que alcancen el punto de corte de 75 en las escalas de Patrones clínicos de personalidad y Patología grave de la personalidad indican la presencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos, y aquellas que alcancen el punto de corte de 85 en estas mismas escalas indican la existencia de un probable trastorno de personalidad. Por otra parte, en tanto en las escalas de Síndromes clínicos y Síndromes clínicos graves las puntuaciones de prevalencia de 75 indican la presencia de un síndrome, y aquellas que alcancen el punto de corte de 85 indican la promiencia del síndrome.

- *Inventario de Evaluación de la Personalidad –PAI-* (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011): Cuestionario de evaluación de la personalidad y otros síndromes clínicos en los ámbitos clínico y forense. Consta de 344 ítems que permiten obtener información acerca de 22 escalas: 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva), 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento) y 2 escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad). Las puntuaciones en las diferentes escalas vienen expresadas en puntuaciones T, con media 50 y desviación típica 10. De esta manera, puntuaciones T de 70 o más representan problemas de importancia clínica.
- *Autorregistros*: En formato de lápiz y papel, el paciente debe registrar en ellos la situación en la que se encuentra y una serie de variables relacionadas con distintos niveles de respuesta (cognitivo, emocional y motor) así como las consecuencias de dicha respuesta.

Por otra parte, se consultó con R. la posibilidad de realizar una entrevista con sus padres con el objetivo de recabar información útil de cara a una mejor comprensión del caso. Sin embargo, el paciente no dio su consentimiento, por lo que finalmente sólo se pudo trabajar con los datos procedentes de su testimonio+ y de las pruebas anteriormente descritas.

Resultados de la evaluación

A la hora de analizar el perfil obtenido por R. en el MCMI-III, lo primero que hay que tener en cuenta es que sus puntuaciones en las escalas referidas al estilo de respuesta sugieren que ha sido sincero, que no ha distorsionado la imagen de sí mismo de forma que sea socialmente aceptable y que no ha tendido a mostrarse de manera devaluada o desfavorable, circunstancias que permiten validar el perfil y realizar una interpretación fiable del mismo. El análisis de las escalas referidas a los patrones clínicos de personalidad revela puntuaciones a tener en cuenta en las dimensiones esquizoide, evitativa y compulsiva y, en menor medida, en las dimensiones autodestructiva y depresiva. Si bien estas puntuaciones no resultan suficientes para efectuar un diagnóstico de trastorno de la personalidad ni para afirmar tajantemente la existencia de rasgos de personalidad clínicamente significativos, sí que ponen de manifiesto la presencia en R. de rasgos de personalidad relevantes de cara a la comprensión global del caso. Atendiendo al modelo evolutivo de Millon (Millon, 1990), el núcleo de rasgos más destacados en el perfil se puede encuadrar dentro de lo que denominó personalidades con dificultad para

el placer (esquizoide, evitativa y depresiva) y con conflictos intrapsíquicos (compulsiva y autodestructiva). Estos datos sugieren que el perfil de personalidad de R. se caracteriza por la tendencia a la desvinculación social, por la pasividad como forma de enfrentarse al medio, por dificultades a la hora de experimentar placer y por estar orientado a la evitación de situaciones y contextos que puedan producir daño o sufrimiento, así como por una visión pesimista de la realidad.

En referencia a los trastornos del eje I, R. ha obtenido puntuaciones clínicamente a considerar en depresión mayor y en el trastorno distímico; estos resultados son congruentes con la sintomatología referida por el paciente y con la información recabada en las entrevistas de evaluación (ver tabla 1).

