

# Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

## Terapia de esquemas versus farmacoterapia para el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo comórbido a una depresión crónica: enfoque transdiagnóstico de intervención en el perfeccionismo

Presentado por: Daniel Frederik van de Poll

Tutor/a académico/a: Dra. María Martín Vivar

Alcalá de Henares, 07 de marzo de 2022

## Índice

Resumen/ abstract y palabras clave (key words) .....	4
1. Introducción y justificación.....	5
2. Objetivos e hipótesis .....	6
2.1. Objetivo principal .....	6
2.2. Hipótesis para el objetivo principal .....	6
2.3. Primer objetivo secundario.....	7
2.4. Hipótesis para el primer objetivo secundario.....	7
2.5. Segundo objetivo secundario .....	7
2.6. Hipótesis segundo objetivo secundario .....	7
2.7. Tercer objetivo secundario.....	7
2.8. Hipótesis tercer objetivo secundario .....	8
3. Marco teórico .....	8
3.1. TPOC.....	8
3.1.1. <i>Conceptualización</i> .....	8
3.1.2. <i>Etiología</i> .....	9
3.1.3. <i>Criterios diagnósticos</i> .....	9
Tabla 1. ....	10
3.1.4. <i>Evaluación</i> .....	11
3.1.5. <i>Tratamiento</i> .....	12
3.1.6. <i>Tratamientos basados en el apego</i> .....	12
3.2. Población ambulatoria con depresión recurrente / crónica. ....	13
3.3. Punto de encuentro transdiagnóstico: perfeccionismo. ....	14

3.4. Programas de intervención de la terapia de esquemas previos para el TPOC .....	15
3.5. Programas de intervención de la terapia de esquemas previos para pacientes con depresión crónica.....	16
3.6. Esquema conjunto de propuestas de intervención de la terapia de esquemas para el TPOC y la depresión Crónica.....	17
Tabla 2. ....	17
4. Metodología de investigación .....	21
4.1. Fuentes de información empleadas .....	21
4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores .....	21
5. Propuesta de intervención.....	22
5.1. Presentación de la propuesta .....	22
5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.....	22
5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta .....	23
5.4. Metodología y recursos.....	24
5.5. Tareas / sesiones.....	25
5.5.1 <i>Explicación del funcionamiento y los presupuestos teóricos de la terapia de esquemas.</i> .....	25
Tabla 3. ....	26
Tabla 4. ....	27
5.5.2. <i>Fases y tareas</i> .....	28
5.6. Cronograma de aplicación .....	31
Tabla 5. ....	31
5.7. Evaluación de la propuesta.....	32

5.7.1. Instrumentos de evaluación .....	32
5.7.2 Análisis estadístico .....	33
6. Conclusiones.....	34
6.1. Fortalezas.....	34
6.2. Limitaciones.....	35
6.3. Consideraciones finales.....	36
7. Referencias.....	36
8. Declaración de autenticidad .....	49

#### Resumen/ abstract y palabras clave (key words)

Planteamiento y Objetivos. Protocolizar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos mentales crónicos y comórbidos es un reto actual en la investigación académica. En esta propuesta se busca evaluar la eficacia de la terapia de esquemas aplicada en pacientes ambulatorios con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Obsesivo comórbido a una depresión crónica y valorar si es más efectiva que la intervención farmacológica para reducir sintomatología depresiva, intervenir en patrones de personalidad y perfeccionismo clínico. Método: estudio controlado aleatorizado (N=40) con un grupo experimental (N=20) recibiendo una intervención la terapia de esquemas (60 sesiones) y uno control (N=20) recibiendo exclusivamente una intervención farmacológica aplicado en un plazo de 20 meses. Medidas pre-post: Beck Depression Inventory II, Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM (SCID-II), Schema Mode Inventory, Cuestionario de esquemas de Young versión 3 reducida, escala multidimensional de perfeccionismo de Frost, Escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt-Flett, y la Escala Casi Perfecta-revisada. Se tomarán medidas pre, durante (a los 3, 6, 9, 12, 18 meses) y post de la intervención sugerida. Se realizaría seguimiento a los 6 y a los 12 meses.

Limitaciones: tamaño reducido de la muestra, la escasez de psicólogos en el Sistema sanitario español para llevar a cabo la intervención. Conclusiones: se espera que este estudio provea evidencia empírica para justificar una intervención psicológica a largo plazo en pacientes con una afectación de salud mental crónica y que se contemple el factor transdiagnóstico del perfeccionismo para intervenir indirectamente en pacientes infradiagnosticados.

Palabras clave:

*Terapia de esquemas, TPOC, Depresión Crónica, Perfeccionismo, Evaluación transdiagnóstica.*

## 1. Introducción y justificación

Los trastornos de personalidad (TP) afectan a una proporción considerable de la población (Winsper et al., 2020), generan elevado gasto económico a la sociedad (Caballo, 2004) y sufren de ser infra-diagnosticados (Giner et al., 2015, Paris, 2020). Los TP conllevan características y patrones crónicos (Levy y Johnson, 2016) y elevada comorbilidad con otros TP y trastornos del Eje I (Bateman et al., 2015). Algunos TP han recibido una considerable atención en la literatura académica (véase el Trastorno Límite de la Personalidad, TLP), pero otros siguen siendo paradigmáticos (Bateman et al., 2015; Paris, 2020).

Ante la larga duración de la intervención con sus respectivos costes, y la escasez de estudios empíricos realizados enfocados en TP, conseguir becas de financiación para investigar posibles intervenciones eficaces en los TP es complicado y limitado (Young et al., 2003).

Esta propuesta de intervención se enfoca en el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo (TPOC) como trastorno comórbido a un trastorno de depresión crónica. Las experiencias tempranas, sobre todo con relación a las figuras de referencia, son parte de la etiología en ambos trastornos (Jobst et al., 2016). Intervenir en estos

trastornos, por ende, sería más oportuno si además se incorpora un trabajo terapéutico centrado en el apego y esquemas precoces desadaptativos.

Se apuesta por un abordaje terapéutico ideado para pacientes con trastornos de salud mental crónicos: la terapia de esquemas de Young; (Young et al. (2003). Esta terapia ha demostrado evidencia moderada para el TLP (APA, s.f.). Con esta terapia se espera conseguir, además de un descenso en la sintomatología depresiva y los patrones desadaptativos de la personalidad, la reducción en un factor ampliamente estudiado con respecto a la depresión: el perfeccionismo (Smith et al., 2020; Smith et al., 2021). Éste, como tal, se entiende como un factor transdiagnóstico presente en ambos trastornos (Egan et al., 2012).

Ante las restricciones de tiempo y falta de formación especializada para administrar baterías de cuestionarios de TP o realizar revistas semiestructuradas/estructuradas, en los entornos de intervención primaria y las unidades de salud mental de los hospitales públicos del SNS (Giner et al., 2015), se aboga por una intervención en depresión crónica midiendo los niveles de perfeccionismo para intervenir, de manera indirecta, en un posible TPOC no diagnosticado.

## 2. Objetivos e hipótesis

### 2.1. Objetivo principal

Averiguar si la terapia de esquemas de Young (Young et al., 2003) aplicada en pacientes ambulatorios con depresión recurrente/crónica y TPOC comórbido disminuye 3 factores: sintomatología depresiva, patrones del TPOC/ Anancástico y perfeccionismo clínico.

### 2.2. Hipótesis para el objetivo principal

Se postula que la terapia de esquemas de Young aplicada a pacientes con depresión recurrente/crónica, según el modelo adaptado a este trastorno por Renner y colaboradores (2013), ayuda a disminuir la sintomatología depresiva y los patrones del TPOC y, de forma especial, reduce el factor transdiagnóstico del perfeccionismo.

### 2.3. Primer objetivo secundario

Establecer un seguimiento longitudinal para confirmar que la mejoría obtenida se mantiene en el tiempo.

### 2.4. Hipótesis para el primer objetivo secundario

Se postula que las ganancias adquiridas en los tres factores se mantengan a los 6 y 12 meses de seguimiento. Para ello se volverán a emplear las mismas baterías de cuestionarios administradas, así como los resultados de la Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II. Se espera que haya un porcentaje bajo de recurrencia en el grupo experimental y que éste sea más bajo que el del grupo control.

### 2.5. Segundo objetivo secundario

Definir qué variables correlacionan con el perfeccionismo, si los esquemas precoces desadaptativos, o con los modos de esquema (según la terapia de esquemas). Dependiendo de los resultados, podrá ajustarse la intervención propuesta para ser llevada a la clínica.

### 2.6. Hipótesis segundo objetivo secundario

Se espera una mayor correlación con los modos de esquema, en línea con la literatura para los trastornos crónicos (Arntz et al., 2021; Yakin et al., 2020), que con los esquemas precoces desadaptativos. Debido, en gran medida, a que los esquemas precoces desadaptativos se caracterizan más por ser rasgos y los modos de esquema son más estados (Arntz et al., 2021). Por ello en los estados se puede esperar una mayor variabilidad como resultado de la intervención que en los esquemas precoces desadaptativos.

### 2.7. Tercer objetivo secundario

Analizar qué esquemas precoces desadaptativos y modos de esquema concretos correlacionan en mayor medida con el perfeccionismo.

## 2.8. Hipótesis tercer objetivo secundario

El TPOC se ha asociado con el esquema precoz desadaptativo de metas inalcanzables (Kunst et al., 2020) y los modos del niño vulnerable y el padre/la madre castigador/a /crítico/a, ambos propuestos originalmente por Young (Finogonow, 2020). La hipótesis es que encontremos este mismo esquema precoz desadaptativo y estos modos asociados al perfeccionismo.

