



ISSN 1692-0945

Revista electrónica de Psicología Social
FUNLAM

TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA, CON RASGOS OBSESIVOS - ESTUDIO DE CASO

Gabriel Jaime Ramírez Tobón

Especialista en Terapia Cognitiva
Especialista en Trabajo Social Familiar
Coordinador Académico ACOTEC

INTRODUCCIÓN

En el caso que se va a mostrar, el paciente accede inicialmente a la consulta por un trastorno clasificable en el eje I (de acuerdo con la propuesta multiaxial del DSM IV-TR, 2000); sin embargo, será precisamente el proceso detallado de la evaluación la que permita encontrar una serie de características más complejas, que evidencian la presencia de un trastorno en el eje II (Trastornos de la Personalidad).

Surge la necesidad de establecer un acercamiento a las problemáticas con una perspectiva sistémica integradora, en la cual no solamente la manifestación externa de los problemas adquiere preponderancia sino que, a su vez, resulta crítico el establecimiento de las relaciones funcionales e interacciones de los distintos aspectos evaluados, para adquirir una visión más dinámica e integradora de los problemas, que desde la postura de Beck (1995) y Young (1991), requiere asumir que las problemáticas de las personas representan una interacción entre diversos factores (cognitivos, emocionales, fisiológicos, comportamentales, e incluso sociales). Este tipo de dinámica, esa funcionalidad particular, permite reconocer algunos puntos álgidos de intervención, logrando con ello mayor efectividad y eficiencia en la implementación de la terapia.

La indagación por el ambiente (cultura, historia, normas del entorno social en que se desenvuelve, entre otros), así como de las condiciones biológicas permanentes o temporales (herencia, realidad ontogenética y filogenética, enfermedades y condiciones de salud) y el historial de aprendizajes específicos (posibles procesos de condicionamiento), consolidan el material que apoya la formulación del caso.

Con la evaluación se pretende responder de manera explícita a un “por qué” de las características generadoras de malestar, a un “para quién” de las mismas, y de manera simple a un “cómo suceden las cosas”, de manera que progresivamente se vaya allanando el terreno para la intervención propiamente dicha. De forma más técnica, se trata de llegar a los análisis relacionales multicausales complejos, en tanto para el trabajo clínico resultan más útiles que las clasificaciones psiquiátricas de los trastornos mentales.

Entre los objetivos propuestos para la intervención, se plantean realizar una aproximación a la conceptualización e intervención en un caso complejo, desde la perspectiva del modelo de Terapia Cognitiva a través de la implementación de conceptos y técnicas propios de dicho modelo.

Para comprender el trabajo realizado, se describe inicialmente al paciente, a partir de unos elementos básicos. Es un hombre de 50 años, casado, con dos hijos en edad universitaria, y una esposa empleada y estudiante de educación superior; existe reporte de tratamientos anteriores por Trastorno depresivo mayor y altos niveles de ansiedad ante la evaluación (más claros durante el período universitario), junto con una baja tolerancia a la frustración. Ha recibido medicación para este tipo de problemáticas, pero el malestar del paciente aparece como un trastorno recidivante.

Al llegar a la consulta, el paciente se muestra dubitativo al hablar de lo que le lleva a buscar ayuda profesional. Su hablar es entrecortado y lento. El motivo de consulta es difuso en su presentación, pero puede agruparse en cuatro aspectos fundamentales:

- Preocupación por la forma como se están llevando las relaciones en la casa, tanto con su cónyuge como con los hijos.
- Autoevaluación personal como dependiente. Manifiesta que le cuesta dificultad hacer cosas que considera pueden ser mal evaluadas por las demás personas como malas o que “no deberían ser así”. Esto a su vez se acompaña de dificultades en la relación con la esposa, junto con limitaciones para establecer límites a sus pacientes.
- Dificultad para aceptar que otras personas hagan cosas con las que él no esta de acuerdo, pero mediado ello por la incapacidad para expresarles este desacuerdo específico.
- Manifiesta estar presentando un “temor a ser homosexual”.

