

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Trastorno de personalidad por evitación: A través de técnicas
humanistas y cognitivas conductuales**

Javier Rodríguez Galleguillos

**Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del
título de
Psicólogo Clínico**

Quito

Mayo de 2011

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Trastorno de personalidad por evitación: A través de técnicas
humanistas y cognitivas conductuales**

Javier Rodríguez Galleguillos

Teresa Borja, Ph.D.
Directora de Tesis y
Miembro del Comité de Tesis

Ana María Viteri
Miembro del Comité de Tesis

Monserrate Checa, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.
Decana del Colegio de Artes Liberales

Quito, Mayo de 2011

© Derechos de autor

Javier Rodríguez Galleguillos

2011

Agradezco a mis padres por todo
su apoyo incondicional.

Resumen

Este estudio de caso describe el tratamiento de un trastorno de personalidad por evitación por medio de la aplicación de terapia humanista y cognitivo conductual aplicado a un estudiante universitario de 25 años, a quien se denominará Juan. Al cliente se lo diagnosticó a partir de los criterios del manual DSM-IV-TR. El motivo de su consulta fue por varios factores que se presentaron en los últimos tres años de su vida: una ruptura amorosa, bajo interés por las cosas, la reciente muerte de su padre, problemas con su madre y hermanas. La terapia tuvo una duración de 15 sesiones en las cuales se trabajó desde una perspectiva humanista y cognitiva conductual. Para la evaluación se utilizó el inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (2008). El detalle del tratamiento será expuesto en el estudio de caso. Los resultados indican que la integración de la terapia humanista y cognitiva fueron efectivas para tratar este caso de trastorno de personalidad por evitación.

Palabras claves: Trastorno de personalidad por evitación, terapia enfocada en la emoción, terapia humanista, terapia cognitiva conductual.

Abstract

This case study describes the treatment of avoidant personality disorder through the application of humanistic and cognitive behavioral therapy, applied to a college student of 25 years old, who we'll called Juan. The client was diagnosed from the criteria of DSM-IV-TR. The reason for his visit was for several factors that occurred in the last three years of his life: a breakup, low-interest things, the recent death of his father, problems with her mother and sisters. The therapy lasted for 15 sessions in which they worked from a humanistic and cognitive behavioral perspective. For the evaluation we used the inventory of symptoms SCL-90-R of L. Derogatis (2008). Detailed treatment will be exhibited in the case study. The results indicated that the integration of humanistic and cognitive therapy was effective in treating this case of avoidant personality disorder.

Keywords: avoidant personality disorder, emotion-focused therapy, humanistic therapy, cognitive behavioral therapy

Tabla de Contenido

I.	Resumen.....	IV
II.	Base Teórica.....	1
III.	Introducción al Caso	26
IV.	Presentación de la demanda inicial.....	26
V.	Historia.....	28
	a. Familia.....	28
	b. Educación.....	28
	c. Social	29
	d. Historia Medica.....	29
VI.	Evaluación	30
VII.	Conceptualización del caso.....	32
VIII.	Tratamiento y progreso	36
IX.	Evaluación del Proceso terapéutico	46
X.	Conclusiones terapéuticas del caso.....	50
XI.	Bibliografía.....	53

I. Base Teórica:

La personalidad puede ser definida como patrones duraderos de percibir, pensar, sentir, comportarse, y relacionarse con los demás, además la personalidad ha sido conceptualizada como la interacción del temperamento y carácter (Sperry, 2006). Se han identificado cuatro dimensiones del temperamento o rasgos biológicos: (a) la evitación del daño o la inhibición del comportamiento, (b) la impulsividad, (c) dependencia a la recompensa o el mantenimiento, y (d) la búsqueda de la novedad o la activación conductual (Sperry, 2006). También se han identificado tres dimensiones de carácter: autodirección o auto-responsabilidad, cooperación y la auto trascendencia (Sperry, 2006). Según Semerari y colegas la personalidad es el resultado de una serie de operaciones mentales, como por ejemplo el construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, actuar, relacionarse con los demás, encontrar soluciones a los problemas planteados por el entorno (Semerari, Dimaggio, & Brouwer, 2003).

Cuando los mecanismos dedicados a estas operaciones funcionan incorrectamente y cuando la disfunción se extiende a varias áreas de la vida social e interna, asume la forma de un trastorno de la personalidad (Semerari et al., 2003). En el DSM-IV-TR. Se define a los trastornos de personalidad como patrones permanentes e inflexibles de experiencias internas y de comportamientos que se apartan de las expectativas de la cultura en la que se encuentra la persona, con los respectivos perjuicios y malestares, y con un inicio relativamente temprano y desarrollo estable a través del tiempo (Feixas, Antequera, & Bach, 2006).

En la investigación, los individuos con trastorno de personalidad tienden a ser más o menos modulados en términos del temperamento, así como irresponsables, y poco cooperativos, en términos de carácter (Sperry, 2006). Las características fundamentales para el concepto de los trastornos de la personalidad son su inicio

temprano, omnipresencia, deterioro del enfoque interpersonal, y la persistencia durante muchos años (Tillfors & Ekselius, 2009). Existe la hipótesis de que tienen una baja metacognición, es decir que tienen una menor capacidad de comprender sus pensamientos y sentimientos, por ejemplo, los pacientes no pueden reconocer sus propias emociones o integrar sus propias representaciones con otros (Dimaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carccione & Lysaker, 2007). Algunos investigadores sugieren que este déficit varía entre los distintos trastornos de personalidad, sin embargo, la evidencia empírica que pueda confirmar o refutar esta hipótesis ya que es escasa (Dimaggio et al., 2007).

Los pacientes con trastorno de personalidad tienen dificultad en pensar lo que están pensando, esto es una problemática para ellos de reconocer sus propios pensamientos o sentimientos o de examinar con exactitud algo que crean que es verdad (Fiore, Dimaggi, Nicoló, Semerari & Carccione, 2008). Les resulta imposible adivinar los sentimientos de los demás o de reconocer las exigencias de una situación social (Fiore et al., 2008). Las disfunciones del sistema metacognitivo puede explicar una variedad de formas patológicas: Por ejemplo, el limitado acceso a los propios afectos parece ser un mecanismo patogénico común en los trastornos tales como el trastorno obsesivo-compulsivo, por evitación, narcisista, y dependientes (Fiore et al., 2008). Las deficiencias en la metacognición puede obstruir cursos de acción impulsado por las emociones en todos ellos, los afectos son una herramienta fundamental para la toma de decisiones y, sin conciencia de los afectos, las acciones son menos rápidas y espontáneas y esto hace que sean tan indecisos (Fiore et al., 2008).

Para interrumpir los circuitos patológicos repetitivos de los pacientes, el terapeuta primero se tiene que adaptar con la persona y esta relación tiene que ser lo menos posible perturbadora (Fiore et al., 2008). Para esto, es importante evitar que ellos

mismos se involucren de forma activa o que contribuyan a la perpetuación de cualquier ciclo interpersonal, sino más bien fomentar un discurso basado en los temas con el que el paciente se encuentre más a gusto, una vez que esa posición se alcanza, los terapeutas pueden trabajar en la mejora de la metacognición (Fiore et al., 2008).

Este estudio de caso se basa en un trastorno de personalidad por evitación, este término fue introducido por primera vez por Millon (Tillfors & Ekselius, 2009). Basado principalmente en la teoría del aprendizaje social, él describió que esta personalidad tiene un "desprendimiento activo" patrón que representa miedo y desconfianza hacia los demás (Tillfors & Ekselius, 2009). Las personas con trastorno de personalidad por evitación no pueden soportar situaciones que evoquen pensamientos o afectos perturbadores, también utilizan diversos niveles de estrategias de evitación para evitar estas situaciones sociales, conductuales, cognitivas y emocionales, por ejemplo pospondrán cualquier situación para reducir su ansiedad o para distraerse y no pensar en cosas que les desagradan (Dimaggio et al., 2007). Estas estrategias los llevan a tener pensamientos fragmentados y parecen emocionalmente confundidos, en este aspecto, sin embargo, los pacientes con trastorno de personalidad por evitación son capaces de sentir y describir sus afectos, pero activamente mantienen sus afectos fuera de su conciencia (Dimaggio et al., 2007). En un estudio diseñado para medir los niveles de evitación en este trastorno, se puso de manifiesto que evitan tanto las emociones positivas como las negativas y que tienen preocupaciones sociales acerca de cómo mostrar sus emociones y creencias negativas acerca de ellos, por esta razón se les dificulta construir o mantener relaciones interpersonales (Dimaggio et al., 2007).

También al trastorno de personalidad por evitación se lo caracteriza a nivel de sus comportamientos por: a) expresiones de inquietud; b) conductas interpersonales aversivas, a nivel fenomenológico: c) distracción cognitiva; d) imagen desequilibrada

de sí mismo, a nivel intrapsíquico muestran: e) mecanismo de fantasía para satisfacer sus deseos; f) una organización frágil que no permite el control de sus emociones y tienen su estado de ánimo angustiado (Semerari et al., 2003). A partir de todas estas características, el evitativo tiende a realizar maniobras de coping que mantiene el trastorno, y lo que suelen hacer es distanciarse socialmente evitando nuevas experiencias y reduciendo la posibilidad de alcanzar objetivos (Semerari et al., 2003). Esto lleva a que su comportamiento sea sospechoso y termine provocando el distanciamiento en las demás personas, el estilo temeroso que tienen estimula a los demás a humillarlos, lo que empeora su autoestima (Semerari et al., 2003). Tienen una alta hipersensibilidad a las señales de crítica que les lleva a buscar cualquier mínima pista en los demás, y esto provoca que se terminen aislando (Semerari et al., 2003).

Aparte de las respuestas de amenaza de rechazo, los individuos con trastorno de personalidad por evitación pueden diferir en la predisposición de su temperamento, así como las experiencias formativas del desarrollo (Meyer, Ajchenbrenner & Bowles, 2005). De hecho, estos tres factores de riesgo, vulnerabilidad temperamental, experiencias adversas en la niñez, y respuestas cognitivo-afectiva al potencial rechazo no deben ser vistos de manera aislada sino que estos interactúan entre sí (Meyer et al., 2005).

Al trastorno de la personalidad por evitación es denominado también como el trastorno de la intimidad, donde existe un fuerte deseo de establecer relaciones estrechas, en las cuales, sin embargo, se genera un sentimiento de exclusión (Semerari et al., 2003). Ellos suelen relacionar el sentimiento de inadecuación experimentando en la relación con la expectativa de que van a ser rechazados o juzgados negativamente; por este motivo suelen evitar y huir de la relación con los demás (Semerari et al., 2003). La perspectiva de rechazo es muy dolorosa para ellos, y por su baja autoestima,

prefieren mantenerse alejados de las personas ya que, acercándose, podría revelarse su verdadera naturaleza (Semerari et al., 2003). Debido a sus escasas habilidades sociales y al temor a la evaluación negativa, recurren a estrategias de evitación (Feixas et al., 2006). Estos individuos tienen una autoestima muy baja, por lo que es común que tengan episodios depresivos o estados de ansiedad comórbidos, los déficits metacognitivos principales tienen que ver con dificultades para identificar los componentes de los estados mentales propios (emociones, deseos y metas) y relacionarlos con los de otras personas, lo que les limita también a su capacidad para el descentramiento (Feixas et al., 2006).

A este trastorno se lo ha considerado que está vinculado a una base biológica, vulnerabilidad temperamental, que puede estar relacionada a la moderada o alta heredabilidad que se ha demostrado en este trastorno (Meyer et al., 2005). También la vulnerabilidad temperamental combinado con la adversidad temprana puede aumentar el riesgo de este trastorno, pero esto también podría pasar en otros trastornos del Eje II (Meyer et al., 2005). Es muy importante destacar que no todos los adultos con trastorno de personalidad por evitación recibieron o experimentaron un rechazo repetido, sino que también pudieron haber experimentado una infancia positiva que involuntariamente promovió la evitación social (Meyer et al., 2005).