Patrones clínicos de personalidad	Prevalencia
Esquizoide	73
Evitativa	69
Depresiva	64
Dependiente	40
Histriónica	6
Narcisista	30
Antisocial	17
Agresiva (sádica)	7
Compulsiva	68
Negativista (pasivo-agresivo)	53
Autodestructivo	66
Patología grave de la personalidad	Prevalencia
Esquizotípica	60
Límite	43
Paranoide	62
Síndromes clínicos	Prevalencia
Trastorno de ansiedad	45
Trastorno somatomorfo	46
Trastorno bipolar	10
Trastorno distímico	64
Dependencia de alcohol	15
Dependencia de sustancias	15
Trastorno estrés postraumático	36
Síndromes clínicos graves	Prevalencia
Trastorno del pensamiento	43
Depresión mayor	65
Trastorno delirante	0
Índices modificadores	Prevalencia
Sinceridad	45
Deseabilidad social	53
Devaluación	59
Validez	0

Tabla 1. Puntuaciones pre-tratamiento en el MCMI-III

Los resultados obtenidos en el PAI son, en líneas generales, compatibles con el perfil obtenido en el MCMI-III. Las puntuaciones en las escalas de validez se encuentran

en torno a la media más/menos una desviación típica, lo que indica que el perfil obtenido es válido e interpretable. Atendiendo a las escalas principales, la mayor elevación se produce en la escala de depresión y más concretamente en los componentes cognitivo-emocionales del trastorno, lo que apoya la experiencia de tristeza, expectativas negativas, visión devaluada sobre sí mismo, tendencia a la indecisión y dificultades de concentración que el paciente describió previamente. En menor medida, las escalas de esquizofrenia y trastornos relacionados con la ansiedad también presentan puntuaciones significativas. Es interesante destacar que la mayor puntuación que presenta el perfil se produce en la subescala de indiferencia social, perteneciente a la escala de esquizofrenia antes mencionada. Este dato corrobora el aislamiento y el reducido interés por las relaciones sociales que R. describió en las entrevistas previas, así como en la entrevista estructurada para el trastorno esquizoide de personalidad de la SCID-II y con la puntuación en la escala esquizoide del MCMI-III. No obstante, el resto de componentes de la escala de esquizofrenia (experiencias psicóticas y alteraciones del pensamiento) se mantiene en niveles por debajo de la significación clínica, lo que excluiría la existencia de alteraciones positivas de índole psicótica y estaría en consonancia con lo observado en el resto de las pruebas. Las escalas relacionadas con el tratamiento muestran puntuaciones significativas en falta de apoyo social e ideación suicida. La falta de apoyo social viene a remarcar lo ya expuesto en torno a la socialización de R. Una exploración posterior de la ideación suicida reveló que R. no tenía ningún plan estructurado de suicidio, sino que más bien pensaba en la muerte de forma pasiva sin intención de pasar al acto (ver tabla 2).

Escalas de validez	Puntuaciones T
Inconsistencia	51
Infrecuencia	41
Impresión negativa	56
Impresión positiva	46
Escalas clínicas	Puntuaciones T
Quejas somáticas	47
Ansiedad	57
Trast. Relación. Ansiedad	63
Depresión	78
Manía	44
Paranoia	52
Esquizofrenia	65
Rasgos límites	58
Rasgos antisociales	50
Problemas con el alcohol	41
Problemas con drogas	43
Escalas relacionadas con el tratamiento	Puntuaciones T
Agresión	42
Ideaciones suicidas	69
Estrés	52
Falta de apoyo social	63
Rechazo al tratamiento	36
Escala de relaciones interpersonales	Puntuaciones T
Dominancia	45
Afabilidad	33

Tabla 2. Puntuaciones pre-tratamiento en el PAI

Por último, los datos procedentes de los autorregistros ponen de manifiesto la presencia de pensamientos recurrentes cuyo contenido se centra en la valía personal y en el lugar que ocupa en el mundo (“tengo que hacer algo en la vida” o “¿conseguiré vivir dedicándome a algo que me satisfaga?”), algo que el paciente gestiona de forma rumiativa.

Diagnóstico

El diagnóstico que recibió el paciente fue, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013), el de trastorno depresivo mayor moderado, episodio único (296.22) (F32.1).

