Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Psicoterapia Tesis

Rasgos evasivos de personalidad desde una mirada sistémica

Santiago Carrasco, Sandra Luz

2021

https://hdl.handle.net/20.500.11777/5072

http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del 3 de abril de 1981

RASGOS EVASIVOS DE PERSONALIDAD DESDE UNA MIRADA SISTÉMICA

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCAZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta
SANDRA LUZ SANTIAGO CARRASCO

Puebla, Pue. 2021

Resumen

Este documento integra la sistematización de un caso clínico abordado desde el enfoque sistémico, durante el semestre de otoño 2020 en el Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla. El paciente, Nico (seudónimo), es un joven de 21 años que presenta rasgos de personalidad evasiva, con síntomas de ansiedad y depresión; solicitó el servicio de psicoterapia porque tiene dificultad para relacionarse en el ámbito social. La interacción con personas poco familiares le genera inseguridad y ansiedad, situación que interfiere de manera negativa en su desenvolvimiento académico y de relaciones interpersonales. Durante el proceso se identificó una escasa diferenciación con respecto a la madre, así como formaciones de triángulos en el sistema familiar. El tratamiento constó de 18 sesiones más una sesión de seguimiento. Los instrumentos aplicados a lo largo del proceso fueron: Escala Global (Moreno, 2014), Escala de Enojo Rasgo (Moscoso & Spielberger, 1999), Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998), Inventario de Ansiedad de Beck (Robles et al., 2009), Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (Hathaway & McKinley, 1995) y Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (Feixas et al., 2012). De igual forma, se expone la implementación del tratamiento y los resultados tanto cuantitativos como cualitativos, los cuales dejan ver ciertos cambios en las dinámicas del sistema familiar. Por una parte, la alianza madre–hijo comenzó a desdibujarse dando espacio a la relación padre–hijo. Al finalizar el proceso de psicoterapia, el paciente incrementó su grado de consciencia de sí mismo, ha comenzado a construir su propia seguridad personal, y ha emprendido pequeños pasos de socialización con pares.

Palabras clave: Rasgos evasivos de personalidad, triangulaciones, diferenciación, terapia sistémica.

Índice general

INTRODUCCIÓN 5
Personalidad 5
Estilo evasivo de la personalidad 6
Trastorno de la personalidad evasiva 7
La personalidad desde un enfoque familiar 9
Vínculo padres-hijos 10
Apego 11
Estilo de apego ansioso ambivalente 13
Triangulaciones 14
Diferenciación del sí mismo 16
Tratamiento de paciente con trastorno de personalidad evasiva 17
Tratamiento desde el enfoque sistémico 17
ESTUDIO DE CASO 19
Objetivos del tratamiento 19
Datos de identificación del paciente 20
Motivo de consulta 22
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR AL PACIENTE 23
Inventario de Depresión de Beck (BDI) 24
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) 25
Escala Enojo Rasgo 26
Escala Global 27
Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMP-2) 28
CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure 29
FORMULACIÓN DEL CASO 31
Formulación clínica 31
Formulación del caso desde el enfoque sistémico 34
ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO 40
Objetivo general terapéutico 40
Objetivos específicos 40
Objetivos específicos del enfoque sistémico. 40
Elección de técnicas para el tratamiento 41
Uso de metáfora 41
Reenmarcado, reencuadre 41
Connotación positiva 42

Ubicación del progreso en una escala 43
Implementación del tratamiento 43
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO 47
Resultados cuantitativos 47
Resultados cualitativos 61
Evaluación de seguimiento a tres meses 63
LA PERSONA DEL TERAPEUTA 64
DISCUSIÓN 66
REFERENCIAS 70

Índice de tablas

Tabla 1: Puntos de corte del BDI 25
Tabla 2: Puntos de corte de la Escala Enojo Rasgo 27
Tabla 3: Puntos de corte de la escala CORE-OM 30
Tabla 4: Temas y objetivos trabajados por sesión 43
Tabla 5: Comparación respuestas BDI y MMP1-2 56
Tabla 6: Comparación respuestas BAI y MMP1-2 58

Índice de figuras

Figura 1- Genograma **21**
Figura 2- Ejemplo de reactivos del Invetario de Ansiedad de Beck **26**
Figura 3- Reactivos de la Escala Enojo Rasgo **27**
Figura 4- Reactivos de la Escala Global **28**
Figura 5- Ejemplo de reactivos del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 .. **29**
Figura 6- Ejemplo de reactivos del CORE-OM **30**
Figura 7- Puntuaciones Escala Global **48**
Figura 8- Puntuaciones Escala Enojo Rasgo **49**
Figura 9- Puntuaciones Inventario de Depresión (BDI) **50**
Figura 10- Puntuaciones Inventario de Ansiedad (BAI) **51**

INTRODUCCIÓN

A continuación, se muestra una breve revisión de conceptos que son fundamentales para la comprensión del caso. Se comenzará con el constructo de personalidad hasta abordar la génesis del trastorno de la personalidad evasiva, poniendo especial atención en la influencia de la estructura y dinámica del sistema familiar. Por último, se describe la propuesta de tratamiento psicoterapéutico.

Personalidad

La personalidad es una mezcla de factores biológicos y ambientales. Estos últimos tienen que ver con la historia de la persona, con lo que aprende a través de su experiencia. Esta es la parte de la personalidad que corresponde al carácter, el cual, de acuerdo con Antonini (2016), surge del proceso de socialización individual, en el que se adquieren reglas y hábitos que guían el curso de la vida. En el carácter destaca el desarrollo de los esquemas, es decir, las creencias y aprendizajes adquiridos en la infancia. A través de ellos, una persona organiza su visión del mundo y de sí misma: Se forma una manera estable y consistente de percibir y vivenciar las emociones, así como de relacionarse con los demás y con el entorno (Millon et al., 1996; Caballo, 2004). Dicha estabilidad la proporcionan los rasgos de personalidad, es decir, los "patrones estables de comportamiento que permanecen a lo largo del tiempo y en situaciones diversas" (Millon et al., 2006, p. 4). De la agrupación de estos rasgos resulta un patrón completo y una tendencia en el funcionamiento — es decir: un estilo de personalidad, o bien, por el contrario, un trastorno. En el estilo de personalidad, los rasgos son flexibles y posibilitan que una persona responda adaptativamente a las demandas de las diversas situaciones de la vida diaria (Caballo et al., 2009). Por otra parte, cuando los rasgos dejan de ser flexibles y dificultan el desenvolvimiento personal en la vida cotidiana, entonces se está en el terreno de los trastornos de personalidad (Caballo et al.,

2009). Millon (2006) expone la idea de continuidad entre los estilos de personalidad —que toda persona tiene— y los trastornos de personalidad: En la medida en que incrementa el grado de patología y el número de rasgos rígidos, crece también la posibilidad de que las dificultades se den en muchos de los aspectos de la vida. Este autor añade que las personas que tienen algún trastorno de la personalidad carecen de estrategias para la consecución de objetivos, así como para establecer relaciones interpersonales y para afrontar de manera positiva el estrés. Sus percepciones, necesidades y comportamientos refuerzan las dificultades preexistentes. Así, por trastornos de personalidad se entienden aquellos estilos o patrones en los que la personalidad funciona de manera desadaptativa en relación con su entorno (Caballo, 2004).

Estilo evasivo de la personalidad

Antes de entrar al trastorno de personalidad evasiva, se hará una breve revisión del estilo evasivo. De acuerdo con Millon et al. (2006), las personas con estilos evasivos de personalidad se perciben como una carga en las situaciones sociales, de la misma manera en que se sintieron percibidas por sus padres. Se sienten cohibidas e inadecuadas en la esfera social y tratan de mostrar lo menos posible de su persona. Como temen decepcionar a los demás, huyen de las situaciones en las que quedarían expuestas a la opinión de aquellos. Otras variantes del estilo evasivo son las personalidades sensible y vigilante (Millon et al., 2006).

Las personas que presentan una personalidad sensible se sienten cómodas en grupos pequeños y familiares, expresan sus pensamientos cuando se sienten en confianza, pero se preocupan por las opiniones de los demás porque necesitan de su aprobación. Se trata de personas contenidas y reservadas; se les dificulta profundizar en las relaciones. Las personas con un estilo vigilante se relacionan cautelosamente y están muy atentas a las críticas para evitar amenazas a su seguridad. La combinación de este estilo con el vigilante da una mejor idea del estilo evasivo, aun

dentro del rango de normalidad (Millon et al., 2006). También describe a la personalidad indecisa, que reúne los estilos sensible y vigilante pero ligeramente más patológicos. Entre las características resalta la sensibilidad a la indiferencia social y al rechazo, así como la escasez de seguridad. Son personas que se turban fácilmente y se cohíben, pues anticipan dificultades en sus relaciones personales y temen al ridículo. No obstante, cuando logran establecerse en un entorno social, suelen abrirse, ser amables, colaboradores y participar en equipo de forma productiva.

Trastorno de la personalidad evasiva

Por lo que se refiere a una perspectiva clínica, Nicenboim (2006) comenta que el Trastorno de Personalidad Evasiva (TPE) tiene las siguientes características:

- Su estilo comportamental los muestra con tendencia al apartamiento social, vergonzosos, desconfiados y distantes. Comportamiento y discurso controlado; se muestran aprensivos y embarazosos.
- Interpersonalmente son ultrasensibles al rechazo. Aún cuando desean fuertemente acercarse a otros, guardan distancias y se aseguran de contar con aprobación incondicional antes de abrirse. Tienden a testear a los demás para darse cuenta en quién pueden confiar.
- Su estilo cognitivo se describe como perceptualmente vigilante, lo que significa que están permanentemente escaneando el medio ambiente buscando datos que puedan ser potenciales amenazas o aceptaciones. Tienen baja autoestima debida a la devaluación de sus resultados y el énfasis desmedido de sus defectos.
- El estilo afectivo-emocional está marcado por la vergüenza y la aprensión. Dado que la aceptación indondicional es relativamente rara, experimenta rutinariamente tristeza, soledad y alta tensión. Cuando están más angustiados describen sentimientos de vacío y despersonalización. (p. 7)

Según Dimaggio (2006), las personas con TPE tienen un fuerte deseo de relacionarse de manera estrecha — sin embargo, experimentan de manera generalizada un sentimiento de exclusión en las relaciones grupales y de desapego en las relaciones diádicas; no obtienen un estado de satisfacción de pertenencia y compartimiento. Desconfían de las relaciones, no porque teman de las intenciones de los demás, sino porque tienen miedo a sentirse incómodos y humillados, pues experimentan un vacío relacional profundo que describen como ser ajenos al contexto. Por su parte, Millon (2006) añade que, en el ámbito social, las personas con TPE no pueden compartir su forma de ser con los demás y tienden a mostrarse con una falsa fachada. Esto se relaciona con el planteamiento de Lampe y Malhi (2021), quienes mencionan que las personas con TPE usan como defensa psicológica, ante la angustia que les genera el rechazo, la evitación de tomar consciencia de las emociones que experimentan. Se puede decir entonces que esta sensación de ser ajenos a la situación se explica por la constante supresión de las emociones. Si bien las personas con TPE se aíslan y viven la soledad con tristeza, son cercanos y tienen dependencia a su familia de origen, aunque vivan la relación de manera conflictiva (Dimaggio, 2008).