Entre los elementos principales que pueden discriminarse en la evaluación, se encuentran:

- *Síntomas Cognitivos*: temor al abandono, temor a la “invalidez psíquica”, pensamientos autoderrotistas (“soy un estorbo”, “no me quieren”, “se cansaron de mi”, “no debo molestar a los demás porque pueden reaccionar mal”, ideas referidas al temor a no ser querido), temor a la evaluación externa, establecimiento de falsas contingencias como consecuencia de actos moralmente reprochables, lo cual incluye reconocimiento aleatorio de eventos que confirman sus creencias.
- *Síntomas Autonómicos*: ansiedad manifiesta en tensión muscular, sudoración, taquicardia, rubor facial, tensión en la mandíbula, somnolencia diurna
- *Síntomas Afectivos*: sensación de tristeza, deseos de llorar, rabia con las demás personas cuando no cumplen las expectativas, temor al abandono, rencor hacia la pareja por el trato recibido, temor a no ser querido, temor a ser sorprendido realizando algún acto contra la moral, celos, miedo a fracasar o equivocarse en alguna cosa, temor a la evaluación.
- *Síntomas Comportamentales*: gritos, reclamos a la esposa y los hijos cuando no cumplen sus expectativas, ceño fruncido, quejas y “lamentos” por el

trato que recibe, aislamiento, trato “seco” y con indirectas hacia la esposa cuando siente celos.

En términos de repercusiones para el paciente, puede decirse que la dificultad más grande se manifiesta en relación con su pareja.

En cuanto al tiempo que lleva el problema, se habla de aproximadamente seis meses que aparece con mayor fuerza los problemas de la pareja, aunque ya se habían presentado algunas dificultades. Además, se presentan dificultades particulares para aceptar que el punto de vista de los demás puede estar en desacuerdo con el propio punto de vista, sin que ello quiera decir necesariamente que adopta en todas las ocasiones un papel pasivo.

Para la conducta sexual -cognitiva, afectiva, comportamental-, basta la presencia de una mujer atractiva, junto con las “señales de aceptación” que él manifiesta reconocer claramente en este tipo de personas.

Estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas: principalmente aparece la evitación de situaciones como la alternativa a elegir, tanto en relación con el comportamiento abierto como en aquellas situaciones que se ven limitadas por el temor a la evaluación externa.

Definición del Tiempo Cero: relacionado específicamente con el inicio del problema actual, que le lleva a buscar atención psicológica:

- ◆ Dificultades con la esposa: desde el momento del matrimonio se han venido presentando dificultades de relación que ya en un momento les lleva a buscar ayuda terapéutica; sin embargo, el problema actual se acentúa hace seis meses, cuando ella ingresa de nuevo a la universidad y toma un curso “sin la autorización del esposo”, lo cual activa sentimientos de celos ante la presencia de compañeros de estudio.
- ◆ En la “obsesión por el sexo”, manifiesta de la misma manera que siempre ha estado presente. No obstante, para el inicio de su tendencia a mirar y “desear” mujeres él ubica una fecha en particular, cuando tenía 16 años.

- ◆ Dificultades con los hijos, las cuales parecen estar asociadas a la adquisición progresiva de independencia por parte de éstos.

La clasificación de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV - TR (2000).

EJE I: Episodio depresivo recidivante, caracterizado por llanto, tristeza, sentimientos de desvaloración personal, pérdida de interés en algunas de sus actividades cotidianas, alteración del sueño, entre otras.

EJE II: *Trastorno de Personalidad con características obsesivas*
En relación con este trastorno, la característica principal incluye la preocupación por el orden y la puntualidad, el control mental y el manejo de las relaciones interpersonales. Adicional a ello, cumple con criterios como:

1. Preocupación excesiva por las normas, horarios, orden y los detalles.
2. Perfeccionismo en la realización de tareas cotidianas, tanto de su trabajo como en la organización del hogar.
3. Dedicación excesiva al trabajo y la productividad, menospreciando el tiempo de ocio como alternativa para gastar su tiempo.
4. Incapacidad para tirar objetos gastados o que ya no necesita.
5. Reacio a delegar tareas en otros, en tanto considera que los demás no realizarán las tareas como él espera.
6. Muestra rigidez y obstinación en la presentación de sus ideas, valores, creencias y forma de ver la vida en general.