Existen varias inconsistencias en la investigación sobre los antecedentes del desarrollo del trastorno de personalidad por evitación, por ejemplo, se encontró que la exclusión social y la timidez en la infancia y la adolescencia se relacionan con adultos con este trastorno, sin embargo, los recuerdos de las experiencias de abuso infantil no son exclusivos del trastorno y podría explicarse por diagnósticos comórbidos (Meyer et al., 2005). En un estudio encontraron que este trastorno tiene características correlacionadas con recuerdos de la infancia negativos, también se encontró que la

indiferencia, la culpa, padres sobreprotectores caracteriza las experiencias de la infancia de los pacientes con este trastorno (Meyer et al., 2005).

Es muy común que estos pacientes tengan recuerdos negativos de la atmósfera en el hogar, con relaciones familiares que carecían de calidez emocional (Dimaggio et al., 2007). La falta de afecto de los padres hace que tengan una dificultad de un vocabulario emocional, ya que el contexto es humillante y bloquea cualquier intento de expresión (Dimaggio et al., 2007). La opinión más extendida acerca de estos pacientes es que son capaces de experimentar sus afectos, a pesar de que hacen gran uso de estrategias de evitación (Dimaggio et al., 2007). Según la teoría de Beck y Freeman (Bowles & Meyer, 2008). Ciertas formas de exposición del contexto crónicas, como una crianza muy dura o insensible de los hijos puede dar lugar al desarrollo del trastorno de personalidad por evitación (Bowles & Meyer, 2008). La forma en cómo responde un adulto con este trastorno puede reflejar las respuestas sobre aprendidas a experiencias interpersonales negativas que tuvo en su niñez, así como su rigidez, inflexibilidad, o sesgos negativos en el procesamiento de información social, por lo tanto, aquellas personas que tengan niveles muy altos de las características del trastorno de personalidad por evitación van a tender a procesar la información social, como si las situaciones interpersonales fueran a dar a lugar a experiencias emocionales desagradables como por ejemplo ("me voy a sentir decepcionado / rechazado o humillado") (Bowles & Meyer, 2008).

De acuerdo con estudios internacionales, el trastorno de personalidad por evitación es uno de los trastornos de personalidad más frecuente en la práctica clínica (Wilberg, Karterud, Pedersen & Urnes, 2009). En los países escandinavos, hay indicios de que este trastorno es el más frecuente tanto en la población general como en la atención ambulatoria (Wilberg et al., 2009). En este sentido, ha sido sorprendentemente

poca la atención en los problemas clínicos y funcionales asociados con este trastorno (Wilberg et al., 2009). Hay una gran dificultad al momento de estudiar el deterioro psicosocial de estas personas ya que una gran proporción de los sujetos con trastorno de personalidad reciben dos o más diagnósticos de trastornos de personalidad (Wilberg et al., 2009).

En este trastorno existe un alto índice de comorbilidad con fobia social, depresión mayor y trastornos de abuso de sustancias (Eikenaes, Gude & Haffart, 2006). Estas personas suelen tener problemas con trastornos somáticos, emocionales, cognitivos y de comportamiento, y utilizan estrategias de evitación para aliviar el dolor en todas estas áreas (Eikenaes et al., 2006). Cuando se trabaja en grupos terapéuticos los pacientes con trastorno de personalidad por evitación suelen ser tímidos y necesitan mucho más tiempo para lograr participar activamente, si es que alguna vez, se adaptan a la configuración del grupo en la terapia (Eikenaes et al., 2006). También suelen ser socialmente disfuncionales en los patrones cognitivos, afectivos y conductuales incluyendo sentimientos crónicos de bajo auto concepto, tienen expectativas de ser rechazados o humillados por los demás, sufren de aislamiento social, y tienen comportamiento tímido (Bowles & Meyer, 2008). Son inflexibles incluso en situaciones que suelen ser buenas para ellos, o incluso positivas, estas personas se sienten amenazadas, por lo que terminan actuando con desconfianza, y adoptan comportamientos para reducir la amenaza percibida (Bowles & Meyer, 2008). De hecho, existe una gran evidencia empírica que tienen los mayores niveles de desconfianza, expectativas de rechazo, y otros sesgos negativos en la cognición social, sin embargo, no está claro si estos sesgos están presentes independientemente de la situación del contexto, como indica el DSM, o si se puede atenuar más en contextos positivos (Bowles & Meyer, 2008). Para investigar el procesamiento del contexto se

hizo un experimento usando contextos positivos, (sensación de apego seguro), o un negativo, contexto amenazador (sensación de apego inseguro), Por ejemplo, encontraron que en un contexto positivo se favoreció el aumento de la empatía (Bowles & Meyer, 2008). En este estudio, la seguridad del apego se la hizo exponiendo a los participantes a una imagen de un adulto recibiendo consuelo de un adulto del sexo opuesto (Bowles & Meyer, 2008). En comparación a ser expuesto con un afecto positivo (no relacionadas con el apego) en este caso una imagen (Bowles & Meyer, 2008). Los participantes expuestos al apego seguro fueron más empáticos hacia los problemas encontrados por una persona con discapacidad grave que se mostraba en una historia (Bowles & Meyer, 2008). Del mismo modo, se mostró que al exponer a los participantes a un apego seguro en este caso una imagen de una madre interactuando con su bebé suscitó valoraciones más positivas que los estímulos neutros que tenían otras imágenes (Bowles & Meyer, 2008).

Varios estudios han señalado que cuando se procesa una información social sesgada, esto puede considerarse como un factor de riesgo para el mantenimiento de los trastornos de personalidad, y en particular el de evitación (Bowles & Meyer, 2008). En estudios recientes se encontró que personas con trastorno de personalidad por evitación asociaron características negativas con rostros neutrales, y con tendencia a interpretar las situaciones ambiguas sociales con un sesgo negativo, rechazo, lo que implica, que tienen fuertes expectativas negativas, respuestas afectivas ansiosas, y tendencias de evitación (Bowles & Meyer, 2008). Investigadores encontraron que las creencias de evitación, aunque no per se el trastorno de personalidad por evitación, se asociaron con sesgos negativos en una tarea de inferencia pragmática (Bowles & Meyer, 2008). Más concretamente, los participantes con las creencias de evitación tienden a inferir el rechazo motivado de las acciones ambiguas de los demás (Bowles & Meyer, 2008).

Sesgos cognitivos sociales también se han documentado en relación a las diferencias individuales en la orientación de apego, en contraste en la literatura de trastornos de la personalidad, se ha tratado el apego adulto para investigar el contexto social de contingencia de los sesgos cognitivos (Bowles & Meyer, 2008).

A pesar de que el trastorno de la personalidad por evitación es uno de las más frecuentes de los trastornos de la personalidad del DSM-IV, tanto en entornos clínicos y en la población general, hay una escasez de investigación empírica por lo cual esto puede contribuir a su desarrollo y mantenimiento (Bowles & Meyer, 2008).

Hay que tener mucho cuidado en confundir al trastorno de personalidad por evitación con el trastorno de personalidad esquizoide; ya que el esquizoide se caracteriza por una dificultad intrínseca en el establecimiento de relaciones sociales, prefiere la soledad y es indiferente a la aceptación y al rechazo, mientras que el evitativo tiene tanto la capacidad como el deseo en relacionarse con los demás, a pesar de que temen de ser rechazados y humillados, por lo que terminan evitando dichas relaciones (Semerari et al., 2003).

A pesar de que no hay mucha investigación sobre el tratamiento del trastorno de personalidad existen varias alternativas para tratarlo, se lo puede tratar farmacológicamente y con las distintas terapias psicológicas existentes, en este caso se hablara de la terapia humanista y cognitivo conductual.

Tratamiento Farmacológico:

Al trastorno de evitación se lo puede tratar farmacológicamente, los medicamentos pueden modular los rasgos desordenados del temperamento (es decir, modular cuando son excesivos o insuficientes), mientras que las intervenciones

psicoterapéuticas enfocadas en el comportamiento pueden modificar las perturbaciones del carácter (es decir, los esquemas desadaptativos) (Sperry, 2006). Por lo general, una medicación específica se utiliza para atacar y modular un estilo de carácter específico, tales como la impulsividad, la activación del comportamiento, o la inestabilidad afectiva (Sperry, 2006). Aparentemente, también la terapia comportamental enfocada en los pensamientos puede modular estilos desordenados del temperamento, aunque la medicación es más comúnmente utilizada (Sperry, 2006). Mientras que la medicación puede modular un estilo de temperamento, es sólo un complemento a la psicoterapia, que es esencial en el cambio de las dimensiones de carácter que cognitivamente informan al temperamento, en resumen, la combinación de la medicación y la psicoterapia es el tratamiento de elección para los trastornos de personalidad (Sperry, 2006).

Los tratamientos psicofarmacológicos hasta hace poco, en las personas con trastornos de la personalidad habían sido en gran parte solo empírica, que es en gran medida una cuestión de prueba y error (Sperry, 2006). En términos generales, no han sido aprobados los tratamientos farmacológicos específicos para trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR, así como hay para el trastorno de pánico o trastorno depresivo mayor (Sperry, 2006). La posible excepción es el trastorno de personalidad por evitación en donde la venlafaxina (Effexor), un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina, parece ser particularmente eficaz en la reducción de los rasgos de la personalidad por evitación (Sperry, 2006). Debido a que el trastorno de personalidad por evitación parece ser sólo cuantitativamente diferente del trastorno de ansiedad social (fobia social), puede ser que los medicamentos que son eficaces en el tratamiento de la fobia social también sean efectivos en el trastorno de la personalidad por evitación (Sperry, 2006). Dos nuevos inhibidores reversibles de la

monoaminoxidasa A (REMAS), broforomia y moclobemida, pueden ser particularmente útiles para este trastorno, ya que no exigen las restricciones alimentarias de los IMAO (Sperry, 2006). Los tratamientos farmacológicos no son suficientes para tratar el trastorno de personalidad por evitación, ya que estos solo suprimen los síntomas por lo que son paliativos, esto se refiere a que los fármacos inhiben los síntomas entre comillas quitando el malestar del paciente, pero a la final no hay una cura real, ya que si se deja de tomar los fármacos enseguida vuelven los síntomas. Los fármacos son recomendados en el caso de que el cliente corra peligro, por ejemplo un suicidio en caso de depresión. En este caso se debe trabajar multidisciplinariamente tanto con terapia como con un psiquiatra que va recetar los fármacos. Los fármacos tienen un resultado a corto plazo por lo que pueden ser muy utilizados, pero la terapia psicológica puede llegar a suprimir por completo los síntomas sin necesidad de medicamentos, pero esta toma más largo tiempo. A la final la terapia psicológica puede eliminar el síntoma mientras que el fármaco lo inhibe pero puede seguir existiendo.

Tratamientos Psicológicos:

Existen varios tratamientos psicológicos de los trastornos de la personalidad, aunque son desiguales para los distintos trastornos y también son bastante precarios en sus resultados (Quiroga & Errasti, 2001). Todavía no se ha podido demostrar que exista algún tratamiento psicológico que pueda considerarse como concreto para los trastornos de personalidad (Quiroga & Errasti, 2001).

Tratamiento Cognitivo Conductual:

Actualmente la terapia más utilizada para el trastorno de personalidad por evitación es la terapia cognitiva conductual aunque todavía no hay resultados claros

acerca de la eficacia de esta terapia, la terapia que ha demostrado ser más eficaz en este trastorno es la terapia de conducta mediante entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual (Quiroga & Errasti, 2001).