## 3. Marco teórico

### 3.1. TPOC

#### 3.1.1. Conceptualización

El TPOC es un trastorno de personalidad perteneciente al clúster C con alta prevalencia en muestras comunitarias (APA, 2013), llegando a ser el más prevalente (Volkert et al., 2018). En cuanto a la prevalencia, los últimos estudios afirman que los resultados obtenidos en los últimos años son inconsistentes (Diedrich y Voderholzer, 2015). Por un lado, el estudio comunitario desarrollado por Torgersen y colaboradores (2001) mostró una proporción de prevalencia de 2:1 de hombres con respecto a mujeres. Por otro lado, estudios epidemiológicos posteriores apuntan a que hombres y mujeres son afectados de igual forma (Grant et al., 2012);

El TPOC sufre de un vacío de investigación desde las últimas décadas del siglo XX (Diedrich y Voderholzer, 2015; Pinto et al., 2007; Pinto, 2016; Burkauskas y Fineberg, 2020; Gecaite-Stonciene y et al., 2021) siendo escasos los estudios que han puesto el foco exclusivamente en el TPOC (Fineberg et al., 2014).

Se trata de un trastorno personalidad que genera una importante interferencia funcional (Pinto, 2016), con elevada comorbilidad con otros trastornos mentales (Fineberg et al., 2014) y conlleva gastos médicos elevados tanto directos (Pies, 2011) como indirectos (Soeteman et al., 2008).



### *3.1.2. Etiología*

Es una de las áreas en las que se evidencia mayor falta de investigación con relación al TPOC. Aunque haya teorías psicodinámicas (dificultades con las personas de referencia durante el estadio psicosexual anal; dificultades en la fase de autonomía vs vergüenza según los estadios psicosociales, entre otras) y teorías basadas en el apego y biológicas (heredabilidad, asociaciones genéticas, desarrollo cerebral) los resultados de la investigación son inconsistentes (Diedrich y Voderholzer, 2015) y apuntan hacia causas próximas y no definitivas (Hertler, 2014).

Aunque Hertler (2014) realiza un análisis crítico y teórico de los diferentes postulados etiológicos no hay una dirección concreta sugerida para la intervención terapéutica. Este análisis surge en contraposición con lo sugerido por la Asociación Europea de Psiquiatría en su guía de psicoterapia para la depresión crónica (Jobst et al., 2016), en la cual mencionan las asociaciones de adversidad y maltrato infantil con el desarrollo de TP en base a -entre otros- la revisión sistemática de Carr et al. (2013).

En esta guía se termina sugiriendo una intervención más específica e intensa para pacientes con depresión crónica en vista de las asociaciones con el trauma infantil en sus diferentes formas y déficits en el apego y, relacionado con el objeto de estudio presente, por la comorbilidad con los TP (Jobst et al., 2016).

### *3.1.3. Criterios diagnósticos*

El comienzo de la descripción de criterios diagnósticos asociados al TPOC fue realizado por Pierre Janet en 1903 (Janet, citada en Fineberg et al., 2014). Desde entonces, el trastorno ha sido incluido en todos los Manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM) y en la octava edición de la Clasificación internacional de enfermedades en adelante (CIE) (Diedrich y Voderholzer, 2015; Fineberg et al., 2014).

Las nomenclaturas y los síntomas han ido cambiando según los avances en las investigaciones dificultando a investigación de este trastorno (Baer y Jenike, citado en Pinto et al., 2007). Actualmente, en el DSM 5 (APA, 2013) el TPOC se caracteriza por

presentar, desde comienzos de la vida adulta y en varios contextos, cuatro o más de los síntomas mostrados en la tabla 1.

Tabla 1.

*Criterios diagnósticos del TPOC según el DSM 5*

---

Síntomas
1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de tareas.
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es ávaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

---

*Nota, DSM 5 (APA, 2013, p. 368).*

En el DSM 5 se ha desarrollado, adicionalmente, un modelo alternativo para evaluar los TP. Según este modelo se explica una interferencia en diferentes áreas de funcionamiento (identidad, autodirección, empatía e intimidad), y se describen varios rasgos patológicos específicos a cada trastorno de personalidad.

El TPOC tiene como criterio que se hayan visto afectadas al menos dos áreas de funcionamiento y se han identificado 4 rasgos patológicos: perfeccionismo rígido, perseveración en tareas más allá de lo funcional, evitación de la intimidad, afectividad

restringida de los cuales uno (de un mínimo de 3) tiene que ser un perfeccionismo rígido (APA, 2013).

Este énfasis en el perfeccionismo como elemento nuclear del trastorno cobra sentido ante la investigación que lo plantea como un factor altamente contribuyente al deterioro vital (Pinto, 2016). A su vez, el perfeccionismo ha sido uno de los criterios diagnósticos que se ha mantenido en los DSM desde la tercera versión (Baer y Jenike, citado en Pinto, 2007).

Hay críticas a la validez diagnóstica en base a categorías (Brunoni, 2017; Vázquez et al., 2014), así como a la sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos propios del TPOC (Hertler, citado en Diedrich y Voderholzer, 2015). La apuesta de la CIE 11 por un modelo dimensional –el cual muestra solapamiento y correlación con los criterios diagnósticos del modelo alternativo para evaluar los TP del DSM 5- responde en cierta forma a estas críticas, pero precisa de una mayor investigación para determinar su utilidad clínica (Gecaite-Stonciene et al., 2021).

#### *3.1.4. Evaluación*

La evaluación de los trastornos de personalidad consiste en una de las actividades clínicas más complejas (Tyrer, 2015). Caballo (2004) menciona que, hasta la fecha, no existían instrumentos específicos para evaluar el TPOC. En una revisión más reciente sólo se evidenció únicamente una escala diseñada para medir el TPOC, el Five Factor Obsessive- Compulsive Inventory (Samuel et al., citado en Furnham et al., 2014).

Es importante recalcar que actualmente hay creciente investigación que sugiere que las formas de evaluación dimensionales son más apropiadas que las categóricas (Reardon et al., 2018). Un ejemplo de un instrumento dimensional es el Self and Interpersonal Functioning Scale (Gamache et al., 2019) que mide las cuatro áreas de funcionamiento del modelo alternativo para evaluar los TP del DSM 5. Este último cuestionario es breve, respondiendo a un dilema común de muchos de los métodos y cuestionarios utilizados para evaluar los TP: su tiempo de administración (Tyrer, 2015).

En el ámbito clínico, el método más empleado para evaluar los TP es el criterio experto del profesional a través de entrevistas no estructuradas, mientras que, en el ámbito académico, las investigaciones se suelen basar mayoritariamente en entrevistas semi-estructuradas (Widiger y Samuel, citado en Reardon et al., 2018).

### *3.1.5. Tratamiento*

Hoy día no hay un tratamiento específico empíricamente validado para el TPOC (Pinto, 2016; APA, s.f.). El único TP con terapias basadas en la evidencia es el TLP. Para el resto, todavía se carece de las evidencias suficientes (Bateman et al., 2015; Paris, 2020). Específicamente, no hay muchos estudios que hayan comprobado la efectividad de la intervención terapéutica para el Clúster C (Shuilleabhain, 2021).

En cuanto a la intervención farmacológica, su eficacia no consigue la remisión total de los síntomas de los TP y tampoco hay fármacos específicamente diseñados para ellos (Paris, 2020). Adicionalmente, la intervención psicológica y psicosocial sigue siendo el tratamiento estándar para los trastornos de personalidad (Gabbard, citado en Bateman et al., 2015; Sperry, citado en Pinto, 2016).

Pinto (2016) comenta la evidencia inicial para tratamientos psicodinámicos, tratamientos basados en la terapia cognitiva (incluyendo la terapia de esquemas de Young), una adaptación de la terapia dialéctica conductual (DBT), la terapia metacognitiva y la selección del propio autor: una intervención en base la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) sobre el perfeccionismo/rigidez y entrenamiento en regulación emocional y flexibilidad interpersonal.

### *3.1.6. Tratamientos basados en el apego*

Significativo mencionar los tratamientos basados en el apego ya que han demostrado una eficacia como mínimo moderada para el tratamiento del TLP (APA, s.f.). Lorenzini y Fonagy (2013) en su revisión, comentan la evidencia de las tres intervenciones para los TP basadas en el apego: la terapia basada en la mentalización, la psicoterapia enfocada en la transferencia y la terapia de esquemas.

Como indican Levy y colaboradores (2015), lo descubierto para el TLP puede tener implicaciones para -y ayudar a orientar futura investigación de- los TP. Por ello, y aun a pesar de la falta de estudios prospectivos para los TP (Paris, 2020) se valora la importancia, señalada por Lorenzini y Fonagy (2013) de la perspectiva de apego en la conceptualización y tratamiento de los TP. Se postula que un paciente que vaya desarrollando un apego más seguro podrá ir descubriendo y aplicando lo adquirido en terapia desde el puerto seguro que supone la relación terapéutica (Willmot y McMurrán, 2016).

### 3.2. Población ambulatoria con depresión recurrente / crónica.

Cardila y colaboradores (2015) identifican que la depresión se ha convertido en un problema importante que afecta a la salud pública española en términos de gasto. 5005 millones de euros anuales se destinan a ello en España (Sobocki et al., citados en Cardilla et al., 2015). Entre el 20 al 30% de personas afectadas por la depresión tienen depresión crónica (Hölzel et al., citado en Seemüller et al., 2022).

En el DSM IV-TR la depresión crónica puede encuadrarse en: distimia, trastorno depresivo mayor crónico (de al menos dos años de duración), doble depresión y trastorno depresivo mayor recurrente sin remisión entre episodios (APA, 2000). El DSM-5 (APA, 2013) cambia el término a trastorno depresivo persistente (TDP), también entendido como distimia, que a su vez incluye cuatro subcategorías: con síndrome distímico puro, con episodio de depresión mayor persistente, con episodios intermitentes de depresión mayor – y episodio de depresión actual – y con episodios intermitentes de depresión mayor sin episodio de depresión actual. Aun a pesar de este cambio de nomenclatura, se sigue utilizando el término de depresión crónica en la literatura académica.