Trastorno de Personalidad con características de Dependencia “Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona comportamientos de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como indican cinco o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo acompañamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor a la pérdida de apoyo y desaprobación.
4. Dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades, más que a una falta de motivación y energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o decepcionado cuando esta solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo”
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y apoyo que necesita.
8. Esta preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga así que cuidar de sí mismo.

EJE III: *Colon Irritable*

EJE IV: *Dificultades en la relación de pareja*
Dificultades en la relación con los hijos
Dificultad para la toma de decisiones y asunción de compromisos

Entre las características predisposicionales identificadas, se encuentran: sexo masculino, que le facilita tener una demanda sexual más difícil de inhibir. Características de personalidad introvertida - neurótica, de acuerdo a la perspectiva de Eysenck. Tiende a sufrir de colon irritable, posiblemente como una condición secundaria a las dificultades que tiene para el manejo de la ansiedad. Complementario a ello, podría decirse que el paciente presenta limitadas habilidades sociales, que interfieren con el desarrollo de su vida diaria.

En una perspectiva acorde con la Terapia Cognitiva, se encuentra: el ANÁLISIS ESTRUCTURAL, en donde el Esquema Nuclear predominante implica: *Con relación al Yo*: Responsabilidad y Necesidad de control de las situaciones. *Con relación a los otros*: temor a no ser querido y amado por las personas significativas del entorno vital, unido a la tendencia a Evitar cualquier situación que implique confrontación directa.

Entre las creencias asociadas, definidas como supuestos, reglas, o actitudes, aparecen:

- ψ Si las normas se hicieron, son para cumplirlas y no para romperlas.
- ψ Si alguien hace algo que no me gusta, esta atacándome.
- ψ Si mi esposa hace cosas sin contar conmigo, entonces se va a liberar.

La emoción predominante es el miedo: ante la posibilidad de abandono principalmente, ante el riesgo de ser “pillado” con una amante y que por ello se acabe el matrimonio, a hacer algo que esta equivocado. Aparece también la rabia: ante la evaluación de incapacidad para exponer sus puntos de vista, ante el manejo que la esposa hace de las situaciones. Un punto importante son los sensaciones de tristeza, principalmente cuando esta sólo o tiene pensamientos de abandono (cuando esta solo en la casa y la esposa se demora para llegar).

Entre las principales estrategias de Evitación que utiliza, se encuentran:

- Evitar la confrontación directa, tanto de los familiares como de amigos, conocidos y pacientes que llegan a la consulta.
- Evitar asumir responsabilidades que le correspondería asumir, delegando en la esposa la solución de algunas de las situaciones.
- Evitar ser el centro de atención en situaciones sociales a las que asiste.

Para comprender la situación del paciente, se analizan antecedentes personales, con lo que se encuentra una referencia a que el paciente:

- proviene de una familia campesina, de padres altamente exigentes y estrictos con las normas y en cuya familia era fundamental el cumplimiento de los mandamientos de la iglesia. La madre es descrita por el paciente como una persona “regañona”, exigente al máximo, El padre, por su parte, es descrito como una persona lejana, callada, exigente y trabajadora.
- Ingresa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en donde vivencia una crisis depresiva al estar lejos de la casa de los padres y sin el apoyo y acompañamiento de éstos.
- Recibe cierto rechazo por parte de la familia cuando renuncia al seminario.

MÉTODO

Dadas las condiciones del paciente, se considera pertinente iniciar con desarrollo de estrategias prácticas que permitan establecer un adecuado nivel de confianza en el proceso, desarrollar el fortalecimiento de los niveles de autoeficacia y utilizar la necesidad de control del paciente como un elemento a favor, haciéndole comprender que el trabajo a realizar será al ritmo que él decida hacerlo. Estos elementos están basados, fundamentalmente en la condición de múltiples tratamientos anteriores e infructuosos, lo cual genera cierto nivel de desconfianza hacia los resultados esperados.

