



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

Modalidad:

Articulación teórico - clínica

**Aproximación clínica en un caso de Trastorno Antisocial de la
Personalidad**

Nombres: Mathias Alexis

Apellidos: Caserta Barton

C.I: 4.775.336-7

Tutora: Mag. Virginia Masse

Revisor: Dr. Hugo Selma

Índice

Resumen.....	pág. 2
Introducción.....	pág. 3
Contexto institucional y presentación del caso.....	pág. 4
Preguntas y objetivos planteados para el Trabajo.....	pág. 5
Marco conceptual.....	pág. 5
Trastorno de la Personalidad.....	pág. 6
-Personalidad.....	pág. 7
-Temperamento y Caracter.....	pág. 8
-Trastorno mental.....	pág. 10
-Normal/Patológico.....	pág. 11
-Características y tipos de Trastornos de la Personalidad.....	pág. 12
-Criterios Diagnosticos de los Trastornos de la Personalidad.....	pág. 13
Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	pág. 14
-Características del TAP.....	pág. 15
-Criterios Diagnósticos del TAP.....	pág. 16
Desarrollo del caso.....	pág. 17
-Primer contacto Terapéutico.....	pág. 17
-Demanda.....	pág. 18
Análisis del caso.....	pág. 19
-Comparación de conductas con características del TAP.....	pág. 20
Conceptos y metodología del Cognitivo-Conductual (TCC).....	pág. 29
-Contexto histórico y características del TCC.....	pág. 30
-Ellis: A-B-C.....	pág. 31
-Beck: Creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automático.....	pág. 32
-McKay: distorsiones cognitivas.....	pág. 33
-Otras técnicas utilizadas con el paciente.....	pág. 35
-Test utilizados.....	pág. 36
Diagnóstico nosográfico (Criterio DSM-V).....	pág. 38
Reflexión clínica.....	pág. 39
Conclusión.....	pág. 42
Bibliografía.....	pág. 44

Resumen

El presente trabajo, realiza una caracterización sobre el Trastorno Antisocial de la Personalidad, basado en un caso clínico, en el cuál fui participe como terapeuta practicante, perteneciente a la práctica de graduación “Tratamiento terapéutico Cognitivo-Conductual” de la Facultad de Psicología. Se describe la influencia de dicha patología sobre los vínculos que presenta el paciente del caso. Para dicha descripción se lleva adelante una revisión bibliográfica, que toma como referencia autores clásicos como Million, así como autores contemporáneos y otros tipos de clasificación como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, más conocido como DSM-V.

A priori de entrar en el concepto de este Trastorno, se hará un recorrido sobre los conceptos de Personalidad, Trastorno Mental y los límites entre normalidad y patología. Luego de definir estos conceptos, se hará una conceptualización y caracterización general de los Trastornos de Personalidad, para posteriormente, adentrarnos en el Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Mediante dicha bibliografía, se hará un análisis del caso, que incluyen el desarrollo del caso, la demanda y una comparativa entre las conductas del paciente y las características del Trastorno mencionado, para confirmar la hipótesis que se maneja de que dicho paciente padece este Trastorno. También se hará un recorrido teórico/metodológico, sobre los conceptos y técnicas utilizados, para posteriormente hacer una reflexión sobre el aprendizaje y las dificultades de esta práctica, sumado, a los alcances y límites de la Psicología para con este caso. Y por último, el trabajo finaliza con una conclusión de todo lo abordado en el mismo.

Palabras claves: Personalidad, Trastorno, Antisocial, Tratamiento, Cognitivo-Conductual.

Introducción

En este trabajo, se intentará abordar las problemáticas clínicas que surgen ante la intervención psicológica en sujetos con Trastorno Antisocial de la Personalidad. Para llevar adelante este abordaje, se analizará un caso en particular, con el que trabajamos en la práctica de graduación “Terapia cognitivo conductual” de la Facultad de Psicología. Se analizarán los aspectos descriptivos y estructurales de la mencionada patología.

En consecuencia, resulta de especial relevancia, hacer un recorrido sobre aquellos conceptos centrales, para la comprensión del Trastorno Antisocial de la Personalidad. Se iniciará el trabajo con la revisión del término personalidad, a partir de lo planteado por varios autores. A raíz de dicha revisión, se entenderá a la personalidad como un patrón cualitativo de rasgos que condiciona la interacción con el entorno. La personalidad puede ser parcialmente modificable, y se deben tener en cuenta, tanto los rasgos adaptativos como desadaptativos de la misma. Y se entenderá al trastorno mental como una amplia gama de afecciones que afectan el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta del individuo en diversas dimensiones de la vida.

También se desarrollará el concepto de Trastornos de la Personalidad, sus características generales, así como las diferentes categorías que existen dentro de este trastorno. Exponer este concepto, permitirá ubicar e introducir el tema central del presente trabajo, para posteriormente adentrarnos en las características específicas del Trastorno Antisocial de la Personalidad y poder comparar los modos de conductas que tiene el paciente del caso clínico a abordar en este trabajo.

En última instancia, se hará una reflexión sobre lo abordado desde lo clínico. Desde el alcance finito de la disciplina que parece exponer el Trastorno Antisocial de la Personalidad, dadas sus características como la ausencia de consciencia de reconocimiento de la enfermedad por parte de las personas que lo padecen; como la participación ajena a su voluntad a un tratamiento psicoterapéutico que no se basa en una demanda clínica, sino que tiene una finalidad externa, arraigada a los objetivos de la persona, distintos a la finalidad propia de la psicología.

Contexto institucional y presentación del caso

Trabajamos bajo la supervisión del equipo docente de la práctica clínica anual, y la propuesta consistió en la asistencia de tratamiento psicoterapéutico una vez a la semana con un paciente que nos fue asignado. Esta intervención tuvo a dos instituciones públicas trabajando en conjunto, la Facultad de Psicología y el Hospital de Clínicas, ya que ambas instituciones tienen un convenio para brindar servicios de salud mental de forma gratuita. Dicho servicio es parte de la práctica de Graduación “Tratamiento terapéutico cognitivo conductual”, correspondiente a la carrera de la Licenciatura en Psicología.

Sucesivamente se orientan y supervisan en clases, nuestras intervenciones en la clínica, donde en ocasiones exponemos acerca de lo elaborado en el tratamiento terapéutico. Presentamos el material a los demás integrantes del grupo y a los docentes con la finalidad de hacer del análisis un trabajo colectivo. En lo que respecta al trabajo en clínica como psicoterapeutas practicantes, debemos decir que el docente encargado fue otorgando los distintos casos a duplas de estudiantes.

Se nos asigna un caso, se trata de un paciente varón de sesenta y cuatro años de edad, soltero. Llega a nosotros por medio de su anterior psicoterapeuta que le informó de este servicio gratuito.

Antes de tener el primer contacto con nuestro consultante, tuvimos un acercamiento con el caso por medio del registro de la entrevista de recepción. Allí se presentan los datos más personales, como su edad, a que se dedicó, algunas de sus actividades cotidianas, habiendo también datos de mayor relevancia como el motivo de consulta, relacionado con la tutoría de su hija menor, detallando que se encuentra institucionalizada.

Nos contactamos por teléfono con él para informarle del comienzo del tratamiento terapéutico. Lo primero que nos menciona es que hace meses está esperando el llamado, ya que tiene un asunto judicial que resolver desde hace tiempo, transmitiéndonos que le están exigiendo tratamiento terapéutico. Se nota cierta ansiedad por empezar, ya que en reiteradas ocasiones alude a dicha exigencia de la justicia, referido a la tutoría de su hija menor que se encuentra institucionalizada. En ningún momento nos habla de una consulta motivada por

una necesidad emocional o un sufrimiento personal, todo gira en torno a una exigencia externa a él.

Finalizando el contacto telefónico, se le menciona que le vamos a estar enviando un consentimiento informado. Le pedimos que lo lea y en el caso de que esté de acuerdo, nos lo envíe firmado, respondiendo que, sin leerlo, está de acuerdo porque lo que necesita es empezar cuanto antes. También se le aclara que la terapia se va a llevar a cabo de forma virtual por motivos sanitarios.

Preguntas y objetivos planteados para el Trabajo

El objetivo principal de este trabajo consiste en abordar el Trastorno Antisocial de la Personalidad, a través de un caso clínico concreto, señalando qué características comparte dicho caso con el Trastorno antes mencionado, para corroborar el diagnóstico hipotético de que el sujeto padece lo padece. El caso será abordado desde el Cognitivo-Conductual, cuyas características se van a desarrollar a lo largo del trabajo. Desde este enfoque, sumado al tiempo compartido con el paciente, la pregunta que surge es: ¿Cuáles fueron los logros psicoterapéuticos con este paciente?

A raíz del objetivo principal, pero también, desde la experiencia personal con respecto a este caso en particular, se plantean otras cuestiones, que se tratarán como preguntas derivadas. Entre ellas, experiencias personales y cuestionamientos que surgieron a lo largo del proceso terapéutico con respecto al TAP y su tratamiento; por un lado, la posición del psicólogo, con respecto a los pacientes que padecen este Trastorno, por otro lado, el alcance de la disciplina en base a las características de estos pacientes, abordando lo que se pudo lograr y lo que no en la experiencia con este paciente desde lo terapéutico.

Marco Conceptual

El marco teórico a utilizar, en referencia al tratamiento terapéutico llevado a cabo con este caso clínico, en este Trabajo Final de Grado, es el de la escuela Cognitivo-Conductual,

partiendo, principalmente, desde la segunda ola de dicha escuela, teniendo sus comienzos en la década de los sesenta. Esta escuela, en lo que refiere al tratamiento terapéutico, se caracteriza principalmente por trabajar desde una perspectiva de participación mutua, siendo también un espacio educativo, donde el terapeuta apunta a que el paciente aprenda las técnicas aplicadas para que posteriormente sea su propio terapeuta, siendo las tareas del hogar una de las principales técnicas. Es una terapia de breve duración, con objetivos claros, con un fin en particular. Los programas principales de la TCC están estandarizados y su eficacia empírica está comprobada científicamente, teniendo como objeto de estudio a los pensamientos y las conductas del presente.