Formulación clínica del caso

La información obtenida en las entrevistas clínicas y posteriormente a través de las distintas pruebas de evaluación permitió determinar una serie de variables orgánicas que en el caso de R. actúan como factores que han facilitado la aparición de la sintomatología actual, y que además contribuyen de forma relevante a su mantenimiento, todo ello en interacción con eventos ambientales y factores contextuales. Por un lado, los déficits de socialización que presenta el paciente han provocado que R. carezca de una red social de apoyo que bien amortigüe bien disminuya el impacto que sobre él tienen los estresores, en este caso el abandono de las actividades académicas. Esta carencia, potenciada y mantenida por sus rasgos esquizoides de personalidad, se articula con la rigidez a nivel cognitivo y comportamental previa a la aparición de los factores precipitantes, que dificultó el aprendizaje de estrategias de afrontamiento alternativas a la evitación y a la rumiación improductiva. En la actualidad, el resultado es un círculo vicioso entre la pérdida de reforzadores (éxitos académicos pasados), aumento de las rumiaciones cuyo contenido se centra en ideas de fracaso y poca valía personal, así como dificultad para adoptar estrategias diferentes a la evitación con las que abordar dicha pérdida de refuerzos (R. se queda en casa sin hacer prácticamente nada y sin metas futuras). A nivel cognitivo, el fracaso condiciona la autoestima de R. y supone la confirmación de la visión negativa del mundo que presentaba de base, algo que fomenta la desmotivación a la hora de interesarse por otros aspectos de la realidad y un creciente descenso de su nivel actual de autoestima.

Factores predisponentes	Consecuencias	Factores mantenedores
-Aislamiento social. -Tendencia a la evitación. -Pocos intereses. -Rigidez conductual y cognitiva. -Visión pesimista del mundo	Nivel cognitivo -Descenso autoestima. -Aumento rumiaciones. Nivel conductual -Pérdida de reforzadores previos (éxitos académicos). -Pérdida de rutina diaria.	-Desmotivación + estilo evitativo (No búsqueda nuevas actividades). -Estilo rumiativo (impide afrontamiento funcional) -Baja red de apoyo social (potenciada por rasgo esquizoide previo)
Factor precipitante		
-Fracasos académicos	Nivel fisiológico - Dificultad conciliación sueño	

TRATAMIENTO Y OBJETIVOS

Objetivos

A la hora de establecer los objetivos de tratamiento y diseñar el posterior plan de intervención, resulta imprescindible tener en cuenta tanto la demanda del paciente como los factores que es previsible influyan en la evolución de la sintomatología y en la efectividad del tratamiento elegido. En este caso, las variables moduladoras proceden tanto del propio paciente como de su contexto sociofamiliar. Por una parte, los rasgos de personalidad que presenta R. obligan a planificar la intervención de forma personalizada: su tendencia al aislamiento y a la evitación pueden provocar que la situación terapéutica, que necesariamente incluye el desarrollo y mantenimiento de un vínculo personal con el otro (en este caso, el terapeuta) sea percibida por él como altamente aversiva, lo que repercutiría negativamente en la adherencia al tratamiento. De la misma manera, como pone de manifiesto la formulación del caso, esa misma carencia de un círculo social de apoyo es una de las variables que mantienen el cuadro y por lo tanto es necesario trabajar sobre ella. Atendiendo a la formulación previa, se consideran los siguientes objetivos:

- Construcción de un vínculo significativo terapeuta-paciente que sirva como modelo de relación.
- Disminución de la apatía a través del aumento del nivel de actividad diaria del paciente.
- Descubrimiento de nuevos intereses vitales que permitan contrarrestar sentimientos de vacío.
- Modificar patrón de afrontamiento basado en la evitación.
- Reestructurar pensamientos disfuncionales que mantienen estado de ánimo negativo.

Tratamiento farmacológico

Desde el servicio de psiquiatría se pautaron inicialmente 15 miligramos diarios de Escitalopram, antidepresivo perteneciente a la familia de los ISRS. Esta dosis posteriormente aumentó a 20 miligramos diarios. Por otro lado, se prescribió también Zolpidem, fármaco hipnótico no benzodiazepínico. La dosis pautada fue de 10 miligramos diarios a tomar antes de acostarse.

Tratamiento psicológico

La intervención psicológica partió de la conceptualización de Beck acerca de los trastornos depresivos, perspectiva que propone que la sintomatología depresiva es consecuencia de los patrones cognitivos negativos que operan en el individuo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005). El tratamiento se estructuró en sesiones de unos 40 minutos de duración, con una periodicidad aproximada de 15 días. Las estrategias de intervención empleadas fueron las siguientes:

- Psicoeducación: se debatió junto al paciente el modelo cognitivo de la depresión y se mostró la continua interacción e influencia entre pensamientos, emociones y conducta. Como tarea para casa, se propuso la lectura de la versión española del texto *Coping with Depression* para posteriormente debatir en consulta las impresiones al respecto de su contenido.