En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), el TPE se describe como un patrón dominante de inhibición social, de hipersensibilidad a la evaluación negativa y sentimientos de incompetencia, el cual inicia en las primeras etapas de la vida adulta y se manifiesta en distintos contextos de la vida. Se trata de un TPE cuando están presentes al menos cuatro de los siguientes criterios:

1) La persona evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

2) Se muestra con escasa disposición para establecer relaciones con otras personas, a no ser que tenga la seguridad de que será aceptada.

3) Se muestra retraída en las relaciones estrechas por temor a ser avergonzada o ridiculizada.

4) Se preocupa por la crítica o el rechazo en situaciones sociales.

5) Se muestra inhibida en situaciones interpersonales nuevas, debido al sentimiento de falta de adaptación.

6) Se ve a sí misma como socialmente inepta, poco atractiva e inferior en comparación a los demás.

7) No asume riesgos personales o es reacia a participar en nuevas actividades porque le resultan embarazosas.

Algunos autores cuestionan que el TPE sea un trastorno independiente, pues consideran que bien podría estar situado dentro del mismo espectro de los trastornos de ansiedad, ya que comparte muchas características que son indistinguibles del trastorno de ansiedad social. Podría tratarse de dos polos de un continuo: desde la ansiedad social en su forma más leve, en la que la persona tiene miedo a uno dos situaciones sociales; hasta el TPE, el más grave, donde la persona teme a todas las situaciones sociales y que comienza a una temprana edad. Por lo general, las personas que tienen dicho diagnóstico están predispuestas genéticamente a la ansiedad crónica. Por el contrario, hay autores que sostienen que, en el TPE, el no-compartimiento en las relaciones es lo que ocasiona la baja autoestima y la confirmación de la propia inadecuación; mientras que, en la fobia social, la autoestima se vincula con el éxito de la actividad y con la evaluación que dan las otras personas (Black & Andreasen, 2015; Caballo, 2004; Dimaggio, 2008).

La personalidad desde un enfoque familiar

En la psicoterapia de enfoque sistémico, la sintomatología del paciente se entiende desde el contexto de la familia. Un síntoma tiene la función de proteger y mantener el equilibrio del

sistema familiar aun cuando limite la posibilidad de desarrollo de la persona (Moreno & Fernández, 2014). Satir (1988) lo considera un esfuerzo de adaptación que se puede comprender buscando su significado en la familia. Desde este enfoque, la mirada se amplía: No se centra en el individuo, sino que se extiende a las interacciones entre los miembros del sistema familiar y extrafamiliar, entrando así al terreno de lo multicausal y circular. Es por esto que para la terapia sistémica es fundamental conocer y comprender la dinámica, los patrones de comportamiento y la composición de la familia — es decir, su estructura. Minuchin (2003) señala que "la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia" (p. 86). De esto se puede extraer que la estructura familiar es una herramienta que ayuda al terapeuta a organizar y a hacer tangible los datos que observa, percibe y piensa en relación con la familia, con el fin de llegar a intervenciones eficaces.

Como se mencionó antes, hay una parte de la personalidad en cuyo desarrollo influyen los factores ambientales, es decir, todo aquello que es externo que incluye el proceso de socialización e impacta en las características que una persona obtiene durante su crecimiento. Aquí se puede remarcar el peso del sistema familiar: En el desarrollo de rasgos de personalidad, ya sean flexibles o rígidos, la familia tiene un papel fundamental, en tanto entidad que de forma más inmediata contribuye a conformar la personalidad de cada uno de los miembros. Minuchin (2013) destaca que "sólo la familia, la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad suficiente para la educación de niños que no serán 'extraños en una tierra extraña', que tendrán raíces suficientemente firmes para crecer y adaptarse" (p. 80).

Vínculo padres–hijos

Dentro de la dinámica familiar, resulta imprescindible la vinculación del niño con sus padres, desde el nacimiento y a lo largo de la infancia. Martínez et al. (2014) comentan que este

vínculo es “determinante en la conformación de la personalidad y marca en gran medida el estilo de convivencia de la persona con sus semejantes” (p. 7). En esta misma línea, Framo (1994) propone que, en las familias, los integrantes están unidos por un vínculo estrecho, donde cada uno forma parte de la psicología de todos, de modo que resuena en sus conductas. Este autor retoma la teoría de las relaciones objetales de Fairbain para destacar que el niño internaliza a las personas con las que genera sus primeros vínculos y produce representantes psíquicos de los objetos externos (padres o cuidadores). De dicha internalización resultan los objetos internos, los cuales pueden ser “buenos” o “malos”; esto depende de la gratificación del bebé con respecto a sus figuras externas. En ambos casos, los objetos internos se vuelven modelos y patrones de sus futuras relaciones íntimas. Esta propuesta se sitúa en el ámbito familiar: Las experiencias que se dan dentro de la familia de origen modulan y organizan la interacción entre los objetos internos y externos (Framo, 1994). El niño internaliza las características efectivas de los padres y su relación de pareja, así como las distorsiones de su propia percepción. Todo esto lo incorpora a la estructura de su *self*. En consonancia con esta propuesta, Ríos (citado en Martínez, 2014) aporta la diferencia entre el vínculo madre–hijo y el de padre–hijo: El rol de la madre, en cuanto a contacto emocional, es determinante en la formación de la personalidad durante los primeros años de vida. Si este contacto es bloqueado, repercutirá en una desadaptación al entorno y en la convivencia con otras personas. Añade que, por lo que respecta al padre, es él quien fortalece el proceso de identificación que el hijo necesita para completar su desarrollo personal: Es el encargado de fomentar una adhesión apropiada al sistema de valores.

Apego

Por su parte, la teoría del apego señala que el desarrollo del vínculo de apego inicia en los primeros meses de vida y se caracteriza por la búsqueda de seguridad y confort en otra persona (figura de apego: madre o persona cuidadora) en momentos de estrés. Esto implica la activación

del sistema conductual de apego ante situaciones de amenaza y/o peligro, con la meta de lograr la regulación para retornar a un estado homeostático, lo cual se relaciona con la receptividad emocional del cuidador (Lecannelier, 2009; Wallin, 2007). Dicho vínculo se conforma de recuerdos, sentimientos, expectativas, intenciones y deseos que funcionan como filtro para recibir e interpretar las experiencias interpersonales y se mantiene aun cuando las conductas de apego no se activen (Repetur & Quezada, 2005). Esto significa que, en los primeros años de vida, con las interacciones que los niños tienen con las figuras de apego, van formándose de manera paulatina representaciones generalizadas sobre su *self*, sobre las figuras de apego y sobre las relaciones. Dichas representaciones serán una guía para la comprensión y el comportamiento de las relaciones más íntimas a lo largo de la vida (Soares & Dias, 2007). No obstante, también se van complejizando, reinterpretando, ajustando y remodelando durante todo el ciclo (Barroso, 2011). De la relación de apego madre–hijo puede surgir el sentimiento de confianza básica que será fundamental para el desarrollo de la personalidad adulta; en estos casos se habla del desarrollo de apego seguro (Ríos, citado en Martínez, 2014).

En los estilos de apego, determinados por el estilo de crianza–relación afectiva con el que es cuidado un niño, la sensibilidad y receptividad materna hacia la interpretación de las señales de sus necesidades, las respuestas que ella les da y, en general, la forma en que trata e interactúa con el niño, son aspectos clave para el desarrollo de un estilo de apego (Barroso, 2014; Gayá et al., 2014). Ainsworth realizó profundas investigaciones relacionadas con las teorías de Bowlby y clasificó los estilos de apego en seguros e inseguros; dentro de estos últimos está el evitativo y el ansioso ambivalente. Las personas que desarrollaron un estilo de apego seguro, logran construir representaciones positivas de su *self* y de las demás personas, en cuanto a figuras en las que se puede confiar; mientras que, en las personas que tienen una historia de apego inseguro, el resultado

es la construcción del mundo y de su *self* como algo imprevisible, lo que genera desconfianza, falta de valor, carencia de valores o la ambivalencia (Bowlby, citado en Soares & Dias, 2007).

Estilo de apego ansioso ambivalente

En el apego ansioso ambivalente, las figuras de apego oscilan entre insensibilidad–sensibilidad, sin importar las conductas del bebé. La característica de la figura de apego es la ambivalencia. Su inconsistencia e inconstancia en las muestras de afecto origina una fuerte angustia en el bebé, de modo que el sistema de apego se mantiene activo constantemente, y repercute negativamente en la disminución de su capacidad y deseo de exploración (Barroso, 2011). Por otra parte, las figuras de apego son también intrusivas y, en ocasiones, satisfacen necesidades que el niño no presenta: Entran en su psiquismo e invalidan sus deseos (Barroso, 2011). Según Main (citado en Soares & Días, 2007), en el estilo de apego ambivalente/resistente, las estrategias secundarias utilizadas para afrontar las situaciones de estrés son la hipervigilancia y la preocupación por la accesibilidad de la figura de apego. Este estilo se correlaciona con rasgos de evitación del contacto interpersonal, dependencia, ánimo bajo, patrones de déficit interpersonales y sociales, ansiedad social y evitación, mayor severidad en la sintomatología depresiva y menor satisfacción con la vida (Rosenstein, 1993, citado en Repetur & Quezada, 2005; Soares & Dias, 2007). Al llegar a la adultez, estos niños pueden llegar a experimentar preocupación obsesiva, dependencia emocional, hipersensibilidad ante las emociones negativas y angustia intensificada (Barroso, 2011). Bowlby (citado en Soares & Días, 2007) señala que gran parte de los trastornos de ansiedad son explicados analizando la disponibilidad de la figura de vínculo desarrollado en contextos familiares, en el que se encuentra un alto control parental ejecutado por la sobreprotección o el rechazo. Por su parte, Schaefer (2015) menciona que “las formas recurrentemente invalidantes de relación y la existencia de relatos co-creados de insuficiencia,

promueven acciones de renuncia, evitación, postergación y preparación constante, haciendo que la ansiedad frente al escenario social adquiera una connotación problemática" (p. 38).

Triangulaciones

Una vez abordado el tema del vínculo de los padres con los hijos, es pertinente detenerse en algunos aspectos del funcionamiento familiar que tienen relevancia en el proceso de desarrollo de la personalidad.