Los conceptos teóricos principales que serán utilizado desde el Cognitivo-Conductual son: ABC de Ellis; Distorsiones cognitivas de McKay; Creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos de Beck; y los conceptos de Temperamento y Carácter de Cloninger, entre otras técnicas utilizadas como la confrontación empática de Young.

En lo que refiere a los aspectos diagnósticos y los conceptos de Personalidad, Trastorno mental, Trastornos de la Personalidad y Trastorno Antisocial de la Personalidad, desde lo bibliográfico se citan a autores clásicos como Millon, así como, autores contemporáneos y otros tipos de clasificación, como el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-V).

Trastorno de la Personalidad

La hipótesis que se maneja con respecto al paciente de este caso, es que estamos ante una persona que padece un Trastorno de la Personalidad. Antes de justificar y/o probar si dicha hipótesis es acertada, y cual es el Trastorno en particular, debemos abordar ciertos conceptos importantes que nos permitirán esclarecer y enriquecer el análisis.

Cuando mencionamos el término Trastorno de la Personalidad, vemos que está compuesto a su vez, por dos términos que conllevan una vasta carga conceptual, es por esto que se muestra necesario abordarlos de forma separada en un primer momento, para posteriormente, poder integrarlos de manera comprensiva. Y además, esto facilitará el abordaje de otros conceptos más específicos y/o más técnicos referidos a los Trastornos de Personalidad.

Personalidad

Cuando hablamos de personalidad lo primero que debemos preguntarnos es ¿Qué es la personalidad? ¿Cuáles son los elementos que la conforman? Y ¿qué es lo que define la personalidad de un individuo?

Es inmensa la cantidad de definiciones que podemos encontrar sobre qué es la personalidad, y hasta podríamos decir que es un término que está integrado bastante al lenguaje cotidiano y de sentido común. De todos modos nos enfocaremos en la definición que parece ser más abarcativa y precisa de carácter académico para esclarecer este punto y tener una mayor solidez con respecto a dicho concepto.

El término personalidad, Millon (2006) lo define como un patrón complejo de características psicológicas, profundamente enraizadas. Estas características, se expresan de forma automática, en casi todas las áreas de la actividad psicológica. La personalidad, no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de las características, que configuran la constelación completa de la persona, interpersonales, cognitivas, y biológicas.

Lo que entendemos en base a la definición de personalidad de Millon es que queda en claro que no podemos limitarnos a definir a un individuo por un solo rasgo, ya que una persona es más que un rasgo aislado o particular. Estos son percibidos en distintos niveles, tanto en lo cognitivo, como en lo intrapersonal y en lo biológico. Es un entramado organizado y dinámico de distintas características particulares que conforman un todo, pero que separadas no significan ni definen al individuo.

También nos parece muy pertinente la definición de personalidad de Cloninger, sosteniendo que la personalidad es la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicobiológicos, determinando el ajuste único al entorno. Aclarando que la personalidad es lo que nos permite la adaptación a los cambios del entorno (Bayón, 2006).

Posteriormente hace una aclaración sobre su definición de personalidad mencionando tres puntos característico; en primer lugar, la personalidad es dinámica, no es estática, y aunque básicamente siempre somos los mismos, el transcurso del tiempo y la adopción de

determinadas posiciones con lo que respecta a las relaciones interpersonales, van modificando los patrones básicos en las diferentes direcciones. En segundo lugar, el desarrollo de la personalidad es psicofísico, es decir, que la personalidad está influida tanto por variables físicas como psicológicas. Y en tercer lugar, que la personalidad debe de ser entendida como un conjunto de particularidades más o menos estables en la cognición, la emoción y la conducta (Bayón, 2006).

Es muy interesante conceptualmente esta definición, donde aclara que si bien cada persona tiene sus peculiaridades, la misma no es estática sino que va sufriendo ciertas transformaciones con el paso del tiempo, esto influido por los distintos posicionamientos que se van tomando a raíz de las relaciones interpersonales y la interacción en el ámbito social y ambiental. Sumado a esto, aclara que la misma es influida en dos dimensiones, por un lado físicas, y por otro psicológica. Todo esto basado en que la personalidad debe de comprenderse como el conjunto de peculiaridades más o menos estables desde lo cognitivo, lo emocional y lo conductual.

Temperamento y Carácter

Cabe aclarar, que el concepto Personalidad, se suele confundir con otros dos términos que se encuentran articulados, temperamento y carácter. Con lo que respecta al temperamento, según Million (2006) está relacionado con las disposiciones biológicas básicas hacia ciertas conductas. Dicha disposición, puede percibirse, tanto en el estado de ánimo o emotividad del individuo, como en la actividad de sus ciclos de actividades.

De todos modos, con lo que respecta al temperamento y al carácter, tomaremos como referencia particularmente el modelo Cloninger para tratar estos conceptos.

Cloninger sostiene que la personalidad siempre está implicada en una interacción bidireccional entre el temperamento y el carácter, es decir, que los conceptos o ideas que el individuo tenga de sí mismo, de otros y del mundo, influyen significativamente por el temperamento, (Bayón, 2006).

Cloninger habla del temperamento y carácter como dos aspectos cruciales que conforman a la personalidad, donde a su vez, estos dos aspectos se dividen en siete dimensiones distintas, cuatro que pertenecen al temperamento y tres que pertenecen al carácter (Bayón, 2006).

Según este autor, el temperamento está conformado por los hábitos y habilidades inducidos por los estímulos percibidos por los sentidos físicos. El temperamento se define como las diferencias individuales tanto en los hábitos, como en las habilidades relacionadas con las emociones, donde es heredable de forma moderada, alrededor de un 50%. Es moderadamente estable desde la infancia hasta la adultez, y es consistente en su estructura en distintas culturas y grupos étnicos. Esto significa que el temperamento está determinado fuertemente por la predisposición genética a reacciones particulares frente a los distintos estímulos ambientales, como esas respuestas automáticas que se producen a raíz de estímulos simples (Bayón, 2006).

Entre los rasgos que se encuentran bajo la esfera del temperamento, podemos encontrar: Búsqueda de novedad, Evitación del riesgo, Dependencia de la recompensa y Persistencia.

La búsqueda de novedad, se caracteriza por la actividad exploratoria en respuesta a lo nuevo, es decir, a la extravagancia en el abordaje a la recompensa, toma impulsiva o no de decisiones, pérdida de la paciencia y activa evitación a la frustración. La evitación del riesgo, se refiere a la preocupación pesimista acerca del futuro, conducta evitativa, propensión a la fatiga y timidez con respecto a lo extraño. La dependencia de la recompensa, refiere al sentimentalismo, al apego social, dependencia de la aprobación del otro. Y por último, persistencia, referida a la constancia que tiene el individuo en su manera de ser u obrar (Bayón, 2006).

Con respecto al carácter, Cloninger lo define como el núcleo conceptual de la personalidad, haciendo referencia a aquellos rasgos o aspectos de la personalidad que están más relacionados con el control ejecutivo o la cooperación y la empatía. El carácter está en relación con los procesos cognitivos superiores de la lógica, como la construcción, la evaluación y la invención de símbolos abstractos que regulan las diferencias individuales en el procesamiento de metas y valores, donde únicamente se encuentra desarrollado en individuos ya maduros (Bayón, 2006).

Cabe aclarar que el carácter es producto de los procesos de socialización, que es mediado entre el ambiente y la predisposición biológica (Bayón, 2006).

Los tres rasgos que se encuentran en la esfera del carácter son: Autodirección, Cooperación y Trascendencia.

Autodirección es un rasgo de la personalidad que se expresa a través de la conducta voluntaria dirigida hacia metas. Cooperación es la capacidad de empatía social que tiene el individuo. Y por último, Trascendencia, ligado a la invención creativa (Bayón, 2006).

Trastorno mental

Después de haber abordado la definición de personalidad, continuaremos con el otro término involucrado: trastorno. ¿Qué entendemos por trastorno o trastorno mental?

La definición que se va a tener en cuenta sobre Trastorno mental es la del DSM-V (2014), la cual es definido como:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral, o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (p.10)

Estamos ante un concepto bastante abarcativo, donde se interpreta que, cuando hablamos de trastorno mental, estamos hablando de una alteración importante en el individuo, en diversas dimensiones; cognitivas, emocionales y conductuales, desembocando en una alteración disfuncional tanto desde lo biológico, como desde lo psicológico.

También se especifica que ciertos eventos que pueden llegar a ser estresantes desde lo culturalmente aceptado, no significa que exista un trastorno mental. De la misma manera, se hace referencia a los comportamientos socialmente anómalos y ciertos conflictos entre el individuo y la sociedad, tampoco son trastornos mentales.

Normal/Patológico

Teniendo ya definidos los conceptos de Personalidad y Trastorno mental, estamos en condición de esbozar un contenido, un límite y un alcance, por tanto, una definición de lo que es un Trastorno de Personalidad. Pero antes, es pertinente abordar los límites de lo normal y lo patológico, ya que al hablar de situaciones externas al individuo como las sociohistórica-culturales, existen ciertas reglas que definen lo “normal y lo patológico”.

Siguiendo la línea del análisis hasta el momento, podemos decir que es la completa constelación de la personalidad y la vastedad de diversos rasgos, lo que determina el potencial del individuo para la adaptación psicológica o la enfermedad. Millon (2006) va a afirmar que no es posible diferenciar de manera objetiva, entre normalidad y anormalidad. La normalidad es definida como la conformidad con los comportamientos y costumbres típicas del propio grupo o cultura, debido a la base social de la personalidad. La patología estaría dada por comportamientos atípicos, irrelevantes o distintos de los del grupo de referencia. Cuando estos comportamientos son causados por factores relacionados a la personalidad se los llama rasgos caracterológicos desadaptativos, o Trastornos de la Personalidad.

En base a lo anteriormente descrito entendemos que para considerar que una personalidad se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, el individuo debe de tener la capacidad para funcionar de forma competente, autónoma, tener la capacidad de afrontar el ambiente de una forma flexible y adaptarse a los cambios de manera eficaz y eficiente. El individuo debe de poseer una manera de percibir y actuar que fomente el aumento de la satisfacción personal.

Características y tipos de Trastornos de la Personalidad

El Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V (2014) sostiene que un Trastorno de la Personalidad, es considerado como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que afectan a la cognición, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de impulsos. Los Trastornos de la Personalidad, además, son un fenómeno generalizado y poco flexible, que comienza en la adolescencia o edad adulta, es estable en el tiempo y da lugar a malestar o deterioro.