- Activación conductual: programación y estructuración de actividades concretas dirigidas a incrementar las sensaciones positivas experimentadas por R. y a reducir el tiempo empleado en conductas improductivas (rumiaciones).
- Descubrimiento guiado: por medio del método socrático se accedió progresivamente al universo de creencias del paciente y se cuestionaron paulatinamente sus afirmaciones acerca de sí mismo y del mundo.
- Reestructuración cognitiva: dirigida a la modificación de los pensamientos de inutilidad detectados en los autorregistros, así como de las distorsiones cognitivas que los mantienen.
- Experimentos conductuales: Enfocados a probar empíricamente la validez de las hipótesis planteadas en las sesiones.
- Entrenamiento en solución de problemas: Se planteó un modelo de solución de problemas que sustituyera la tendencia del paciente a evitar las situaciones problemáticas. Se siguió el modelo propuesto por D'Zurilla y Nezu (1999).

Aplicación del tratamiento psicológico

A la hora de implementar las técnicas de tratamiento se puso de manifiesto la dificultad práctica que tenía el paciente para iniciar y mantener una relación de confianza con el otro, circunstancia que afectó a la propia aplicación de los métodos terapéuticos ya descritos. Dado el estilo pasivo de interacción que predominaba en el paciente durante las primeras sesiones, se decidió utilizar un patrón más directivo al inicio del tratamiento, que progresivamente se fue atenuando a medida que R. iba aumentando su discurso espontáneo y sus aportaciones a las sesiones, para finalmente optar porque fuera él mismo el que decidiera cómo se organizarían las sesiones programadas y qué temas se debatirían. El propio proceso de estructuración de las entrevistas se utilizó al final del tratamiento como un ejemplo de experimento conductual que sirvió como dato en contra de sus expectativas negativas acerca de las interacciones con los demás, de las posibilidades que él tiene de construir activamente relaciones significativas positivas y del grado de responsabilidad que puede asumir en contextos sociales.

Al hilo de lo anterior, el plan inicial de tratamiento preveía otorgar un papel central a las técnicas cognitivas como factor del cambio que se perseguía en R., dada la preponderancia de los pensamientos automáticos negativos en los autorregistros, los esquemas depresógenos subyacentes a los rasgos desadaptativos de personalidad detectados en la evaluación y al satisfactorio grado de acuerdo que mostró R. con respecto al modelo cognitivo de la depresión tras leer el texto *Coping with Depression*, y utilizar las técnicas de perfil más conductual como método para contrarrestar la apatía y desmotivación iniciales. No obstante, pronto se evidenció que el mundo cognitivo del paciente se mostraba intensamente resistente al cambio, y que podría conseguirse una respuesta más positiva a las estrategias más centradas en la acción. De esta manera, se decidió poner en práctica un plan de activación conductual basado en dos de los principios fundamentales sobre los que descansa esta propuesta (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2013): La necesidad de estructurar y programar actividades en función de objetivos y no en función de estados de ánimo o cogniciones y la ventaja de comenzar por actividades sencillas y poco exigentes para ir paulatinamente aumentando los niveles de complejidad y esfuerzo requerido. En el caso de R., la intensa apatía y la tendencia mantenida a la inacción que presentaba al inicio del tratamiento hicieron necesaria, previa al comienzo de la aplicación de la activación conductual, una clarificación de sus valores personales y un descubrimiento de las vías mediante las cuales pudiera obtener refuerzo

en la línea de dichos valores. En este sentido, se encontró en la lectura y en el deporte dos actividades que suponían refuerzo para el paciente por varios motivos: El hecho de leer le permitía adquirir conocimientos, sentirse útil a nivel intelectual y, además, le ofrecía la posibilidad de descubrir nuevas inquietudes que pudieran redirigirle profesionalmente en un futuro; por otra parte, manifestó el deseo desde hacía mucho tiempo de incorporar a su rutina habitual la práctica deportiva pero que nunca lo había conseguido, lo que había supuesto hasta ese momento una fuente de frustración. Por ello, se decidió incluir la práctica deportiva como una segunda actividad en el programa de activación.