Para justificar la eficacia de la terapia de conducta se hizo un estudio en el que se estudió el entrenamiento en habilidades sociales (Quiroga & Errasti, 2001). El entrenamiento en habilidades sociales se refiere a incentivar al paciente a que inicie y mantenga conversaciones, hablar en público, expresión de agrado, amor y afecto, defensa de los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer cumplidos, expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo, expresión justificada de molestia, desagrado o enfado, disculparse o admitir ignorancia, petición de cambios de la conducta de otros, afrontamiento de las críticas entre otros (García, 2008). En este estudio se repartió aleatoriamente a 28 sujetos con trastorno de personalidad por evitación en dos grupos, uno que era de entrenamiento en habilidades sociales sólo en contexto clínico, esto quiere decir dentro de la terapia practicar supuestas situaciones, y el otro grupo era de entrenamiento en habilidades sociales en contexto clínico más entrenamiento en habilidades sociales en contextos reales de la vida cotidiana, en este estudio se obtuvieron mejorías en el funcionamiento social de los pacientes en ambos grupos por igual, por lo que el entrenamiento en habilidades sociales en contextos clínicos resultaría ser una terapia más eficiente (Quiroga & Errasti, 2001). También se hicieron dos estudios similares, pero realizados con anterioridad, aunque estos no tenían el diagnóstico formal de trastorno de personalidad por evitación, sino que sólo eran sujetos que presentaban dificultades sociales como timidez, evitación de relaciones, entre otras (Quiroga & Errasti, 2001).

Otro estudio que realizaron fue con 22 sujetos con dificultades sociales a los que se les trató con un paquete de técnicas conductuales combinadas que fueron

refuerzo positivo, extinción, etc., todas estas se utilizaron para entrenar conductas de habilidad social, se obtuvo en la mayoría de los pacientes un mejor desempeño en la relación social, pero sólo con pequeñas modificaciones en las conductas básicas de miedo y evitación del contacto interpersonal (Quiroga & Errasti, 2001). Con estos estudios realizados se puede afirmar que este tipo de tratamiento podría ser eficaz para tratar el trastorno de personalidad por evitación, a pesar de que aún está por demostrarse que verdaderamente se cambian las conductas definitorias del mismo según los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación, parece evidente que sí mejora el funcionamiento social para el trastorno de personalidad por evitación (Quiroga & Errasti, 2001).

Dentro de la terapia de conducta hay alguna investigaciones que se han dedicado al trastorno de personalidad por evitación, pero estas investigaciones la trataron básicamente con la técnica de exposición gradual, en este experimento se distribuyeron aleatoriamente a 52 sujetos con trastorno de personalidad por evitación a un grupo de control (lista de espera) y a dos grupos de tratamiento, uno de exposición gradual y otro con entrenamiento en habilidades sociales, se llegó a la conclusión de que ambos tratamientos mejoraron las conductas respecto del grupo de control, aunque el entrenamiento combinado de ambas técnicas demuestra mejores resultados que la exposición gradual por sí sola (Quiroga & Errasti, 2001). En otro experimento se repartió aleatoriamente a 76 sujetos psiquiátricos en un grupo de control (lista de espera) y en tres condiciones de tratamiento, exposición gradual, habilidades sociales y la suma de ambos, aquí se encontró que los tres grupos tratados obtuvieron resultados mejores en la capacidad de relación social que el grupo de control, obteniendo los mejores resultados con la exposición gradual sola, sin que la suma del entrenamiento en habilidades sociales incremente nada a la eficacia terapéutica; aunque se reconoce que

la mejoría de estos sujetos no les permitió el llevar una vida normal fuera de la institución de internamiento, y que a largo plazo los resultados apenas se mantuvieron (Quiroga & Errasti, 2001).

En la fase inicial en la terapia cognitivo conductual para un trastorno de personalidad por evitación lo que primero se busca es incrementar la experiencia compartida entre paciente y terapeuta más que a la conciencia de los procesos disfuncionales por parte del paciente, ya que esto consigue que el paciente tome mayor confianza con el terapeuta (Semerari et al., 2003). Junto a una a relación terapéutica más estable y niveles más elevados de habilidades autorreflexivas se abre el camino a intervenciones dirigidas para modificar los ciclos interpersonales y los esquemas que sostienen el trastorno, de esta manera se consigue devolver al paciente al mundo relacional y social, de manera que se sienta más cercano y participe de la vida con los demás, con menor sufrimiento y desapego (Semerari et al., 2003). La alianza terapéutica se consigue abordando en la terapia esa sensación dolorosa de no conseguir compartir la experiencia con los demás y de no pertenecer a un grupo, haciéndole entender las causas de su sufrimiento (Semerari et al., 2003). Una vez que se tiene una buena alianza terapéutica se puede acudir a las tareas de autoobservación e incrementar las capacidades de relacionar los estados personales con las variables ambientales y relacionales (Semerari et al., 2003). La conducta de evitación nace como estrategia para manejar la experiencia de incomodidad en el contacto con las otras personas, pero si no se comprende este vínculo será imposible estimular estrategias más funcionales, cualquier intervención terapéutica será posible sólo cuando el paciente llegue a reconocer sus estados internos y su relación con contextos y situaciones relacionales (Semerari et al., 2003).

El paciente evitante mejora progresivamente a medida que empieza a identificar los aspectos de su vida mental, para esto el terapeuta estimulará al paciente a que señale con exactitud las emociones de las relaciones problemáticas, definiendo las sensaciones inespecíficas incomodidad/comodidad en términos emocionales como: ansiedad, rabia, tristeza, disgusto (Semerari et al., 2003). Ya que identificar los estados internos, y sobre todo comunicarlos a los demás, puede mejorar las relaciones, además se le permite al paciente tomar conciencia del estado negativo derivado de la presencia del otro y de las transiciones hacia estados mentales desencadenados por las relaciones interpersonales (Semerari et al., 2003).

La imposibilidad que tienen de establecer relaciones entre lo que sienten y lo que el otro comunica le afecta también en la capacidad para dominar el estado mental de vergüenza y ansiedad (Semerari et al., 2003). Por este motivo es necesario ayudar al paciente a reconocer que cada una de sus emociones deriva de otros elementos del escenario interior o social, sólo comprender sus conexiones permite atribuirles sentido (Semerari et al., 2003). Una vez que se ha mejorado la capacidad de reconstruir los nexos entre las variables relacionales y emocionales, será posible mostrar al paciente el ciclo disfuncional (Semerari et al., 2003). Que comprendan su ciclo disfuncional suele tener un efecto beneficioso en el paciente ya que contribuye a ofrecer una exploración alternativa a la teoría autárquica de ser anómalo de nacimiento, e incrementar la confianza en el cambio y en la terapia (Semerari et al., 2003). También es muy importante que el paciente comprenda progresivamente que los estados de tristeza en que entra frecuentemente están ligados con la soledad y la evitación y darse cuenta que a la final la evitación da seguridad por ese momento, pero a la larga se vuelve dolorosa y no refuerza la autoestima ni tampoco el compartimiento, generando un ciclo recursivo (Semerari et al., 2003).

Para lograr identificar cuáles son los estados mentales que establecen el escenario mental del paciente, el terapeuta tiene que intervenir sobre las estrategias de evitación cognitiva y emocional que lleva a cabo el paciente (Semerari et al., 2003). Estos pacientes ante una situación relacional que evoque emociones dolorosas, van a intentar alejarse, y distraer intencionadamente de pensamientos y emociones suscitados por la situación (Semerari et al., 2003). Inclusive cuando ya adquieren capacidades para identificar sus estados internos, tiende a permanecer una tendencia a la evitación cognitiva, más que a la conductual (Semerari et al., 2003). Por ejemplo, si el terapeuta quiere ayudar a un paciente a explicar una situación relacional que le ha provocado una emoción de vergüenza, debe pedirle que se centre especialmente en la imagen o recuerdo asociado a la emoción (Semerari et al., 2003). Sólo si llega a vivir la sensación, podrá hacer luego una intervención de reestructuración cognitiva que muestre y explique al paciente cómo afrontar la emoción sin evadir a ella (Semerari et al., 2003).

Una técnica que puede ayudar bastante al paciente evitativo es la técnica del dibujo del espacio mental, aquí el terapeuta después de escuchar al paciente explicando un episodio en que se había sentido juzgado u observado de modo amenazante, le invita a dibujar un círculo que represente el espacio mental de la otra persona en cuestión (Semerari et al., 2003). Se le pide que compruebe el espacio que ocupa en la mente del otro, pidiéndole que investigue activamente sobre sus pensamientos, emociones e intereses (Semerari et al., 2003). Habitualmente, cuando el paciente empieza a hacer la tarea, se empieza a dar cuenta de que el otro se centra muy poco en su persona, y que seguramente no lo hace para criticarle o juzgarle, esto llega a producir en el paciente un gran alivio, le hace reflexionar que tiende a atribuir al otro sus propios pensamientos, a menudo de temor al juicio negativo o de humillación (Semerari et al., 2003).

Para manejar los estados de rabia hacia los demás, el terapeuta tiene que mostrar al paciente que las emociones negativas se tienen que expresar y negociar en el seno de las relaciones (Semerari et al., 2003). Comunicar las emociones negativas a los demás no lleva, necesariamente, al empeoramiento de las relaciones, sino a la posibilidad de poder expresarse más libremente, de ayudar al otro a cooperar, en la medida de lo posible (Semerari et al., 2003). Así pues, la regulación de los estados mentales problemáticos se incrementa mediante el aprendizaje de estrategias de comunicación social, pero también por una postura de distancia crítica de los esquemas interpersonales (Semerari et al., 2003).

También existen técnicas conductuales que pueden ayudar a los pacientes evitativos a ser más funcionales, estas técnicas están dirigidas a reconocer las situaciones que se consideran negativas y se evitan, por ser fuentes de evaluación sobre sí mismos (Semerari et al., 2003). Se centran en la adquisición de habilidades específicas, como el afrontamiento de las emociones negativas como es la ansiedad y vergüenza, o el desarrollo de experiencias de sociabilización y de habilidades de comunicación (Semerari et al., 2003). Para esto primero se identifica el problema jerárquicamente relevante que inhibe o bloquea la habilidad social, luego se hace consciente al paciente de que se puede iniciar una fase de experiencia en el ámbito social, recogiendo conjuntamente un listado de situaciones que vive, y graduarlas en orden creciente según el sufrimiento que le provocan (Semerari et al., 2003). El paciente explica de la manera que prefiere, hablando de ello en la sesión o a través de diarios, el relato de la experiencia social, finalmente se evalúa conjuntamente los resultados conseguidos, pero, sobre todo, se debate sobre el criticismo, tanto de carácter personal como de carácter relacional (Semerari et al., 2003).

El objetivo final de la terapia es que el paciente aprenda ver cuáles son sus esquemas disfuncionales y sus orígenes y que el terapeuta le ayude a construir nuevos esquemas más adaptativos (Semerari et al., 2003). Mostrar la centralidad del sentimiento de no pertenencia es muy útil para varios objetivos: primero permite construir una dimensión compartida sobre el malestar experimentado que es única desde el punto de vista experiencial, le permite salir del malestar indiferenciado, que sólo da una idea de la gravedad pero no ofrece información sobre la experiencia relacional y/o social personal y facilita la intervención sobre el contenido mental referido, suscitando y subrayando experiencias emocionales distintas a la automática (Semerari et al., 2003). De esta manera se crean las condiciones, dentro de las relaciones, para aumentar la conciencia del problema que las amenaza y para que se creen las capacidades necesarias para el afrontamiento (Semerari et al., 2003). Cuando el paciente logra tener una experiencia de pertenencia cambian todos los elementos: se sentirá incluido en las relaciones, será más enérgico, valorizará el contexto en que se mueve y esto le aumenta inevitablemente su autoestima (Semerari et al., 2003).