Según el DSM-V (2014), son diez hasta el momento los Trastornos de la Personalidad, los cuales se encuentran distribuidos en tres grupos distintos:

Grupo A) Raros y excéntricos, que incluyen al esquizoide, paranoide y esquizotípico.
Grupo B) Dramáticos, emotivos o erráticos, que incluyen al límite, antisocial, histriónico y narcisista.
Grupo C) Ansiosos y temerosos, que incluyen al evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo.

Para esclarecer más sobre las conductas características de las personas con trastorno de la personalidad haremos una enumeración general. Para Millon (2006), las personas que presentan un Trastorno de la Personalidad, se distinguen por tres características:

1. Tienen a presentar una estabilidad frágil y carencia de capacidades de adaptación en condiciones de estrés. La mayoría de las personas disponen de variadas y flexibles estrategias de afrontamiento; cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas que gozan de un grado de salud mental estable las cambian. Sin embargo, las personas con Trastornos de la Personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, incrementando el grado de estrés, amplificando su vulnerabilidad, provocando situaciones críticas y produciendo percepciones distorsionadas de la realidad social.

2. Son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. Impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales, mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos, que constriñen

el curso de la interacción. Dado que estos sujetos no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo. Cuando el entorno no puede adaptarse a la persona, se produce una crisis, donde la tendencia está en que el mundo se adapte a ellos y no ellos al mundo.

3. Estas personas, no pueden cambiar sus repertorios patológicos que dominan su vida, se repiten una y otra vez como círculos viciosos, ya que una de las características es su egosintonía con la patología: no perciben que algo malo está ocurriendo consigo mismos, sino que, consideran que es el entorno y las personas que lo rodean quienes deberían comenzar a actuar de otra manera. Ven a sus dificultades interpersonales como un conflicto generado más por los otros que por sí mismos.

Estas características se pueden ver complementadas con los que sostienen Azpiroz y Prieto (2008), afirmando que lo que más se ve afectado en los Trastornos de la Personalidad es la relación armoniosa con otros individuos, así como también, la capacidad de adaptación y de generar relaciones interpersonales sanas.

Criterios diagnósticos de los Trastornos de Personalidad

A continuación enumeramos los criterios del Trastorno general de la Personalidad, siendo los mismos extraídos del DSM-V (2014):

Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Personalidad
<p>A. Un patrón persistente de experiencias interna y comportamiento que se desvían notoriamente de las expectativas de la cultura en la cual vive el individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cognición (modos de percibir e interpretarse a uno mismo, a las demás personas, y a los sucesos).2. Afectividad (la gama, intensidad, labilidad y adecuación de las respuestas emocionales).3. Funcionamiento interpersonal.4. Control de impulsos.
<p>B. Este patrón persistente es inflexible y amplio, cubriendo una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p>

C. El patrón persistente lleva a un malestar clínicamente significativo, o a una alteración en las áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o adultez temprana.

E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia química (como una droga de abuso o un medicamento), o a otra condición médica (como trauma encefálico). (p. 646)

Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP)

Características del TAP

Como se mencionó anteriormente, el TAP pertenece al Grupo B, donde se encuentran los trastornos más caracterizados por tener conductas dramáticas, emotivas o erráticas; esto sería lo que comparte con los demás trastornos de dicho grupo de manera más global.

En cuanto a lo particular del TAP, en el DSM-V (2014) se afirma que su principal característica radica en la actitud proclive a violar las normas sociales y los derechos de los demás, teniendo un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás, comenzando en la infancia y continuando en la edad adulta. Es común que estos pacientes tengan problemas con la ley, aunque no es necesario que existan comportamientos ilegales para que se realice este diagnóstico. Sí es cierto, que los pacientes antisociales perturban el orden social, no pudiendo adaptarse a las normas que rigen las relaciones interpersonales en una cultura determinada. Esta conducta inevitablemente los lleva a la transgresión de los límites ajenos, por ende son muy proclives al conflicto interpersonal, incapacitando la generación de vínculos genuinos y sólidos.

Son personas que presentan una gran impulsividad e incapacidad de pensar las acciones, poca tolerancia a la ansiedad, irritabilidad e irresponsabilidad con respecto a ellos mismos y a los demás. Son muy propensos a tener conductas peligrosas y extremas, con poca consciencia del peligro de dicha acción, sin priorizar las posibles consecuencias que puedan conllevar, ni

para sí mismo y mucho menos para otro. Se podría decir que generalmente prima la satisfacción de su deseo y voluntad antes que cualquier dimensión, sin discriminar el contexto (DSM-V, 2014).

Asimismo, se afirma que los pacientes con Trastorno de Personalidad del tipo antisocial, tienen inmensas dificultades para medir las consecuencias de sus actos, sin poder aprender de sus mismas experiencias, con una tendencia a repetir los mismos errores. Por este motivo, la posibilidad de recibir un castigo a futuro por sus acciones generalmente no influye en su conducta inmediata, ya que tienen poca capacidad de pensar sobre algún posible peligro, mayoritariamente reaccionan a castigos inmediatos que los afectan a ellos, demostrando indiferencia e insensibilidad con el malestar ajeno. Son personas que tienen poco sentido de empatía, y pocas emociones que tienen en cuenta a otro individuo, donde generalmente no demuestran culpa (DSM-V, 2014).

Características Diagnósticas del TAP

A continuación y en base a lo ya expuesto sobre el Trastorno, se presentará de forma esquematizada, las características diagnósticas del TAP, tomando como referencia para realizar dicho esquema al DSM-V (2014):

Características Diagnósticas del TAP
Violacion de los derechos ajenos o principales normas sociales: conducta repetitiva que conllevan a agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, violacion grave de las normas. No se ajustan a las normas sociales con lo que respecta al comportamiento legal, generalmente existe desprecio de los deseos, derechos o sentimientos ajenos
Con frecuencia son mentirosos y manipuladores: generalmente su fin se basa en sacar un provecho propio o placentero.
Patrón de impulsividad: cierta incapacidad de planificar el futuro, con una toma de decisiones irreflexivas, en sus decisiones sin premeditación no tienen en cuenta las posibles consecuencias para uno mismo ni para los demás.
Tendencia a la irritabilidad y agresividad: Pueden involucrarse en peleas, discusiones efusivas, y cometer actos de violencia física (incluyendo el maltrato de la pareja o de los

hijos).

Despreocupación e imprudencia: existe cierta tendencia a realizar actividad y a tener conductas peligrosas, sin tener en consideración la seguridad propia ni ajena.

Irresponsabilidad: en varios aspectos de la vida, ya sea laboral, económico y de personas a su cargo como pueden ser los hijos.

Poco o ningún remordimiento: poca o nula demostración de culpa por sus actos, pueden ser indiferentes o justificar de manera superficial los daños. Suelen quitarse la responsabilidad y depositarla en otro, porque lo merecía.

Concepción de sí mismo elevada con tendencia a ser arrogante: suelen subestimar a los demás y creer que valen menos que ellos.

Es importante mencionar, que el contenido de la tabla de características diagnósticas del TAP antes expuesto es el que se utilizará para comparar las conductas y discursos del paciente que se expondrán más adelante en el capítulo de Análisis del caso. Y a su vez, dichas características se relacionan con los criterios diagnósticos del TAP que serán expuestos a continuación.

Criterios Diagnósticos del TAP

Tomando nuevamente como referencia bibliográfica al DSM-V (2014), se expondrán los criterios diagnósticos del TAP:

Criterios Diagnósticos del TAP

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del

hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar. (p. 659)

Concluida la necesaria explicación sobre los conceptos centrales de este trabajo, nos adentraremos en el caso clínico, siendo abordado con más detalle. También se conectarán las características del TAP con las conductas del paciente y los criterios diagnósticos que el paciente cumple, ya que esto nos permitirá validar la hipótesis diagnóstica manejada sobre un posible caso de TAP en dicho paciente.

Desarrollo del caso

Primer contacto terapeutico

En la primera sesión los objetivos principales estuvieron enfocados en la presentación formal tanto de nosotros como de la estructura terapéutica. Nos propusimos conocerlo más e ir generando una buena comunicación. Es importante aclarar que los encuentros fueron por zoom por precauciones y medidas sanitarias con respecto al Covid-19.

Ya en el primer contacto “personal” con el paciente nos llama la atención que se encontraba en el lugar de trabajo con el atuendo correspondiente para realizar su labor. Se le preguntó si se sentía cómodo con el horario y con la situación, teniendo en cuenta que estaba en el lugar y horario laboral, respondiendo que la terapia era más importante y como él era su propio patrón no había inconvenientes.

Esta primera instancia estuvo enfocada en tener un acercamiento con el paciente, a recabar y confirmar la información de la entrevista de recepción que habíamos leído previamente. En cuanto al contenido y resultados de esta primera sesión, básicamente responde lo mismo que en la entrevista de recepción, insistiendo en la exigencia judicial de estar en tratamiento

psicológico, detallando que desde su perspectiva, él no necesita tratamiento terapéutico porque está bien mentalmente. Esto último es algo que también menciona en la dicha entrevista de recepción.

Demanda

¿Cómo llegó a nosotros y por qué motivo?

La demanda fue uno de los primeros puntos importantes que trabajamos. Nos dice que es el Juez quien le solicita tratamiento terapéutico, debido a presuntas denuncias que hicieron vecinos por agresiones a su hija menor, aclarando que para él esta instancia es totalmente innecesaria porque considera que las denuncias son falsas, que se encuentra bien mentalmente y que no necesita realizar tratamiento de ningún tipo, aclarando que accede a realizar el tratamiento porque está dispuesto a hacer lo que sea para recuperar a su hija.

A medida que avanza el tratamiento terapéutico la relación paciente/terapeuta se va afianzando, el paciente se expresa con más soltura y sin tanto cuidado. En diversas ocasiones se trata el asunto judicial, y en todo momento con respecto a este tema, él repite que no necesita tratamiento terapéutico, que no es ningún “loco”. Cuando se aborda este tema generalmente se irrita, propinando insultos, contra el Juez principalmente y los actores, no sólo relacionados con la situación judicial, sino con todas las personas que considera una amenaza, adoptando un lenguaje más vulgar, manifestando que la situación lo tiene agotado y resignado.