A continuación se muestra una tabla con la planificación aproximada intersecciones que se realizó, teniendo en cuenta que en cada sesión se evaluaban los resultados obtenidos y se reajustaban objetivos en función de lo logrado hasta el momento y de las dificultades encontradas:

Sesión	Objetivos planteados
3	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta una vez/semana; no tiempo mínimo. - Iniciar búsqueda de material de lectura.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta dos veces/semana, no tiempo mínimo. - Persistir en búsqueda de material de lectura.
5	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta dos veces/semana, no tiempo mínimo. - Iniciar lectura diaria, sin tiempo mínimo, de temática elegida.
6	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta dos veces/semana, mínimo media hora en cada ocasión. - Persistir en lectura diaria, sin tiempo mínimo, de material elegido.
7	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta dos veces/semana, mínimo media hora en cada ocasión. - Incorporar nuevas temáticas al tiempo de lectura, sin tiempo mínimo.
8	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta dos veces/semana, mínimo una hora en cada ocasión. - Leer al menos una hora diaria. - Iniciar búsqueda de empleo/actividades formativas.
9	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta tres veces/semana, mínimo una hora en cada ocasión. - Leer al menos una hora diaria, intercalando y cambiando de temáticas. - Iniciar búsqueda de empleo/actividades formativas.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta tres veces/semana, mínimo una hora en cada ocasión. - Leer al menos hora y media diaria, intercalando y cambiando de temáticas. - Persistir en búsqueda de empleo/actividades formativas.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta cuatro veces/semana, mínimo una hora en cada ocasión. - Mantener objetivo de lectura - Matricularse en actividad elegida.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Salir a montar en bicicleta cuatro veces/semana, mínimo dos horas en cada ocasión. - Mantener objetivo de lectura. - Iniciar curso de técnico de medio ambiente.

Tabla 3. Programación conductual con actividades propuestas y objetivos quincenales

Para la puesta en práctica del programa de actividades y su mantenimiento a lo largo del tiempo resultó clave la utilización de la reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que aparecieron en referencia a las

capacidades de R. de cumplir con los objetivos y de ser capaz de superar la baja motivación inicial; en este sentido, el entrenamiento en solución de problemas aplicado a los imprevistos que fueron surgiendo (días de lluvia que no permitieron continuar con el plan deportivo establecido, no cumplimiento ocasional de las tareas previstas, repunte de la apatía) permitió adquirir una herramienta destinada a mantener las fuentes de refuerzo y a neutralizar la tendencia a la evitación y al abandono conductual que presentaba el paciente.

RESULTADOS

Después de 12 sesiones de seguimiento se pusieron de manifiesto algunos cambios significativos en el paciente. A medida que avanzó el tratamiento, R. se mostraba en consulta más comunicativo, ampliando el rango de expresión emocional y el nivel de conversación espontánea. Su actividad diaria aumentó e inicialmente se propuso como objetivo establecer una rutina deportiva de dos días a la semana. Actualmente sale 4 días por semana a hacer rutas en bicicleta y ha considerado inscribirse a una carrera popular que se celebrará en su localidad. Por otro lado, ha decidido apuntarse a un curso de técnico de medio ambiente con la intención de encontrar una actividad profesional satisfactoria y con la que pueda desarrollarse laboralmente. A nivel cognitivo, el paciente refiere ser más consciente de cómo sus interpretaciones sobre lo que sucede afectan a su estado de ánimo, pero sostiene que no cree que sus creencias nucleares vayan a modificarse, es decir, sigue manteniendo una visión pesimista del mundo y de las relaciones sociales. En este sentido se plantea conseguir no un cambio a nivel de contenido de los esquemas, sino a nivel de cómo esos esquemas le impactan en su vida cotidiana.