Se lleva a cabo un trabajo que parte de los elementos más comportamentales y específicos del motivo de consulta, para avanzar progresivamente hacia los esquemas sostienen su problemática. Al establecer como uno de los elementos del trastorno la presencia de un Desorden de Personalidad, es claro que muchos de los elementos que se plantean para el

trabajo aparecen para el paciente como secundarios, en la medida en que constituyen parte de su estructura de vida, incluso fortalecida desde la infancia.

Como parte de los compromisos solicitados por el paciente, se encuentra que éste espera que no haya necesidad de contar directamente con el apoyo de la esposa para el tratamiento. Dentro de las expectativas que lleva fortaleciendo, incluye el poder afrontarla en un momento dado, pero posterior a haber desarrollado las suficientes herramientas para no sentir que puede verse intimidado por la posición o la interpelación de ésta en un momento específico de contrastación de ideas o sentimientos.

Con este marco general, los objetivos terapéuticos, organizados en forma jerárquica, incluyen:

- √ Intervenir sobre el estado de ánimo depresivo con el que llega a la consulta, para facilitar el avance posterior en la terapia.
- √ Desarrollar en el paciente las habilidades necesarias para el auto monitoreo de pensamientos y emociones, tanto funcionales como disfuncionales.
- √ Facilitar al paciente algunos elementos básicos de comunicación para el manejo inicial de su relación de pareja.
- √ Diseñar un plan de adquisición y mejoramiento de habilidades sociales y de interacción con otros, a la vez que se trabaje sobre elementos básicos de Asertividad (énfasis en oposición, pero sin descuidar elementos de expresión de afecto positivo).
- √ Trabajar en el fortalecimiento de autoesquemas, como una manera de sentar las bases sobre las cuales trabajar en el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento de los problemas.

Desmontar el esquema nuclear que sostiene la problemática del paciente no es fácil, en tanto se ha ido estableciendo desde la infancia y consolidado a través de diversas estrategias. Por ello, la intervención parte de un trabajo más activo - directivo en torno al desarrollo de habilidades y estrategias nuevas para, posteriormente integrar las acciones que se dirijan directamente hacia el esquema debilitado.

En esta perspectiva, se trabaja con:

- Entrenamiento en reconocimiento de pensamientos e ideas distorsionadas que alimentan y consolidan los procesos básicos de procesamiento de información.
- Entrenamiento en habilidades sociales y procedimientos de solución de problemas.
- Entrenamiento en contrastación de ideas y creencias irracionales a partir de la búsqueda de evidencia desconfirmatoria, análisis de consecuencias extremas de las acciones y asunción de situaciones de riesgo percibido para confrontación con la realidad del entorno.
- Biblioterapia: utilización de textos de autoayuda que puedan estimular el desarrollo de pensamientos alternativos, a la vez que refuerzan la asunción de nuevas teorías particulares para estructurar una nueva filosofía de vida.
- Incentivar el desarrollo de habilidades de interacción social, entre los que se encuentran el aprender a bailar y manejar las relaciones interpersonales con el sexo opuesto, sin mediar el interés explícito y único de consolidar relaciones afectivo - sexuales.

Como un elemento complementario, se trabaja con el desarrollo de una filosofía de vida más hedonista, que permita un mayor disfrute de las situaciones sociales sin estar mediado por los sentimientos de culpabilidad (en especial, en lo que se refiere al comportamiento sexual).

Entre las técnicas utilizadas, se cuentan:

- Descubrimiento guiado, que permite al paciente reconocer pautas de interpretación disfuncionales estereotipadas.
- Búsqueda de significación idiosincrásica, que responde a interpretaciones extremas de las situaciones o análisis con base en elementos inusuales.
- Rotulación de inferencias o distorsiones inadecuadas, para buscar una mayor agilidad en el reconocimiento de patrones de pensamiento desadaptativos.
- Técnicas de solución de problemas que facilitan, no sólo el análisis de ventajas y desventajas de las situaciones sino, a su vez, la búsqueda de soluciones alternativas para los problemas.