Respecto a la etiología específica de la depresión crónica Jobst y colaboradores (2016), en su exhaustiva revisión sistemática, exponen la evidencia de asociaciones con una historia de trauma o trauma múltiple (especialmente la negligencia y el abuso emocionales), adversidad y maltrato en la infancia, relaciones empobrecidas con los

padres y problemas familiares. Sí cabe destacar que la revisión sistemática de Köhler y colaboradores (2019) encontró resultados inconsistentes (o demasiado heterogéneos) al comparar pacientes con depresión crónica y aquellos con depresión no cronificada respecto a la presencia de adversidad durante la infancia como factor diferencial. La depresión crónica se ve afectada por una mayor comorbilidad con los TP que con los trastornos depresivos mayores (Blanco et al., citado en Jobst et al., 2016; Seemüller et al, 2022).

La depresión crónica es difícil de tratar y es resistente a varios tratamientos (Cuijpers et al., 2017; Negt et al., 2016). Cuijpers y colaboradores (2017) señalan mayor investigación para los tratamientos enfocados en la depresión crónica, identificando como reto más importante desarrollar terapias efectivas. El sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia se ha desarrollado como una terapia eficaz para intervenir en este trastorno de forma específica y ha obtenido tamaños de efecto moderados (Negt et al., 2016; Schramm et al., 2017). Como se verá más adelante, la terapia de esquemas tiene, al menos, una evidencia inicial en el tratamiento de este trastorno (Körük, y Özabacı, 2018).

En el contexto del SNS, hay evidencia tentativa de que la farmacoterapia es la intervención más utilizada para tratar la depresión en general, aunque esto no se corresponda con las indicaciones clínicas (Ferrerres y et al., 2012).

### 3.3. Punto de encuentro transdiagnóstico: perfeccionismo.

Uno de los criterios que más relevancia tiene en el TPOC es el perfeccionismo (Pinto et al., 2007; Pinto 2016, Reddy et al., 2016). Comparte este factor con otros trastornos. Egan y colaboradores (2012) lo proponen como un factor transdiagnóstico. Aunque no haya mucha investigación en esta línea desde entonces (Maricuțoiu et al., 2020), la intervención transdiagnóstica cuenta con muchas ventajas entre las cuales se encuentran lidiar con procesos subyacentes en la salud mental, así como su naturaleza dimensional (Dalglish et al., 2020).

El perfeccionismo, entendido en su primera instancia como unidimensional se ha estudiado como un factor multidimensional (Stoeber, 2016). Se han desarrollado diferentes modelos teóricos con sus subsiguientes escalas de evaluación (Smith et al., 2021). Cabe destacar que la investigación académica ha diferenciado –mediante análisis factorial- dos factores, las preocupaciones y aspiraciones perfeccionistas (Stoeber y Damian, 2014, Limburg et al., 2017). Las preocupaciones perfeccionistas han recibido una mayor asociación con la psicopatología en comparación a las aspiraciones (Limburg et al., 2017).

Actualmente, hay tres cuestionarios para medir estos factores utilizados con frecuencia (Maricuțoiu et al., 2020; Stoeber, 2016): la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost (Frost et al., 1990), la Escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt-Flett (Hewitt y Flett, 1991) y la revisión de la escala Almost Perfect (APS-R, Slaney et al., 2001). Todas miden los diferentes subfactores asociados a las preocupaciones y aspiraciones perfeccionistas; por ello es recomendable utilizar las tres para conseguir mejor información.

Maloney y colaboradores (2014) en su estudio transversal seminal sobre la etiología del perfeccionismo encontraron que los factores parentales (expectativas, crítica) tienen una relación directa con el desarrollo del perfeccionismo. También encontraron una relación indirecta entre control sin afecto y el perfeccionismo mediado por esquemas de desconexión y rechazo. Esta confirmación empírica lleva a considerar la posibilidad de que la terapia de esquemas -que trata esquemas precoces desadaptativos- pueda reducir el perfeccionismo en sus intervenciones.

#### 3.4. Programas de intervención de la terapia de esquemas previos para el TPOC

Si bien es cierto que no hay un estudio específicamente diseñado para intervenir sobre el TPOC, el estudio de mayor calidad hasta la fecha que interviene sobre varios TP del clúster C -primordialmente- es el efectuado por Bamelis y colaboradores (2014). Se recalca lo mencionado por Schneider y colaboradores (2015) que evaluar más de un TP dificulta la identificación de diferencias por cuestión del tamaño de muestra.

La misma limitación afecta a un estudio más reciente por Koppers y colaboradores, (2020), con una muestra N=194, que realizaron un estudio naturalístico -sin grupo control- de la terapia de esquemas en formato grupal con TP variados (13 pacientes con TPOC) con una duración de 60 sesiones, consiguiendo un tamaño de efecto de 0.61 pre-post y una remisión del 30%.

Aunque la terapia de esquemas se haya consolidado como opción terapéutica para abordar el TLP, los demás TP precisan mayor carga investigadora y más estudios controlados aleatorizados (Schneider et al., 2015).

### 3.5. Programas de intervención de la terapia de esquemas previos para pacientes con depresión crónica.

Hasta la fecha sólo se han llevado a cabo cuatro estudios para tratar pacientes con depresión crónica mediante la terapia de esquemas y tres son series de casos individuales (Gheisari, 2016, Malogiannis et al., 2014, Renner et al., 2016). El cuarto estudio (Carter et al., 2013), aunque no específicamente diseñado para intervenir sobre la depresión crónica, ofrece una RCT que muestra resultados parecidos para pacientes con un Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y aquellos con depresión crónica y o recurrente. En la tabla 2 se pueden ver las características y limitaciones de estos estudios (todos en formato individual).

Conviene destacar que se ha creado un modelo específico dentro de la terapia de esquemas para tratar la depresión crónica (Renner et al., 2013) y se sigue estudiando qué lleva al cambio en esta modalidad terapéutica (Renner et al., 2018).

Kool y colaboradores (2018) han realizado una propuesta de intervención para la realización de un RCT para intervenir tanto en la depresión crónica como en los TP comórbidos. Este estudio llevado a cabo podría no sólo brindar una mayor evidencia empírica a la terapia de esquemas sino también dar validez al modelo desarrollado por Renner y colaboradores (2013). También responde a la necesidad de crear programas rentables que puedan abordar las comorbilidades asociados los trastornos mentales.



### 3.6. Esquema conjunto de propuestas de intervención de la terapia de esquemas para el TPOC y la depresión Crónica

Tabla 2.

*Estudios y propuestas de intervención que utilizan la terapia de esquemas para tratar la depresión crónica y/o el TPOC*

Autores	País	Diseño y objetivos	Tamaño muestra	Sexo	Diagnóstico primario	Diagnóstico secundario	Diagnóstico comórbido
Carter et al. (2013)	Nueva Zelanda	RCT. Comparar la terapia de esquemas con la TCC para la depresión.	100	69% mujeres	Trastorno de depresión mayor	Depresión recurrente (74%) y/o depresión crónica (67%)	TPOC (13% de los 35 TP presentes en la muestra)
Malogiannis et al. (2014)	Grecia	Serie de casos individuales en tres fases. Evaluar la efectividad de la terapia de esquemas en pacientes con depresión crónica.	N=12	100% mujeres	Depresión crónica	N/A	TPOC (1)
Renner et al. (2016)	Países Bajos	Serie de casos individuales con líneas base múltiples, de tres fases. Evaluar la efectividad de la terapia de esquemas en pacientes con depresión crónica.	N=25	80% mujeres	Trastorno de depresión mayor crónica	N/A	TPOC (6)
Gheisari (2016)	Irán	Serie de casos individuales	N=6	50% mujeres	Depresión crónica	N/A	No se evalúa
Kool et al. (2018)	Países Bajos	Propuesta de intervención: RCT con un diseño factorial de 2x2	N=200	N/A	TDM o Depresión recurrente	TP (se incluyen pacientes con más de un TP)	TP (no se especifica ningún clúster o porcentaje esperado).
Bamelis et al. (2014)	Países Bajos	RCT multicentro. Comparar efectividad de la terapia de esquemas vs a tratamiento habitual y la terapia orientada a la clarificación.	N=323	57% mujeres	TPOC (89)	TPOC (33)	Trastornos depresivos (143)

*Terapia de esquemas vs farmacoterapia para el TPOC comórbido a una depresión crónica.*