Está claro que él no tiene conciencia de sus dificultades, considera que el problema de no poder ver a su hija está depositado en el juez, quien arbitrariamente le quita la oportunidad de vivir con ella. Esta situación nos hace pensar que él no ha logrado desarrollar su capacidad de autocrítica. Visualizarse a sí mismo con cierta distancia como para poder pensar en las causas y consecuencias de sus acciones.

En el discurso del paciente no existe cuestionamiento alguno respecto a las conductas desajustadas que ha tenido en ciertas situaciones como padre. Desde su óptica, él manifiesta que su accionar es correcto y las medidas tomadas por la justicia no tienen fundamento alguno y son solo para perjudicarlo.

Desde nuestra perspectiva, es evidente que tiene conductas desadaptativas, hostiles, sin autocrítica y reflexión. Lo más evidente y certero de esta situación es que él está, de cierta manera, obligado a participar en este espacio, ya que no existe una demanda terapéutica proveniente desde el paciente.

En síntesis, respecto a la demanda, existe de una manera clara un pedido de tratamiento terapéutico hacia él pero proveniente de un tercero. Desde la persona involucrada no hay ninguna demanda que tenga ver con el alcance de la psicología, ya que este consultante/paciente manifiesta en reiteradas ocasiones que no necesita tratamiento terapéutico.

Da a entender en en más de una ocasión, que este espacio para él es un medio para un fin particular, personal y extra terapéutico. Accede a transitar el proceso porque está convencido de que haciendo lo que se le exige va a poder alcanzar el objetivo que se trazó de recuperar la tutoría de su hija.

Se pueden observar de una forma muy manifiesta, pensamientos extremadamente rígidos por parte del paciente, no solo con la demanda externa que lo trajo a este espacio, sino también a lo que refiere a aspectos de su personalidad en otras situaciones, ajena a lo judicial, relatadas por él, repitiendo conductas en diversas ocasiones.

Análisis del caso

A continuación, pasaremos a analizar y comparar las características del TAP con las conductas y rasgos de la personalidad del paciente y poder confirmar la hipótesis de un posible diagnóstico de dicho Trastorno.

Comparación de las conductas del paciente con las características diagnósticas del TAP

Egosintonía

“Esto para mi es superfluo, yo me siento perfecto. El que le está buscando el pelo al huevo es el Juez. La niña está desesperada por volver a vivir conmigo, y el visto bueno de la gente del hogar también está. Es el Juez que se empacó.”

Es importante empezar este capítulo con la característica en común de los Trastornos de la Personalidad, la egosintonía. En esta frase dicha por el paciente, se ve como expresa con total convencimiento que él no tiene un propósito desde su voluntad en el espacio terapéutico. Remarcando que es un tercero quien tuvo la iniciativa de llegar a esta instancia.

Este es un claro ejemplo de que él está en sintonía con esta característica, tanto conductual como emocional, desligándose de ciertas responsabilidades sin expresar un mínimo de autocrítica. Dando explícitamente por entendido que él no tiene nada que cambiar. Esta es una conducta que se repite constantemente en el paciente a lo largo del tratamiento terapéutico.

Tendencia a la irritabilidad y agresividad

Algo que caracteriza mucho a este paciente es la irritabilidad y la agresividad. Conducta que es muy recurrente en él cuando se siente acorralado o pierde control de la situación, teniendo reacciones sumamente descontroladas y fuera de contexto. Esto lo demuestra con claridad desde lo corporal y lo discursivo.

“Un día me va a agarrar loco y la voy a bajar de una piña, no voy a hacer el papel de estúpido y menos con una mujer”

En este relato existe de forma explícita un grado de violencia alarmante hacia otra persona, con una expresión totalmente emocional, sin razonamiento alguno de sus palabras, donde se denota claramente lo que le genera esa persona, sin medir consecuencias, sin tener reflexión alguna, dejando en claro que no hay distinción alguna y remarcando que cierta jerarquía en el al decir *“mucho menos por una mujer”*, expresándose de una manera muy efusiva, al término de esta frase golpea una caja que había a su lado.

Esto es algo muy recurrente en el paciente, ya que son varios los relatos de situaciones de esta índole, demostrando una evidente irritabilidad a ciertos temas y situaciones, respondiendo de una manera claramente agresiva.

Poco o ningún remordimiento

“¿Qué más quieren que haga? Hay personas que tienen a sus hijos descuidados y me perjudican a mí, que tengo todas las condiciones para tener a mi hija. Siempre el malo y el perjudicado soy yo, cuando generalmente son los demás que me hacen enojar y reaccionar mal”

En su discurso reiterativo sobre su conducta, él no es quien está equivocado, ni es el responsable de sus acciones, sino que son generadas desde el exterior y por los demás, demostrando que no hay responsabilización, culpabilidad y mucho menos autocrítica de parte del paciente. Esto sigue ligado al primer punto tratado sobre la egosintonía con el trastorno.

Su interpretación distorsionada de la realidad lo lleva a no salirse de sí, sin poder apreciar sus equivocaciones, actuando de manera totalmente impulsiva sin medir consecuencia alguna, agregando que post situación, su idea sigue siendo la misma, él no se equivocó y es la víctima de la situación, por ende reacciona defendiéndose de los ataques de otro, aludiendo a que los demás son los responsables y generadores de la situación y sus reacciones.

Irresponsabilidad

“Algunos porque te contratan creen que son tu dueño y conmigo eso no va, porque yo siempre tengo un as bajo la manga por las dudas, Antes de que me perjudiquen ellos los perjudico yo primero”

En este pasaje a parte de la falta de remordimiento, también es muy explícita la falta de responsabilidad, dejando totalmente de lado el deber laboral, pasando a un plano más emocional, poniéndose en una posición transgresora, con un lenguaje vulgar y despectivo al dirigirse hacia un otro en situaciones como ésta, siente que es atacado y cuestionado y desde su entender eso le da cierta potestad para accionar de forma agresiva y abandonar el vínculo laboral.

Este aspecto es muy característico en las personas con TAP, la irresponsabilidad en diversas dimensiones, desde lo laboral hasta con personas a su cargo como pueden ser los hijos. En este paciente, el tema del abandono laboral es muy recurrente, ya que en varias ocasiones nos ha dicho que más de una vez abandonó trabajos porque no le gustaban ciertas personas o situaciones.

Se ve como ya tiene una predisposición hacia una posible situación que no está siendo como tal, sino que él ya está convencido que hay intenciones adversas hacia su persona por parte de los demás. Estas situaciones son muy reiterativas en su discurso, concluyendo con agresividad, irresponsabilidad y sin remordimiento ni culpa.

Concepción de sí mismo elevada con tendencia a ser arrogante

"Yo no puedo auto evaluarme, si por mi fuera, te digo que soy perfecto, soy la mano derecha de Dios"

Queda en evidencia la idea que tiene sobre sí mismo elevándose al nivel de Dios, por más que sea una metáfora, demuestra la idea y el sentido de superioridad que tiene sobre los demás y la, por ende, la omnipotencia respecto a la finitud del ser humanos, es decir, el pensamiento que tiene sobre los demás de que son inferiores a él, posicionándose por encima, algo que repite en muchas ocasiones a lo largo del tratamiento terapéutico.

Se refuerza lo anteriormente dicho sobre que no tiene autocrítica, se expresa con arrogancia de una manera totalmente explícita y convincente. Esta no es la única ocasión en que él asume que se ve y se siente como una persona superior al resto. Según su discurso, esta conducta es la que lo llevó a ser quien es. Se puede decir que en algún momento le sirvió para lograr sus objetivos, cierta independencia laboral, teniendo en cuenta que es una persona con un buen nivel cognitivo. Estas virtudes le sirvieron desde una perspectiva más de índole personal, en contraposición a un enfoque más vincular, donde sus vínculos son extremadamente efímeros, inclusive con su familia.

Esta característica de egocentrismo tiene mucha similitud con el trastorno narcisista de la personalidad, cabe recordar que tanto el trastorno antisocial como el narcisista de la

personalidad como ya se dijo, pertenecen al Grupo B, denominados los dramáticos, emotivos o erráticos (DSM-V, 2014). No sería raro que una persona con cierto trastorno en particular tenga rasgos compartidos con otro trastorno.

“Soy un ser humano y como todos, tengo errores, pero casi siempre tengo la razón, porque ya sé cómo son las cosas. Ya las viví y con la edad que tengo nadie me va a venir a dictar normas de conducta”

A pesar de que hay un “reconocimiento” de errores de manera muy escueta y superficial, parecería que se queda en el nivel del discurso, en cada momento de su relato y expresión sigue reafirmando su autopercepción de superioridad, destacando que por su edad y su experiencia de vida, tiene la sabiduría suficiente para mantener sus ideales y permeables, cerrado a cualquier tipo de opinión externa.

Estas actitudes y pensamientos en base a una reiteración de su autopercepción, refuerzan la idea de grandiosidad ante los demás, ya que en unas pocas frases queda claro que él se posiciona por encima. Como se ha reiterado, esto es reforzado por la idea que tiene sobre los demás, sobre que las intenciones de los otros son negativas y contraproducentes hacia él, y más teniendo en cuenta la tendencia que mayoritariamente adopta de querer tener el control de la situación, desembocando generalmente en situaciones hostiles.

También se puede apreciar, que su tenue reconocimiento de algún error, es de manera muy superficial, donde en seguida de la asunción, se justifica diciendo que generalmente tiene la razón. Esto se relaciona con el punto anterior sobre la poca capacidad de remordimiento.

“Ahi ves que les mandé por whatsapp las felicitaciones que me hicieron por el buen trabajo que hice” refiriéndose a una conversación que tuvo con un empleador donde lo felicitaban por su trabajo, destacando que eso es resultado de su buena conducta, su constancia y de *“tratar bien a la gente”*. También aclara que él trata a todos por igual, *“yo a todo el mundo trato por igual y tuteo, no me interesa política, ni orientación de lo que sea”*.