- Descatastrofización de las situaciones, a partir del análisis del peor desenlace que pudieran tener las situaciones temidas.
- Diálogo socrático, como alternativa de acción para el descubrimiento guiado y análisis de las situaciones problema.

Entre las técnicas más de carácter conductual, se implementaron:

- Autoobservación y autorregistro de actividades, para facilitar la identificación retrospectiva de los elementos generadores de dificultades, así como la planeación de cambios e interacciones específicas con el entorno.
- Ensayo de conductas, modelado y entrenamiento específico en expresión de oposición (asertividad en oposición).
- Ensayo gradual de tareas en vivo, así como la observación de modelos en el entorno que pudieran ser imitados por el paciente.

RESULTADOS

Con el paciente se realiza un trabajo de un año y medio, siendo el primer paso realizar una intervención dirigida a disminuir los síntomas afectivos que más le afectan al paciente. Logradas las primeras metas, se alcanza a desarrollar en el paciente una mayor competencia para el enfrentamiento social, apoyado en la colaboración de la esposa (inicialmente rechazada para este propósito).

Se realiza un seguimiento de seis meses posterior al tratamiento, reconociendo que las condiciones de logro del paciente se mantienen, e identificando que el paciente logra asumir nuevas estrategias de afrontamiento de los problemas de una manera más activa. Permanecen algunos pensamientos frente a la dependencia con su pareja, pero se evidencia una mayor disposición para encontrar alternativas a los conflictos del día a día.

DISCUSIÓN

En un primer momento el caso aparece como un trastorno del eje I (trastorno depresivo), integrado a la presencia de alteraciones en el eje IV (dificultades en la relación de pareja y en las interacciones paterno - filiales).

No obstante, se reconoce en el análisis histórico una serie de elementos que contribuyen al desarrollo de repertorios conductuales que no necesariamente son adaptativos para la vida actual del sujeto (aunque pudieron ser efectivos en un primer momento - infancia).

A partir de la compleja interacción de las características personales con las exigencias del entorno y los procesos de aprendizaje (tanto implícitos como explícitos), se va consolidando de manera progresiva un patrón de personalidad que se asienta en unas creencias fuertemente arraigadas, las cuales han de intervenir en la evaluación que hace el paciente de las exigencias del entorno. Estas creencias, insertadas como estructuras relativamente estables y consolidadas por procesos de mantenimiento, favorecen una manera particular de procesar la información en el paciente, haciendo que este responda de manera explícita a la forma como percibe dichas exigencias, más que a la manera como objetivamente puede estarse presentando la realidad. De esta manera, como plantea Beck (1995), como también Safran y Segal (1994), la evaluación cognitiva que favorece la activación cognitiva y afectiva, lleva a la selección e implementación de estrategias de afrontamiento particulares que actúan como estrategias de mantenimiento de los esquemas, pero es necesario prestar atención a la interacción del terapeuta con su paciente.

Las creencias como tales no son sometidas a evaluación, sino que se consolidan a partir de procesos de asimilación, renunciando de manera automática al cuestionamiento de la eficacia particular de dichas creencias en la vida actual del sujeto.

Las pautas de interacción interpersonal presentadas por el paciente al llegar a la consulta serían, de esta manera, la consecuencia de la interacción específica entre las disposiciones innatas (introversión, alta activación emocional, entre otras), con las influencias explícitas del entorno (familia, medio escolar, creencias morales y cultura). De ahí que, en forma directa, las estrategias comportamentales que presenta el paciente para abordar su problemática se vean como el producto de un deficiente procesamiento de la información, de la interacción de unas creencias básicas, mediadas por sesgos informacionales específicos (Riso, 1996, 2001, 2006) .