Edad promedio	Tipo de intervención	Nº de sesiones y duración	Duración de sesión	Integridad del tratamiento
M grupo CBT= 38.2 (12.0), M grupo Terapia de esquemas= 38.5 (11.4).	Comparación entre la terapia de esquemas con la TCC	Sesiones semanales (mínimo de 15) durante 6 meses, sesiones mensuales (mínimo de 3) durante los siguientes seis.	N/A	La terapia se administró siguiendo los manuales publicados por Young. Entrenamiento de una semana ofrecido por Young (clases, ejercicios experienciales y en vídeo). Supervisión individual y grupal para asegurar adherencia al manual. Todas las sesiones grabadas, seleccionadas aleatoriamente para ser evaluadas mediante el CTS para la terapia de esquemas (puntuación media de 54.4(DT=9.1).
M= 42.58 (9.67)	Psicofarmacológica de base. Terapia de esquemas en línea con la intervención para el clúster C de los TP	60, 20 meses	50 min.	Todos los terapeutas, supervisados, con certificación de nivel avanzado por el ISST). Grabaciones aleatoriamente seleccionadas por el supervisor; evaluados mediante el STRS
M= 41.36 (16.45)	11 pacientes tomaban medicación de forma estable. Tomar antidepresivos en caso contrario era un criterio de exclusión. intervención para la depresión crónica según sugerida por Renner et al. (2013).	M=53 (mínimo 24, máximo 74).	50 min.	4 terapeutas expertos con experiencia de entre 5 a 12 años en terapia de esquemas. Reportes después de cada sesión para comprobar la adherencia al protocolo de tratamiento.
No hay mención	No hay mención.	12, 15 semanas	60 min.	No hay mención
N/A	Comparación entre la terapia de esquemas (según el modelo adaptado a la depresión crónica de Renner et al., 2013) y Psicoterapia psicodinámica breve	25 o 50 sesiones, con diferentes frecuencias (dos sesiones a la semana, una semanal, quincenales) dependiendo del punto de la terapia y del grupo asignado.		Grabaciones en audio de todas las sesiones y 3 sesiones por paciente evaluados por calificadores independientes en base a la escala de integridad creada por Bamelis et al. (2014). Los terapeutas, sino no están registrados como Terapeutas de esquemas, tienen al menos 6 meses de experiencia en la terapia de esquemas y reciben supervisión. Un día de entrenamiento dado a todos los terapeutas en terapia de esquemas para depresión.
1. M= 37.57 (9.69), 2. M= 39.20 (9.37), 3. M= 38.06 (9.63).	Terapia de esquemas, comparada con tratamiento habitual y terapia orientada a la clarificación.	50, 40 sesiones primer año, 10 sesiones segundo año	N/A	Supervisión. Evaluadores Calificadores ciegos al tipo de tratamiento evaluaron en escalas de 7 puntos -estilo Likert- grabaciones de audio aleatoriamente seleccionados. Se presentan los resultados de 631 grabaciones.

## Terapia de esquemas vs farmacoterapia para el TPOC comórbido a una depresión crónica.

Resultados	Seguimiento	Debilidades
MADRS: cambio para la terapia de esquemas tras las sesiones semanales: 41.3% (SE=5.9, IC=29.6-53.1) y 51.4% (SE= 5.8, IC=39.6-63.2) al finalizar las sesiones mensuales.	Sin medidas de seguimiento	Versión breve de la terapia de esquemas; difícil establecer a corto plazo los efectos de una terapia que está ideada para ser a largo plazo. Falta de medidas de seguimiento. Falta de un trabajo específico con los pacientes afectados por depresión crónica y/o recurrente.
BDI-II. Cambio para la terapia de esquemas tras las sesiones semanales: 40.6% (SE=7.5, IC=25.8-55.5) y 45.3% (SE=6-9, IC=31.6-58.9) al finalizar las sesiones mensuales.		
HRSD: bajada de 21.07 a 9.40 tras el tratamiento; 10.75 en el seguimiento. HRSA: bajada de 17.29 a 9.56; 9.63 en el seguimiento. Puntuaciones totales del YSQ-L3 (5 dominios), bajada de 726 a 502.	6 meses	Falta de un grupo control, tamaño de la muestra, sólo 1 caso de TPOC, ausencia de líneas base múltiples, estudio preliminar.
BDI-II, tamaño de efecto de 1.30 de línea base a post-tratamiento. Para el QIDS-SR 1.22. para el BSI 0.86. Para el ORS 0.93.	Sin medidas de seguimiento	Aunque las líneas base múltiples hayan dado para un mejor diseño, sigue faltando un grupo control. El tamaño de muestra también fue algo mayor, aunque sigue siendo discreto. Faltan medidas de seguimiento. Diferencias importantes en el número de sesiones administradas.
No hay datos sobre el BDI-II, sólo sobre la prueba de Wisconsin.	2 meses	Este estudio se incluye ya que se menciona en el meta-análisis de Körük y Özabaci (2018) pero los resultados obtenidos se ven limitados por falta de información demográfica de la muestra, el tipo de intervención, la adherencia al tratamiento y la falta de un proceso diagnóstico completo.
N/A	6 meses y 12 meses	Tiempo de administración reducido a un año de intervención. Falta de incluir un factor común o transdiagnóstico en el material de evaluación. Punto de corte de BDI-II como criterio de asignación a un grupo u otro: no diferencia TDM de Depresiones recurrentes.
Mejores estimaciones de proporción de recuperación /mejoras a través la terapia de esquemas en comparación a los otros tratamientos en medidas de personalidad, sintomatología depresiva, funcionamiento social y ocupacional y en el nivel de abandono. Tasa de recuperación estimada (medida tomada a los tres años de comenzar el tratamiento) en el análisis primario (controlando la severidad de línea base): 0.814; IC (0.674-0.902).	Evaluación a los 6, 12, 18, 24, y 36 meses desde el inicio del tratamiento.	Falta de diferenciación del tipo de trastorno depresivo comórbido. Se dificulta estudiar diferencias individuales (aunque se dan resultados por cada TP).

## *Terapia de esquemas vs farmacoterapia para el TPOC comórbido a una depresión crónica.*

*Nota.* CTS= Cognitive Therapy Scale; Young y Beck (1980), ISST= International Society of Schema Therapy, STRS= Schema Therapy Rating Scale; Young (2005), MADRS= Montgomery Åsberg Depression Rating Scale; Montgomery y Åsberg (1979), BDI-II= Beck Depression Inventory II; Beck et al. (1980), HRSD= Hamilton Rating Scale of Depression; Hamilton (1960), HRSA= Hamilton Rating Scale of Anxiety; Hamilton (1959), YSQ-L3= Young Schema Questionnaire Long Form Version 3; Young (2003), QIDS-SR= The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology; Rush et al. (2003), BSI= Brief Symptom inventory; Derogatis (1992), ORS=Outcome Rating Scale; Miller et al. (2003).

En este trabajo se plantea un estudio controlado aleatorizado con menor número de pacientes pero con trastornos específicos. Con ello se respondería al problema planteado por Schneider y colaboradores (2015) de que, en muestra grande, es difícil estudiar diferencias individuales. Aunque el estudio por Kool y colaboradores (2018) plantee una intervención en base al modelo de Renner y colaboradores (2013) para la depresión crónica, el tratamiento será igual para todos los TP asociados.

También se plantea un estudio con mayor número de sesiones, y más espaciadas en el tiempo. Con ello, se pretende responder a lo planteado por Cuijpers y colaboradores (2010) en su metaanálisis comprehensivo -en el cual evaluaron los efectos de la psicoterapia para la depresión crónica y la distimia- que hay un tamaño de efecto mayor por cada sesión adicional ofrecida. También se pretende consolidar las ganancias en terapia y evitar recaídas. El mismo Young (Young et al., 2003) reconoce en el prefacio de su guía práctica que los trastornos del Eje II requieren tratamientos más prolongados.

Por último, se plantea un estudio que mida un factor transdiagnóstico asociado a ambos trastornos (Egan et al., 2012); el perfeccionismo. Se pondría especial énfasis en las preocupaciones perfeccionistas. Con ello se busca que se pueda intervenir en TP no diagnosticados y reducir el tiempo de evaluación; problemáticas señaladas por Giner y colaboradores (2015) y Paris (2020).

#### 4. Metodología de investigación

##### 4.1. Fuentes de información empleadas

Con el fin de averiguar los estudios realizados que empleasen la terapia de esquemas para tratar el TPOC y la depresión crónica se realizaron búsquedas en las bases de datos de Psycinfo (Proquest) y Medline (EBSCO). También se buscaron referencias (referencia cruzada) en artículos relevantes (revisiones sistemáticas y metaanálisis).

##### 4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores

La intervención terapéutica desde la terapia de esquemas para los trastornos propuestos es reducida. Al mismo tiempo, la terapia de esquemas es de desarrollo relativamente reciente y por ello no se vio necesario limitar las intervenciones a un tiempo concreto. Se descartaron aquellos estudios que tuviesen un enfoque en el trastorno depresivo mayor, intervenciones que trataran otros trastornos mentales del Eje 1 (a menos que se tratase de un tamaño de muestra superior a 100 participantes) o del clúster A o B y estudios de caso único (a menos que fuese una serie), intervenciones enfocadas en pacientes de tercera edad o versiones diferenciadas de la terapia de esquemas. Tampoco se han incluido estudios que realizasen una intervención de la terapia de esquemas combinada con arteterapia o psicodrama. Toda la búsqueda fue realizada utilizando términos en inglés. Se han considerado artículos en la lengua española, inglesa y holandesa.

Se utilizaron los siguientes en el campo del título para averiguar las intervenciones existentes para el TPOC: (Schema OR Schema Therapy OR Schema Based Therapy OR Schema Mode OR Young's model) AND (Personality disorder OR Personality disorders OR Cluster C OR Obsessive Compulsive Personality Disorder OR OCPD OR Anankastic OR Anankastic Personality Disorder).

Adicionalmente, se utilizaron los siguientes en el campo del título para averiguar intervenciones existentes para la depresión crónica: (Schema OR Schema Therapy OR Schema Based Therapy OR Schema Mode OR Young's model) AND (Chronic Depression OR Chronically Depressed OR Chronic Major Depressive Disorder OR Double Depression OR Recurrent Major Depressive Disorder OR Recurrent MDD OR Persistent Depressive Disorder OR PDD).