“Algo que destaco de mis trabajadores es que siempre me tratan de usted”

Se puede percibir su intencionalidad de siempre querer tener el control de la situación y cómo se posiciona siempre por encima de los demás, reafirmando su autopercepción de

superioridad. Se siente superior en contextos donde se sabe dueño del poder y lo ejerce sin prohibiciones, pero tiene ciertos complejos de inferioridad cuando hay personas con más jerarquía, donde claramente juega un papel importante para él, el status quo de las personas, ya que sus reacciones y conductas son violentas y desajustadas ante personas que él considera pueden llegar a ser superiores, las percibe como una amenaza, llevándolo a estas reacciones sumamente hostiles. Sumado a la contradicción de su anterior discurso, sobre que trata a todos por igual, esto teniendo en cuenta que fueron discursos seguidos el uno del otro.

“Yo no permito que entre nadie a mi casa, ni tampoco voy a la casa de nadie. A los vecinos los saludos pero no pasa mas de eso porque no me interesa su vida y a ellos tampoco les tiene que interesar la mía”

Es evidente la vida rutinaria que lleva y con escasez de vínculos. En palabras de él, constantemente afirma que le gusta estar solo sin que nadie lo moleste y si no tienen nada para darlo o sumar en su vida, prefiere estar solo.

Sí, en reiteradas ocasiones, ha mencionado que conoce a muchas personas y constantemente se comunica por redes sociales, donde aclara que generalmente recurren a él, pero no hay una persona que exista en su vida de forma constante y presente. No tiene amigos y rara vez se comunica con su familia.

Todos los contactos interpersonales que tiene son efímeros y sumamente impersonales, destacando que constantemente reitera que él no le cuenta sus problemas a nadie, ya que nadie tiene por qué saber de sus problemas, a nadie le interesa su vida, ni tampoco nadie tiene la capacidad para entenderlo.

“Nadie me va a venir a dictar normas de conducta”

Es esperable que sus vínculos sean superficiales, teniendo en cuenta que él no permite que nadie penetre en sus asuntos y mucho menos en sus intimidades. En este sentido es sumamente hermético, y generalmente aclara que quien pasa sus límites *“se tiene que atener a las consecuencias”*. Ante esto, no muestra arrepentimiento en ciertas “resoluciones” drásticas, él realmente está convencido con gran determinación que hace es lo correcto y que no se equivoca.

Resulta difícil poder generar un vínculo afectivo, ya que no existe otra opinión válida más que la de él, toda persona que se le acerca es desde su concepción, inferior, por ende, a veces siente que los demás son incapaces de poder entenderlo e insuficientes como para poder vincularse con alguien como él.

Patrón de impulsividad

“Prefiero que siga la niña ahí pero que no me agarren de tonto, porque el que se me cruce lo hago añicos”

En seguida de haber dicho esta frase, golpea una caja que tenía a su lado. Evidentemente el tema en cuestión lo alteró y lo enojó mucho, donde claramente dice que está dispuesto hasta golpear a alguien si le quieren hacer daño. Estas situaciones se han repetido varias veces a lo largo del tratamiento terapéutico, donde demuestra cierta ansiedad y no se puede controlar, expresándose con ira.

“Ya me están haciendo enojar, ustedes saben como soy, si yo les tengo que decir algo se los voy a decir y no me importa que sean los psicólogos o el Presidente de la República. Esta ley corre para todos por igual. Y si tengo que dejar de venir, no me importa, no vengo más”

En este pasaje, donde se expresó de una manera efusiva y con un tono de voz elevado, al igual que el anterior, es un nuevo ejemplo de que en ciertas situaciones y ciertos temas, no puede controlarse y reacciona de una manera impulsiva según la emoción del momento sin lógica alguna, expresando lo que siente. Es muy recurrente en él insultar y propinar golpes a objetos.

Algo interesante para destacar en estos pasajes, es la manera en que suelta la causa por la cual está en el espacio terapéutico (recuperar la tenencia de su hija), porque ve en riesgo de cierta manera su dignidad. Algo muy característico en las personas con Trastornos Antisocial de la Personalidad es que su deseo prima ante el de los demás y ante los acuerdos sociales que nos permiten vivir en sociedad.

En la primera frase hay una priorización de deseos, prefiere no ser “humillado” y dejar que su hija siga institucionalizada. Se aprecia que él es su principal prioridad, esto se refuerza aún más cuando comenta que no tiene amigos y que en su casa no permite que nadie entre, ni siquiera su familia.

Existe un patrón conductual que repite constantemente a lo largo del tratamiento terapéutico en las situaciones más críticas que ha relatado: conducta hostil porque piensa que lo quieren perjudicar; actúa en consecuencia a su emoción sin mediar antes el razonamiento, una conducta totalmente impulsiva; y por último, siente que es la víctima de la situación, asumiendo que son los demás los que provocan este escenario caótico. En esta última, donde se posiciona como víctima, podemos ver la coincidencia con una de las características principales del antisocial, la manipulación, con el fin de justificar su accionar para desligarse de responsabilidades.

Esta amenaza en otro contexto, con otro paciente sería alarmante y para tener en cuenta de una manera más contenedora. En este caso tiene otras intencionalidades diferentes al de querer llamar la atención, sino que más bien es para desligarse de culpabilidad y manipular para lograr conseguir su objetivo.

Con frecuencia son mentirosos y manipuladores

“Yo me llevo bien con todo el mundo, siempre me ofrezco para hacer favores, por eso la gente siempre me escribe y me saluda. Además haciéndoles favores ya los pones en un compromiso.”

En esta frase, podemos apreciar con total claridad las intenciones a priori que tiene en el momento de relacionarse con las personas. No existe un deseo genuino por querer ayudar a otro, sino que hay una intención de beneficio posterior a su “conducta solidaria”.

“En el hospital ya me conocen todos los administrativos, les he ido a hacer mandados y ahora ya los tengo agarrados, me atienden a mi primero siempre”

Este pasaje refuerza lo anteriormente dicho, su faceta encantadora y seductora es lo que demuestra en un primer contacto, y más aún, con personas que la interacción se da en un

terreno más neutral o cotidiano. Él desde un primer momento se muestra como una persona amable, pero no hay una intención desde la empatía o de la solidaridad real, ya que el tiene un objetivo personal con dichos accionares, alejados de la satisfacción por el simple hecho de ayudar o hacer un favor.

Las personas para él son utilizadas como un medio para un beneficio propio, y no para un fin en sí. Esta conducta también se repite con nosotros los terapeutas, ya que en más de una ocasión ha insistido en decirnos que si necesitamos algo él está a la orden, porque él es así, solidario y le gusta ayudar.

“Ya estoy acostumbrado a ayudar, al igual que a levantarle el ánimo a las personas, porque yo sé cómo tratar a las personas. Si un día ustedes están mal o necesitan algo pueden contar conmigo”

Además de desplegar su lado seductor y encantador, también hay más del sentido de grandiosidad, ya que él se siente y se sabe capaz de intervenir en el estado emocional de las personas, sin importar roles y/o particularidades. En este caso como ya ha pasado en más de una ocasión, se lo ve queriendo cambiar los roles, teniendo en cuenta que es una persona sumamente egocéntrica, no resulta rara esta conducta, conducta que siempre adopta para intentar posicionarse en un lugar más activo y de control de la situación. Pero, cuando dicha situación se descontrola, la reacción es de impulsividad, y de quitarse responsabilidad y culpa por el resultado adverso. Es el patrón que constantemente repite.

“Si un día me muero nadie se entera porque estoy solo todo el día. Un día de estos me voy a tomar todas estas pastillas así se terminan todos los problemas y ahí va a ser el momento que van a decir que era una buena persona”

La manipulación y victimización es la conducta que se repite cuando se siente acorralado. Es una estrategia que adopta muy frecuentemente, haciendo aseveraciones sobre su estado de salud y su catastrófico diario vivir. Cuando la situación de donde él se posiciona como una víctima pasa, en su discurso su vida vuelve nuevamente a ser tranquila y él una persona que siempre tiene las mejores intenciones con los demás.

Violacion de los derechos ajenos o principales normas sociales

No respetar los límites y las reglas de las personas y sociales es una conducta muy característica de este paciente, demostrando en su relato, satisfacción al momento de expresar la resolución adoptada, agrediendo y dañando a la integridad de los demás sin hacer distinción ni diferencia de quien pueda llegar a ser.

“El abogado me dijo que no fuera porque no iba a estar, pero yo le dije que iba a ir igual porque necesito hablar con él”

Se reafirma más la tendencia del paciente a transgredir los límites ajenos y priorizar su deseo, aún habiendo un claro mensaje de parte del otro. Sin importar lo que se le diga, no lo tiene en consideración y actúa acorde a sus necesidades, siendo una persona que no respeta los límites del otro, pero si deja en claro cuales son los suyos. Una y otra vez repite los mismos patrones, no hay una consciencia del otro. Se siente superior al resto de los mortales, y hace y deshace a su voluntad según sus consideraciones y pensamientos.

“No es la primera vez que le quiebro los huesos a alguien por pasarse de vivo”

Si bien, no tenemos cómo confirmar esto, si toma mayor relevancia cuando lo comparamos con otros relatos del paciente, sobre situaciones de tensión que conllevaron a la violencia física. Claramente existe cierta tendencia a la agresividad, como en los puntos anteriores pudimos ver, esta conducta agresiva es recurrente en el paciente, es una resolución que ha adoptado en más de una ocasión por lo que nos cuenta.

“Si he tenido mis travesuras en el colegio, como cambiarle por agua fría el termo al profesor y hasta una vez prendí fuego una papelera”

En este pasaje, se puede apreciar con claridad que en su adolescencia ha tenido ciertas conductas que infringen ciertas normas, en este caso en una institución educativa, asumiendo que destruyó ciertos objetos, también sumado a que puso en riesgo su integridad física y la de las demás personas que estuvieron en la situación. Esto se articula con el punto que se mencionara a continuación sobre la imprudencia que generalmente tienen las personas con TAP, realizando actividades que no tienen en cuenta la seguridad propia ni de otro.

Es importante mencionar, que una de sus primeras actividades laborales formales fue como oficial de policía, detallando que fueron pocos los años ejercidos, ya que no le gustaba porque tenía que obedecer muchas órdenes. Mencionando que ha tenido varias sanciones porque habían ciertas cosas que él consideraba que las debía hacer a su manera, y se desgastaba del reglamento.