En la tabla 4 se muestran las diferencias entre las puntuaciones obtenidas por R. en el MCMI-III al inicio del tratamiento y tras las 12 sesiones de seguimiento:

Patrones clínicos de personalidad	Prevalencia Pre-tratamiento	Prevalencia Post-tratamiento
Esquizoide	73	79
Evitativa	69	74
Depresiva	64	67
Dependiente	40	40
Histriónica	6	3
Narcisista	30	30
Antisocial	17	9
Agresiva (sádica)	7	7
Compulsiva	68	68
Negativista (pasivo-agresivo)	53	53
Autodestructivo	66	64
Patología grave de la personalidad	Prevalencia Pre-tratamiento	Prevalencia Post-tratamiento
Esquizotípica	60	47
Límite	43	33
Paranoide	62	50

Síndromes clínicos	Prevalencia Pre-tratamiento	Prevalencia Post-tratamiento
Trastorno de ansiedad	45	80
Trastorno somatomorfo	46	17
Trastorno bipolar	10	10
Trastorno distímico	64	64
Dependencia de alcohol	15	0
Dependencia de sustancias	15	15
Trastorno por estrés postraumático	36	64
Síndromes clínicos graves	Prevalencia Pre-tratamiento	Prevalencia Post-tratamiento
Trastorno del pensamiento	43	26
Depresión mayor	65	36
Trastorno delirante	0	0
Índices modificadores	Prevalencia Pre-tratamiento	Prevalencia Post-tratamiento
Sinceridad	45	48
Deseabilidad social	53	44
Devaluación	59	54
Validez	0	0

Tabla 4. Comparación puntuaciones pre y post-tratamiento en el MCMI-III

El paciente ha contestado de forma sincera y su estilo de respuesta se ve poco afectado por la deseabilidad social o la tendencia a la devaluación, lo que permite interpretar de forma adecuada el resto de resultados de la prueba. Las puntuaciones en las escalas de Patrones clínicos de personalidad son bastante similares al comparar la evaluación pre y la post, lo que implica que no hay diferencias significativas entre ambos perfiles; si bien sí se observa una ligera disminución de la patología grave de la personalidad (escalas Esquizotípica, Límite y Paranoide). Estos resultados apoyarían la estabilidad temporal de las variables de personalidad, que en el caso del paciente parecen haber sido poco permeables a la intervención realizada. No obstante, sí que se observan cambios en la manera en que dichas variables influyen en la situación actual del paciente.

Dentro de los síndromes clínicos graves, se aprecia una reducción de 29 puntos en Depresión Mayor y de 17 puntos en Trastorno del Pensamiento, lo que unido a la disminución de la sintomatología somatomorfa reflejada por la prueba (la puntuación en Trastorno Somatomorfo también ha bajado 29 puntos) da cuenta de la mejoría experimentada por R. a medida que transcurrían las sesiones de intervención. Por otro lado, los aumentos observados en las escalas de Trastorno de Ansiedad y Trastorno de Estrés Postraumático (35 y 28 puntos respectivamente) sugieren una toma de conciencia por parte del paciente, fruto del proceso terapéutico, de los eventos que le han sucedido en el pasado y de cómo estos se relacionan con lo que actualmente le sucede. Además, la progresiva inmersión que está desarrollando R. en entornos sociales a pesar de las dificultades que mantiene a nivel relacional y la asunción de nuevas responsabilidades parecen congruentes con el aumento de la sintomatología ansiosa recogido en los resultados de la prueba.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La terapia cognitivo-conductual se ha mostrado eficaz para el tratamiento de la depresión (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012; Pérez, M. y García, J.M., 2001). En el caso que se ha descrito, se puede observar cómo los síntomas que presentaba inicialmente el paciente, en especial la apatía, la tristeza y los sentimientos de vacío se han reducido de manera significativa después de 12 sesiones de tratamiento. Parece coherente afirmar, sobre todo si se tiene en cuenta el curso y el desarrollo del tratamiento, que las estrategias de intervención de perfil más conductual, como la programación de actividades y la puesta en práctica de habilidades de resolución de problemas han jugado un papel importante en esta reducción, puesto que las creencias nucleares del paciente han permanecido relativamente intactas al cuestionamiento cognitivo. Este planteamiento conduce a revisar dos circunstancias: Por un lado, la eficacia que por sí mismas pueden tener las técnicas conductuales en el tratamiento de la depresión, cuestión planteada hace ya varios años y que cuenta con evidencia a favor (Sturmey, 2009; Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner et al., 1996).