Tratamiento Humanista:

La clave fundamental para un tratamiento exitoso en un trastorno de personalidad por evitación es la relación terapeuta-cliente, según el humanismo (Cain & Seeman, 2008). Principalmente en este trastorno es necesario tener una buena alianza terapéutica, ya que estos están muy pendientes del juicio de valor que harán los demás sobre el mismo, pero una vez que hay la confianza, el cliente es muy bueno colaborando. La persona generará cambios positivos siempre y cuando se haya establecido una excelente relación entre terapeuta-cliente (Cain & Seeman, 2008). Para

que esto se pueda lograr debe haber congruencia o autenticidad, aceptación incondicional positiva y entendimiento empático entre el terapeuta y el cliente (Cain & Seeman, 2008). La autenticidad se refiere a la posición del terapeuta durante la sesión cuando ya establecida la relación, éste es libre de ser él mismo, con su experiencia representada apropiadamente de lo percibido en ese momento, y sobre todo siendo quien es en realidad en ese momento (Cain & Seeman, 2008). Esto ayuda al cliente evitativo ir creando lazos de seguridad con el terapeuta. La aceptación incondicional positiva es la medida en cuanto el terapeuta se siente verdaderamente validando con una aceptación cálida cada aspecto del cliente, es decir es el acto de aceptar al cliente tal y como es (Cain & Seeman, 2008). Esto es el punto clave en un trastorno de personalidad por evitación ya que aquí se crea un ambiente seguro y el cliente no se va sentir juzgado como suele sentirse normalmente. La empatía es sentir el mundo privado del cliente simplemente como si fuera el propio (Cain & Seeman, 2008). Además el terapeuta humanista no trabaja desde las ideas preconcebidas sobre posibles causas patológicas, como en este caso el trastorno de personalidad por evitación, sino que interactúa con el cliente desde su self y cómo se va manifestando en terapia, ya que para el humanismo, no es relevante etiquetar con una patología específica a la persona (Cain & Seeman, 2008). El self es organizado, dinámico, consistente, modificable y aprendido (Cain & Seeman, 2008). Cuando hay un concepto del self muy pobre es un indicador de que la persona no está en contacto consigo misma (Cain & Seeman, 2008). Esta es la mayor característica en el cliente evitativo, está tan pendiente en lo que los demás piensan sobre él, que deja de estar en contacto consigo mismo, por lo que en terapia, la búsqueda del self es una aventura frágil y delicada, donde tanto cliente como terapeuta trabajan juntos en el viaje al centro del self (Cain & Seeman, 2008). Además, el self es el actor principal en la terapia humanista porque es el self quien hace a los humanos

humano (Cain & Seeman, 2008). El cliente evitativo al estar tan alejado de su self no es consciente de sus emociones y su cuerpo. La relación que existe entre las emociones y el cuerpo es que son mediante estos que la persona se expresa y experimenta la vida (Cain & Seeman, 2008). Por esta razón el cliente evitativo se le hace difícil responder cualquier pregunta que se le haga, ya que no está en contacto consigo mismo y no es consciente de lo que le sucede. Por esta razón se debe trabajar con el cliente con la terapia experiencial, que se basa principalmente en enfocarse en las emociones y en las sensaciones corporales (Cain & Seeman, 2008). Ya que a través de la experiencia que se manifiesta principalmente en el cuerpo y se expresa a través de las emociones, se puede reaccionar ante los sucesos que nos acontecen y así se puede ir fortaleciendo el self del cliente evitativo.

El cliente evitativo al alejarse y evitar relaciones en las que no se siente seguro tiende a dejar muchos círculos abiertos en su vida. Los asuntos inconclusos o círculos abiertos son aquellas situaciones donde no se ha llegado a cerrar o concluir, por lo que a la larga puede afectar como si algún asunto quedara pendiente, por lo tanto, incomoda al funcionamiento y bienestar de la persona (Cain & Seeman, 2008). Entonces, en la Gestalt, se tratan estos asuntos para que sean cerrados y quitar este malestar que se mantiene presente casi todo el tiempo en el cliente evitativo.

También suelen tener mucho miedo al fracaso por lo que le cuesta iniciar nuevos proyectos de vida que le podrían beneficiar, por esta razón el humanismo busca la autorrealización del cliente, que es el impulso innato que tiene todo individuo hacia la superación personal (Cain & Seeman, 2008). Es esa capacidad propia que tiene el ser humano a aspirar siempre a su bienestar. Además, es el organismo que tiene una eficacia propia de autorregulación (Cain & Seeman, 2008). Esto ayuda al cliente a dejar los miedos a un lado y ser capaz de autorrealizarse. Otro principio fundamental que se

utilizó para el tratamiento del trastorno de personalidad por evitación según las bases humanistas es ver al cliente como un fenómeno, esto se refiere a la fenomenología que es una característica de todo ser vivo (Cain & Seeman, 2008). Quiere decir que cada individuo es un ser único e irrepetible, es decir, un fenómeno (Cain & Seeman, 2008). Lo que sucede en cada momento es asimismo único y fenomenológico, la fenomenología se basa en enfocarse en las cosas por sí mismas sin preocuparse acerca de las causas (Cain & Seeman, 2008). En este caso fuera no etiquetar al cliente con el trastorno, ni dar diagnósticos ni interpretaciones, sino fenomenológicamente ver que es lo que nos trae el cliente, para poder ir trabajando durante la terapia.

Finalmente se busca que la persona logre encontrar un significado de su vida para que durante la terapia vaya construyéndola según sus experiencias, ya que las personas crean sus universos personales (Cain & Seeman, 2008). Además, en terapia, el cliente tiene la capacidad de crear nuevos significados y nuevas posibilidades para vivir y puede ir construyendo nuevas realidades (Cain & Seeman, 2008). Esto ayuda al cliente evitativo a que deje a un lado todas sus ideas mal concebidas y pueda ir creando nuevas relaciones y ser más funcional en su vida.

Dentro del tratamiento de la terapia humanista el diagnóstico ayuda al terapeuta a comprender mejor la dinámica de las perturbaciones de la personalidad, colocándose en una posición de mayor disponibilidad para lo que está presente en su cliente (Delisle, 1997). A pesar que un diagnóstico puede guiar al terapeuta, lo importante es no etiquetarlo y poner términos médicos, sino que el terapeuta se pueda enriquecer con toda esta información “el fondo” para así favorecer una atención más clara para el terapeuta pudiendo ver ¿dónde, cuándo y cómo una perturbación o disfunción se manifiesta y como se mantiene (Delisle, 1997). Para que un terapeuta humanista sea más eficiente, debe mantener una actitud fenomenológica, esto se refiere a cierta visión

de las cosas que dispone a describir los fenómenos antes que ponerles un significado, y se dedica a observar lo que ocurre en el contacto antes que elaborar hipótesis con respecto a los años de infancia del cliente sino en el aquí y ahora (Delisle, 1997).

La dinámica de la terapia Gestalt con un cliente con trastorno de personalidad por evitación va depender de su comportamiento inicial, a menudo el cliente evitante comienza la terapia después de varios años de duda ya que tienen muchos miedos, temiendo el juicio que el terapeuta va hacer de él (Delisle, 1997). El terapeuta debe ser lo suficientemente empático para comunicar su comprensión sobre la incomodidad del cliente, para que el cliente pueda abrirse, ya que cuando se sienten aceptados por sus terapeutas, estos pueden ser muy cooperadores (Delisle, 1997). Una vez que se ha formado una buena relación terapéutica, el terapeuta tiene que tener mucho cuidado que su cliente se vuelva dependiente, ya que al tener tan pocas relaciones satisfactorias cuando logra conseguir una, tienen la tendencia a aferrarse y hacer un nido ahí (Delisle, 1997).

La elección de la estrategia terapéutica va depender ampliamente de los objetivos del cliente (Delisle, 1997). En la fase inicial suelen tener tendencias a estar cognitivamente distraídos y ansiosos, por lo que es preferible iniciar la intervención con una perspectiva conductista (Delisle, 1997). Ya que conseguir reducir la ansiedad con bastante rapidez les permite sentir alguna experiencias de acontecimientos que contribuyen a establecer y estabilizar la relación terapéutica (Delisle, 1997). El terapeuta gestáltico interviene en una perspectiva de contacto queriendo aumentar gradualmente la sensibilidad del cliente a las sensaciones agradables para permitirle complementar los ciclos de experiencias asociados al placer y apoyar al cliente ayudándole a hacer las transiciones cuando trabaja los ciclos de experiencias asociados al dolor (Delisle, 1997). El terapeuta gestáltico intenta mantener la capacidad del cliente

para correr riesgos y para aumentar su tolerancia a la ansiedad, animándolo y haciéndole proseguir situaciones donde pueda correr riesgos fuera de la terapia, también hacer terapias grupales es algo que le facilita al cliente para cambiar o cuestionar sus ideas preconcebidas sobre lo que los demás sienten con respecto a él (Delisle, 1997).

Terapia Humanista y Cognitiva Conductual:

Este estudio de caso se basó en técnicas humanistas y cognitivas conductuales para tratar el trastorno evitativo de la personalidad. La terapia Gestalt y la terapia cognitiva son lo suficientemente iguales que parece ser razonable considerar la relación entre los enfoques en términos de integración, no sólo en la técnica o de una postura ecléctica, sino también en la teoría, precisamente porque también son lo suficientemente diferentes en varios aspectos, es que tienen el potencial de ser complementarios en la práctica clínica (Tonnesvang, Sommer, Hammink, & Sonne, 2010).

Existe evidencia de la efectividad de la terapia Gestalt, en comparación con la eficacia de la terapia cognitiva y cognitivo-conductuales, hay algunos estudios que comparan los resultados del efecto de los enfoques que muestran que la terapia Gestalt es tan prometedora como las investigaciones de los enfoques cognitivos (Tonnesvang et al., 2010). Por ejemplo, en un estudio de Beutler (1991) encontraron que la terapia Gestalt superaba a la terapia cognitiva en el tratamiento de las personas deprimidas, mientras que en otro estudio de Johnson y Smith (1997) encontraron que en el tratamiento de una fobia, la técnica gestáltica de la silla vacía y la técnica cognitiva de desensibilización sistemática parecían funcionar igualmente bien en contraste con el grupo sin tratamiento, y además el grupo de Gestalt, en contraste con el grupo de desensibilización sistemática indicaba una variedad de beneficios más allá del enfoque

de la terapia (Tonnesvang et al., 2010). Otro estudio realizado por Watson (2006) comparó a 40 clientes clasificados ya sea con buen o mal resultado, tanto en la terapia cognitivo-conductual como en la terapia Gestalt de manual, y se demostró que con una buena respuesta de cualquiera de los dos enfoques terapéuticos habían niveles superiores en el procesamiento emocional (Tonnesvang et al., 2010). Y, por último, mencionar el estudio clásico de la terapia de pareja enfocada en la emoción por Johnson y Greenberg (1985), se demostró que la terapia cognitivo-conductual y la terapia Gestalt en una comparación general resultaron ser equivalentes (Tonnesvang et al., 2010). Siempre lo más importante es velar por el cliente y saber ver cuál va ser la técnica o terapia que le va servir más en ese momento, para lograr obtener buenos resultados.

III. Introducción al Caso:

Juan es un joven de 25 años. Vive en la ciudad de Quito y recién terminó su quinto año de universidad, actualmente se encuentra haciendo su tesis. Tiene dos hermanas mayores que viven en el extranjero, su padre falleció hace un tiempo y actualmente vive con su madre. Anteriormente había asistido a terapias con otros psicólogos pero siente que no le han ayudado. Decidió venir a terapia porque se sentía un poco deprimido y principalmente quería trabajar una ruptura amorosa.

IV. Presentación de la demanda inicial

Juan cuenta que se ha sentido mal desde hace unos tres años cuando tuvo una pelea con una chica la cual pensaba estaba interesada en él y no lo estaba, se siente muy desconcertado porque ya un par de veces que le ha pasado esto con otras chicas.