## 5. Propuesta de intervención

### 5.1. Presentación de la propuesta

El fomento de intervenciones terapéuticas que den respuesta efectiva a trastornos mentales crónicos y comórbidos sigue siendo un reto abierto en la investigación académica. El abordaje planteado, basado en la terapia de esquemas para la depresión crónica (según el modelo de Renner y colaboradores, 2013) en este escrito busca responder a las dificultades de diagnóstico comunes a los TP, intervenir de forma específica y transdiagnóstica al mismo tiempo y asentar -mediante una RCT- que un mayor número de sesiones es más recomendable y eficaz para tratar los trastornos crónicos y TP. Por último, también busca promover la práctica de intervenciones psicoterapéuticas vs farmacológicas en trastornos crónicos de salud mental.

### 5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

La presente propuesta tiene como objetivo intervenir sobre factores proximales y mantenedores que mantienen la depresión crónica y estancan patrones de personalidad comórbidos. Dentro del modelo de depresión crónica propuesto por Renner y colaboradores (2013), en base a la evidencia empírica de los factores de riesgo asociados a la depresión crónica (abuso en la infancia, necesidades no satisfechas, estilos parentales/de crianza y patología de personalidad del clúster C; los cuales se toman como factores distales) se sugiere un trabajo específico orientado a trabajar los factores proximales (entre los cuales se incluyen los esquemas precoces desadaptativos y actitudes disfuncionales) y los mantenedores (entre los cuales se

encuentra el modo de afrontamiento disfuncional de evitación del esquema). Con ello se espera poder tener un impacto sobre los esquemas precoces desadaptativos y modos de esquema que pudiesen estar alimentando la sintomatología de los trastornos objeto de estudio.

Relacionado con el primer objetivo, se espera que utilizando una intervención orientada a la depresión crónica se pueda trabajar el factor distal del TPOC y, especialmente, una de sus características más relevantes: el perfeccionismo. Es decir, que el trabajo con los esquemas precoces desadaptativos y los modos de esquema sea efectivo para reducir el perfeccionismo clínico (con enfoque en las preocupaciones perfeccionistas).

Por último, se espera que una intervención más prolongada dé ocasión a maximizar la relación terapéutica (y con ella intervenciones como la reparentalización limitada) como un entorno seguro de consolidación de cambios con un resultado esperado de ver los efectos mantenidos en los dos puntos temporales del seguimiento.

### 5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

La propuesta, idealmente, se aplicaría en una unidad de salud mental de la comunidad de Madrid especializada en TP (un centro enfocado en el TLP podría valer si no hubiese otro disponible).

Enfocado a pacientes ambulatorios de diferentes hospitales públicos de la comunidad de Madrid con diagnóstico confirmado (ya sea antes o durante el screening) de alguno de los tipos de depresión crónica (recurrente, depresión doble, distimia, depresión mayor crónica) y TPOC comórbido. Las edades estarían comprendidas entre los 18 y los 65 años. Se intentaría conseguir una muestra representativa, con diferentes nivel socioeconómicos, socioculturales y estados civiles incluidos.

Como criterios de exclusión se aplicarían: tener más de 65 años, tener otro trastorno comórbido del Eje 1, otro trastorno de personalidad en adición al TPOC, tener consumo de sustancias y/o un elevado riesgo de conducta suicida. No entender el

idioma español. Haber recibido una intervención terapéutica previa diferente a la ofrecida por defecto: TCC y/o farmacológica.

#### 5.4. Metodología y recursos

Propuesta de intervención de psicoterapia en formato individual (con una muestra N=40) basada en la terapia de esquemas (grupo experimental con N=20). Como control, se utilizaría un grupo (N=20) de pacientes de las mismas características, que sólo estuviese recibiendo tratamiento farmacológico. En el grupo experimental se buscaría una intervención de naturaleza sólo psicológica, reduciendo el consumo de psicofármacos a un punto mínimo de estabilización en aquellos casos que sea necesario (o en los casos en los cuales ya se estuviese recibiendo tratamiento psicofarmacológico con anterioridad a la intervención psicológica). El reclutamiento, por convocatorias en diferentes hospitales públicos de la comunidad de Madrid, se realizaría en un espacio de 6 meses. Cada paciente sería seleccionado de forma aleatoria para recibir un tratamiento u otro siguiendo la regla de asignación aleatoria de Rand (recomendada para conseguir muestras con un número reducido y cuando se busca igualar la cantidad de pacientes finales; Berger y colaboradores, 2021).

El equipo de salud mental (psiquiatras y psicólogos) recibirían una formación de una semana (en línea con la intervención por Carter y colaboradores, 2013) en terapia de esquemas por parte un terapeuta experto en terapia de esquemas (nivel avanzado según la ISST), recibirían supervisión semanal en formato grupal durante las primeras 30 sesiones, quincenal en las siguientes 30. Los evaluadores de las diferentes medidas tomadas en el pre, durante y post serán ciegos al tipo de tratamiento e independientes a la intervención. El terapeuta experto en terapia de esquemas tomará grabaciones de las sesiones en formato de audio (todas quedarán grabadas con el debido consentimiento informado de los pacientes) de forma aleatoria para evaluar la integridad de la intervención manualizada mediante el STRS (Young, 2005).



## 5.5. Tareas / sesiones

El protocolo de aplicación según la terapia de esquemas es el recomendado para la depresión crónica Renner y colaboradores (2013). Se divide en tres fases: una de exploración (alrededor de diez sesiones), una de cambio y una tercera de prevención de recaídas. En esta propuesta se sugiere una fase de cambio abordada en 45 sesiones y la prevención de recaídas consistiendo en las últimas 5 quincenales. Cada una de estas fases tiene diferentes objetivos, los cuales precisan de una explicación breve de la aproximación teórica al cambio según la terapia de esquemas.

### *5.5.1 Explicación del funcionamiento y los presupuestos teóricos de la terapia de esquemas.*

La terapia de esquemas es un abordaje terapéutico integrador que incluye elementos de la TCC, terapias humanistas (como la Gestalt), relaciones objetales, terapias constructivistas y psicoanalíticas, la teoría del apego y el análisis transaccional (Finogonow, 2020, Young et al., 2003). Está diseñada para abordar trastornos crónicos, difíciles de tratar y los TP (Young et al, 2003).

Los esquemas se originan en unas necesidades nucleares -consideradas universales- insatisfechas en la infancia (Young et al., 2003). La insatisfacción de una de estas necesidades nucleares (vínculos seguros con los demás, autonomía junto con competencia y sentido de realidad, libertad en la expresión de necesidades y emociones válidas, juego y poder ser espontáneo, límites realistas junto con autocontrol) en adición a experiencias vitales precoces y el temperamento constituyen los ingredientes esenciales en el desarrollo de un esquema precoz desadaptativo vs otro (Young et al., 2003). Young desarrolló 18 esquemas precoces desadaptativos, cada uno encuadrado en una de 5 dimensiones que se corresponden con la necesidad nuclear insatisfecha (veáse la Tabla 3).

Los esquemas desadaptativos tempranos son el origen de las respuestas que suscitan y, por ende, de los estilos de afrontamientos empleados. Éstos son tres y se basan en la respuesta ante un peligro: lucha (sobrecompensación), huida (evitación) e

inmovilidad (rendición). La sobrecompensación implica tomar con esfuerzo como verídico lo contrario a lo dictado por el esquema, la evitación implica prevenir que se active el esquema (irreflexividad o bloqueo emocional) y la rendición implica aceptar que lo dictado por el esquema es cierto.

Tabla 3.

Dimensiones y esquemas precoces desadaptativos en la terapia de esquemas

Dimensión /esquema	1, 6, 10,12, 15	2, 7, 11, 13, 16	3, 8, 14, 17	4,9, 18	5
<b>1.Desconexión y rechazo</b>	Abandono /inestabilidad	Desconfianza / abuso	Privación emocional (de cuidados, empatía y/o de protección)	Imperfección/ vergüenza de	Aislamiento social/ alienación
<b>2.Deterioro en autonomía y ejecución</b>	Dependencia/ incompetencia	Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad	Apego y/o inmaduro	confuso	Fracaso
<b>3.Límites deficitarios</b>	Grandiosidad/ autorización	Insuficiente auto-control/ autodisciplina			
<b>4.Dirigido por las necesidades de los demás</b>	Subyugación (de emociones y/o necesidades)	Autosacrificio	Búsqueda de aprobación/ reconocimiento		
<b>5.Sobrevigilancia e inhibición</b>	Negatividad/ pesimismo	Inhibición social	Metas inalcanzables/ hipercriticismo		Castigo

*Nota.* Esquema realizado en base a la guía práctica de Young y colaboradores, 2003.

Por último, un objetivo de trabajo específico de esta propuesta: las respuestas de afrontamiento y estados emocionales; son lo que vienen a ser denominados los modos de esquema. Estas respuestas de afrontamiento, entendidos como estados

concretos y transitorios (aunque uno pueda tener un modo de forma más característica que otro) se dividen en adaptativos y desadaptativos. En la tabla 4 se detallan los diferentes modos propuestos por Young y colaboradores (2003). En esta guía por Young y colaboradores (2003) no cierra la posibilidad a que se añadan más en un futuro. Finogenow, (2020) ha realizado una revisión de los modos que se han ido añadiendo desde entonces por diferentes autores. No entran a explicar las características de cada uno de estos modos. A modo resumen se pueden definir como partes del self que se han dividido o fragmentado; esto a excepción del adulto sano (que se espera que haga frente y contrarreste los modos de afrontamiento y los modos de padre desadaptativos).

Tabla 4.

Modos de esquema según categoría según la terapia de esquemas

Categorías / Modos					
<b>Modos de niño</b>	Niño vulnerable	Niño enfadado	Niño indisciplinado	impulsivo/	Niño feliz
<b>Modos de afrontamiento desadaptativo</b>	Rendido sumiso*	Protector aislado*	Sobre-compensador*		
<b>Modos de padre desadaptativo</b>	Padre/madre castigador/a, crítico/a	Padre/ y/o exigente	madre		
<b>Modo de adulto sano</b>	Adulto sano				

*Nota.* Esquema creado en base a la guía práctica de Young et al. (2003). \*Se corresponden con los estilos de afrontamiento desadaptativos de rendición, evitación y sobrecompensación.