La resistencia del paciente en relación a la modificación de los esquemas disfuncionales referentes a los otros y al mundo obligó a hacer hincapié en el aspecto conductual del triángulo conducta-emoción-pensamiento, estrategia que como se ha comentado previamente resultó efectiva en la generación de cambios positivos, al menos en las esferas conductual y emocional. Esta resistencia al cambio lleva a dirigir la atención a la segunda de las cuestiones que puede ser interesante analizar. El hecho de que los esquemas del paciente sean tan rígidos, amplios, se encuentren tan enraizados en su mundo cognitivo y dominen de alguna manera la concepción que tiene de la realidad se puede interpretar en términos de vulnerabilidad cognitiva, que formaría parte de un conjunto más vasto vinculado a los rasgos disfuncionales de personalidad que presenta el paciente.

En este contexto, se han propuesto varios modelos que dan cuenta de las diferentes vías mediante las que se constituye la influencia entre personalidad y psicopatología (Hirschfeld & Shea, 1992). Parece claro que el modelo de vulnerabilidad, que asume que la personalidad disfuncional predispone al individuo a padecer un trastorno del Eje I mediante la emisión de respuestas de afrontamiento pobres o limitadas a los eventos ambientales, es el modelo que mejor se adapta al caso propuesto. Los rasgos de personalidad de R. se constituyeron de forma previa al proceso depresivo, que se originó como fruto de la interacción de sucesos ambientales aversivos (entre otros el fracaso académico, la pérdida del hipotético refuerzo que supondrían éxitos académicos futuros y la pérdida de estabilidad vital) junto con variables de vulnerabilidad (rasgos esquizoides, evitativos y compulsivos).

Como punto final, puede ser interesante señalar que en casos como el descrito, donde la influencia del tratamiento sobre las variables de predisposición sea limitada, sería conveniente poner el foco terapéutico en el aprendizaje de habilidades que de alguna manera puedan modular el impacto que sobre la persona tienen los sucesos vitales estresantes. Resulta obvio que el enfoque cognitivo-conductual puede ser de utilidad en este sentido.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2005) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Bienvenu, O.J., Samuels J.F., Costa, P.T. y Reti, I. (2004). *Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample*. *Depression and Anxiety* 20, 92-97.
- Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D.M. y Przybeck, T.R. (2006) *Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects*. *Journal of Affective Disorders* 92: 35-44.
- D’Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2ª ed.)*. Nueva York: Springer.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J.M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. et al. (2010). *Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project*. *Journal of Affective Disorders* 120(1-3):76-85.
- Hirschfeld, R. M. y Shea, M.T. (1992). Personality. En E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders (2ª ed., pp. 185-194)*. Nueva York: Guilford Press.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T. y Fang, A. (2012) *The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses*. *Cognitive Therapy and Research* 36(5): 427-40.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K. y Gollan, J.K., (1996) *A component analysis of cognitive-behavioral therapy for depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(2) 295-304.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). *Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis*. *Psychological Bulletin* 136(5): 768-821.
- Martell, C.R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013) *Activación Conductual para la Depresión. Una Guía Clínica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Millon, T. y Davis, D. (1998). *Trastornos de la Personalidad: Más Allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Muñoz, M. y Vázquez, C. (2002). *Entrevista Diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Síntesis.
- Oliver-Quetglas, A., Torres, E., March, S., Socías, I.M. y Esteva, M. (2013) *Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes*. *Actas Españolas de Psiquiatría* 41(2):84-96.
- Ormel, J., Jeronimus, B.F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E.H., Hankin, B., Rosmalen, J.G.M. y Oldehinkel, A.J. (2013) *Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship*. *Clinical Psychology Review* 33: 686-697.

- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2011). *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. *Psicothema* 13(3): 493-510.
- Sturmey, P. (2009) *Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression*. *Behavior Modification* 33(6): 818-829.