En la misma perspectiva de Beck (1995) y de Millon (1998 a, 1998 b), las creencias que aparecen evidenciadas en el paciente, integradas a las estrategias maladaptativas expresadas en las acciones y respuestas a las exigencias cotidianas, hacen de esta persona un individuo sensible a experiencias vitales que inciden en la vulnerabilidad cognitiva, la cual se establece a partir de exigencias e imperativos que no tienen asiento en la realidad. Dicho de otra manera, los esquemas centrales del paciente le llevan a redimensionar la realidad vital en la que se mueve, de modo que termina por confirmar las expectativas creadas. Es decir, se reconoce el actuar cotidiano de la persona como una forma de mantener “vivos y activos” los esquemas, consolidándose poco a poco mediante el favorecimiento de “círculos viciosos” que el individuo pocas veces entrará a cuestionar de manera explícita.

Para el paciente que ilustra el caso presentado, se genera un conflicto al estar mediando su vida por creencias que le llevan a evitar la confrontación, a necesitar de una compañera a su lado para sentirse apoyado y, de manera simultánea, a establecer para sí un nivel de exigencia personal que no le permite un espacio de movimiento en el que se acepte la presencia del error. Esta compleja interacción de creencias muestra de manera explícita un caso que combina trastornos de personalidad configurando, desde la perspectiva clínica, un reto para el cambio, teniendo en cuenta que ha sido la forma de comportarse de una persona durante la mayor parte de su vida. Unas estrategias que en la infancia pudieron haber sido efectivas para asumir las exigencias del entorno familiar y escolar, en la adultez se convierten en una “pesada carga” que al sujeto le cuesta mantener, generando con ello manifestaciones particulares a lo largo de su vida que aparecen como problemas psicológicos pero que, de manera soterrada, enmascaran un conflicto con la propia existencia.

Conclusiones

A partir del conocimiento y evaluación del proceso terapéutico llevado a cabo con el caso presentado, se puede evidenciar la pertinencia de la teoría desde la cual se ha establecido el marco de referencia para dicha intervención.

La rigidez en la organización esquemática, la reducida posibilidad de opciones percibidas y la hipervalencia de dichas creencias, establece la inhibición específica de acciones alternativas que pudieran ser, en un momento dado, elementos de protección para la generación de malestar personal. Quizás a partir de allí puede comprenderse el hecho de que el paciente termine por desarrollar ciertos trastornos que aparecen como manifestaciones de la psicopatología de manera puntual, lo que no le exige cuestionar su estilo de vida general.

La terapia cognitiva implementada con este paciente busca, de manera directa, la activación en el paciente de una actitud crítica frente a su propia existencia, el desarrollo de estrategias que le permitan “poner a prueba” su propia realidad. En esa medida, quien actúa como terapeuta asume la tarea de ser en un primer momento, desde la perspectiva de Beck (1995), el “verificador del valor de la realidad de las creencias”, para ir haciendo la entrega progresiva al paciente de la responsabilidad sobre la manera como se asumen las exigencias del entorno y, de esta manera, un “artesano de la propia existencia”. Dado que las personas como este paciente tienden a percibirse como incapaces de reaccionar de manera crítica ante los acontecimientos cotidianos y las evaluaciones pertinentes, el terapeuta asume un papel activo - directivo, buscando que la persona se haga cada vez más responsable de la intervención sobre sus propios procesos. Si no es así, el trabajo se hará cada vez más difícil, pues es el mismo paciente quien “vive con su propia existencia”, en tanto que el terapeuta sólo es un “compañero de viaje en una etapa particular de la vida”.

El paciente presentado en el reporte de caso pocas veces ha cuestionado su existencia en general o la posibilidad de que existiera un trastorno más allá de las vivencias “puntuales” a las que se ha visto enfrentado en diversas ocasiones. Esta consideración, por lo demás, ha sido mantenida por las intervenciones previas a las que recurre en busca de ayuda, desde las cuales se abordó el síntoma manifiesto, más no los elementos que podían estar enmascarados bajo la forma de un trastorno psicológico específico. Esta condición responde, de cierta manera, a la misma evolución de la evaluación en la psicopatología, dado que los trastornos de personalidad como tales son el resultado del trabajo de los últimos veinte años, aunque con mayor auge en la

última década del desarrollo de la psicología, muy particularmente de la perspectiva cognitiva.

Para finalizar, considero pertinente retomar algunos de los principios generales de la terapia cognitiva. Por ello, no sólo se menciona el principio en particular sino que, de manera explícita, se pone de relieve la vivencia frente a la intervención.