El trabajo con modos en la terapia de esquemas tiene como objetivo esencial desarrollar las respuestas de afrontamiento adaptativas, tal y como las tomaría el modo de adulto sano (Young et al., 2003). El trabajo con modos sigue los siguientes 7 pasos prácticos (Young et al., 2003):

1. Identificar y etiquetar los modos del paciente.

2. Examinar el origen y (cuando sea relevante) el valor adaptativo del modo durante la infancia o adolescencia.
3. Vincular los modos maladaptativos con los problemas y síntomas actuales.
4. Demostrar las ventajas derivadas de modificar o abandonar un modo si está interfiriendo con el acceso a otro modo.
5. Acceder al niño vulnerable a través de la imaginación.
6. Desarrollar diálogos entre los modos [...].
7. Ayudar al paciente a generalizar el trabajo de modos a las situaciones vitales externas a las situaciones terapéuticas. (p. 373).

### *5.5.2. Fases y tareas*

Se espera que esta explicación previa ayude a entender las tareas propuestas para cada parte de la intervención. La descripción de la intervención se presenta en tres fases en las cuales se espera cumplir con los objetivos señalados.

La primera fase (10 sesiones) está enfocada en la evaluación y educación de los esquemas, estilos y respuestas de afrontamiento (incluyendo los modos de esquema). Al comienzo de la terapia se administrarían tres cuestionarios para medir el factor del perfeccionismo (descritos más adelante en el apartado de evaluación). En sesiones posteriores se incluirán dos cuestionarios específicos de la terapia de esquemas. Se pedirán tareas intersesiones (p. ej. autorregistros) y conocer la historia del paciente. En esta fase ya se empieza a realizar un trabajo tentativo (sin reencuadre) con ejercicios de imaginación con el objetivo de que los pacientes empiecen a conectar (de forma emocional) su problemática actual con experiencias tempranas en la infancia (Renner et al., 2013). De forma, se trabajan los pasos 1 al 3 de los modos de esquema descritos anteriormente. Respecto a la figura del terapeuta, éste se encarga de establecer rapport con el paciente.

La fase siguiente es la denominada de cambio (45 sesiones en esta propuesta). Una vez lograda la identificación de esquemas precoces desadaptativos, estilos y

respuesta de afrontamiento (incluyendo los modos de esquema) se procede a intervenir sobre los mismos. En esta fase específica se trabajarían los pasos 4 al 6 de los modos de esquema. Hacia las últimas sesiones de esta fase de cambio también se comenzaría con el paso 7, que buscaría estabilizar en la última fase de prevención de recaídas. La intervención, desde cuatro estrategias principales, incluye técnicas cognitivas, técnicas experienciales, técnicas conductuales y relación terapéutica. A continuación, se describen algunas de estas técnicas usadas en estas estrategias.

Las técnicas cognitivas incluyen aquellas que tiene en común la terapia de esquemas con la TCC: reestructuración cognitiva y diálogo socrático (p. ej. evidencia a favor de un esquema y en contra), elaboración de diarios y tarjetas recordatorio (técnica orientada a identificar los antecedentes y mantenedores de una cierta conducta y a ligarla con un esquema desadaptativo temprano), entre otras.

Las técnicas experienciales incluyen aquellas que se integran más desde la Gestalt (como el diálogo entre sillas, este último sirviendo para que haya una conversación entre diferentes partes -léase modos- del self del paciente) y ejercicios de imaginación. Esta última incluye conversaciones con figuras significativas en la vida del paciente para resignificar y/o reencuadrar episodios tempranos. Estos reencuadres facilitan la expresión de emociones primarias ligadas a las necesidades insatisfechas, así como el desarrollo de mecanismos de defensa adaptativos.

Las técnicas conductuales son de especial relevancia en pacientes con depresión crónica; Young y colaboradores (2003) justamente enfatizan en que son las rupturas de los patrones de conducta que están ligadas a los estilos de afrontamiento lo que hay como objetivo hacia el cambio. Según Renner y colaboradores (2013) las técnicas incluyen role-playing (p. ej., practicar conducta sanas y adaptativas), experimentos conductuales y entrenamiento en asertividad, entre otras. Young y colaboradores (2003) también describen que son de utilidad los ensayos en la imaginación de conductas sanas, las descripciones detalladas de la conducta problemática y proceder a la definición de conductas específicas como objetivos de

cambio. Adicionalmente se trabajan los bloqueos que pueda experimentar el paciente al trabajar el cambio conductual y en algunos casos se acompaña al paciente a realizar algún cambio esencial en su vida con el fin de eliminar situaciones problemáticas y/o dolorosas.

Por último, y no por ello menos; la relación terapéutica. Es considerado uno de los factores comunes que contribuyen al cambio en psicoterapia (Tschacher et al., 2015) y cuenta con una correlación positiva robusta con los resultados en diferentes aproximaciones terapéuticas y características del paciente (Flückiger et al., 2017). Dentro de esta estrategia se utiliza el rapport (esta se utiliza ya en la fase de evaluación y educación), la metacomunicación, la reparentalización limitada (en tanto que el terapeuta actúa como figura de apego -como buen padre/madre- con el objetivo de cubrir, de forma limitada, las necesidades no satisfechas del paciente y proveer de esta forma experiencias emocionales correctivas al mismo tiempo que impulsa y habilita al paciente a cubrir estas necesidades por su propia cuenta) y la confrontación empática.

Respecto a la reparentalización limitada, también se puede llevar a cabo en la imaginación (pudiendo integrar la figura del terapeuta en episodios concretos). Young y colaboradores (2003) han definido diferentes tipos de reparentalización limitada para cada esquema precoz desadaptativo. Esto se tendría en cuenta especialmente para el esquema precoz desadaptativo asociado al TPOC (el de metas inalcanzables). Aquí el terapeuta realiza un modelaje de metas equilibradas, anima al paciente hacia conductas que no sean perfectas y enfoca más en la relación que en el deber.

La última fase es la prevención de recaídas (5 sesiones quincenales). Aquí se trabajan concretamente situaciones críticas que pudiesen llevar a una recaída y se asientan las ganancias adquiridas en la terapia. El objetivo del trabajo con los modos es el desarrollo del adulto sano, es el protagonista conforme el paciente cada vez va pudiendo extender este modo a más entornos y situaciones (en este sentido es una profundización del paso 7 en el abordaje de los modos) y va volviendo más autónomo. Su autonomía se refleja en sesión: el paciente va tomando un mayor control en ellas.

## 5.6. Cronograma de aplicación

La intervención psicoterapéutica sigue la temporalidad según Malogiannis y colaboradores (2014): con 60 sesiones de 50 minutos (semanales las primeras 55, quincenales las siguientes 5) en un plazo de 20 meses. Se tomarían medidas pre, durante (a los 3, 6, 9, 12, 18 meses) y al post (a los 20 meses) de la intervención sugerida. También se realizaría seguimiento tras finalizar la intervención: a los 6 meses y al año. En la Tabla 5 se pueden visualizar los diferentes momentos de aplicación según el instrumento de evaluación. Se ha tomado como referencia la propuesta de Kool y colaboradores (2018) para considerar la recogida de información según intervalo de meses.

Tabla 5.

Aplicación de instrumentos de evaluación según intervalo de tiempo en meses.

Instrumentos/ meses	R.	Inicio	3	6	9	12	18	Fin	S. 6	S.12
Depresión										
BDI-II	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Personalidad										
FFOCI-SF	X	X		X		X		X	X	X
SCID-II	X							X	X	X
Perfeccionismo										
FMPS		X	X	X	X	X	X	X	X	X
HMPS		X	X	X	X	X	X	X	X	X
APS-R		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cuestionarios terapia de esquemas*										
CEY-S3		X		X		X		X	X	X
SMI		X		X		X		X	X	X

*Nota.* R.= fase de recepción, S.= seguimiento, FFOCI-SF= Five factor obsessive compulsive inventory-short form (Griffin et al., 2018), FMPS: la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost (adaptada al español, Carrasco et al., 2010), HMPS= Escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt-Flett (adaptado al español; Rodríguez et al., 2009), APS-R= Escala Casi Perfecta-revisada (adaptada al español; Arana et al., 2009), CEY-S3= cuestionario de esquemas de Young versión 3 reducida (Cid y Torrubia, 2010).

SMI= Schema Mode Inventory en versión breve (Lobbestael et al., 2010), \*Sólo se aplicarán los cuestionarios de la terapia de esquemas en el grupo experimental.

## 5.7. Evaluación de la propuesta

### 5.7.1. Instrumentos de evaluación

Para evaluar la sintomatología depresiva se haría uso del BDI-II, para los cambios en el TPOC se administraría el Inventario obsesivo-compulsivo de cinco factores en versión corta de 40 ítems (FFOCI-SF; Griffin et al., 2018) y se realizarían entrevistas según la Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV SCID-II (First et al., 1999), para cambios en los esquemas y modos la Young Schema Questionnaire version 3 (YSQ-3; Young, 2006) y el Schema Mode Inventory (SMI) en versión breve (Lobbestael et al., 2010). Para los cambios en las preocupaciones perfeccionistas se utilizaría la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost, La Escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt-Flett y la revisión de la escala Almost Perfect (APS-R).