Pasando a una perspectiva relacional sistémica, la personalidad es, de acuerdo con Linares (2007), "la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en el diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un substrato biológico y por un contexto cultural*"* (p. 383). Al hablar de experiencia relacional acumulada, Linares enfatiza que las personas son moldeadas y definidas por la vivencia subjetiva de ser amado, la cual sirve como base para la construcción de la personalidad. Así pues, el amor complejo —que puede o no estar presente en la relación parento-filial— es un proceso nutricio de la personalidad. En este proceso es imprescindible la influencia de la familia, pues es "el espacio donde se generan y desarrollan los estímulos relacionales más influyentes sobre la maduración individual (la nutrición relacional)" (Linares, 2007, p. 386). Así, la comprensión de los trastornos de la personalidad lleva a un análisis de la dinámica familiar, sobre todo aquello que sucede en el subsistema conyugal y parental, dimensiones necesarias para entender la nutrición relacional. El hacer amoroso parental radica en la preparación de los hijos para integrarse en la sociedad; se compone de la normatividad orientada al respeto de la sociedad, así como de la protección, con la cual se promueve que dicho respeto sea recíproco. La conyugalidad puede ser armoniosa o disarmónica. La armonía conlleva la capacidad para resolver los conflictos y la capacidad de negociación de la pareja. Con base en las diversas combinaciones de formas de parentalidad y conyugalidad, se puede hablar de familias trianguladoras, deprivantes

o caóticas (Linares, 2007). En las primeras hay una mezcla de conyugalidad disarmónica con una parentalidad primariamente conservada. Esto quiere decir que el sistema parental pierde la capacidad de resolución de conflictos de pareja y por ello establecen alianzas con los hijos.

Por otra parte, para Haley (1998, citado en Serrano, Galán & Vallejo, 2009) los triángulos son una alternativa común de afrontamiento que despliega la pareja en la familia ante situaciones de estrés o tensión. En ellos, la madre se relaciona con el hijo, teniendo en cuenta su diferenciación entre ellos. La relación entre los padres es adecuada y la pareja es capaz de identificar las situaciones en las que el hijo no tiene cabida en el subsistema conyugal. Por su parte, el padre se puede relacionar bien con el hijo y existe un compromiso en la relación. Desde esta perspectiva, los triángulos aparecen como una forma de la díada (pareja) para enfrentar las situaciones de ansiedad; dos miembros de la familia con diferente jerarquía o que pertenecen a generaciones distintas forman una coalición, que se dirige contra el otro miembro de la tríada. Se caracterizan por tener un clima emocional intenso y límites muy rígidos; generalmente, cuando los momentos de tensiones y ansiedad desaparecen, el sistema puede volver a la estructura de tríada. No obstante, cuando de manera inconsciente u oculta se rompen los límites que separan a los miembros de diferentes generaciones, el triángulo puede devenir perverso, y así convertirse en una figura patológica. Los síntomas aparecen cuando esta forma se mantiene por mucho tiempo y cuando la coalición no se reconoce.

Otro autor que teoriza sobre las triangulaciones en la familia es Minuchin (2003). Para él, este constructo deja ver los problemas en los límites de los subsistemas. Sucede cuando alguno de los padres recurre al hijo con la intención de que se una a él o ella para ir en contra del otro; el padre no aliado es excluido de la tríada y percibe el comportamiento del hijo como un ataque. Dicha situación genera un notable sufrimiento en el hijo.

Según Linares (2007), de las disfunciones relacionales ocasionadas por la disarmonía conyugal de los padres o pareja parental, resulta uno de los tipos de triangulación que explica la génesis de los trastornos que tienen en común la ansiedad (trastornos neuróticos). Dentro de ellos se encuentran los trastornos de la personalidad del grupo C, en el que se ubica el trastorno de personalidad evasiva (TPE). Por consiguiente, siguiendo esta línea de pensamiento, la etiología del TPE puede ser explicada por la presencia de las triangulaciones manipulatorias, es decir, las situaciones en las que alguno de los padres, o ambos, se alía o alían con el hijo, proponiéndole beneficios para ganarlo. Entonces, le transmiten el mensaje "yo te puedo dar más que el otro" y, como consecuencia, le generan conflictos de lealtad, ansiedad y miedo de perder a alguno de sus padres, pues imagina una limitación de afecto por parte del padre no aliado. No obstante, este autor menciona que, si la alianza con alguno de los padres se establece de manera permanente, entonces la pérdida del otro padre pasa del plano de la fantasía a la realidad, pues le retira su afecto y se muestra hostil. Cuando esto sucede, aparecen síntomas del espectro depresivo (Serrano, Galán & Vallejo, 2009).

Diferenciación del sí mismo

Uno de los conceptos fundamentales de la teoría familiar de Bowen (2010) es la masa indiferenciada del yo de la familia, que describe como una entidad emocional aglutinada en la que madre e hijo tienen una relación simbiótica, donde el padre está igualmente comprometido con la madre y el hijo. Este autor señala que lo esencial de este concepto es el elevado grado de compromiso emocional que mantienen los integrantes de la familia, que, a su vez, tiene que ver con el grado de diferenciación del sí mismo de cada integrante, que puede ir desde la nula diferenciación hasta la diferenciación completa. Para Bowen, las personas, según se sitúen en esta escala, comparten una serie de características que tienen que ver con el grado en que pueden

equilibrar su funcionamiento emocional e intelectual y con el nivel en que manejan la vinculación y la autonomía en sus relaciones interpersonales. Expone también que esta autonomía deriva del proceso de desvinculación del estado primario de fusión con la madre (aquí cabe destacar la importancia de la figura del padre, quien viene a romper ese estado simbiótico), moviéndose hacia su propia autonomía emocional.

Tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad evasiva

Por último, en relación al tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad evasiva, o bien, de quienes presentan algunos rasgos evitativos de personalidad, Lampe y Malhi (2021) reportan que, aunque hay pocas investigaciones, estas concluyen que la terapia congnitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la psicoterapia de esquemas, así como la terapia de apoyo para expresión de emociones, han dado resultados favorables. Destacan que la selección del tratamiento debe basarse en una formulación abarcadora e individualizada que tome en cuenta el funcionamiento emocional y relacional. Siguiendo a Dimaggio (2008), es importante que los pacientes aprendan y pongan en práctica el reconocimiento y la expresión de sus estados de sufrimiento emocional; de lo contrario, no se podrá intervenir en lo referente a su autoobservación y la comprensión de dichos estados con las diversas situaciones y variables ambientales y relacionales. En palabras de este autor, el objetivo del trabajo psicoterapéutico es “devolver al paciente al mundo relacional y social, de manera que se sienta más cercano y partícipe de la vida con los demás, con menor sufrimiento y desapego” (Dimaggio, 2008, p. 431).

Tratamiento desde el enfoque sistémico

Al hablar de psicoterapia desde el enfoque sistémico, es importante subrayar su postura despatologizante, es decir, asumir que los problemas que llevan a una persona o a una familia a solicitar el servicio no tienen origen en las personas sino que “se generan o mantienen en los

procesos de interacción que se dan entre los individuos y en las creencias, narrativas o visiones del mundo que se originan y mantienen en la interacción entre los individuos, la familia y el contexto social más amplio" (Moreno, 2014, p. 216).

Serrano et al. (2009) señalan que el modelo sistémico relaciona las configuraciones psicopatológicas con algunas estructuras familiares disfuncionales, en las que se evidencian transacciones y límites inadecuados entre sus integrantes. Minuchin (2013) menciona que las familias que llegan a terapia en busca de soluciones enfrentan dificultades de acomodación a nuevas situaciones, de modo que las tensiones que viven las lleva a incrementar la rigidez de sus pautas y límites transaccionales, lo que hace que no puedan ver otras alternativas.

En términos de la psicoterapia sistémica, derivada de un modelo del funcionamiento familiar como guía para el tratamiento, el terapeuta tiene por tarea monitorear el efecto de los episodios significativos en el interior del sistema familiar y orientar al paciente para que pueda organizar y desarrollar sus competencias relacionales (Peruzzi & Viaro, citado en Canevaro, 2014).

Una vez señalado esto, más allá del diagnóstico clínico, para este estudio de caso abordado desde el enfoque sistémico, surge la necesidad de trabajar con las transacciones y la estructura familiar, recordando que la aparición del síntoma es una expresión de la familia para mantener el equilibrio del sistema. En este sentido, la propuesta de tratamiento desde el enfoque sistémico es generar cambios en la estructura u organización familiar, mediante la implentación de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia. Al modificarse la posición de los miembros del sistema del paciente, éste cambia sus experiencias subjetivas (Minuchin, 2013).

A nivel intrapsíquico, el trabajo familiar fomenta una reorganización del mundo interno de representaciones mentales del paciente (Framo, 1994); en consecuencia, resulta una percepción más sana del sí mismo y la posibilidad de vincularse de un modo más adecuado. De igual forma,

son relevantes en la propuesta de tratamiento la reescritura de las narrativas de vida y la reestructuración de memorias presentes de eventos pasados. Schaefer & Rubí (2015) ponen sobre la mesa la importancia de comprender cómo se forma la experiencia ansioso-social, tomando en cuenta elementos temporales, relacionales y del propio *self* para identificar lo que ellos llaman "mapas narrativos", desde los cuales están vinculados identidad y procesos relacionales. Se trata de buscar allí significados y relatos que guíen a la comprensión del modo de ser de las personas con temor a los demás, de modo que las intervenciones apuntan a sustituir el significado de esas narraciones. Este tipo de intervenciones es de utilidad porque, deconstruido el relato problemático y desarrollado un relato alternativo en el que se incluyan nuevos significados e interpretaciones, deja de ser necesario proveer al paciente de orientaciones que reconfiguren pautas de comportamiento (Schaefer & Rubí, 2015).

ESTUDIO DE CASO

A continuación se presentan los objetivos del estudio de caso, los datos de identificación del paciente, una descripción de su sistema familiar y el motivo de consulta.

Objetivos del tratamiento

En este sentido, los objetivos del tratamiento para el caso abordado son los siguientes:

- Objetivo general: Incrementar su confianza al relacionarse con otras personas.
- Construir narrativas alternativas para atribuir nuevos significados a experiencias pasadas en las relaciones familiares.
- Modificar las interacciones existentes, e implementar nuevas, entre los miembros de la familia.
- Lograr mayor autonomía emocional a través de la diferenciación de su familia.

Datos de identificación del paciente

Nico (pseudónimo) es un joven adulto de 21 años, originario de la ciudad de Puebla. Es estudiante y cursa el 7º semestre de la licenciatura en Economía.

Nico es un chico reservado y tímido. A lo largo de su proceso psicoterapéutico mantuvo una actitud colaborativa. Entre las características observadas en él, destaca el tono bajo de su voz y el ritmo lento y parsimonioso de su discurso. También llama la atención su escasa expresión facial y que, en muchas ocasiones, mantiene la mirada baja. Durante todas las sesiones tuvo un aliño regular, vestía con colores neutros y ropa casual.

Nico es soltero, sin pareja. Tiene un círculo reducido de amigos a quienes conoce desde la secundaria. Entre ellos está su ex novia, con quien mantiene una buena relación de amistad. Si bien Nico quiere ampliar su número de amigos y conocer gente nueva, las situaciones sociales lo ponen nervioso, se siente torpe e incapaz de hacerlo.