Actualmente no sabe qué hacer ya que siempre las mujeres que han mostrado interés por él siempre se terminan alejando y tratándolo mal. Se siente muy frustrado porque no sabe que es lo que hace para que ellas se porten así de mal. Piensa que es un inútil porque no es capaz de distinguir cuando alguien está atraído por él o no, se siente muy herido y a la vez muy confundido por la última pelea que tuvo con una chica, porque en realidad no puede creer que alguien muestre interés por él y cuando él intentó ser recíproco ella tomó esa reacción tan fuerte hacia él. Siente mucha rabia hacia él y hacia esta chica, hacia él por no saber cómo reaccionar y hacia ella por haberse portado tan mal con él. La verdad ya no sabe qué hacer porque siente que no sabe leer las reacciones de los demás, no entiende nada ya que siempre que él ha pensado que alguna chica está interesada en él, termina haciendo algo que las asusta y terminan portándose mal, esto lo ha trabajado con distintos psicólogos pero siente que sigue sintiendo el mismo malestar desde hace tres años.

Otra razón por la que viene a consulta es porque siente que tiene una gran inflexibilidad en cuanto a sus amigos y familia. Siente que desde que él era pequeño ha estado solo, pero cada vez que transcurre el tiempo se va quedando más solo, dice que esto ha ido sucediendo ya que es muy radical al momento que siente que ha sido irrespetado o humillado por los demás, cada vez que siente que alguien cercano le defrauda o lo irrespeta él prefiere terminar por completo la relación aunque después se arrepienta. Por el momento no se lleva con nadie de su familia, incluso tiene muchos problemas con su familia nuclear, a pesar de que solo vive con su madre. También dice tener solo un amigo cercano el cual recién se volvió hacer de a buenas ya que vio que si tenía interés en él, cuando estuvo apoyándolo cuando su padre murió.

Por último lo que se trabajó fue la incomodidad que siente al no terminar las cosas que comienza, dice que siempre ha tenido problemas con este tema, ya que

siempre deja las cosas inconclusas, en este caso quería enfocarse en un tema puntual que era su tesis que la dejó de hacer como hace seis meses porque no sintió apoyo de su director de tesis y piensa que su director debería hacerle más caso en sus opiniones, por lo cual decidió dejar de hacer su tesis y buscar un nuevo tema para poder trabajar con otro tutor que sienta más apoyo, pero siguen pasando los meses y no ha hecho nada, ya que dice que todos los temas que él quiere hacer, los de la universidad le ponen trabas y que quieren que haga cualquier cosa simple pero él siente que si puede hacer algo más complicado. Esto le da mucha ansiedad ya que está desesperado por terminar la universidad pero siempre termina pasando algo para que esto no se dé.

V. Historia

Familia

Juan es el hermano menor de la familia, vive solo con su madre, su padre falleció hace un tiempo, tiene dos hermanas que viven en el extranjero. Juan dice no tener muy buena relación con sus hermanas ya que desde que su papá estaba enfermo ellas nunca se preocuparon ni se hicieron cargo, además su madre también necesita de cuidados y siente que ellas le ponen toda la responsabilidad a él, cuando la responsabilidad debería ser de los tres hermanos, por lo que últimamente ha tenido muchos conflictos con ellas. Con su madre suele pelear frecuentemente y cuenta que con el único que siempre había tenido una buena relación era con su padre.

Educación

Juan está en una Universidad privada, como hace un año terminó su quinto año de Ingeniería Química, y por el momento se encuentra haciendo su tesis. Cuenta que

siempre ha sido un estudiante promedio, pero en la universidad no le ha ido muy bien ya que la carrera no le gusta por completo, entró a Ingeniería Química por presión de sus padres y hermanas mayores, por esta razón nunca se esforzó tanto. Ahora anda con dificultades de elección de tema de sus tesis ya que quiere hacer un tema que sea muy difícil ya que por su bajo rendimiento en general en la universidad, quiere destacar en su tema de tesis, pero hasta ahora no le han aceptado en la universidad los temas que ha propuesto.

Social

Juan tiene problemas en relacionarse con los demás, dice que desde pequeño ha sido de pocos amigos y que le cuesta mucho relacionarse con los demás. Actualmente solo tiene un amigo, con el cual recién se reconcilió ya que se dio cuenta que en el si puede confiar, dice tener mucha desconfianza en los demás y que no hay como confiar así por que si en los otros, ya que la gente suele ser mala y entrometida. Si quisiera relacionarse más con las demás personas y tener un grupo más grande de amigos, pero siempre se suele sentir extraño ante los demás, o piensa que están hablando sobre él y se termina alejando.

Historia Médica

Juan dice no tener una historia médica significativa. Nunca ha padecido de una enfermedad grave pero si hay historia de enfermedades graves en su familia. Su madre desde que tiene uso de razón tiene problemas psiquiátricos, sufre de delirios y depresión. Su padre murió hace un año de fibrosis pulmonar y a su hermana mayor hace unos meses le diagnosticaron en Estados Unidos esquizofrenia. Juan tiene mucho miedo de llegar a padecer alguna enfermedad psiquiátrica ya que estos últimos tres años ha

pasado deprimido y muchas veces ha tenido pensamientos suicidas y por el diagnóstico de su madre y hermana tiene mucho miedo de padecerlo también.

VI. Evaluación

Según el criterio del DSM-IV-TR existe un sistema multiaxial que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de estos corresponde a un área distinta de información que ayuda al clínico para planear el tratamiento y en la predicción de resultados (DSMIV-TR, 2000) Juan tiene la siguiente clasificación multiaxial del DSM-IV-TR:

Eje I: Ningún diagnóstico

Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación

Eje III: Ningún diagnóstico

Eje IV: Problemas con el grupo de apoyo principal (Fallecimiento del padre, conflictos constantes con la madre), problemas educacionales y problemas relacionados al grupo social.

Eje V: 60-51

Al empezar la terapia se le realizó a Juan el inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Este inventario fue desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en los individuos y es utilizado para diagnósticos clínicos (Casullo, 2008). El inventario consta de 90 ítems y se lo responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4) (Casullo, 2008). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1) Somatizaciones (SOM), 2) Obsesiones y compulsiones (OBS), 3) Sensitividad interpersonal (SI), 4) Depresión (DEP), 5) Ansiedad (ANS), 6) Hostilidad (HOS), 7) Ansiedad fóbica (FOB), 8) Ideación paranoide (PAR), 9) Psicoticismo (PSIC). 1) Índice global de severidad (IGS),

2) Total de síntomas positivos (TSP), 3) Índice de malestar sintomático positivo (IMSP) (Casullo, 2008). Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados (Casullo, 2008). Puntajes superiores a 63 puntos se los considera elevados, equivalen a un percentil de 90, este valor demuestra que es una persona en riesgo (Casullo, 2008). Se ha probado que este inventario tiene validez estructural y convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest (Casullo, 2008).

Los resultados del inventario de síntomas SCL-90-R indican que Juan tiene puntajes superiores a 63 puntos en cuatro aspectos. Tiene un puntaje de 70 en sensibilidad interpersonal, esto quiere decir que Juan se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando él se compara con los demás (Casullo, 2008). Esta puntuación es muy válida ya que es una característica de su trastorno de personalidad por evitación. Otra dimensión que tiene elevada es en depresión, esto representa un estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas (Casullo, 2008). Esto era evidente que iba a pasar más que nada por su pérdida reciente de su padre, que era la persona más cercana que tenía a él, y por sus conflictos amorosos que ha tenido últimamente con chicas. El tercer factor que salió elevado fue ansiedad fóbica, esto quiere decir que tiene un malestar que alude a una respuesta persistente de miedo que pueden ser personas específicas, lugares, objetos o situaciones, que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca (Casullo, 2008). Este alto nivel puede ser dado por la presión que siente estar recibiendo tanto por la universidad como de su familia con el tema de la tesis a parte del miedo que tiene de no saber que va hacer después de terminar la universidad. Por último, Juan tiene un alto puntaje en el índice de malestar sintomático positivo, esto sigue patrones de

respuestas que deben ser analizadas en términos de actitudes de fingimiento (Casullo, 2008).

VII. Conceptualización del Caso

Juan desde que era muy pequeño tuvo problemas con relacionarse con los demás, cuando terminó el colegio esta situación fue incrementando y su grupo de amigos cada vez se iba reduciendo, hasta el punto de no tener ningún amigo cercano cuando inició la universidad. A pesar de que él tenía muchas ganas de relacionarse con los demás y tener un grupo de amigos, siempre se terminaba alejando o aislando de sus amigos y compañeros de la universidad o de una cierta manera terminaba haciendo algo sin darse cuenta que los alejaba. Juan siempre terminaba usando distintas estrategias de evitación para evitar cualquier situación que le haga sentir vulnerable o en peligro, para reducir su ansiedad y no pensar en cosas que le hacían sentir más inseguro. Dice que siempre que se llegaba a sentir vulnerable o humillado prefería terminar la relación de amistad por completo porque él solo confía una vez y piensa que si le defraudaron una vez, lo seguirán haciendo siempre. Esto le pasaba tanto con su círculo de amistades como con su familia. Esto es muy común en el trastorno evitativo, Dimaggio dice que estas personas utilizan diversos niveles de estrategias de evitación para evitar estas situaciones sociales, conductuales, cognitivas y emocionales, por ejemplo pospondrán cualquier situación para reducir su ansiedad o para distraerse y no pensar en cosas que les desagradan (Dimaggio et al., 2007).

Hace tres años Juan comenzó a tener problemas al momento de relacionarse con chicas, en especial cuando le interesaba alguien. Cuenta que cada vez que ya le empezaba a ir bien con alguna chica, de un rato a otro terminaban tratándolo mal y él

siempre quedaba desconcertado, ya que hasta ahora no entiende que es lo que pasa, dice sentirse totalmente desconcertado porque piensa que realmente no sabe distinguir cuando alguna chica está interesada o no. Esto puede ser muy común en personas con un trastorno de la personalidad ya que les resulta imposible adivinar los sentimientos de los demás o de reconocer las exigencias de una situación social (Fiore et al., 2008). Además tienen una baja metacognición, es decir que tienen una menor capacidad de comprender sus pensamientos y sentimientos, por ejemplo, los pacientes no pueden reconocer sus propias emociones o integrar sus propias representaciones con otros (Dimaggio et al., 2007).

El proceso terapéutico realizado a Juan se basó mayormente en técnicas humanistas y algunas sesiones con técnicas cognitivas conductuales. En cuanto al humanismo se trabajó principalmente en el self, ya que el self es el actor principal en la terapia humanista porque es el self quien hace a los humanos humano (Cain & Seeman, 2008). Además cuando hay un concepto del self muy pobre es un indicador de que la persona no está en contacto consigo misma (Cain & Seeman, 2008). Esto era algo que Juan debía trabajar para lograr tener un self más organizado y consistente. Mientras que los cognitivos conductuales dicen que si el paciente tiene un mal funcionamiento cognitivo, la tarea terapéutica es tratarlo, ayudando al paciente a identificar sus estados internos (Dimaggio et al., 2007). En este caso se ayudó a Juan que sea más consciente de sus pensamientos y sensaciones para que se pueda conectar más fácilmente con su self.

Según el humanismo lo fundamental y primordial es que el terapeuta debe primeramente establecer una buena relación con el cliente, ya que así la persona generará cambios positivos siempre y cuando se haya establecido una excelente relación terapeuta-cliente (Cain & Seeman, 2008). También los cognitivos dicen que el

terapeuta primero se tiene que adaptar bien con la persona y esta relación tiene que ser lo menos posible perturbadora para que haya buenos resultados (Fiore et al., 2008). Por esta razón en las primeras sesiones se trabajó en la relación terapéutica. Para tener una buena relación terapéutica con el cliente, el humanismo sugiere que el terapeuta sea empático, esto quiere decir el sentir el mundo privado del cliente simplemente como si fuera el propio (Cain & Seeman, 2008). A parte el ser auténtico una vez que se ha establecido una buena relación, que es la libertad de ser uno mismo, con la experiencia representada apropiadamente de lo percibido en ese momento, y sobre todo siendo quien es en realidad en ese momento el cliente (Cain & Seeman, 2008). Por último la aceptación incondicional positiva que es la medida en cuanto el terapeuta se siente verdaderamente validando con una aceptación cálida cada aspecto del cliente. Es el acto de aceptar al cliente tal y como es (Cain & Seeman, 2008).