- *Importancia de una buena conceptualización del caso:* La conceptualización a partir de hipótesis lleva a que algunas de ellas se confirmen, otras se descarten y algunas deban modificarse a través del tiempo y la recolección de nueva información; lo que resulta importante es hacer que dicha formulación de hipótesis, más que conceptualizar sobre el caso, permitan el dinamismo de la intervención.
- Cada caso, incluso todo instante en la intervención, deben motivar al terapeuta a desplegar todo tipo de estrategias particulares para el acercamiento a la realidad del paciente, favoreciendo con ello el movilizar a éste hacia la participación como elemento activo del propio proceso de cambio. Es, un proceso conjunto de aprendizaje participativo.
- Compartir con el paciente la formulación del caso permite favorecer la comprensión de éste, además que actúa como un motivador a la generación de nuevos datos de interés para el proceso.
- Diagramar, explicar, discutir y replantear el caso con el paciente permitió, además de la asunción de compromisos de cambio explícitos, el reconocimiento de las propias habilidades y el fortalecimiento de las percepciones de auto confianza en éste; estos aspectos permanecen en el paciente después de terminar el proceso (reporte de seguimiento).
- *En cuanto a la especificación de las metas del tratamiento:* al llegar a la consulta, el paciente no busca un cambio en la situación vital de su existencia ni un cuestionamiento a su estilo de afrontamiento de las situaciones que puedan hacer pensar en la existencia de un trastorno de la personalidad. Por ello, el primer abordaje que se hace a la problemática responde a las expectativas del paciente sobre la asunción de un problema más explícito y generador de malestar.
- *Énfasis en la relación empática terapeuta - paciente:* es uno de los aspectos que influye directamente en la asunción de un proceso largo y dispendioso

como es la intervención de una problemática asociada con la estructuración de la personalidad.

- *El descubrimiento guiado como parte de la intervención:* en este punto en particular resulta válido el planteamiento de Beck, dado que ilustra de manera concreta lo que sucede en la terapia.
- *Estar alerta a los posibles problemas de cooperación:* el proceso de cambio no es una tarea fácil, mucho menos cuando ello incluye la mayor parte de la propia vida.

En síntesis, y a manera de conclusión general, el enfoque de caso único, reconociendo la individualidad del paciente y su perspectiva personal de vida, son la base fundamental para un trabajo más efectivo en la terapia. Esto sin olvidar que, la conceptualización del caso en un marco teórico favorece el acercamiento a la psicopatología desde una perspectiva más clínica que diagnóstica, es decir, en dirección de la comprensión del caso en su totalidad más que en la asignación de rótulos específicos para las personas, los cuales de poco sirven en el momento de planear un cambio.

REFERENCIAS

BECK, A. T., & FREEMAN, A. (comps.). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la personalidad*. Paidós: Barcelona, 1995.

BECKHAM E. E., & LEBEL, W. R. *Handbook of Depression. The relationship of Depression to Disorders of Personality. Second Edition*. The Guilford Press: New York, 1995

MILLON, T. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon - MCMI II*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptación española: Alejandro Ávila - Espada (Director), Fernando Jiménez Gómez (Coordinador del proyecto) y cols. 1998, páginas 29 - 39

------. *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM IV*. Masson: Barcelona, 1998.

- RISO, W. Diagnóstico y Formulación de casos I. Modulo para el seminario de Diagnóstico y Formulación de casos. Especialización en Terapia Cognitiva. Universidad de San Buenaventura: Medellín, 2001.
- RISO, W. La terapia cognitivo informacional: crítica a las terapias tradicionales e implicaciones clínicas. CEAP: Medellín, 1996
- RISO, W. Terapia Cognitiva: Estudio de caso clínico. Norma: Medellín, 2006
- SAFRAN, J., y SEGAL, Z. V. El proceso interpersonal en la terapia cognitiva. Paidós: Barcelona, 1994
- YOUNG, J. E. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach. Cognitive Therapy Center of New York, 1991