En la figura 1 se muestra el genograma de Nico, en el cual se puede observar la estructura de su sistema familiar.

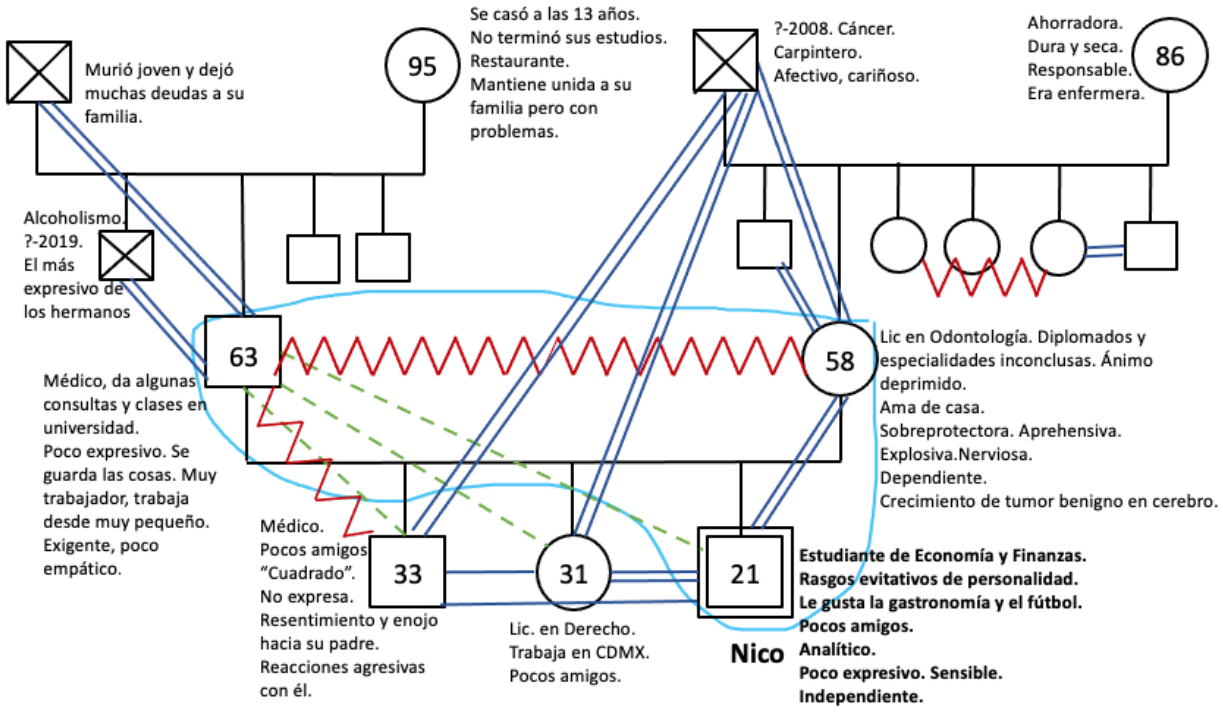


Figura 1- Genograma del cliente

En la familia de Nico, el subsistema conyugal ha tenido dificultades continuas para afrontar sus problemas de pareja. Los límites entre ellos son rígidos. Los límites entre el subsistema parental y el subsistema filial son difusos: Los hijos interfieren en los problemas de pareja de los padres, dando mayor apoyo a la madre. Dos de los hijos han salido del hogar, no obstante, han vuelto a casa de los padres en diversas ocasiones. En el subsistema madre–hijos, existe un sobreinvolucramiento y aglutinamiento. Se trata de una madre sobreprotectora que muestra excesiva preocupación por el bienestar de sus hijos. Esto también sucede en el sentido contrario: Los hijos se muestran preocupados por su madre, a quien perciben como una mujer nerviosa y deprimida. El padre de Nico es un padre periférico, cuyo principal rol ha sido el de proveedor de la familia; hay distanciamiento entre él y los hijos. Los tres hermanos llevan una buena relación;

sin embargo, Nico es más cercano a su hermana. El hermano mayor de Nico es un hijo parentalizado, es el que está más distanciado y enojado con su padre. Nico y sus hermanos son más cercanos a la familia materna. Los hermanos de Nico vivieron con los abuelos maternos algunos años de la infancia, mientras sus padres trabajaban en otro municipio. La madre de Nico fue muy cercana a su propio padre, al igual que sus hijos mayores. Por su parte, el abuelo paterno murió cuando el padre de Nico era un niño.

Motivo de consulta

Nico solicita atención psicológica en el OPTA porque se le dificulta desenvolverse en situaciones sociales. Identifica ciertas actividades que hacen que se sienta ansioso e inseguro, como entablar una conversación con gente que le es poco familiar o bien participar en clase o en grupos grandes. Explica que tiene miedo a equivocarse, a que se rían de él y, sobre todo, a ser una molestia para los demás. No obstante, le gustaría sentirse seguro al socializar. Piensa que seguir evitando dichas situaciones hace que se pierda de buenos momentos en la vida. De igual forma, identifica que esto le podría generar problemas en diversos ámbitos de su vida, sobre todo en su futuro laboral y en sus relaciones de pareja. Cuando observa que no ha sido capaz de convivir con sus pares y que, poco a poco, al rechazar las invitaciones, lo han ido excluyendo de los planes entre amigos, Nico se siente triste y frustrado. Le gustaría poder establecer relaciones interpersonales sin sentirse inseguro y ansioso. Nico pone énfasis en que le gustaría trabajar el tema de su inseguridad.

Por otra parte, Nico refiere que le cuesta trabajo identificar y expresar sus emociones. Quisiera poder demostrar afecto a su familia a través de palabras y acciones concretas como abrazos o cercanía física, pero hasta ahora se siente incapaz de hacerlo. Más aún, Nico es una persona que tiende a analizar todo; expresa que sobrepiensa las cosas antes de hacerlas y esto influye en que decida no actuar, pues prevé escenarios donde las otras personas no responden como

él espera. De igual manera, su forma de darles muchas vueltas a las cosas hace que no pueda estar relajado y disfrutar del presente.

Anteriormente, Nico estuvo en un proceso psicoterapéutico en el OPTA, el cual tuvo una duración de 6 sesiones y quedó inconcluso por la contingencia ante la situación de pandemia por COVID-19. Si bien estuvo a gusto con el servicio e identificó avances en su proceso, no se sintió cómodo con el trabajo en línea, por lo que decidió no continuarlo. Sin embargo, algunos meses después resolvió retomarlo porque sentía que estaba perdiendo el progreso adquirido. Nico expresa que estuvo trabajando el tema de auto-confianza y la expresión de sentimientos

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR AL PACIENTE

Durante el proceso psicoterapéutico del presente estudio de caso, se utilizaron técnicas cualitativas como la observación y la entrevista clínica, así como instrumentos para obtener datos cuantitativos con respecto a la sintomatología de ansiedad, depresión, enojo y funcionamiento global de la vida del paciente. Los instrumentos que se aplicaron cada cinco sesiones fueron: Escala Global (Moreno, 2014), Escala de Enojo Rasgo (Moscoso & Spielberger, 1999), Inventario de Depresión de Beck (Jurado et. al, 1998), Inventario de Ansiedad de Beck (Robles et. al, 2009), Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (Hathaway & McKinley, 1995). Para evaluar el progreso y realizar el seguimiento del proceso terapéutico, se aplicó la escala Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (Feixas et al., 2012) tres meses después de haber finalizado el tratamiento. Todo esto se describe a continuación:

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este inventario, elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, es una escala tipo Likert que consta de 21 reactivos, a través de los cuales es posible medir la severidad de los síntomas de depresión en pacientes con y sin trastornos psicológicos. La escala discrimina entre niveles de depresión, así como entre depresión y ansiedad. El BDI contiene 3 factores interrelacionados: 1) actitudes negativas hacia sí mismo, 2) deterioro del rendimiento y 3) alteración somática. Dentro de la escala se encuentran categorías como: estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de ser castigado, odio a uno mismo, auto acusación, deseos de hacerse daño, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, inhibición en el funcionamiento, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de apetito y peso, preocupaciones somáticas y pérdida del deseo sexual. El BDI fue validado para la población mexicana por Jurado et al. (1998), obteniendo un alfa de Cronbach de 0.87 de confiabilidad.

En este inventario se obtienen puntuaciones en una escala de 4 puntos (de 0 a 3); entre mayor la puntuación, mayor es el grado de afectación. A continuación, se muestran algunos reactivos de inventario:

1. (0) Yo no me siento triste.

(1) Me siento triste.

(2) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.

(3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. (0) En general no me siento descorazonado por el futuro.

(1) Me siento descorazonado por mi futuro.

(2) Siento que no tengo nada que esperar del futuro.

(3) Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

Para medir los niveles de depresión, se toman en cuenta los siguientes puntos de corte:

Tabla 1

Puntos de corte del BDI

Puntaje	Nivel de depresión
0-9	Mínimo
10-16	Leve
17-29	Moderado
30-63	Severo

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este inventario, desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer, tiene la finalidad de valorar la severidad de la sintomatología de la ansiedad, en tanto síntomas subjetivos y síntomas conductuales. Permite discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. El inventario de Ansiedad de Beck fue validado para la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), obteniendo un alfa de Cronbach que va de 0.83 a 0.84 de confibilidad.

El inventario consta de una escala tipo Likert con 21 reactivos. Su medición se hace con base en cuatro valores (de 0 a 3). La persona elige una puntuación (0= poco o nada y 3= severamente) con la que valora la intensidad con la cual ha experimentado síntomas de ansiedad durante la última semana. Algunos ejemplos de los reactivos se muestran en la siguiente imagen:

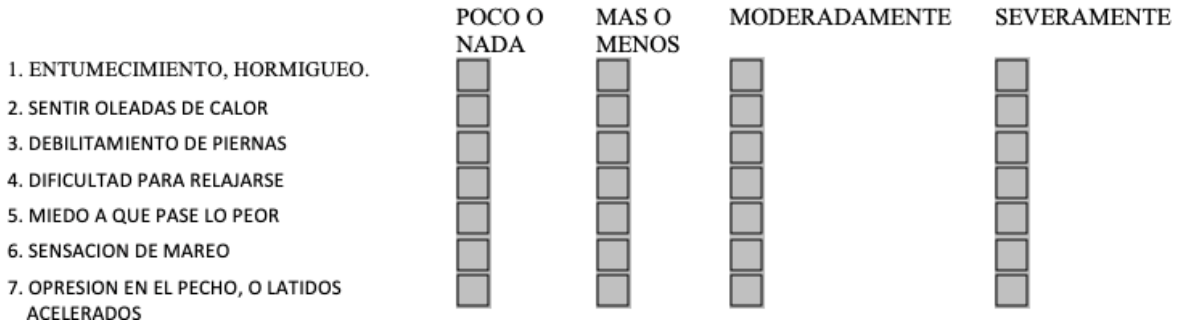


Figura 2- Ejemplo de reactivos del Invetario de Ansiedad de Beck

Escala Enojo Rasgo

La Escala Enojo Rasgo (Moscoso y Spielberger, en Moscoso, 2000) es una escala perteneciente al Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y Hostilidad (ML-STAXI). Evalúa la disposición a experimentar sentimientos de enojo u hostilidad como rasgo de personalidad; es decir, mide la predisposición del enojo ante diversas situaciones. La validación de la Escala Enojo Rasgo para la población mexicana estuvo a cargo de Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2011), obteniendo un alfa de Cronbach de 0.83 de confibilidad. Este instrumento consta de una escala tipo Likert de 10 reactivos, que pueden ser calificados en un rango de 4 puntos (1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= frecuentemente, 4= casi siempre). A mayor puntuación, mayor es el grado de afectación.