En cuanto a la terapia cognitiva conductual se buscó que Juan trabajara en mejorar su proceso metacognitivo ya que era incapaz de definir su problemática correctamente, entonces se buscó que sea más consciente de sus pensamientos, que aprenda a percibir sus sensaciones para lograr que sus inquietudes que eran vagas y difusas se conviertan en claras y reconocibles, que al final de la terapia se puede ver si fue exitosa (Dimaggio et al., 2007). También se buscó identificar cuáles eran los malos funcionamientos cognitivos de Juan, para así ayudarlo a identificar sus estados internos (Dimaggio et al., 2007). De esta manera se puede ir mejorando las deficiencias metacognitivas ya que estas pueden obstruir cursos de acción que son impulsadas por las emociones, los afectos son una herramienta fundamental para la toma de decisiones y, sin conciencia de los afectos, las acciones son menos rápidas y espontáneas y esto contribuye a que sea tan indeciso (Fiore et al., 2008). Con Juan se trabajó mucho en sus afectos y toma de decisiones ya que estaba teniendo muchos problemas con estos temas, por su

inseguridad, miedo de fracasar y quedar mal ante cualquier persona, comenzaba a tener muchas indecisiones y a la final no terminaba haciendo nada y esto le estaba generando ansiedad. En el humanismo se ve a la ansiedad como un indicador de que algo necesita ser atendido, observado, revisado (Cain & Seeman, 2008). La ansiedad genera y mueve a cambios. Por lo tanto, el humanismo lo ve como un factor positivo del ser humano, pues es una fuente potencial de crecimiento (Cain & Seeman, 2008). Otra forma de trabajar en la toma de decisiones es trabajando en las emociones. La emoción es la fuerza que energiza la acción (Cain & Seeman, 2008). Es la experiencia evaluativa directa de la persona, es la conciencia integrativa de la relación entre la persona y su ambiente (Cain & Seeman, 2008).

Para trabajar esa inseguridad y miedos que tenía Juan se uso una técnica humanista llamada el niño herido la cual tuvo excelentes resultados posteriormente, esta técnica se basa cuando un niño ha sido abandonado, humillado o descuidado, el enojo, la tristeza y el dolor quedan en su interior y se van manifestando de distintas maneras en la adultez como por ejemplo en adicciones, depresión, dificultades para relacionarse, insatisfacción crónica, entre otras (Bradshaw, 1993). John Bradshaw propone un método para volver a crecer, despertando sentimientos olvidados en el pasado, para así romper roles y reglas familiares que fueron destructivas y de este modo poder reconocer los más íntimos deseos y propósitos de la persona (Bradshaw, 1993).

Otras técnicas humanistas que se utilizaron dentro del proceso terapéutico fueron la terapia centrada en la sensación, que quiere decir el enfocarse en lo que le está sucediendo en el cuerpo y lo que los sentidos perciben como el frío, el calor (Cain & Seeman, 2008). Otra técnica parecida que se utilizo fue la terapia centrada en la emoción que quiere decir enfocarse en las acciones de estas sensaciones como puede ser la ira, el miedo o la tristeza (Cain & Seeman, 2008). Esto ayudo a Juan a ser mas

consciente de si mismo y de poder reconocer mas claramente lo que le estaba sucediendo, a la vez estas técnicas ayudan a mejorar la metacognición que es lo que se busca también en la terapia cognitiva.

VIII. Tratamiento y Progreso

A continuación se describirá el procedimiento del tratamiento y progreso que tuvo Juan durante la terapia. La terapia tuvo una duración de 15 sesiones, de aproximadamente una hora cada sesión y después de tres meses se hizo una sesión de seguimiento. El proceso terapéutico se lo puede dividir en tres etapas, en las cuales incluye la creación de la relación terapéutica, el proceso de autodescubrimiento y finalmente la etapa de reorientación.

En la primera etapa del proceso terapéutico se receptó la demanda de Juan, identificando cual era su problemática. Al principio vino con una demanda específica que era trabajar una ruptura amorosa que le había perturbado durante varios años. En las primeras sesiones se trabajó mucho en una buena relación terapéutica, usando las bases teóricas humanistas en las cuales se trabajó mucho en la relación cliente-terapeuta, con aceptación incondicional positiva, siendo auténtico con el cliente y siendo empático. Se trabajó bastante en la relación terapéutica ya que Juan anteriormente no había tenido una buena experiencia con sus anteriores psicólogos, por lo cual se tenía que trabajar en esta relación para que Juan pueda confiar en el terapeuta y el proceso pueda ser productivo y beneficioso.

En las primeras sesiones se trabajó en el malestar que últimamente había sentido desde que una chica que a él le gustaba lo trató muy mal. El se sentía muy confundido ya que no era la primera vez que le pasa esto. Juan no sabe qué hacer ya que siempre las

mujeres que han mostrado interés por él siempre se terminan alejando y tratándolo mal. Se siente mal porque no sabe que es lo que hace mal para que ellas se porten así. Y piensa que está totalmente mal porque no es capaz de distinguir cuando alguien está atraído por él o no. Para profundizar más este malestar se le pidió a Juan que se enfoque en sus emociones sobre lo que sentía respecto a la última chica que le había tratado mal. Dice que se siente muy herido y a la vez muy confundido porque en realidad no puede creer que alguien muestre interés por alguien y cuando intento ser recíproco ella tomó esa reacción tan fuerte ante él. Siente mucha rabia hacia él y hacia ella, hacia él por no saber cómo reaccionar y hacia ella por haberse portado tan mal con él. Aquí se utilizó la técnica Gestáltica de exageración y elaboración con su ira hacia él y hacia la chica. La exageración y elaboración es una técnica donde se intensifica una acción o algún pensamiento y de esta manera se procesa la emoción oculta y salga a ser consciente (Cain & Seeman, 2008). La emoción que estaba atrás de esa ira, fue un intenso miedo de no saber qué hacer, porque siente que no sabe leer las reacciones de los demás, ya que siempre que él ha pensado que alguna chica está interesada en él, termina haciendo algo que las asusta. Esto lo hace sentir muy mal ya que se siente que no sabe nada de la vida y que nunca va a poder tener una relación con alguien y esto lo hace sentir muy invalidado ya que siempre las chicas le han terminado tratando mal y a la final se termine aislando de las demás personas. Juan lleva ya tres años con esta problemática y a pesar que ha trabajado con otros terapeutas siguen habiendo asuntos no resueltos que dentro del humanismo se los llama “unfinished business”. Los asuntos no resueltos o inconclusos son aquellas situaciones donde no se ha llegado a cerrar o concluir, por lo que a la larga termina afectando como si algún asunto quedara pendiente, por lo tanto, incomoda al funcionamiento y bienestar de la persona (Cain & Seeman, 2008). En la Gestalt se tratan estos asuntos para que sean cerrados usando

distintas técnicas. Con Juan se utilizó la técnica de la silla vacía. La silla vacía es una técnica que consiste en llenar la silla que se le pone al frente del cliente con alguna situación, persona o problemática, y se establece un diálogo realizado exclusivamente por y para el cliente, de esta manera, la persona puede percibir lo que puede estar en el fondo que antes no se había dado cuenta (Cain & Seeman, 2008). Con Juan se trabajó esta última relación que tuvo con una chica que le ha perturbado durante tres años. Juan siente que le sirvió mucho esta técnica ya que de cierta manera pudo entender un poco más a la otra persona y a pesar que es algo en lo que aun tiene que seguir trabajando siente que ha dado un gran paso en el cuál se estanco durante 3 años.

Otro tema que se trabajó bastante con Juan fue la sensación de soledad que ha sentido desde muy pequeño. Cuenta que actualmente se siente bastante solo ya que con la persona que más se sentía acompañado era por su padre que falleció hace un año. Cuenta que siempre se ha sentido solo pero ahora aún mas ya que su padre no está con él. Nunca se ha sentido acompañado por nadie ya que desde chico a pasado solo. Es el hermano menor, su dos hermanas mayores son casadas y viven en el extranjero y desde que era muy pequeño nunca había nadie en su casa ya que su padre pasaba trabajando todo el día y llegaba súper tarde a la casa y su madre le diagnosticaron que tenía delirios psicóticos y pasaba sedada todo el día y encerrada en su cuarto por lo cual desde chico tiene la imagen de verse solo. Esto lo hizo crecer con un sentimiento que estaba desprotegido y que cualquier rato le iba a pasar algo, ya que sentía que había mucha inseguridad en el país y que cualquier rato alguien le iba a venir hacer daño. En varias sesiones se trabajó este sentimiento de soledad y de miedo utilizando la técnica del niño herido. El enfoque de esta terapia consiste en ayudar a la persona a terminar el dolor no resuelto de su niñez: resultado del sufrimiento por abandono, el abuso en todas sus formas, el descuido de las necesidades de desarrollo elementales y los conflictos

provocados por problemas en los sistemas familiares (Bradshaw, 1993). Cuando el desarrollo de un niño es frustrado, se reprimen los sentimientos, como puede ser la ira y el dolor, este niño se convertirá físicamente en un adulto pero en su interior permanecerá ese niño herido y esto irá contaminando espontáneamente la conducta de la persona adulta (Bradshaw, 1993). Este abandono que se alberga en el alma del adulto es una fuente importante de dolor humano y hasta que no haya un reclamo o no sea defendido este niño, este seguirá alterado y contaminado en su vida adulta (Bradshaw, 1993). Juan se conectó con ese niño de siete años que sentía mucho miedo, inseguridad y soledad. Ese niño de siete años sentía mucho miedo y abandono en el cual su madre estaba tan sedada por los medicamentos y su padre tan ocupado en el trabajo que no llegaba. Él siempre solía tener miedo de que algún ladrón o a alguien se iba a meter en su casa. Ese día eran como las ocho o nueve de la noche y sintió ruidos afuera de la casa por lo cual empezó a sentirse muy nervioso y dijo “hoy es el día que más miedo y abandono he sentido en mi vida”. No sabía qué hacer ya que su madre no respondía a sus llamados y su padre no llegaba. Ese fue el día en que se dio cuenta de su gran soledad y que no tiene a nadie más que a sí mismo.

Cuando los padres o tutores no inspiran seguridad, se desarrolla en los niños un gran sentido de desconfianza (Bradshaw, 1993). El mundo parece ser un lugar peligroso, hostil e impredecible como lo que le sucedía a Juan, por esta razón, el niño debe estar siempre alerta y tener todo bajo control (Bradshaw, 1993). Piensa que si lo llega a controlar todo, entonces nadie le podrá sorprender descuidado y lastimarlo (Bradshaw, 1993). La persona que no ha aprendido a confiar, va a confundir la intensidad con la intimidad, la obsesión con el cuidado, y el control con la seguridad (Bradshaw, 1993).

Para comprender cómo el niño herido permanece en el interior y actúa para satisfacer necesidades pendientes desde la infancia y traumas no resueltos, se tiene que entender primero que la principal fuerza motivadora en la vida es la emoción (Bradshaw, 1993). Las emociones son el combustible que mueven a la persona a defenderse y a satisfacer sus necesidades básicas (Bradshaw, 1993). Un tema muy importante que hay que trabajar en este proceso es la representación interior que es la reproducción en nosotros mismos de los abusos sufridos en el pasado, castigándonos en la forma en que nos reprimían en la infancia y estas emoción que no se liberó en el pasado con frecuencia se vuelve contra uno (Bradshaw, 1993).