Despreocupación e imprudencia

“Yo a veces me hago el vivo y salgo a andar en bicicleta, aunque el doctor me dice que es una actividad que no puedo hacer por mi corazón”

Estas conductas riesgosas e imprudentes son muy propicias en el paciente, en este caso, él padece problemas cardíacos y por este motivo debe de tomar medicación, teniendo algunas restricciones con ciertas actividades que le requieren un desgaste físico, las mismas sugeridas por su doctor. El no demuestra preocupación ante los riesgos que le pueden conllevar realizar dichas actividades, diciéndolo con total normalidad y soltura.

También ha mencionado que en los tiempos que tenía auto y salía con su hija le gustaba andar en la ruta a grandes velocidades, y según él, la pasaban muy bien. Esto también es un claro ejemplo de que tiene ciertas depreciaciones e imprudencia con ciertas actividades que realiza, poniendo en riesgo no solo su integridad y seguridad, sino que también la de los demás.

Conceptos y metodología del Cognitivo-Conductual (TCC)

En base a lo anteriormente expuesto sobre la comparación de las conductas del paciente con las características del TAP, en este capítulo se expondrán, desarrollarán y explicarán los rasgos de la personalidad de dicho paciente, desde el enfoque TCC. Pero antes para poder realizar adecuadamente dicho análisis, es necesario exponer algunos aspectos claves del TCC.

Contexto histórico y características del TCC

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las tantas ramas de la psicología. Con lo que respecta a su origen y su evolución, se puede decir que se divide en tres etapas y en algunos casos se dice que son cuatro etapas; El surgimiento de la TCC de manera independiente en Estados Unidos, Reino Unido y Sudáfrica tiene sus períodos desde los años 1950 hasta 1970, la denominada primer ola. El comienzo de la terapia cognitiva tuvo lugar en Estados Unidos alrededor de la década de los 60 y 70, denominada la segunda ola. Posteriormente debido al desarrollo que tuvo y a su vez, la fusión que tuvo con la terapia conductual, siendo así, Terapia Cognitivo-Conductual, desembocó en una tercera ola, teniendo un gran alcance en los años 80 (Mañas, 2012).

La Terapia Cognitivo-Conductual se desarrolla y parte en base a la Terapia Conductual tradicional de la década del 10, basándose en las perspectivas más radicales de teóricos comportamentales, siendo los referentes Skinner y Watson (Mañas, 2012).

Actualmente existen diversas terapias que pueden ser descritas como TCC, ya que todas comparten el supuesto de que el pensamiento media e influye en el cambio de la conducta, y que la modificación del pensamiento conduce a la modificación de las emociones y en consecuencia de la conducta (Mañas, 2012).

Las características fundamentales de trabajo con lo que respecta al Cognitivo-Conductual, se basan principalmente en el método científico, siendo una terapia estructurada, donde el terapeuta tiene un papel más interventivo, siendo más activo y directivo en comparación a otras corrientes de la Psicología (Beck, 2005).

Respecto a la actividad con el paciente, la terapia se destaca por trabajar desde una perspectiva de participación mutua, siendo también un espacio educativo, donde el terapeuta apunta a que el paciente aprenda las técnicas aplicadas, para posteriormente el paciente las utilice consigo mismo y pueda lograr ser su propio terapeuta. Esto se va entrenando en el proceso terapéutico como por ejemplo cuando se le envía al paciente tareas para que realice en su hogar (Beck, 2005).

Es una terapia de breve duración, con objetivos claros y fines concretos. Los programas principales de la TCC, están estandarizados y su eficacia empírica está comprobada científicamente, teniendo como objeto de estudio a los pensamientos y las conductas del

presente, poniendo a prueba y delimitando las falsas creencias y los supuestos desadaptativos del paciente. (Beck, 2005)

Según Beck, la terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia basado en un modelo de los trastornos psicológicos, sosteniendo que, las experiencias de cada individuo se van organizando en términos de significados. Estos significados son los que le dan sentido a la vida actual, al pasado y a las expectativas futuras del individuo. (Beck, 2005)

Marco teórico/metodológico/conceptual utilizado en el caso

Adentrándonos en el caso, fueron varias las técnicas utilizadas, y conceptos identificados en este caso clínico. A continuación se expondrán cada una de dichas técnicas y conceptos abordados con el paciente en cuestión.

Ellis: A-B-C

Se considera oportuno, empezar con la explicación y abordaje del A-B-C de Ellis, teniendo en cuenta que en lo conceptual es muy rico y claro, también teniendo en cuenta que, es una técnica que se utilizó en varias ocasiones a lo largo del tratamiento terapéutico con este paciente.

Ellis desarrolló el modelo A-B-C, en el cual se considera que las consecuencias emocionales (C) son producidas por las creencias (B) acerca de los acontecimientos (A) y no por los acontecimientos mismos. Estas consecuencias emocionales pueden ser modificadas al discutir enérgicamente las creencias (B) acerca del acontecimiento (A) (Keegan, et al., 2010).

La interpretación que se tiene de la realidad (en este caso desajustada) es algo crucial en el modelo cognitivo conductual. Ellis afirma que no son los eventos que generan las emociones y en consecuencia las conductas, sino que son las interpretaciones que le damos a dichos eventos los que generan nuestras emociones, desembocando en nuestras conductas.

Algo importante a mencionar con respecto al paciente, es que se le explica en reiteradas ocasiones el modelo A-B-C, debido a que se olvidaba, pero en todo momento nos expresó

que lo entiende con claridad, cosa que no se pone en duda ya que es una persona con un alto nivel cognitivo, pero manifiesta de diversas maneras que no le interesa cambiar, desde su discurso, su lenguaje corporal y actitud. El simple hecho de que no se acuerde de nada sobre el concepto, deja más que en claro su desinterés por el tema.

Beck: Creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos

Beck (2006) es quién desarrolló la teoría de creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos, dimensiones que están conectadas entre sí, ya sabiendo, que los sentimientos y emociones de una persona están conectados con su forma de pensar e interpretar cada situación, donde el terapeuta cognitivo se enfoca en el nivel de pensamiento que opera simultáneamente con el pensamiento superficial.

Esbozaremos estos conceptos por separados para que queden más claros basados en la bibliografía de Beck (2006):

Las creencias centrales son las ideas más rígidas y profundas que tiene el individuo, que no se suelen expresar, ni ante uno mismo, desarrollándose en gran medida, a partir de la infancia. Estas ideas profundas, son consideradas como verdades absolutas, sin cuestionamiento alguno, creyendo así, que es como deben de ser las cosas. Las mismas se dividen en dos grandes grupos, creencia central de desamparo y creencia central de incapacidad de ser amado.

Estas creencias centrales, son incidentes en el desarrollo de las creencias intermedias, un nivel menos profundo que el anterior, donde se encuentran actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Son como las leyes que justifican las ideas profundas de las creencias centrales.

Y por último los pensamientos automáticos, siendo estos, palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, siendo específicos para cada situación, ocupando el nivel más superficial de la cognición.

Una de las tareas del terapeuta cognitivo en conjunto con el paciente, consiste en la identificación de estos pensamientos, comenzando por el nivel más superficial, hasta llegar a las ideas más profundas. Y en consecuencia a esto, como se dijo ya anteriormente, la terapia cognitiva es psicoeducativa, por ende, uno de los objetivos es enseñarle al paciente a que pueda identificar por sí solo estos pensamientos.

Al haber abordado dichos conceptos, pasaremos a demostrar de forma esquematizada las creencias del paciente, desde las más superficiales a las más profundas.

Pensamiento automático: Se quieren aprovechar de mí, me quieren usar, siempre el perjudicado soy yo. Respuesta automática; “A mí nadie me va a dictar normas de conducta”.

Creencia intermedia: Regla: tengo que tener el control de la situación.
Presunción; si me vínculo con personas más vulnerables que yo, voy a lograr mayor control de la situación, por ende, no doy posibilidad a que nadie me diga cómo debo actuar.
Actitud; es terrible ser menos que los demás.

Creencia central: “Soy inferior a los demás”, creencia central de desamparo y de desvalimiento la creencia. Yo diría, además, que pareciera haber creencias de desvalimiento. Se siente incompetente, por eso le encantan los elogios, pero se enoja cuando lo critican, aunque sea una crítica constructiva o para mejorar, él no la toma como tal, sino que de lo contrario, la interpreta como un ataque.

Con respecto al caso, Se trabajó en la identificación de los pensamientos automáticos, instruyendo y alentando al paciente en dicho proceso de identificación, sugiriendo tareas para el hogar de registro de pensamientos automáticos que pueda llegar a identificar, para posteriormente trabajarlos juntos en el espacio terapéutico. La respuesta es la misma que con el A-B-C de Ellis, lo entiende y en ocasiones los reconoce como ciertos, pero no muestra interés en un posible cambio, y con respecto a las tareas del hogar, nunca realizó ninguna.

McKay: distorsiones cognitivas

Es importante aclarar que el concepto de distorsiones cognitivas también es utilizado por otros autores como por ejemplo Beck, teniendo su descripción particular de las mismas. En esta ocasión, se tendrán en cuenta las distorsiones cognitivas de McKay.

Según McKay (1988), las distorsiones cognitivas son malos hábitos de pensamientos que las personas poseen, y que utilizan de manera constante al momento de procesar información e interpretar la realidad de manera irreal. En síntesis, las distorsiones cognitivas son estructuras y/o patrones de pensamientos que condicionan nuestra interpretación de los acontecimientos, y en consecuencia, generan percepciones erróneas y alejadas a la realidad. Las distorsiones cognitivas están presentes en todas las personas, inclusive en las personas más sanas, pero sin dudas que en personas con ciertas patologías y/o trastornos son más propicias a que dichas distorsiones operen de una manera más frecuente.

Varias son las distorsiones cognitivas descritas por McKay, pero en este caso nos limitaremos a presentar las que identificamos en el paciente.

La primera distorsión cognitiva que se identificó en el paciente es la llamada razonamiento emocional. Según McKay (1988) el razonamiento emocional lo define como que el individuo tiene un universo emocional caótico, regido por sentimientos cambiantes y no por leyes racionales. La distorsión consiste en evitar o descartar su pensamiento de golpe. En vez de recurrir a la razones, se recurre a las emociones para interpretar la realidad y orientar la acción.

Estamos ante un paciente sumamente impulsivo, sin mediación alguna de la razón con lo que respecta a su conducta. En varias ocasiones, ha actuado acorde a su emoción circunstancial, sin poder medir consecuencia alguna.