La escala se muestra a continuación:

COMO ME SIENTO GENERALMENTE	(1)Casi nunca	(2)Algunas Veces	(3)Frecuen-temente	(4) Casi Siempre
1 soy muy temperamental (enojón).				
2 Tengo un carácter irritable.				
3 Exploto fácilmente.				
4 Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado.				
5 Me enojo muy fácilmente				
6 Me pongo furioso cuando me critica delante de los demás.				
7 Me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos.				
8 Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco.				
9 Me enojo cuando alguien me arruina mis planes.				
10 tengo un carácter enojón.				

Figura 3- Reactivos de la Escala Enojo Rasgo

Tabla 2

Puntos de corte de la Escala Enojo Rasgo

Puntaje	Nivel de enojo	Evaluación
10-16	Bajo	La persona dificilmente se enoja.
17-22	Promedio o normal	Reacciones de enojo promedio, en relación a la mayoría de las personas.
23-40	Alto	La persona tiene mayor posibilidad de enojarse fácilmente ante situaciones del entorno.

Escala Global

La Escala Global (Alcázar, 2011; publicada en la tesis de grado de Moreno, 2014) es una escala tipo Likert compuesta de 7 reactivos, los cuales miden el funcionamiento en las siguientes áreas: laboral, escolar, pareja, familia, salud física y sexual. Cada reactivo se califica en una escala de 6 puntos; a mayor puntuación, mayor grado de afectación. La escala se muestra a continuación:

Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas…	1 Nada	2 Casi nada	3 Poco	4 Regular	5 Mucho	6 Muchísimo
1 Mi vida social habitual (relaciones de amistad) esta siendo perjudicada…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mi funcionamiento en el trabajo/ escuela/ labores del hogar está siendo perjudicado…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Mi relación con mi familia está siendo perjudicadas...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Mi salud física está siendo perjudicada…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mi vida en general está siendo perjudicada…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mi relación de pareja está siendo perjudicada... ☐ Yo no tengo pareja	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Figura 4- Reactivos de la Escala Global

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMP-2)

El MMPI-2 (Hathaway & McKinley, 1995) es un inventario autodescriptivo que evalúa 40 factores de la personalidad y desórdenes emocionales. De igual forma, permite elaborar un perfil psicológico de los rasgos de personalidad de la persona que se evalúa. El MMPI-2 abarca factores como: salud, sistema nervioso, sensibilidad, familia, hábitos, ocupación, educación, actitudes, fobias, así como la adaptación personal y social, entre otros (Pérez & Verduzco, 2014). Consta de 567 reactivos, en los que se tiene la opción de responder verdadero o falso. Se compone de escalas clínicas, de contenido, sumplementarias y de validez, de las cuales se obtiene una puntuación T, que tiene una interpretación clínica. El punto de corte clínicamente significativo es $T \geq 65$. El MMPI-2 ha sido adaptado para la población mexicana por Lucio, obteniendo una confiabilidad de 0.85.

29. A veces siento deseos de maldecir.

30. A menudo tengo pesadillas.

31. Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.

32. He tenido muy peculiares y extrañas experiencias.

33. Raras veces me preocupo por mi salud.

34. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.

Figura 5- Ejemplo de reactivos del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2

CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure

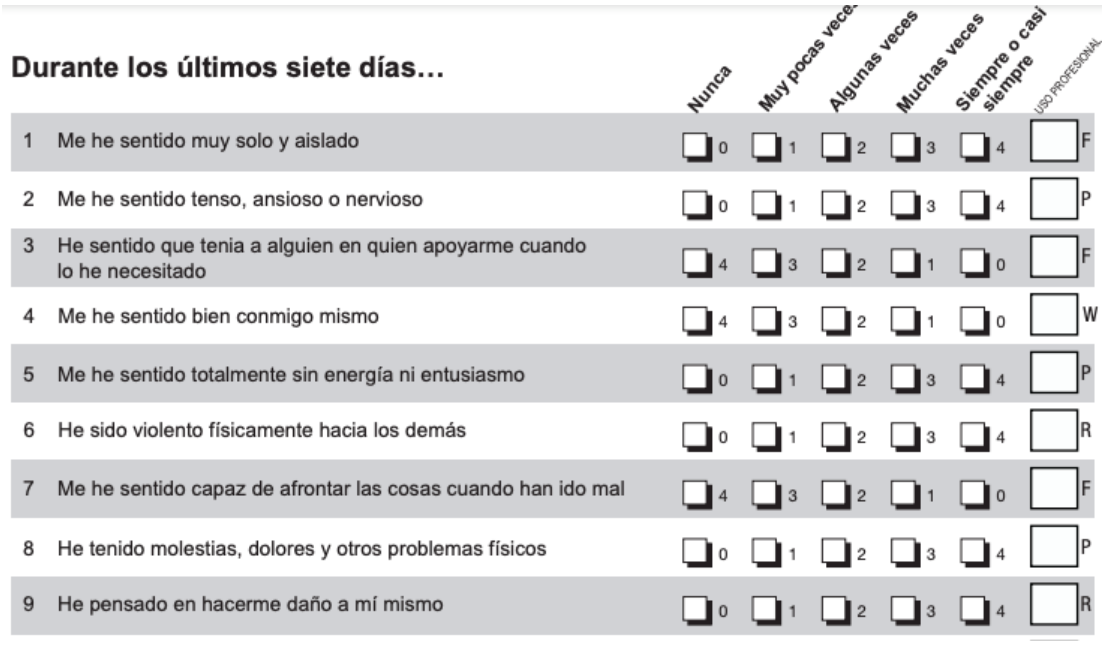
El CORE-OM es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Core System Group y adaptado al español por Feixas et al. (2012). Tiene por objetivo evaluar el progreso y realizar el seguimiento del proceso terapéutico. Está compuesto de 34 ítems que evalúan las siguientes dimensiones: Bienestar subjetivo (W), 4 reactivos que valoran el bienestar y el malestar en general, a mayor puntuación, mayor malestar; Problemas/Síntomas (P), 12 ítems que valoran la ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos; Funcionamiento en general (F), 12 ítems que evalúan relaciones de intimidad, sociales y nivel de funcionamiento cotidiano; y el riesgo (R), 4 reactivos que funcionan como indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones y actos de agresión a terceros. Se puede puntuar cada ítem con un valor de 0 a 4; a mayor puntuación, mayores problemas o síntomas. Para calificar esta escala, se realiza un promedio de la puntuación total y se multiplica por diez. A continuación se muestra la interpretación de la puntuación:

Tabla 3

Puntos de corte de la escala CORE-OM

Puntaje	Nivel de afectación
0-10	Afectación leve
11-15	Afectación medio
16-20	Afectación moderado
21-25	Afectación moderado-severo
Más de 25	Afectavión severa

El CORE-OM tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.90 para todas las dimensiones. Además, muestra una buena estructura factorial (Feixas et al., 2012). Algunos ejemplos de los reactivos se muestran en la siguiente imagen:



Durante los últimos siete días…	Nunca	Muy pocas vece-	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1 Me he sentido muy solo y aislado	0	1	2	3	4	F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	0	1	2	3	4	P
3 He sentido que tenia a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	4	3	2	1	0	F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	4	3	2	1	0	W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	0	1	2	3	4	P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	0	1	2	3	4	R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	4	3	2	1	0	F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	0	1	2	3	4	P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	0	1	2	3	4	R

Figura 6- Ejemplo de reactivos del CORE-OM

FORMULACIÓN DEL CASO

En este capítulo se abordará la conceptualización del caso. En un primer paso, se mostrará la formulación clínica del caso; posteriormente, se realizará su formulación desde el enfoque sistémico.

Formulación clínica

A continuación, se presentan los signos y síntomas que se identificaron mediante la entrevista clínica. Después se muestran ordenados conforme a la evaluación multiaxial del DSM-4 TR.

Nico es un joven adulto de tez blanca y cabello oscuro, de complexión delgada. Usa lentes de aumento. Su tono de voz es bajo, su discurso es estructurado, de ritmo lento y parsimonioso. Por lo que respecta a su lenguaje, es claro y gramaticalmente correcto. Su estilo de vestimenta puede ser descrito como casual y con predominio de colores neutros. Durante el proceso psicoteráuticopsicoterapéutico, Nico asistió a sus sesiones siempre en punto de la hora que le correspondía, lo cual denota un cumplimiento fiel con respecto a la puntualidad.

En cuanto a los síntomas, Nico presenta dificultad al interactuar con personas poco conocidas. Cuando lo hace, generalmente conlleva activación fisiológica: le sudan las manos, su corazón se acelera y presenta rosácea en el rostro. También tiene interferencia cognitiva por pensamientos distractores. Se siente inepto socialmente y teme al rechazo; por tal motivo, mantiene un aislamiento social activo, situación que considera preocupante y frustrante. Más aún, Nico se queja de su dificultad para relajarse y disfrutar. Tiende a desanimarse y pone mayor atención en sus desaciertos. Se identifica un humor depresivo, desanimo y desmotivación constante. Se percibe a sí mismo falto de seguridad y frágil; carece de confianza tanto en sí mismo como en otras personas. Otro punto importante es que, si bien le gustaría poder expresar afecto a sus seres

queridos, mantiene gran control sobre sus emociones, sobre todo con la expresión de la tristeza, el cariño y el afecto. Tiende a estar preocupado y a ser pesimista. La incertudumbre lo incomoda. Es vulnerable a los cambios no previstos y presenta síntomas de ansiedad ante situaciones nuevas. Prefiere no involucrarse en riesgos personales. Se considera una persona muy consciente de sí misma.

El diagnóstico multiaxial se muestra a continuación:

Eje I:

- Síntomas de ansiedad.
    - Dificultad para controlar la preocupación.
    - La ansiedad causan malestar significativo en lo social.
- Síntomas de depresión.
    - Baja autoestima.
    - Sentimientos de desesperanza.
    - Poca energía.
    - Dificultad para tomar decisiones.

Eje II:

- Rasgos de Personalidad evasiva (F60.6)
    - Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
    - Le preocupa ser rechazado o ridiculizado en situaciones sociales.
    - Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.

    - Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
- Rasgos de personalidad dependiente (F60.7)
    - Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo, debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad.
- Rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva (F60.5)
    - Preocupación por el orden, la organización, la limpieza.
    - Tiene estándares estrictos para la realización de sus actividades académicas.
    - Ansiedad ante la novedad.
    - Control sobre las emociones.