La mayoría de adultos que alojan en su interior frustraciones infantiles se mueven entre el miedo al abandono y el temor de quedar atrapados, algunos permanecen totalmente aislados por su miedo a ser agobiados por los demás, mientras que otros se niegan a dejar uniones nocivas por su terror a estar solos (Bradshaw, 1993). La intimidad en las relaciones es afectada ya que ese niño interno no conoce su identidad auténtica, esto sucede cuando uno de los padres o figura de apego no le confirma al niño sus sentimientos, necesidades, deseos y esto provoca el rechazo de la identidad auténtica del niño, estableciendo una identidad falsa (Bradshaw, 1993). Por esta razón suelen tener miedo a relacionarse ya que cuando se lastima a un niño mediante abuso o descuido, se violan sus límites, y este termina siendo temeroso a ser abandonado, y al no tener límites firmes, no pueden saber dónde acaban sus límites y donde comienzan los de los demás (Bradshaw, 1993). Aquí se puede ver la razón de la dificultad de poderse relacionar tanto con los demás como en sus relaciones amorosas que cuenta Juan.

Estas personas suelen ser extremistas ya que como dijo Jean Piaget, los niños son extraños cognoscitivos, es decir no piensan como los adultos (Bradshaw, 1993).

Esto se refiere a que los niños son absolutistas, teniendo una polaridad de todo o nada, por esta razón suelen ser extremistas ya que desde pequeños aprendieron a que si no me amas me odias o si mi madre me abandonó, todas las mujeres lo harán (Bradshaw, 1993). Por lo que se necesita enseñarles ejemplos saludables para que aprendan a separar el pensamiento de la emoción: pensar en los sentimientos y sentir el pensamiento (Bradshaw, 1993).

Para sanar al niño herido se utiliza al adulto que es ahora, el cual lo va a proteger y cuidar de todos estos miedos y humillaciones que sufrió (Bradshaw, 1993). Para esto hay que permitir al niño ser quien es y no obligarlo a obedecer las viejas reglas y creencias vergonzantes que adquirió (Bradshaw, 1993). Otra forma de infundirle confianza y demostrarle su fuerza, es pedirle a su niño interno que lo perdone por haberlo descuidado durante tantos años, otra poderosa fuente de potencia del niño interior es que se le hable de la propia fuerza superior que tiene (Bradshaw, 1993). También para defender el niño herido es dejar que su adulto encuentre nuevas formas de cuidarlo a él, el niño que vive en el interior necesita el permiso incondicional para ser él mismo, también es darle permiso para dejar los rígidos papeles que asumió, para balancear el sistema familiar y sentir que él era importante (Bradshaw, 1993). Durante el ejercicio del niño herido Juan fue reconfortándose y diciéndose palabras alentadoras y dándose cuenta que él siempre ha estado ahí y estará para protegerse a sí mismo. También supo reconocer que sus padres no lo hacían con una mala intención, se dio cuenta que su madre no podía estar ahí con él no porque no quería sino porque está enferma y con las medicaciones no estaba totalmente consciente para estar ahí con él y que su padre tenía que trabajar y no siempre podía estar ahí para él. En esa sesión se dio cuenta que sentía bastante ira contra sus padres a pesar de que antes no se daba cuenta, no era consciente de esa ira que sentía hacia ellos, sabía que de cierto modo sentía una

cierta incomodidad hacia ellos, pero nunca pudo describir o tal vez nunca se tomó el tiempo de darse cuenta que era esa incomodidad que sentía, que ahora le pudo dar el nombre de ira, y ahora piensa que esa sensación paso de ser ira y ahora se convirtió en un entendimiento y aceptación por lo que sucedió. También pudo darse cuenta que a la final no es una persona tan débil como él ha pensado a lo largo de su vida, sino que es alguien muy fuerte que ha podido salir adelante a pesar de que fue un niño que no tenía con quien contar y a pesar de todas esas contrariedades que tuvo a la final pudo salir adelante, por lo que al final de esta sesión terminó saliendo con un sentimiento de gratitud hacia el mismo y de mucha fuerza.

Otro tema muy importante que Juan quiso trabajar fue sobre la inflexibilidad que siente que tiene tanto con sus amigos como su familia. Siente que siempre ha estado solo pero que cada vez que van avanzando los años se va quedando más solo, piensa que esto le ha sucedido porque es muy radical al momento que siente que ha sido irrespetado, cada vez que siente que alguien le defrauda o lo irrespeta él prefiere terminar por completo la relación aunque después se arrepienta. También pensaba que podía predeterminar como van a reaccionar las personas, lo cual recién en esta sesión se dio cuenta que eso es imposible saberlo. En estas sesiones se trabajó mas con técnicas cognitivas conductuales ya que se necesitaba quitar esas distorsiones cognitivas que tenía. Una distorsión cognitiva son creencias maladaptativas que producen una perturbación en la persona (Wesler, 1993). Según Beck se deben identificar todos estos esquemas maladaptativos y afrontarlos y refutarlos dentro de una relación de colaboración (Wesler, 1993). Al trabajar todas estas distorsiones cognitivas que tenía, refutando, clarificando, comprobando, se dio cuenta que todo esto que había pensado no era tan así como él pensaba. Para trabajar estas distorsiones se trabajó a partir de la imagería en la sensación de sentirse irrespetado y que es lo que lee en los demás

cuando siente esta sensación de ser irrespetado. También se trabajó en el perdón a todas estas personas significativas a las cuales había terminado su relación por completo, por todas estas distorsiones cognitivas que tenía, a partir de estos ejercicios Juan pudo entender que hay veces que alguien puede hacer un chiste o broma hacia él, pero eso no significa que no lo quiera o que lo irrespete. O que si alguien piensa distinto a él no significa que lo quieran hacer sentir mal. A partir de esta sesión Juan dice que va pensar dos veces antes de hacer las cosas ya que normalmente era muy impulsivo y después se terminaba arrepintiéndose por terminar una relación sin saber con claridad si la otra persona de verdad lo respeta, o lo quiere o no. En otra sesión en la que se trabajó otra de sus distorsiones cognitivas fue en una incomodidad que tiene en no terminar las cosas que comienza, en este caso se trabajó en un tema puntual que era su tesis, que la dejó de hacer como hace seis meses porque no sintió apoyo de su director de tesis y piensa que su director debería hacerle más caso en sus opiniones, y no menospreciar lo que él piensa. Al trabajar sobre todos estos pensamientos de “me menosprecian”, “me quiere perjudicar”. Se dio cuenta que no necesariamente porque alguien le refute o le haga una crítica constructiva significa que lo quieran menospreciar o le estén criticando directamente a él, sino que hasta puede ser que lo quieran ayudar para que haga un mejor trabajo, por lo que Juan en esta sesión tomó la responsabilidad de que es él quien debe ser responsable de sus actos ya que estaba acostumbrado a poner la responsabilidad ante los demás y se dio cuenta que a la final él es el que se pone las trabas y no los demás.

En otra sesión sólo se enfocó en las emociones que estaba sintiendo en ese momento, ya que la relación que existe entre las emociones y el cuerpo es la manera en que la persona puede expresar lo que le está sucediendo y ver como experimenta la vida (Cain & Seeman, 2008). Y son estos quienes alertan de lo que está pasando,

manifestándose sea en el cuerpo como en las emociones (Cain & Seeman, 2008). A partir de este ejercicio salieron muchos miedos que tiene Juan y al ir profundizando en cada uno de ellos, se dio cuenta que a la final esa sensación de miedo en general que tenía era cuando no podía tener control de las cosas, este pensamiento vino porque tenía mucho miedo a la muerte, pero a la final se dio cuenta que no era miedo a la muerte sino el miedo a que eso no puede controlar. En esta sesión se dio cuenta que la mayor parte de sus problemas que ha tenido a lo largo de su vida son cuando intenta controlar las cosas y que no todo se puede controlar.

Otro tema que Juan creía que era muy importante de tratar era la muerte de su padre. A pesar que siente que ha podido manejar bien el duelo de su padre, cuenta que durante todo este año no hablado con nadie profundamente sobre el tema y que quisiera trabajar por si hay algo que trabajar o para estar tranquilo que no haya algo pendiente. Prácticamente en esta sesión sé trabajo con el ejercicio de la silla vacía para estar seguros de que no quede ningún círculo sin cerrar. Al trabajar con esta técnica Gestáltica afloraron muchos sentimientos en Juan que no eran totalmente conscientes. Juan tenía mucha ira hacia sí mismo por nunca haberle dicho a su padre todo lo que sentía por él, nunca le pudo agradecer por todas las cosas buenas que hizo por él, tampoco nunca le contó que le consideraba a su padre su mejor amigo, tampoco nunca le pudo decir porque nunca estuviste en mi niñez cuando más te necesitaba. Esta sesión le sirvió a Juan tanto para perdonar como agradecer a su padre por todas las cosas que no habían sido dichas, como también perdonarse a sí mismo por no haberlas dicho a su momento.

Finalmente se trabajó sobre sus conflictos que tiene actualmente con su madre. En esta sesión Juan trabajó sobre un malestar que tuvo con su madre y el no saber qué hacer. Se dio cuenta que tiene muchos sentimientos encontrados hacia su madre, “como

le quiero pero a la vez tengo mucha ira hacia ella”, “quiero irme de mi casa pero a la vez siento mucha culpabilidad por dejarla sola”. Todos estos pensamientos surgieron por que el día anterior había tenido un conflicto con ella y no sabía si dejar su casa o quedarse con ella, sentía que tenía la responsabilidad de quedarse con su madre pero a la vez eso no le ayuda a cumplir sus sueños. Al trabajar estas sensaciones que sentía hacia su madre se dio cuenta que a cargado un peso de responsabilidad que debería ser distribuido en tres personas, que es él y sus dos hermanas en el extranjero. Descubrió que a pesar de que cumpla sus sueños y se vaya o no de la casa, eso no le hace ser mejor o peor hijo, además que su madre al ser viuda pueda estar tanto con él como con sus dos hermanas. Siente que al final de esta sesión se bajó casi toda la ansiedad que tenía y que siente mucha fuerza para tomar decisiones que sentía que debió hacer hace mucho tiempo.

IX. Evaluación del Progreso terapéutico

En la última sesión se hizo un cierre de lo que Juan aprendió durante todo el proceso terapéutico y cuenta que siente que ahora es un jugador activo en su vida que antes sentía que era como un suplente que estaba sentado en la silla viendo como los demás hacen o dejan de hacer lo que sea sobre su vida y que ahora se siente responsable de su vida, que ya no va estar poniendo excusas y poniendo la responsabilidad en los demás cuando en verdad es de él y darse cuenta que a veces no hace muchas cosas por comodidad y lo más fácil era echar la culpa a los demás, pero ahora sabe que es él quien es responsable de todo lo que suceda en su vida. Al finalizar esta sesión se le volvió a tomar el inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.

Los resultados del inventario de síntomas SCL-90-R indican que Juan tiene puntajes superiores a 63 puntos en seis aspectos. Esto quiere decir que tiene puntajes superiores en dos aspectos más que cuando se le tomó el inventario en la primera sesión terapéutica. Sigue teniendo altos puntajes en sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica y en el índice de malestar sintomático positivo al igual que en la primera sesión. En los dos aspectos extras que tiene más de 63 puntos que no tuvo en la primera sesión son: Obsesiones y compulsiones: que son pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados (Casullo, 2008). Y un alto nivel en el índice de severidad global que es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar, que combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad de malestar percibido (Casullo, 2008). Estos altos niveles en estos seis aspectos son debidos a que Juan ha logrado tener muchos cambios en su vida los cuales al comienzo pueden general que se deprima, que tenga mucho miedo, estrés, entre otras, ya que Juan está generando muchos cambios y esto genera que se muevan muchas cosas, que a la final van a ser es una fuente potencial de crecimiento. Justo Juan vino muy movilizado esa sesión ya que esa semana pudo hablar y enfrentar a sus hermanas cosa que antes nunca había podido hacer, a pesar de haber estado muy movilizado por esta situación, también estaba muy contento porque pudo llegar acuerdos con ellas y también se responsabilizaron por cosas que nunca se habían hecho cargo y además pudieron hablar todos como familia y llegar acuerdos y ver qué es lo más beneficioso para toda la familia.