Las escalas y entrevistas semiestructuradas mencionadas están adaptadas al idioma español (BDI-II (Sanz et al., 2003), la SCID-II (First et al., 1999), el cuestionario de esquemas de Young versión 3 reducida (CEY-S3; Cid y Torrubia, 2010), la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost (Carrasco et al., 2010), la Escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt-Flett (Rodríguez et al., 2009) y la Almost Perfect Scale Revised (Escala Casi Perfecta-revisada; Arana et al., 2009)). El CEY-S3, aunque se trate de un manuscrito no publicado por Cid y Torrubia (2010), si contó con la colaboración del autor (Young), según indican Calvete y colaboradores (2013) en un artículo publicado en la European Journal of Psychological Assessment. Con el fin de solicitar el permiso de uso del CEY-S3 (Cid y Torrubia, 2010), se establecería contacto con el instituto de terapia de esquemas ubicado en Nueva York. Para aquellas escalas que no cuenten con una adaptación al castellano, se contactaría con los autores para pedir autorización de traducción al castellano y se procedería a solicitar los servicios de



traductores profesionales en el ámbito de la salud mental para realizar la adaptación óptima. La nueva versión del SMI (Arntz et al., 2021), está en proceso de ser adaptada en más de 23 idiomas; si estuviese disponible en el momento de la intervención, sería un cuestionario más idóneo y con mayor fundamentación teórica.

Las cualidades psicométricas de las escalas adaptadas al español son buenas. El BDI-II tiene una consistencia interna con Alfa de Cronbach de 0.87 (Sanz et al., 2013). El CEY-S3 cuenta con una consistencia interna superior a un Alfa de Cronbach de 0.70 en 17 de sus 18 escalas (Quiñones et al., 2018), la escala multidimensional de perfeccionismo de Frost tiene una consistencia interna con un Alfa de Cronbach entre 0.87 y 0.93 (Carrasco et al., 2010), la Escala multidimensional de perfeccionismo de Hewitt-Flett (Rodríguez et al., 2009) tiene una consistencia interna buena con un Alfa de Cronbach de 0.86, la Escala Casi Perfecta-revisada (Arana et al., 2009) tiene una consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0.88.

Respecto a las escalas en su idioma original, el SMI en versión corta tiene una consistencia interna en sus 14 escalas con un Alfa de Cronbach entre 0.79 y 0.96 (Lobbestael et al., 2010) y el FFOCI-SF tiene una consistencia interna con un Alfa de Cronbach entre 0.71 y 0.85 (Griffin et al., 2018).

### *5.7.2 Análisis estadístico*

Con el fin de integrar los datos y realizar los análisis estadísticos pertinentes se utilizará el SPSS versión 27. Para la sintomatología depresiva, los síntomas del TPOC (según medidos por el FFOCI-SF) y las preocupaciones perfeccionistas se realizarían cálculos pre-post intragrupo (comparación de medias; prueba T de medidas relacionadas) para determinar el tamaño de efecto (d de Cohen, con corrección al tener una muestra inferior a 50). También se harán comparativas del tamaño de efecto en los diferentes puntos temporales para determinar si un mayor número de sesiones aumenta el tamaño de efecto. Con el fin de determinar si hay diferencias estadísticamente significativas entre ambas intervenciones en la sintomatología depresiva, los síntomas del TPOC y el perfeccionismo se procederá a realizar múltiples ANOVAS y sus pruebas

post-hoc. Se realizará una regresión lineal múltiple comparando las medidas pre y post de tanto el grupo experimental como el control. Se realizarían, adicionalmente, regresiones lineares múltiples entre los resultados obtenidos de los tres cuestionarios que miden el perfeccionismo y los dos cuestionarios específicos que miden los modos de esquemas (SMI) y los esquemas precoces desadaptativos (CEY-S3).

Se procede a una regresión logística binaria para calcular la remisión de sintomatología depresiva (teniendo como variable dependiente dos categorías en base al punto de corte de 14 de la escala BDI-II). También se realizaría una regresión logística binaria para calcular la remisión parcial de sintomatología depresiva, averiguando qué pacientes remiten de una depresión crónica grave hacia una moderada (nuevamente habría dos categorías en base al punto de corte de 29 de la escala BDI-II).

## 6. Conclusiones

### 6.1. Fortalezas.

La propuesta responde a varias necesidades identificadas por las investigaciones realizadas hasta el momento con relación al TPOC. En primer lugar, cubre el vacío de la investigación específica del TPOC (Fineberg et al., 2014). También añade el concepto de perfeccionismo como factor transdiagnóstico, siendo muy escasa su presencia en investigaciones relacionadas con TPOC hasta el momento (Maricuțoiu et al., 2020).

La relación de ambas necesidades tiene como objetivo responder a los problemas de infradiagnóstico, abordar la sintomatología subclínica y la intervención en casos clínicos de TPOC.

La propuesta de intervención realizada pretende mejorar las intervenciones efectivas para trastornos crónicos y resistentes respondiendo a la solicitud de Cuijpers y colaboradores (2017) con relación a la depresión crónica. También se fundamenta sobre los hallazgos de mecanismos que contribuyen al cambio en terapia de esquemas

en trastornos crónicos enfocado en los modos de esquema (Arntz et al., 2021; Yakin y et al., 2020).

Por último, la comparativa con la intervención habitual para los trastornos mentales desde atención primaria, la farmacológica (Ruiz 2019), aporta una fuerte justificación que demuestra la viabilidad y superioridad de una intervención psicológica.

## 6.2. Limitaciones.

Aunque el tipo de estudio sea sólido, el tamaño de la muestra resta potencia y representatividad a los posibles resultados obtenidos. Se ha apostado por este tamaño ante las dificultades a la hora de realizar diagnósticos en el SNS (Giner et al., 2015).

La apuesta por una evaluación transdiagnóstica implica un enfoque actual y novedoso, aún en proceso de gestación. En contraposición los criterios de inclusión siguen basándose en una división categórica. No se han incluido pacientes con TP comórbidos aparte del TPOC o pacientes con una sintomatología subclínica. Por ello, no es una muestra clínica naturalística, aunque el objetivo del diseño sea justamente posibilitar la intervención futura desde una aproximación más dimensional.

Se entiende también que una de las fortalezas de este estudio es al mismo tiempo una limitación: se espera que una intervención basada en 60 sesiones sea aplicable antes en otro país europeo que cuente con un mayor número de psicólogos por cada 100.000 habitantes que en España. España cuenta con un aproximado de tan sólo 5,58 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Duro, 2021). A esto se añade el número de centros ambulatorios que pudiesen atender a los pacientes en cuestión. España sólo cuenta con 3,1 centros ambulatorios por cada 100.000 habitantes (OMS, 2015).

Este tipo de intervención tampoco es compatible con un tratamiento desde atención primaria (precisa de un tratamiento ambulatorio en una unidad especializada de salud mental), sin embargo, dos tercios de las personas que acuden por depresión o

ansiedad reciben su diagnóstico y tratamiento en atención primaria (Codony et al.s, Kovess-Masfety et al., ambos citados en Cano-Vindely Ruiz, 2021).

### 6.3. Consideraciones finales.

Aunque se considere de gran importancia la implementación de programas de intervención en pacientes afectados por trastornos de salud mental crónicos, sí se anticipa una dificultad encontrada ya en su momento por Young y colaboradores (2003) que una propuesta de estudio de estas características pueda no recibirla beca precisada para ser llevada a cabo por tratarse de dos trastornos difíciles de tratar y que conllevan un mayor gasto. Una adecuada inversión en salud mental en el SNS es una tarea pendiente. Tal y como identifica Ruiz (2019) los estudios que evalúan el coste-beneficio están en una fase inicial en el territorio español. Una recomendación, de ser implementada esta propuesta, es realizar un análisis coste-beneficio a posteriori teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

## 7. Referencias

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5).

Arana, F. G., Keegan, E. G. y Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Evaluar*, 9, 35–53.

Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., y Panzeri, M. (2021). Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1007–1020. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>

- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., y Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bateman, A. W., Gunderson, J., y Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735–743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory—II*.
- Berger, V. W., Bour, L. J., Carter, K., Chipman, J. J., Everett, C. C., Heussen, N., Hewitt, C., Hilgers, R.-D., Luo, Y. A., Renteria, J., Ryznik, Y., Sverdlov, O., Uschner, D., y Beckman, R. A. (2021). A roadmap to using randomization in clinical trials. *BMC Medical Research Methodology*, 21(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01303-z>
- Brunoni, A. R. (2017). Beyond the DSM: trends in psychiatry diagnoses. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 44(6). <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000142>
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad*. Editorial Síntesis.
- Burkauskas, J., y Fineberg (2020). [History and Epidemiology Of OCPD](#). En Jon, E., Grant, A.P., Samuel, R., (Eds); *Obsessive-Compulsive Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Calvete, E., Orue, I., y González-Diez, Z. (2013). An Examination of the Structure and Stability of Early Maladaptive Schemas by Means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 283–290. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000158>
- Cano Vindel, A. y Ruiz Rodríguez, P. (2021). Prevalencia y abordaje de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. Eficacia y coste-efectividad de las

- intervenciones psicológicas en Atención Primaria. *Boletín Psicoevidencias* 59, 1-8.
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A. B., del Carmen Pérez-Fuentes, M., del Mar Molero, M., y Gázquez, J. J. (2015). Prevalence of depression in Spain: Analysis of the last 15 years. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2). <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.118>
- Carr, S. N., y Francis, A. J. P. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 333–349. <https://doi.org/10.1348/147608309X481351>
- Carrasco, Á., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 356(153), 49-65.
- Carter, J. D., McIntosh, V. v, Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., y Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
- Cid, J., y Torrubia, R. (2010). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young en la versión 3 reducida* [Spanish version of the Young Schema Questionnaire-S3]. Manuscrito no publicado.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., y Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- Cuijpers, P., Huibers, M. J. H., y Furukawa, T. A. (2017). The Need for Research on Treatments of Chronic Depression. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 242. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4070>

- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., y Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI); Administration, scoring and procedures manual-II*. Clinical Psychometric Research Inc.
- Diedrich, A., y Voderholzer, U. (2015). Obsessive–Compulsive Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>
- División 12 de la Asociación Psicológica Americana (s.f.). *Schema-Focused Therapy for Borderline Personality Disorder*. <https://div12.org/treatment/schema-focused-therapy-for-borderline-personality-disorder/>
- Duro Martínez, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el sistema nacional de salud español? *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, 42(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>
- Egan, S. J., Wade, T. D., y Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism = El proceso transdiagnóstico del perfeccionismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>
- Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester Gil de Pareja, M., Edo, S., Sanjurjo, I., y Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?: Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 271–286. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000200005>
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Kolli, S., y Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1282>

- Finogonow, M. (2020). Schema modes and mode models for cluster B and C personality disorders. *Psychoterapia*, 192(1), 45–58. <https://doi.org/10.12740/PT/118732>
- First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., y Benjamin L.S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II)*. Masson.
- Flückiger, C., del Re, A. C., Wampold, B. E., y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., y Fruyt, F. de. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders. *Psychology*, 05(14), 1646–1686. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.514175>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., y Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM–5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438–447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>
- Gecaite-Stonciene, J., Lochner, C., Marincowitz, C., Fineberg, N. A., y Stein, D. J. (2021). Obsessive-Compulsive (Anankastic) Personality Disorder in the ICD-11: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.646030>
- Gheisari, M (2016). The effectiveness of schema therapy integrated with neurological rehabilitation methods to improve executive functions in patients with chronic depression. *Health Science Journal*, 10.
- Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenes Pérez, A., Císcar Pons, S., Chiclana Actis, C., Martín- Vivar, M., Garulo Ibáñez, T., Tapia Alcañiz, J., Díaz Esteban, E., y Ferrer Ferrer, L. (2015).



- Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128). <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>
- Grant, J. E., Mooney, M. E., y Kushner, M. G. (2012). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV obsessive-compulsive personality disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.009>
- Griffin, S. A., Suzuki, T., Lynam, D. R., Crego, C., Widiger, T. A., Miller, J. D., y Samuel, D. B. (2018). Development and Examination of the Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory–Short Form. *Assessment*, 25(1), 56–68. <https://doi.org/10.1177/1073191116643818>
- Hamilton M. A. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55.
- Hamilton M. A. (1960). Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62
- Hertler, S. C. (2014). A Review and Critique of Obsessive-Compulsive Personality Disorder Etiologies: Reckoning With Heritability Estimates. *Europe's Journal of Psychology*, 10(1), 168–184. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i1.679>
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., Falkai, P., van der Gaag, R. J., Gaebel, W., Herpertz, S., Kurimay, T., SabaB, L., Schnell, K., Schramm, E., Torrent, C., Wasserman, D., Wiersma, J., y Padberg, F. (2016). European Psychiatric Association Guidance on Psychotherapy in Chronic Depression across Europe. *European Psychiatry*, 33, 18-36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.12.003>

- Köhler, S., Chrysanthou, S., Guhn, A., y Sterzer, P. (2019). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and Anxiety*, 36(1), 18–30. <https://doi.org/10.1002/da.22835>
- Kool, M., Van, H. L., Bartak, A., de Maat, S. C. M., Arntz, A., van den Eshof, J. W., Peen, J., Blankers, M., Bosmans, J. E., y Dekker, J. J. M. (2018). Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1829-1>
- Koppers, D., Van, H., Peen, J., y Dekker, J. J. M. (2020). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 31(7), 831–842. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1852482>
- Körük, S., y Özabacı, N. (2018). Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10(4), 460–470. <https://doi.org/10.18863/pgy.361790>
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., y Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 837–846. <https://doi.org/10.1002/cpp.2467>
- Levy, K. N., y Johnson, B. N. (2016). Personality disorders. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, y N. Pole (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (pp. 173–207). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14862-006>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., y Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2). <https://doi.org/10.1037/cap0000025>

- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., y Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., y Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*(4), 437–458. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000226>
- Lorenzini, N., y Fonagy, P. (2013). Attachment and Personality Disorders: A Short Review. *FOCUS, 11*(2). <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.155>
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N., y Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(3). <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003>
- Maloney, G. K., Egan, S. J., Kane, R. T., y Rees, C. S. (2014). An Etiological Model of Perfectionism. *PLoS ONE, 9*(5), e94757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094757>
- Maricuțoiu, L. P., Măgurean, S., y Tulbure, B. T. (2020). Perfectionism in a Transdiagnostic Context. *European Journal of Psychological Assessment, 36*(4), 573–583. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000541>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., y Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy, 2*(2), 91 – 100.
- Montgomery S.A., Åsberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry, 134*, 382–389.
- Negt, P., Brakemeier, E., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., y Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of

- psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8). <https://doi.org/10.1002/brb3.486>
- Paris, J. (2020). Unmet Needs in the Treatment of Personality Disorders. In *New Directions in Psychiatry* (pp. 101–107). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-42637-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-030-42637-8_6)
- Pies, R. (2011). The Ruined Good Boy. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1145–1146. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11050791>
- Pinto, A. (2016). Treatment of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. En: Storch E., Lewin A. (eds) *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5_28)
- Pinto, A., Eisen, J. L., Mancebo, M. C., y Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive-Compulsive Personality Disorder. In *Obsessive-Compulsive Disorder*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-008044701-8/50016-4>
- Quiñones, Á., Ramírez, P., Cid, J., Melipillán, R., Ugarte, C., y Florenzano, R. (2018). Cuestionario de esquemas de Young CEY-S3: Propiedades psicométricas en una muestra chilena mixta. *Terapia Psicológica*, 36(3), 144–155. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000300144>
- Reardon, K. W., Mercadante, E. J., y Tackett, J. L. (2018). The assessment of personality disorder: methodological, developmental, and contextual considerations. *Current Opinion in Psychology*, 21, 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.09.004>
- [Reddy, M. S., Vijay M., S., y Reddy, S. \(2016\). Obsessive-compulsive \(Anankastic\) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. \*Indian Journal of Psychological Medicine\*, 38\(1\), 1–5. https://doi.org/10.4103/0253-7176.175085](https://doi.org/10.4103/0253-7176.175085)
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., y Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12032>

- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., y Bernstein, D. (2013). Shortterm group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.011>.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Lobbestael, J., y Huibers, M. J. H. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., y Huibers, M. J. H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.10.002>
- Rodríguez, M. A., Rojo, L., Ortega, E., y Sepúlveda, A. R. (2009). Adaptación de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo a estudiantes universitarios españoles [Adaptation to Spanish of the Multidimensional Perfectionism Scale]. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 13–27.
- Ruiz-Rodríguez, P. (2019). *Análisis de coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales en Atención Primaria frente a tratamiento convencional*. Tesis Doctoral recuperada de la Universidad Complutense de Madrid. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248417>
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Ninan, P. T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M. E., Kocsis, J. H., y Keller, M. B. (2003). The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54(5), 573–583. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01866-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01866-8)

- Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. *Propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.
- Schneider Bakos, D., Eduardo Gallo, A., y Wainer, R. (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemporary Behavioral Health Care, 1*(1), 11–15. <https://doi.org/10.15761/CBHC.1000104>
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J. P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Bausch, P., Fangmeier, T., Meister, R., Berger, M., Hautzinger, M., y Härter, M. (2017). Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression. *JAMA Psychiatry, 74*(3), 233. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3880>
- Seemüller, F., Kolter, M., Musil, R., Schennach, R., Adli, M., Bauer, M., Brieger, P., Laux, G., Riedel, M., Falkai, P., Möller, H.-J., y Padberg, F. (2022). Chronic vs non-chronic depression in psychiatric inpatient care - Data from a large naturalistic multicenter trial. *Journal of Affective Disorders, 299*, 73–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.042>
- Shuilleabhain, C. N. (2021). Evidence base for psychological treatment of personality disorder – a narrative review. *BJPsych Open, 7*(S1), S278–S278. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.739>
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., y Ashby, J. S. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*, 130-145.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y. J., Hewitt, P. L., Flett, G. L., y Baggley, D. L. (2021). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive

- symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (2020). Why does perfectionism confer risk for depressive symptoms? A meta-analytic test of the mediating role of stress and social disconnection. *Journal of Research in Personality*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103954>
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., y Busschbach, J. J. v. (2008). The Economic Burden of Personality Disorders in Mental Health Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259–265. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0212>
- Stoeber, J. (2016). Perfectionism. In Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. K. (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp.1–7). Springer.
- Stoeber, J., y Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences*, 61–62, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.003>
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Tschacher, W., Haken, H., y Kyselo, M. (2015). Alliance: a common factor of psychotherapy modeled by structural theory. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00421>
- Tyrer, P., Reed, G. M., y Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobles (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, 2ª ed. (pp. 93-116). Pirámide.

- Volkert, J., Gablonski, T.-C., y Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6). <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- World Health Organization (2015). *Mental Health Atlas 2014*. WHO.
- Willmot, P., y McMurrin, M. (2016). An attachment-based model of therapeutic change processes in the treatment of personality disorder among male forensic inpatients. *Legal and Criminological Psychology*, 21(2). <https://doi.org/10.1111/lcrp.12055>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., y Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Yakin, D., Grasman, R., y Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Young, J. E. (2003). *Young schema questionnaire-long form 3 (YSQ-L3)*. Schema Therapy Institute.
- Young, J. E. (2005). *Schema therapy rating scale*. [www.isst-online.com](http://www.isst-online.com)
- Young, J. E. (2006). *Young Schema Questionnaire-3*. Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., y Beck, A. T. (1980). *The development of the Cognitive Therapy Scale*. Unpublished manuscript, Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.