Eje III:

- No se identificó ninguna patología.

Eje IV:

- Problemas relativos al grupo primario: Límites difusos entre el sistema conyugal y el parental. Nico se mantiene más cercano a su madre, por quien constantemente está preocupado. Está enojado con su padre y rechaza el contaco con él. Nico es distante emocionalmente a ambos. Escasa diferenciación de su familia.
- Problemas relativos al ámbito social: Dificultad para relacionarse con personas desconocidas y para establecer vínculos afectivos.

Eje V:

- 60 síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

Con respecto al diagnóstico diferencial, en relación al Eje I, es relevante señalar que, aunque Nico tiene sintomatología depresiva, no cumple los criterios para ninguno de los trastornos depresivos. Por otra parte, se descarta el trastorno de ansiedad social (F40.10) porque no se cubre el criterio de la duración del trastorno. De acuerdo con su propio relato, la ansiedad que le generan las situaciones sociales comenzó de manera más marcada durante la adolescencia y se ha mantenido hasta sus 21 años. Por otra parte, este trastorno puede solaparse con el trastorno de la personalidad evasiva (Caballo, 2004), de modo que ambos diagnósticos pudieran ser conceptos alternativos del mismo trastorno. En lo referente al Eje II, la sintomatología de Nico presenta rasgos de personalidad evasiva, pero no a nivel de trastorno, pues no cumple con los criterios 1, 5 y 6. De igual forma, están presentes los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y de la personalidad dependiente, aunque destacan los rasgos evasivos.

Formulación del caso desde el enfoque sistémico

La familia de Nico se encuentra en la fase en la que los hijos se van del hogar: Dos de los hijos se han independizado y él se encuentra entrando en la etapa de joven adulto, la cual corresponde al estadío de la intimidad versus aislamiento (Erickson citado en Bordignon, 2005). En la familia de Nico, el subsistema conyugal ha tenido dificultades continuas para afrontar sus problemas de pareja y que los límites entre ellos sean rígidos. Están presentes los estilos de comunicación confusa–directa y también confusa–indirecta, así como un involucramiento desprovisto de afecto en el que el interés recae en aspectos intelectuales y no se relaciona con los sentimientos (González & González, 2008). Los límites entre el subsistema parental y el subsistema filial son difusos: Los hijos frecuentemente interfieren en los problemas de pareja de los padres. Estos problemas surgen, desde la visión de Nico, por la diferencia de carácter y

personalidad entre los padres. El padre de Nico es el proveedor del hogar y se ha caracterizado por ser un padre periférico. Nico lo describe como una persona insegura, ausente y distante, como desinteresado de la familia. Esto ha dado lugar, frecuentemente, a discusiones y pleitos.

En el subsistema madre–hijos, existe un sobreinvolucramiento y aglutinamiento. Se trata de una madre sobreprotectora que en diversas ocasiones limitó el contacto de Nico con el mundo extrafamiliar. Nico recuerda un episodio de su infancia en el que, al regresar de un viaje escolar, encontró a su madre muy preocupada y en extremo ansiosa, incluso mareada. Nico se sintió extrañado, sin entender la relación entre su excursión y la reacción de su madre. Como hipótesis se plantea que este recuerdo, ligado a otras vivencias, va originando la creencia de que su ausencia causa malestar en su madre. Esto se deja ver en experiencias como la siguiente: “Cuando he salido con algunos amigos no puedo divertirme, no estoy en el presente, a veces pienso que podría estar en casa con mi mamá”. No obstante, Nico comenta que cuando sale con su madre y la acompaña a realizar sus actividades, piensa que podría pasar ese tiempo con amigos; pero recuerda que no se siente capaz de relacionarse, y que hacerlo implica estar preocupado por su madre. Se hace evidente que, desde su infancia, fue asociando su autonomía con causar malestar a su madre. Se puede hipotetizar también que, para Nico, orientarse a la satisfacción de sus necesidades y deseos es atentar contra el bienestar de su madre, al punto de relegarlos hasta no reconocerlos más. Esto último coincide con lo que en algunas ocasiones refiere en relación a no saber qué quiere en la vida.

En la relación madre–hijo es notoria una escasa diferenciación, situación que explica el bajo grado de autonomía emocional de Nico, así como su inseguridad, su auto-evaluación negativa, la evitación que sostiene con respecto a las relaciones de intimidad y su dificultad para reconocer y autorregular sus emociones (Bowen, 2010). Esto último se vincula con su sintomatología de

ansiedad. Cuando uno de los padres se aferra a un hijo de manera simbiótica (como en el caso de la madre de Nico), dicha situación tiene su origen en la falta de diferenciación del primero con respecto a sus propios padres (Boszormenyi-Nagy, 1994). Así, el nivel de diferenciación de los hijos está en estrecha relación con el de cada uno de sus padres (Bowen, 2010). Acorde a estas ideas, la madre de Nico ha mantenido un compromiso excesivo en la relación con sus hijos porque tiene una escasa diferenciación — es decir, un gran compromiso emocional con respecto a su familia de origen, específicamente en relación a su padre, con quien mantuvo una marcada dependencia emocional, misma que se ha extendido a los hijos. Siguiendo el pensamiento de Bowen (2010), la madre de Nico se casó con un hombre con un grado de diferenciación similar al de ella, en quien esperaba encontrar el apoyo que tuvo en la figura de su padre.

La figura del abuelo materno tiene relevancia en este sistema. Los hermanos de Nico, quienes son al menos 10 años mayores que él, vivieron una temporada con los abuelos maternos. De acuerdo con Nico, para sus hermanos mayores el abuelo fungió como un padre. Si bien esto no sucedió de la misma forma en su propio caso, la figura del abuelo está presente en la construcción de su figura paterna. Esto se hace evidente en narrativas en las que Nico expresa constante desacuerdo con la forma de ser y el comportamiento de su padre, sobre todo aludiendo a la distancia emocional y falta de interés que mantiene tanto con su madre como con él y sus hermanos. Nico espera que su padre sea de otra forma. Esto ha significado que se aleje y se muestre molesto. En contraposición, menciona la forma de ser del abuelo, a quien describe como interesado y apoyador. Otra hipótesis que surge es que Nico idealizó la figura de padre, introyectando las ideas y creencias de su madre sobre cómo debe ser un padre, mismas que ella tomó de su propia figura paterna. Nico percibe a su madre como alguien frágil emocionalmente, la ve triste y desilusionada. Se preocupa por ella y teme que se quede sola. Piensa que su madre se apoya en él

más de lo que él quisiera. Además, se hipotetiza que parte del enojo de Nico radica en que, si el padre no es cercano emocionalmente a la madre, él no puede comenzar a construir su autonomía, pues implicaría dejar sola a su mamá.

En cuanto a las creencias y mitos, se observa la creencia familiar: “Los buenos hijos ayudan a sus padres en todo” — patrón de comportamiento que ha visto en sus padres con respecto a los abuelos y que Nico continúa replicando. De igual forma, se detectó el mito de la unidad: En la familia de Nico hay desconfianza hacia personas ajenas al sistema; tienen la creencia de que los integrantes de la familia son las únicas personas en las que se puede confiar.

En este sistema familiar hay triangulaciones; siguiendo a Bowen (2010), esto significa que, al incrementar la tensión emocional del sistema conformado por dos personas y al superar un nivel dado —como es el caso del subsistema conyugal de la familia de Nico—, triangula a una tercera persona con el propósito de que la tensión se mueva en ese triángulo. Tomando esto como referencia, cabe destacar la jerarquía del subsistema de la madre, quien ejerce poder a través del establecimiento de alianzas con los hijos. Con frecuencia, ha recurrido a ellos con la intención de que se le unan en las disputas con su cónyuge, situación que es causa y al mismo tiempo refuerzo del notable desligamiento del subsistema padre–hijos. Como ejemplo, Nico relata un recuerdo de su infancia en el que su madre le solicitaba que se comportara, que no fuera una molestia para las otras personas, en el sentido de no pedir cosas. Les pedía a sus hijos no hacer cosas que pudieran agravar las dificultades de pareja. Esto concuerda con lo que Millon (2006) comenta de las personas con rasgos de personalidad evasiva, quienes se perciben a sí mismas como una carga en las situaciones sociales, de la misma manera que fueron percibidos por sus padres. Más adelante, en algunas ocasiones durante la adolescencia de Nico, la madre le pedía quedarse en casa en vez de salir con amigos, pues le preocupaba que, de sucederle algo, no podrían contar con el apoyo de

su padre, quien trabajaba fuera de la ciudad los fines de semana. Además, Nico menciona que en los momentos en los que ha estado más cercano a su padre, su mamá le señala que está de su lado y le cuestiona su interés por ella. Con base en estas narrativas, es posible construir la siguiente hipótesis: Nico aprendió a no expresar sus necesidades como una forma de contribuir al equilibrio de su sistema familiar.

Las observaciones hasta ahora mencionadas se relacionan con lo que propone Linares (2007) sobre la triangulación manipulatoria. La distancia emocional del padre de Nico es posicionada como causa de los conflictos, tanto de pareja como familiares en general. En este sistema familiar, entonces, la manipulación recae en el interés que la madre muestra hacia los hijos y en señalar la supuesta ausencia de éste en el padre. Dicho emplazamiento crea conflictos de lealtad en el hijo (Linares, 2007), quien mantiene el temor de la retirada de afecto del padre no aliado. Esto concuerda con lo que subyace al rechazo que Nico hace respecto de los intentos de acercamiento de su padre: Nico teme comprobar en experiencia propia lo que ha percibido como desinterés de su padre. Para Nico, en suma, elegir estar del lado de su madre ha significado rechazar a su padre.

Más aún, se enfatiza la correlación entre este tipo de triangulación y la presencia de síntomas de ansiedad y, de manera más específica, los trastornos de la personalidad del grupo C, los cuales se caracterizan por un monto de ansiedad (Linares, 2007). Nico tiene rasgos de las personalidades pertenecientes al *cluster* C, predominantemente de la personalidad evasiva.

Retomando lo que se comentó de la función del síntoma dentro del enfoque sistémico y destacando que el síntoma de un miembro de la familia es una forma de mantener el equilibrio de la estructura familiar (Minuchin, 2013), se sugiere que los síntomas de ansiedad y las conductas evasivas de Nico obstaculizan su interacción y relación con los sistemas extrafamiliares, de modo

que los evita. No obstante, obtiene una ganancia: Le sirven para permanecer dentro de su sistema familiar, cumpliendo el rol de cuidador y sostén emocional de su madre. De esta forma, contribuye a mantener la homeostasis del sistema familiar.