Después de tres meses que se concluyó la terapia, se hizo un seguimiento a Juan con una entrevista a profundidad, con el propósito de evaluar la eficacia o no de la terapia. En esta entrevista se le pidió a Juan que defina cuáles son los cambios que

siente que han sucedido durante y después de la terapia y que mencione cuales fueron las sesiones o ejercicios que siente que le ayudaron más para su proceso.

Juan siente que todo el proceso terapéutico lo ayudó mucho, siente que hay cosas que aun tiene que cambiar pero que las sigue manteniendo más que nada por comodidad. Cuenta que ahora es mucho más consciente de todo lo que le pasa, más que nada dice que ahora se hace responsable por lo que le sucede, por ejemplo cuenta que le ayudó muchísimo el ejercicio de identificar sus estados internos ya que antes no era muy consciente de lo que le estaba sucediendo y esto le hacía sentir más confundido e indeciso, al momento que tenía que decidir algo, pero ahora al ser más consciente de sus estados internos se le hace más fácil tomar decisiones. Durante este tiempo se ha dado cuenta que todo lo que ha dejado de hacer es por miedo o por evitar frustraciones que no quiere pasar en el futuro. En el caso de su tesis dice que lo más fácil le resultaba echar la culpa a su director de tesis que no le ayudaba para seguir adelante y que nunca le apoyaba, pero ahora que lo piensa bien estaba tratando de evitar el enfrentarse a la realidad de lo que le iba a pasar una vez que se graduó de la universidad, se da cuenta que está muy cómodo en la casa de sus padres sin tener ninguna responsabilidad y que lo más fácil era y es hacerse la víctima de pobre de mí que no me apoyan y así se mantiene en ese estado de comodidad. Dice que por lo menos ahora es consciente de lo que le pasa ya que antes de verdad si creía que los demás eran de cierta manera culpables de cosas que le pasaba. Esto demuestra que Juan mejoró en su metacognición ya que ahora es consciente de sus pensamientos, sentimientos y emociones. También está más contento porque ahora ha vuelto a tener contacto con amistades que había dado por terminado. Dice que aún le cuesta bastante relacionarse con los demás y más si es gente extraña porque aun sigue teniendo ese pensamiento de que van a hablar mal de él (distorsión cognitiva), aunque sabe que muchas veces si es producto de su imaginación

pero es algo que no puede evitar de pensar. Pero igual está contento porque ha recuperado a la mayoría de sus amistades que había perdido. Eso si le cuesta bastante confiar en los demás pero por lo menos ahora con la gente que si es cercana a él, ya no actúa tan impulsivamente y ahora piensa dos veces antes de dar por terminado una amistad o piensa dos veces que tan real es algo que le molesta. Dice que por lo menos ahora les enfrenta a sus amigos y les pregunta lo que él está sintiendo o pensando ya que antes él no decir nada y no les volvía hablar. Aquí Juan está enfrentando sus distorsiones cognitivas y al preguntar a sus amigos esto le ayuda a cambiar de posición y no tener las malas reacciones que tenía anteriormente. Cuenta que también su relación ahora con su madre ha mejorado bastante, él ha llegado a ser mucho más tolerante con ella y ahora tienen una mejor comunicación. Antes tendía a aislarse mucho en su casa y ahora ya conversa más con su madre y tienen una mejor relación. Piensa que esta mejoría en la relación con su madre se puede deber al ejercicio que más le gustó, que fue la técnica del niño herido. Cuenta que esas sesiones fueron las más significativas para él y las que siente que más le ayudaron en todo el proceso terapéutico. A partir de este ejercicio, siente que dejó de verse como una persona débil e inútil y cree que eso cambió mucho su perspectiva de vida, ya que ahora siente que tiene mucha más fuerza para todo, tanto anímicamente como interactuar en la vida cotidiana. Siente que ese día algo cambió en él y ese cambio le ayudó en general a tener un mejor funcionamiento en su vida en general. También cuenta que pudo tener una nueva perspectiva de sus padres que antes era muy confusa ya que dice que antes la verdad ni sabía que era lo que sentía en verdad por ellos, pero que ahora lo tiene mucho más claro ya que aprendió a perdonar y aceptar muchas cosas que antes no se daba ni cuenta que le sucedían.

Cuenta que a pesar de haber algunos cambios en su vida muchas veces se sigue sintiendo igual que antes, que ya no es constantemente como le pasaba pero si siguen

habiendo días que se siente mal. Dice que hace unas semanas habló sobre este tema con su madre y que quedaron de acuerdo en que visite un psiquiatra, ya que su madre suele pasar deprimida y toma medicación para esto y creen que lo mismo le puede estar sucediendo a él y que tal vez para estar bien totalmente necesite medicación. Por lo que piensa en ir uno de estos días al psiquiatra de su mamá.

X. Conclusiones terapéuticas del caso

El resultado más importante de la terapia fue que Juan logró hacerse responsable de su vida y ser él, el mayor protagonista de su vida, aprendiendo a ser más consciente de sus sentimientos y emociones que son lo que le llevan a actuar. A pesar que Juan siga manteniendo el “trastorno de personalidad por evitación” logró hacer muchos cambios en su vida. El propósito de la terapia no era quitar el trastorno, sino que haya ciertos cambios que le permitan vivir de una mejor manera y aprenda a convivir con este “trastorno” de una manera más funcional.

Durante el proceso terapéutico a pesar de que hubo un diagnóstico clínico, el terapeuta se basó más en el humanismo, tratando de no trabajar desde las ideas preconcebidas sobre posibles causas patológicas, sino interactuando con el cliente desde su self y cómo se va manifestando en la terapia (Cain & Seeman, 2008). Ya que para el humanismo, no es relevante etiquetar con una patología específica a la persona. Desde el humanismo al diagnóstico se lo ve como una ayuda para el terapeuta a comprender bien la dinámica de las perturbaciones de la personalidad, colocándose en una posición de mayor disponibilidad para lo que está presente en su cliente (Delisle, 1997).

Una parte fundamental que ayudó mucho al éxito de la terapia fueron las tres condiciones básicas del humanismo por parte del terapeuta que son la empatía,

aceptación incondicional y la autenticidad. Según los resultados de las investigaciones, dicen que cuando la empatía sea aceptada y sentida por el cliente, que mediante la aceptación incondicional positiva el cliente se sienta validado y se pueda abrir más fácilmente, y que la congruencia sea auténtica y espontánea en terapia, sólo así la relación terapéutica fluirá y habrá cambios positivos en el cliente (Cain & Seeman, 2008). Lo cual se vio a lo largo de la terapia ya que anteriormente Juan no había logrado ir más de tres sesiones con otros terapeutas y aquí culminó su proceso terapéutico con 15 sesiones.

Otro término muy importante que da el humanismo es el significado de la vida y esto era un objetivo importante en el proceso terapéutico de Juan para que vaya construyendo nuevas experiencias y así vaya tomando nuevos significados para ir cambiando sus conductas maladaptativas. Las personas creamos nuestros universos personales. Además, en terapia, el cliente tiene la capacidad de crear nuevos significados y nuevas posibilidades para vivir (Cain & Seeman, 2008).

Este estudio de caso puede ayudar a futuras investigaciones que trabajen con trastornos de personalidad o con cualquier diagnóstico clínico desde una visión humanista y darse cuenta que la importancia al momento de trabajar con un cliente no es tanto el diagnóstico que tenga la persona sino como se manifiesta la relación terapéutica, ya que con una buena alianza terapéutica, aceptación incondicional y el ser auténtico se puede llegar a tener muchos logros con el cliente.

XI. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, Dc, American Psychiatric Association, 2000.
- Casullo, M. M. (2008). Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Universidad de Buenos Aires, Conicet.
- Bowles, D., & Meyer, B. (2008) Attachment priming and avoidant personality features as predictors of social evaluation biases. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 72–88. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=31178618&lang=es&site=ehost-live>
- Bradshaw, J. (1993) Nuestro niño interior, segunda edición. Emecé editores, Argentina.

- Delisle, G. (1997) Las perturbaciones de la personalidad: una perspectiva Gestáltica, tercera edición. Los libros del CTP-2. España
- Dimaggio, G. Procacci, M. Nicolo, G. Popolo, R. Semerari, A. Carcione, A. & Lysaker, P (2007). Poor metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy. Clin. Psychol. Psychother.* 14, 386–401 Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=26847919&lang=es&site=ehost-live>
- Eikenaes, I. Gude, T. & Hoffart, A. (2006). Integrated wilderness therapy for avoidant personality disorder. *Nord J Psychiatry* 60:275_281. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16923635&lang=es&site=ehost-live>
- Feixas, G. Antequera, M. & Bach, L. (2006). La estructura cognitiva de los trastornos de la personalidad de evitación y dependiente: un estudio con la técnica de rejilla. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 11, N.º3, pp. 147-154.* Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011 disponible en:
[http://aepcp.net/arc/02.2006\(3\).Feixasetal.pdf](http://aepcp.net/arc/02.2006(3).Feixasetal.pdf)
- Fiore, D. Dimaggio, G. Nicoló, G. Semerari, A. & Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal Of Clinical Psychology [J Clin Psychol]* Vol. 64 (2), pp. 168-80. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18186113&lang=es&site=ehost-live>
- García, J. (2008). Tratamiento cognitivo conductual de la fobia social. Centor de psicología clínica y psicoterapia. Madrid. Obtenido en línea el 19 de Abril del 2011. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/fobiasocial.html>
- Meyer, B. Ajchenbrenner, M. & Bowles D. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal Of Personality Disorders [J Pers Disord]*; Vol. 19 (6), pp. 641-58. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16553560&lang=es&site=ehost-live>
- Quiroga, M. & Errasti, J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. Universidad de Oviedo *Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG Vol. 13, nº 3, pp. 393-406.* Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/462.pdf>
- Semerari, A. & Dimaggio G (2003). Los trastornos de la personalidad, modelos y

tratamiento, Editorial Desclée de Brouwer. Italia

- Sperry, L. (2006). Psychopharmacology as an Adjunct to Psychotherapy in the Treatment of Personality Disorders. *Journal of Individual Psychology; Fall2006, Vol. 62 Issue 3, p324-337, 14p*. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=23596615&lang=es&site=ehost-live>
- Tillfors, M. & Ekselius, L. (2009). Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Are They Separate Diagnostic Entities or Do They Reflect a Spectrum of Social Anxiety? *The Israel Journal Of Psychiatry And Related Sciences [Isr J Psychiatry Relat Sci]; Vol. 46 (1), pp. 25-33*. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19728570&lang=es&site=ehost-live>
- Tonnesvang, J. Sommer, U. Hammink, J. & Sonne, M. (2010). Gestalt therapy and cognitive therapy--contrasts or complementarities? *Psychotherapy (Chicago, Ill.); Vol. 47 (4), pp. 586-602*. Obtenido en línea el 11 de Abril del 2011. Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=112&sid=8590d8a5-aae9-4b1b889cc0939d4f3fd9%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21198245>
- Wesler, R. (1993). Enfoques cognitivos para los trastornos de la personalidad. Pace University New York. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://www.psicologiaconductual.com/private/revista/15/Enfoques%20cognitivos.pdf>
- Wilberg, T. Karterud, S. Pedersen, G & Urnes, O (2009). The impact of avoidant personality disorder on psychosocial impairment is substantial. *Nordic Journal of Psychiatry; Vol. 63 Issue 5, p390-396, 7p, 3 Charts*. Obtenido en línea el 21 de Febrero del 2011. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=44317150&lang=es&site=ehost-live>