La falacia de control es otra de las distorsiones cognitivas que se identificaron en este paciente. La falacia de control lo hace responsable de todo el universo o responsabiliza a todos excepto a usted. (McKay, 1988)

El paciente se ve como una víctima absoluta de las situaciones adversas, alegando que él no es culpable en nada y que los demás son los principales responsables.

Esta distorsión es muy característica en el paciente, ya que en las situaciones que conllevan una desigualdad ante su opinión, una sugerencia distinta a la suya, en su respuesta

no hay mediación de la lógica y toda su expresión está basada en lo que siente y le genera la situación. Tanto al momento de relatarlo como en el contenido del relato su reacción generalmente es efusiva y en consecuencia, desajustada de la realidad.

La lectura mental es una forma de pensamiento distorsionado en la que se supone que todas las personas del universo son como uno. Este es un error fácil y frecuente: usted supone que los demás se sienten como usted, basando su creencia en una naturaleza o experiencia humana comunes que pueden existir o no de hecho. Cuando un pensamiento está regido por la lectura mental, su percepción parece correcta, procediendo convencido de estar en lo correcto. Básicamente la lectura mental es una distorsión cognitiva que consiste en que el error está en asumir que sabemos lo que el otro está pensando o está sintiendo. (Mckay, 1988).

La designación global es otra de las distorsiones que se pueden apreciar en este paciente. Esta distorsión cognitiva consiste en la aplicación de etiquetas estereotipadas a clases enteras de personas, cosas, conductas y experiencias. Las personas que practican la designación global viven en un universo poblado de personajes almacenados que representan un melodrama irreal (Mckay, 1988).

Es muy recurrente en el paciente regirse con cierto prejuicio hacia las personas, englobando a todos los individuos como inferiores.

Otras técnicas utilizadas con el paciente.

Además de las técnicas ya mencionadas, fueron utilizadas otras tantas más a lo largo del tratamiento terapéutico, las que más se destacan por su efectividad fueron el Diálogo Socrático y la Confrontación empática.

Diálogo Socrático: el diálogo socrático es una técnica de indagación, con el fin de perseguir diversos objetivos que consiste en hacerle preguntas al paciente, con el fin de que cuestione sus propias preguntas y sus discursos. Esto permite explorar la interpretación que el paciente le da a sus distintas experiencias, facilitando el acceso a la red de significados mediante la cual cada paciente tiene de uno mismo y del mundo. Para que el Diálogo

Socrático sea aplicado adecuadamente hay ciertas reglas que deben de tenerse presentes: las preguntas que el terapeuta formula deben de ser lo suficientemente claras para que el paciente las pueda responder, esto es variable según las características particulares del paciente; Las preguntas deben de tener un objetivo claro y concreto; Las preguntas deben de ser formuladas en torno al lenguaje que el paciente maneja. En resumen, las preguntas deben acoplarse al nivel cognitivo del paciente. (Beck, 2006)

Confrontación empática: Fue creada por Young (2003) para afrontar los esquemas precoces desadaptativos del paciente. ¿Qué son los esquemas precoces desadaptativos? Según este autor, un esquema es un patrón o tema amplio generalizado que están contruidos por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales que fueron desarrollados durante la infancia o la adolescencia, siendo estos, disfuncionales en un grado significativo en las etapas posteriores del sujeto.

Con respecto a la Confrontación empática, Young aclara que no es una técnica, sino que más bien, es un modo de acercamiento para con el paciente, apuntando a la expresión del terapeuta de que entiende las razones por las cuales el paciente ha desarrollado cierto esquema, entendiendo lo difícil que puede llegar a ser cambiarlo, por ende, esforzándose para lograr el equilibrio óptimo entre la empatía y la confrontación, lo cual ayudaría a cambiar al paciente. (Young, et al., 2013)

Test utilizados

Se aplicó el test TCI -140 para poder ayudar a generar la hipótesis diagnóstica.

El TCI-140 es el cuestionario diseñado para evaluar las siete dimensiones de la personalidad, ligadas al temperamento (búsqueda de novedad, evitación del riesgo, dependencia de la recompensa y persistencia.) y al carácter (autodirección, cooperación y trascendencia), conceptos que fueron anteriormente abordados (Bayón, 2006).

Comenzamos por el TCI - 140 con puntuaciones bajas en autodirección y cooperación, lo cual presenta una correlación de forma consistente con un número elevado de síntomas de cualquier trastorno de la personalidad, que se puede corroborar en las sesiones, y es parte de la hipótesis. Analizando el temperamento, tenemos evitación del daño y dependencia de la

recompensa bajos, y puntuación alta en búsqueda de novedad y persistencia, lo cual se aproxima a un TAP (Cloninger, 2010).

La utilización de los test fueron una herramienta de gran aporte para poder comprender y confirmar con mayor certeza los rasgos de su personalidad, y por ende, tener una contextualización de su conducta para movernos en la terapia con mayor seguridad y precisión.

ZKPQ-50

ZKPQ-50 es un cuestionario diseñado para evaluar las cinco dimensiones alternativas del modelo de Zuckerman sobre la personalidad; Impulsividad - Búsqueda de novedad, Neuroticismo - Ansiedad, Agresión - Hostilidad, Actividad y Sociabilidad (Serra, 2006).

Nos parece pertinente definir con más detalles estas cinco dimensiones y exponer los resultados para compararlos con el TCI-50.

Impulsividad - Búsqueda de novedad: es una dimensión que se caracteriza por actuar sin planificar las acciones y actuar impulsivamente sin medir las consecuencias.

Neuroticismo - Ansiedad es una dimensión que se refiere a la preocupación emocional, tensión, miedos, indecisiones, obsesiones, sensibilidad a la crítica, falta de confianza en uno mismo, pero principalmente esta dimensión hace referencia a la frecuencia con la que sienten estados afectivos de connotación negativa incluyendo sentimientos de ansiedad, depresión y hostilidad.
--

Agresión-Hostilidad: Es la combinación de la disposición de expresarse de forma agresiva y la grosería, desconsideración, conducta antisocial, que también implica el otro polo, la disposición de ser agradable y cordial.

Actividad: Combinación de la necesidad de hacer cosas con la falta de habilidad para relajarse y preferencia por los trabajos duros o que impliquen un reto.
--

Sociabilidad: Hace referencia al número de amigos y a las ganas de estar con ellos, de asistir a fiestas y realizar actividades con los demás en contraposición a realizarlas sólo (Serra, 2006).

Con lo que respecta a los resultados del ZKPQ-50 referidos al paciente, en Neuroticismo - Ansiedad dio 66.5, en Impulsividad - Búsqueda de sensaciones dio 91, en Actividad dio 94, en sociabilidad, 1.5 y en Agresión - Hostilidad dio 81.5.

El ZKPQ-50 arroja resultados aproximados a los resultados obtenidos en el primer test que se le hizo, TCI -140. Esto no es muy extraño, ya que ambos test son de personalidad en general.

La aplicación de dichos test y en consecuencia los resultados, fueron de mucho utilidad para darnos información crucial sobre la personalidad del paciente y la hipótesis tratada de un posible TAP.

Diagnóstico nosográfico (Criterio DSM-V)

El paciente cumple los criterios diagnósticos para un Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Criterio A - Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los quince años de edad donde se señala un marcado patrón de inatención y que se manifiesta por tres o más de los siguientes hechos:

En el caso del consultante se destaca que no le importan los deseos, derechos, o sentimientos de los demás, y muchas veces nos ha intentado seducir y manipular. Además, presenta discursos contradictorios que dependen de cómo él se quiera posicionar en el relato y sacar una ventaja del mismo.

Muchas veces toma decisiones sin reflexionar sobre las consecuencias. Tiene características de personalidad agresivas y su humor suele ser irritable, cuando se siente de alguna manera amenazado, reacciona de manera violenta. Reiteradas veces insulta frente a las figuras de autoridad. En el aspecto laboral ha dejado trabajos inconclusos por tener problemas con el empleador. Y en caso de un conflicto mayor, denuncia al contratante por no realizar los aportes, siempre tiene un “As bajo la manga” como él mismo ha dicho.

Criterio B -El individuo tiene por lo menos 18 años.

Criterio C -Existen evidencias de la presencia de un trastorno con inicio antes de los 15 años.

No tenemos certeza de su conducta en la infancia o adolescencia. Lo que sí sabemos, a parte de que su padre tuvo una doble vida, teniendo una familia paralela a la de él, que en algunos pasajes de su discurso a lo largo del tratamiento terapéutico, tuvo ciertas conductas que iban más allá de los límites establecidos, es el caso de algunas conductas con lo que respecta al secundario.

Criterio D -El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente dentro del curso de una esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Según los criterios del DSM-V (2014) se cumplen con los criterios A, B, D y probablemente el C.

Encontramos características asociadas al diagnóstico, como por ejemplo: carece de empatía, desprecio hacia los derechos y los sentimientos de los demás, tiene un concepto elevado de sí mismo y es de muestra mucha arrogancia.

En conclusión, el diagnóstico sería: persona con rasgos elevados de los trastornos de la personalidad del eje II del Grupo B del DSM-V, principalmente TAP, con elevados rasgos narcisistas.

Reflexión clínica

La práctica con este paciente nos dejó muchos cuestionamientos y aprendizajes. En un principio, al no tener una demanda terapéutica clara, y sumado al hecho de que el paciente no llegó por motus propio, sino que por el pedido de un tercero, ya nos hizo posicionarnos desde una perspectiva totalmente distinta a la que sería esperable desde lo que es un tratamiento psicológico, siendo esto lo que él solicitó desde un primer contacto, algo que a priori no estaba previsto pero que se impuso como necesario para poder llegar al tratamiento terapéutico propiamente dicho. Esto tuvo como consecuencia llevar a cabo una indagación

más profunda, para tomar decisiones que nos permitieran trabajar con este paciente adecuadamente. A esta demanda que en definitiva nunca fue terapéutica, o sea de búsqueda de cambios,, se le suma la verbalización constante por parte del paciente de no necesitar tratamiento terapéutico. Esto sin dudas, también fue un claro indicio clínico a tener en cuenta, ya que, en la teoría de la perspectiva terapéutica, el paciente es aquel que activamente demuestra intenciones de cambio y, por tanto, de trabajo clínico.