La relación de Nico con su madre ha estado marcada por un sobreinvolucramiento que, paradójicamente, ha estado desprovisto de afecto. Esto tiene que ver con el estilo de apego, que influye considerablemente en las relaciones afectivas establecidas en la edad adulta (Barroso, 2014). Se hipotetiza que el estilo de apego desarrollado por Nico es ansioso ambivalente. Parte de su narrativa coincide con la descripción hecha por Cassidy y Berlin (1994, citados en Lecannelier 2009), quienes mencionan que en este estilo las estrategias parentales de apego se caracterizan por "el mantenimiento de un estado 'preocupado' en donde el apego es exagerado hasta el punto en donde la autonomía es inhibida" (p. 79). Esto permite pensar en la sobreprotección ejercida por la madre en el cuidado de su hijo, la cual favoreció la inhibición de exploración de Nico, así como el desarrollo de la desconfianza en sus capacidades exploratorias y autónomas (Lecannelier, 2009). Por otra parte, en su narrativa se evidencia la distancia afectiva de su madre; relata que, en diversas ocasiones ante intentos de abrazos por parte de él, su madre reacciona distante o evadiendo dichos intentos.

Todavía cabe mencionar el concepto de lealtad familiar de Boszormenyi-Nagy (1994), la cual explica como "la existencia de expectativas estructuradas de grupo, en relación con las cuales todos los miembros adquieren compromiso" (p. 39). Dichos compromisos u obligaciones surgen de la interiorización de las expectativas respecto de un miembro en la familia, originadas en la historia multigeneracional. No cumplirlas significa engendrar sentimientos de culpa, los cuales fungen como fuerzas secundarias de regulación del sistema. Nico es un miembro sintomático de la familia, asume una lealtad implícita dentro de la familia, pues evita herir a cualquier otro

miembro mediante su cambio personal. Tomando en cuenta que desde esta visión cualquier movimiento orientado al logro de la autonomía es una imperdonable deslealtad, se puede hipotetizar que Nico “fracasa” al establecer relaciones interpersonales sociales externas para salvaguardar su leal adhesión a su madre.

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

En las siguientes líneas se presentan los objetivos que se persiguieron durante el tratamiento, seguidos tanto de la descripción de los aspectos generales como de algunas técnicas seleccionadas e implementadas a lo largo del tratamiento. Posteriormente, se presenta la decripción de lo que se realizó en cada una de las sesiones y, finalmente, se muestra un fragmento de la implementación de una de las técnicas.

Objetivo general terapéutico

- Incrementar su confianza al relacionarse con otras personas.

Objetivos específicos

- Fortalecer la autoestima.
- Reconocer estados internos y expresar emociones.

Objetivos específicos del enfoque sistémico.

- Construir narrativas alternativas para atribuir nuevos significados a experiencias pasadas de las relaciones familiares.
- Modificar las interacciones entre los miembros de la familia e implementar nuevas.
- Lograr mayor autonomía emocional a través de la diferenciación de su familia.

Elección de técnicas para el tratamiento

A continuación, se presentan algunas de las técnicas del enfoque sistémico que se incluyeron en el tratamiento, las cuales fueron seleccionadas teniendo en mente los objetivos psicoterapéuticos de cada sesión. Con respecto a esto último, Satir menciona que "una técnica es un curso de acción que se toma en un momento específico para lograr un resultado deseado, se seleccionan para satisfacer una necesidad específica con una persona o grupo de personas en un momento dado" (Satir, 1988, p. 307). También enfatiza que los elementos o las técnicas que el terapeuta usa en las sesiones están en estrecha relación con su propia personalidad y las creencias que posee de los seres humanos.

Uso de metáfora

En psicoterapia, el uso de la metáfora es vasto. Puede ser una sola palabra, una frase, una narración o analogías; por ejemplo, el relato de un caso o de un episodio de vida que guarde similitud con la del cliente (Bosco & Bertrando, 2008). De acuerdo con Haley (citado en Bosco & Bertrando, 2008), el terapeuta usa sus propias analogías mediante interpretaciones y explora las conexiones de las metáforas provenientes del paciente. Esta técnica se eligió tomando como referencia la teoría. Autores como Moreno y Fernández (2014) apuntan que el uso de ciertas imágenes, historias u objetos posibilita traer a la memoria determinados significados para trabajarlos y enriquecerlos. Esto implica un abordaje indirecto que conlleva menos resistencias y favorece el cambio.

Reenmarcado, reencuadre

Cade y O'Hanlon (1993) sostienen que, a través de los significados atribuidos a los hechos, situaciones y cosas, las personas van dando sentido a sus mundos y van desarrollando marcos de constructos que determinan el sentido de sus experiencias. Para estos autores, trabajar con los

marcos de referencia de los pacientes es el elemento principal de la psicoterapia. La técnica que facilita este proceso es el reenmarcado. Al usarla, el terapeuta apoya al paciente en el desarrollo de un marco o significado nuevo alternativo para que éste adopte una perspectiva diferente ante una situación-problema. Reenmarcar, o bien, reestructurar para Nardone y Watzlawick (1992), es modificar el marco conceptual o emocional bajo el que se exprimenta una situación. Esta técnica se seleccionó porque la teoría señala que, al cuestionar las visiones rígidas mediante la conversación terapéutica, se construye una historia distinta que da la posibilidad de percibir, sentir o actuar de formas diferentes, dando la posibilidad de soltar las conductas o interacciones problemáticas (Moreno & Ferández, 2014). En esta misma línea, Cade y O'Hanlon (1993) apuntan que el reemarcado es la operación más básica y necesaria para el cambio; su importancia radica en que los cambios sólo son posibles si hay acceso a significados alternativos, lo que lleva a dar respuestas distintas a las experiencias subsiguientes. Por su parte, Nardone (1992) menciona que, al cambiar la perspectiva y el significado que se le da a una situación, se recodifica la percepción de la realidad, la cual está determinada por el punto de observación desde el que se observa. Se configura una nueva "narrativa", en la cual surgen nuevos patrones de sentimientos, acciones, interacciones y/o formas de percibir la realidad que, generalmente, hacen innecesario el problema o síntoma (Moreno & Fernández, 2014).

Connotación positiva

Consiste en evaluar y significar positivamente una conducta que se ha considerado patológica. Con esta técnica, se co-construye con el paciente una visión de su realidad en la que se vea más competente y con recursos (Moreno & Fernández, 2014). Se eligió esta técnica porque en la narrativa el paciente tiende a realizar apreciaciones negativas de las situaciones que ha vivido. Es de utilidad redefinir sus conductas en términos positivos, mostrándo otra perspectiva en la que

pueda ver que algunas que conductas y/o hechos que él ha calificado como negativos, en realidad le han servido para algo.

Ubicación del progreso en una escala

Esta técnica se eligió porque la teoría señala que el examen del progreso por medio de una escala a menudo le procura al cliente una perspectiva diferente de la marcha de las cosas (Cade & O'Hanlon,1993). Además, dado que el paciente tiende a minimizar sus logros y dudar de haber avanzado, esta técnica le permitió identificar su progreso de una manera más objetiva.

Implementación del tratamiento

El tratamiento comenzó el 3 de septiembre de 2020 y finalizó el 14 de enero del 2021. En total fueron 18 sesiones, no hubo cancelación de sesión alguna, ni incumplimiento de asistencia. A continuación se muestra la descripción de las sesiones, en la que se incluyen los objetivos, los temas abordados y las técnicas empleadas.

Tabla 4

Temas y objetivos trabajados por sesión

Sesión	Temas y objetivos
1	Encuadre de la forma de trabajo y construcción de genograma. El objetivo fue abordar el motivo de consulta y conocer la estructura familiar.
2	El objetivo de esta sesión fue esbozar una hipótesis de la coherencia del síntoma en el sistema familiar. Construcción del genograma.
3	Se exploró infancia e interacción con pares y con los miembros de su familia.

4	Se indagó más sobre la relación de Nico con su padre. La técnica implementada fue la de las excepciones en términos de cuándo sí se lleva bien con su papá.
5	Se exploró la expresión de afectos en la familia. Se usó una metáfora para señalar la relación de su escaso contacto con otras personas y la falta de contacto consigo mismo.
6	Se reencuadró la distancia la escacez de demostraciones de afecto del padre de Nico, en el contexto y la dinámica trigeneracional de la familia paterna.
7	A través de un cuento se trabajó la figura de los padres para generar mayor aceptación.
8	Se identificó la idealización del padre, la cual tiene por modelo la figura del abuelo materno. Se connotaron positivamente las discusiones con el padre, señalando que es una forma en la que ha podido establecer contacto y cercanía.
9	Se exploraron las creencias familiares con respecto a la independencia y autonomía de los hijos conveniente a la etapa de adulto joven.
10	Se ubicaron las excepciones en las que Nico es escuchado y está cercano a sus padres. Se rescataron formas de interacción en las que comparte cosas de su persona, de sus logros e intereses, en vez de tratar de mediar los problemas de pareja.
11	Se exploró el significado de ser “un buen hijo” dentro del sistema familiar.
12	Se abordó el tema del autocuidado en contraposición al rol de cuidador de la madre, destacando la autonomía. Se reforzó el dar continuidad y mayor atención a sus gustos e intereses personales.
13	Se exploró el significado de la confianza en la familia y se detectó el mito de la unidad, creencia de que la familia es la mejor compañía y que las personas ajenas no son de fiar.

14	Se reforzó un logró de iniciativa de acercamiento social con una persona poco familiar.
15	Se reforzó el avance obtenido en la relación con sus padres, sobre todo su cambio de actitud y el mantenerse distanciado de mediar sus problemas. Se trabajó el estilo de comunicación asertiva.
16	Partiendo de las metas que se propuso alcanzar al término del proceso y que aún falta seguir trabajando, se plantearon sus propósitos para el siguiente año.
17	Se reforzaron sus avances en la expresión de afecto.
18	Resumen del avance logrado durante el tratamiento. Proyección del futuro y delimitación de los siguientes pasos a dar. Se agendó una cita de seguimiento.

A continuación, se muestra parte de la sesión 5, en la que se abordó la experiencia de Nico al relacionarse con sus compañeros. Nico expresó que prefiere pasar desapercibido, pero a la vez le gustaría poder interactuar sin mayor complicación. Piensa que, si pudiera mostrarse como realmente es, podría interactuar de mejor manera y mostrar más de sí mismo. Al mismo tiempo, le preocupa causar molestias a los demás, por eso prefiere ser invisible. Se empleó el uso de metáfora para caracterizar el problema mediante una imagen externa al paciente. La metáfora que se usó fue: Ponerse la máscara invisible. El objetivo fue que él se diera cuenta que su falta de contacto con los demás también tiene que ver con una falta de contacto consigo mismo. Se usó una metáfora en términos de usar una máscara para evitar ser visto por los demás, pero también para evitar que él se vea a sí mismo.

T: ¿Qué pasa si empiezan a ver a Nico? Si te empiezas a hacer notar.

N: Creo que sería una grata sorpresa. Incluso lo trato de hacer, pero por ejemplo, ahorita, hablar de mí no me gusta, lo siento incómodo. No creo que esté bien sentirse así, pero creo que viene

en el mismo sentido de mi comportamiento. Me siento arrogante, pero no entiendo por qué… no veo el problema en que yo me considere de cierta forma.