Teniendo delante nuestro este escenario, y la confirmación de la hipótesis inicial de que estábamos ante un caso de TAP, se nos presentan una serie de cuestionamientos, tanto de carácter teórico-disciplinar, como de carácter técnico . Queda claro por el análisis del caso anteriormente expuesto, que el objetivo terapéutico propiamente dicho no pudo ser cumplido, entre otros posibles motivos, por el hecho de que no existía una demanda terapéutica, y, ante estas situaciones, el terapeuta se ve limitado en su accionar. Esto se debe a que la demanda terapéutica es la que habilita a la instauración de un proceso psicoterapéutico. Casos como este exponen los límites y alcances teóricos de la Psicología, que aún no ha encontrado un tratamiento acorde o eficaz para este tipo de patologías, quizás todavía haya mucho por descubrir desde el punto de vista teórico y técnico hacia la comprensión de este tipo de pacientes.

El segundo cuestionamiento que se plantea es el del lugar que ocupa la Psicología en la sociedad, y la de sus relaciones con diferentes instituciones de la misma. Desde unas décadas atrás, el tema de la salud mental ha ido cobrando importancia en la cosa pública, no solamente como un aspecto a tomar en cuenta dentro de las concepciones de salud individual, sino también en otros ámbitos del orden social. El sistema judicial, en este caso, que toma en consideración el estado mental de los sujetos implicados en cuestiones jurídicas diversas, como insumo para emitir sus fallos. En este sentido, el papel de la disciplina cobra un mayor peso, pero al mismo tiempo se crean nuevas tensiones.

Por un lado, nos cuestionamos en este caso si la resolución judicial de derivar a este paciente a un servicio de salud mental tenía como objetivo la resolución o la curación de los aspectos de la personalidad que produjeron el vínculo que él tiene con su hija y por lo tanto la judicialización del caso. En ese sentido ¿Podría la psicología o las técnicas psicológicas acceder a dichas necesidades o solamente habrá que informar que el sujeto no accede a la posibilidad de un cambio psíquico o afectivo? En este sentido también nos preguntamos

sobre nuestro lugar en este tipo de encuentros, que no están orientados por una demanda del paciente sino por una resolución de orden judicial, ¿cómo pensar el lugar del terapeuta ya que desde el inicio hay un tercero que propone dicho encuentro y que en definitiva evaluará desde criterios ajenos a la psicología el resultado del trabajo? En el caso de un paciente manipulador: ¿Cómo manejar la dimensión judicial y la dimensión terapéutica que se juegan en el mismo espacio? En definitiva pueden llegar a cuestionarse aspectos éticos asociados a posibles desajustes en el rol o en el lugar que cada uno ocupa, el de terapeuta y el de paciente.

La problemática de los límites fue algo que se tuvo en cuenta con este paciente en todo momento, lo cual permitió mantener la integridad del espacio, para no deslizarse en la manipulación del paciente. La consecuencia de tomar esta postura atenta pero firme, tuvo un resultado fructífero desde lo terapéutico, ya que el espacio, para el paciente, se tornó en un lugar de seguridad, en el cual se expresó con gran libertad, a pesar de ser una persona sumamente hermética con respecto a sus temas más personales. Esto sin dudas fue un éxito como terapeutas, pudimos lograr el abordaje de ciertos temas más íntimos, algo que este paciente rara vez solía acontecer, sus vínculos son efímeros y sumamente impersonales.

Si lo dicho anteriormente se pudo lograr, es porque generamos un dispositivo basado en la interiorización del paciente y del contexto que lo trajo al espacio, sumado al estudio en profundidad del TAP que se realizó para afrontar la ausencia de demanda. Algo que demuestra el compromiso de la disciplina y de los terapeutas, tanto desde los estudiantes como los docentes a cargo, en el cumplimiento de los objetivos de nuestra disciplina, tratando de no excluir ningún caso de los que llegan a la facultad. Esto es una dimensión a resaltar, porque una de las opciones era rechazar el caso, ya que si no había demanda terapéutica, por ende, no habría posible tratamiento. Sin embargo hubo interés de todas las partes responsables del servicio por no abandonar ni en pensar en no tomar a este paciente.

Sin dudas que un caso como este, como primer caso y primera experiencia clínica, fue un desafío muy importante. Considero, por los logros antes mencionados, que el desafío de la experiencia fue sumamente enriquecedor, ya que este caso requirió de una exigencia mayor y se estuvo a la altura de las circunstancias. En todo momento se mantuvo el temple que requiere el rol de terapeuta y la acertividad indicada para marcar los límites en los momentos justos. Esto fue algo que nos permitió mantener el vínculo de terapeuta/paciente hasta el final del periodo reglamentario del tratamiento, logrando que el paciente no desistiera del mismo, a

pesar de su insistencia de no necesitar dicho tratamiento, y de, por momentos, hacer del espacio un lugar seguro y positivo para él. Algo a considerar con lo anteriormente dicho, es que el paciente en reiteradas ocasiones ha manifestado que con su anterior terapeuta ha abandonado las sesiones antes del tiempo de finalización, cosa que con nosotros nunca ocurrió.

Conclusión

A modo de conclusión, podemos decir que se trata de un paciente adulto, que llega al servicio por pedido de un tercero, específicamente relacionado con la tenencia legal de su hija menor de edad, que se encuentra actualmente bajo la tutoría del Estado. Algo que es importante a considerar es que el paciente ya había recurrido con anterioridad a una terapeuta, debido a temas de costeo, pero sobretodo a que no pudo consolidar una buena alianza terapéutica, abandonó dicha terapia, siendo esta profesional quien le informó sobre el convenio entre la Facultad de Psicología y el Hospital de Clínicas. Debido a que la Justicia le reiteró la exigencia de una constancia de tratamiento psicológico, el paciente recurre al servicio antes mencionado.

Ya una vez asignado el caso a nosotros dentro de la práctica de graduación “Tratamiento terapéutico Cognitivo-Conductual”, en el tratamiento terapéutico propiamente dicho, se logró una buena alianza terapéutica, algo que se comprobaba en su respeto al espacio, porque siempre concurría en el horario estipulado, y en cierta comodidad y soltura que mostraba en el mismo, ya que nosotros como terapeutas practicantes nunca intentamos invalidar su sentir, su accionar y su discurso, sino que, en todo momento, tratamos de entenderlo desde la empatía, pero mostrándole alternativas igual de válidas y más efectivas a las ejecutadas por él. Este respeto fue una de las tónicas principales que consolidaron dicha alianza terapéutica, esto conjugado con el establecimiento y mantenimiento de límites claros, tanto del espacio, como de los roles que a cada quien le correspondía, paciente/terapeuta. Algo a destacar es el acuerdo que él hizo con estos límites. Consideramos que este proceder de parte de nosotros, tuvo un valor terapéutico, ya que el mero hecho de establecer ciertas reglas que no cedieron a sus manipulaciones, le demuestra que existen espacio en donde él debe acoplarse y no al revés, algo muy característico del TAP.

Como se dijo con anterioridad con este tipo de patologías, donde la demanda de cambio no es clara, los procesos terapéuticos no suelen ser exitosos como en otras patologías. En este caso, a pesar de que el proceso terapéutico no fue exitoso, si se pudo lograr la comprobación de la hipótesis de que estábamos ante un caso de TAP, lo cual no era claro al inicio del proceso y provocó cierta confusión a la hora de abordarlo. Por nuestra parte, esto, lejos de desalentarnos, nos llevó a profundizar en las características, no solo del TAP, sino de los Trastornos de Personalidad en general, ampliando considerablemente el conjunto de recursos y herramientas, tanto teóricas, como metodológicas.

Por parte del paciente, como ya se expresó antes, entendía sin dificultades tanto las técnicas como los conceptos abordados y explicados en el proceso terapéutico. Podemos afirmar, que en ningún momento tuvo la intención de adquirirlos y dominarlos, para, a posteriori, poder aplicarlos, ya que no estaba dentro de sus objetivos lograr cambiar algún aspecto de su conducta.

A pesar de la riqueza metodológica del TCC, no se pudo lograr un tratamiento terapéutico con resultados esperables, con lo que respecta a un tratamiento psicoterapéutico propiamente dicho. Como se demostró, diversos fueron los modos y técnicas que se aplicaron e intentaron abordar con este paciente, y cada uno de ellos no tuvo efecto con el mismo. A esto, se le suman, un aparato de test que se le aplicaron, para arrojar más información sobre su personalidad y poder confirmar las hipótesis.

Más allá de que tuvimos ciertos logros con un paciente con TAP, este tipo de patologías, dejan en evidencia los límites de la Psicología actualmente, pero también muestran un terreno de inmensa riqueza a explorar por la disciplina, porque si realmente estos trastornos se abren en como un terreno fructífero para la investigación, y por tanto, para el crecimiento de la disciplina, pues, si nos ceñimos solamente a la hipótesis de que son trastornos totalmente impenetrables, todo nuestro trabajo hubiese sido estéril, y como se expresó a lo largo de este trabajo, este no fue el caso.

BIBLIOGRAFÍA:

Bayón, C. (2006). Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger: Aproximación integradora en la evaluación de los trastornos de personalidad y proceso psicoterapéutico. *Psiquiatría.com*, 10(1).

Beck, A. T., & Young, J. E. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión. 19a edición*. Bilbao, España: Desclée.

Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V*. Madrid, España: Panamericana.

Cloninger, R. & Svrakic D. Epigenetic perspective on behavior developmen, personality, and personality disorders. *Psychiatra Danubina*, 2010; Vol. 22, No.

Keegan, E. y Hala, P. (2010). Terapia Cognitivo-Comportamental. Teoría y práctica. *Handbook of Integrative Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Medicine. Perspectives, Practices and Research*, 605-630.

Mckay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1988). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona, España: Martínez Roca S. A.

Mañas, I. (2012). Nuevas terapias psicológicas. La tercera ola de la terapia de conducta o terapia de tercera generación. *Gaceta de Psicología* 40, 26-34.

Millon, T. (2006). *Trastorno de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona, España: Masson.

Serra, J. (2006) *Carácter y Temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. Barcelona, España.

Young, J. Klosko J. y Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Bilbao, España: Desclee.