T: Hablabas de ser invisible para los demás.

N: Hasta cierto punto. Invisible para no dar problemas y esto derivó en la inseguridad que te digo. Sí estoy ahí, pero no estoy, estoy calladito y estoy tranquilo para no llamar la atención.

T: Te pones la máscara invisible para que no te noten. Pero me preguntaba si es sólo para que los demás no te noten o también para que tú no te notes, para que no te puedas ver.

N: (Silencio) No lo había pensado así. Supongo que es lo primero, pero con tantos años y con tanto tiempo de ser así, supongo que yo también me ocultaba de mí mismo. No lo había pensado.

T: Y ahora que lo piensas ¿qué opinas de esto? ¿Será que Nico no se ha querido ver?

N: Te diría que no, pero no estoy seguro, y no estar seguro me dice que tal vez sí. Hay lapsos o momentos en los que me pregunto ¿quién soy? Reprimirme tanto tiempo me hace pensar que no sé quién soy. Me he privado de tanto que no se quién es Nico.

T: Pienso que tenemos una buena pregunta para comenzar.

El resultado que se obtuvo de la aplicación de esta técnica fue que Nico logró identificar que no sólo ha tratado de pasar desapercibido por los demás, sino que hacerlo también ha implicado que él mismo vaya tomando distancia de su individualidad. Desde su infancia aprendió a no causar molestias a sus padres, lo cual ha ido repitiendo en la interacción con otras personas. Al hacer esto ha ido desentendiéndose de sus necesidades de afecto y sus deseos.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

En esta sección se muestran los resultados del tratamiento del caso de Nico, los cuales están divididos en resultados cuantitativos y resultados cualitativos. Los primeros atañen a la evolución en los puntajes de las escalas de medición utilizadas; mientras que los segundos, a los reportes subjetivos del paciente y a las observaciones del terapeuta. Asimismo, se presentan los resultados de la sesión de seguimiento, la cual se llevó acabo tres meses después de la última sesión.

Resultados cuantitativos

Para comenzar, se mostrarán los resultados de la Escala Global, seguidos de los correspondientes a la Escala Enojo Rasgo, Inventario de Ansiedad, Inventario de Depresión y, finalmente, los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2.

Con respecto a la Escala Global, que mide el funcionamiento de la persona en las áreas laboral, escolar, relacional (familia, amistades y pareja) y salud, se puede observar que Nico llega a la primera sesión con un alto grado de afección en casi todas las facetas de su vida, excepto en el funcionamiento en la escuela y actividades del hogar, en la cual puntuó con 3 y se mantuvo de esta manera durante todas las evaluaciones. En la quinta sesión hay una mejora en el funcionamiento en el área de la relación familiar y en la de la salud física, donde disminuye un punto, este último ítem se mantiene así durante todo el proceso. En la sesión 10, con una puntuación de 3, equivalente a un nivel moderado, tuvo mejoras en las siguientes áreas: vida social, actividades de los ratos libres, relación con la familia y en la vida en general. En la sesión 15 incrementó un punto en casi todas las áreas, menos en el funcionamiento en la escuela y en el hogar, así como en el funcionamiento de la salud física; en todas las demás Nico punteó con 4. En la sesión de seguimiento se mantiene igual en todas las áreas, excepto en la vida social, en la cual

puntuó con 3. En la Figura 7 se puede observar las puntuaciones obtenidas en cada una de las evaluaciones.

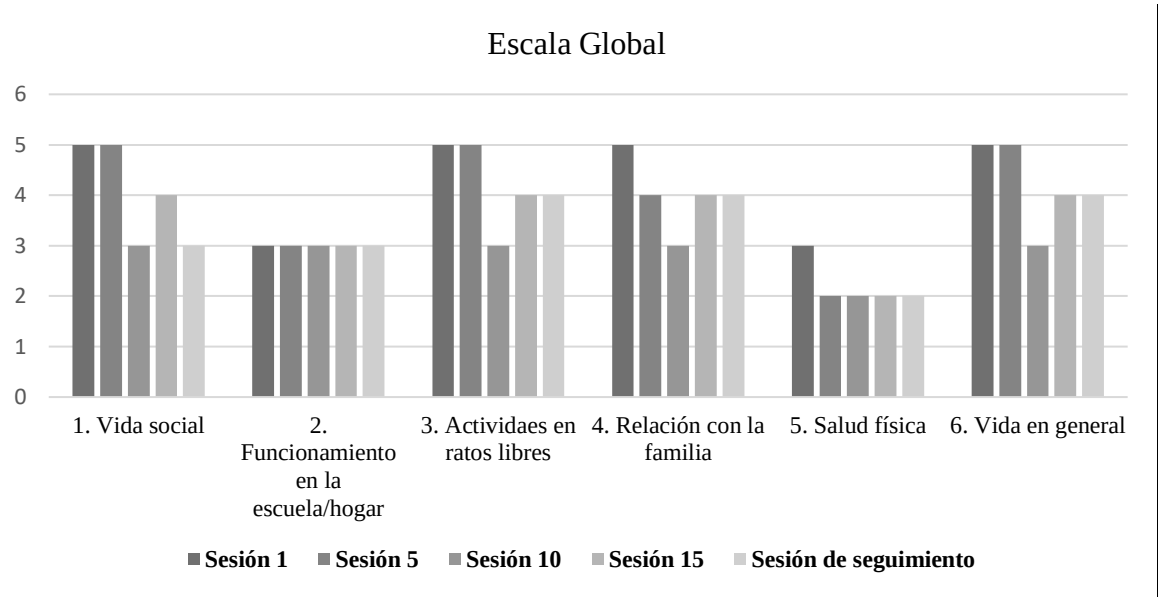


Figura 7- Puntuaciones Escala Global

La Escala de enojo rasgo mide la predisposición de una persona a experimentar enojo en diferentes situaciones. En los resultados de la primera evaluación (Figura 8), Nico obtuvo una puntuación de 19, lo cual corresponde a un nivel medio o normal. Esto indica que sus reacciones de enojo son promedio, en relación con la mayoría de las personas. Posteriormente, en las evaluaciones de la sesión 5, 10, 15 y la de seguimiento (Figura 8), Nico tuvo resultados que están en el nivel de enojo bajo, lo cual quiere decir que difícilmente se enoja.

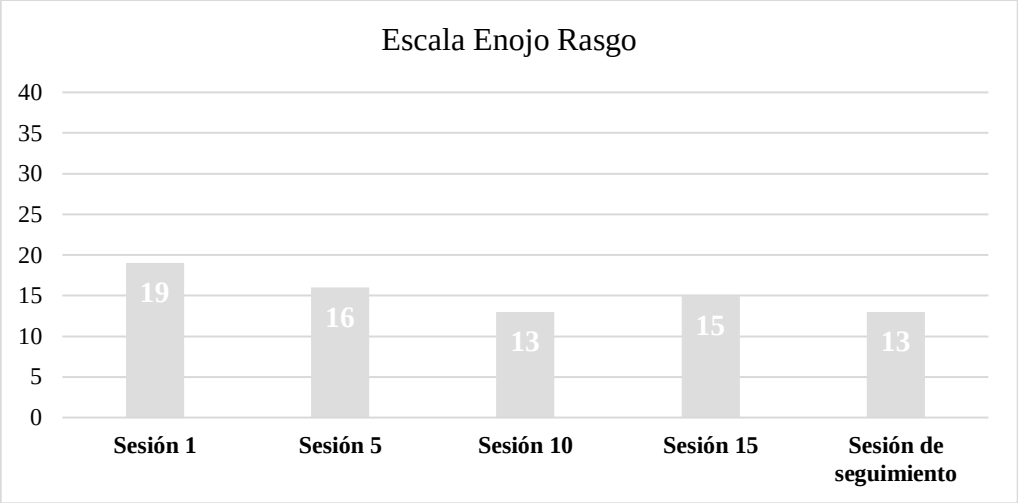


Figura 8- Puntuaciones Escala Enojo Rasgo

En la Figura 9 se observan los resultados obtenidos del Inventario de Depresión (BDI), el cual mide la presencia y la gravedad de síntomas de depresión. En la primera evaluación, Nico obtuvo una puntuación de 13, que corresponde a un nivel de depresión leve. Algunos de los síntomas que presenta son sentimientos de desesperanza, culpa y la disminución del interés por actividades. En la evaluación de las sesiones 5, 10 y 15, Nico obtuvo resultados que indican una baja en los síntomas de depresión, de modo que queda en el nivel mínimo. Al final del tratamiento tuvo un puntaje de 4, el puntaje más bajo de todas las evaluaciones de esta escala. En la sesión de seguimiento, subió un punto, situado en un nivel mínimo.

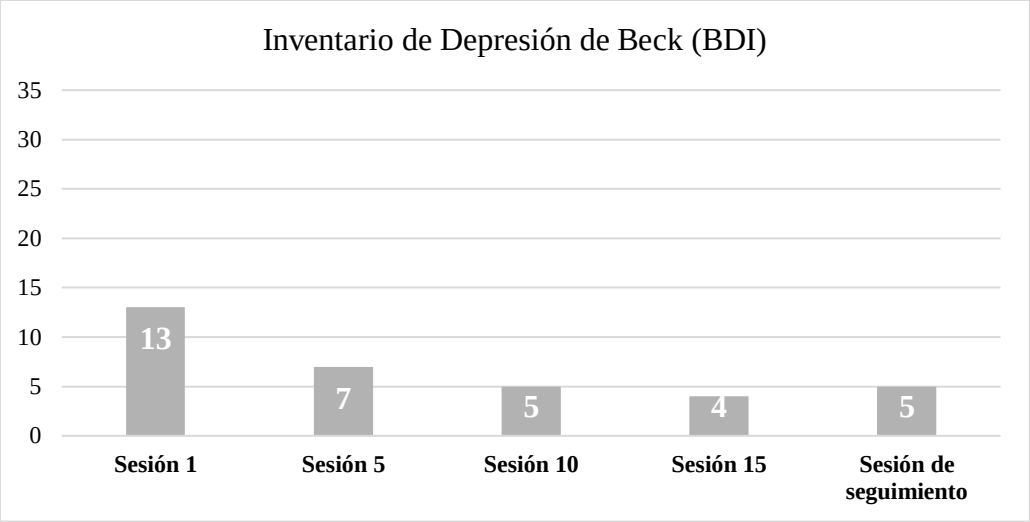


Figura 9- Puntuaciones Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Ansiedad (BAI) valora con qué intensidad ha experimentado el paciente síntomas de ansiedad durante la última semana. Los resultados de las evaluaciones se muestran en la Figura 10. En la primera, Nico puntuó con 17, esto indica que llegó a la primera sesión con un nivel de ansiedad moderado; situación que evidencia la presencia de algunos síntomas físicos de ansiedad, dificultad para controlar la preocupación y malestar significativo en lo social. En la evaluación correspondiente a la sesión 5, obtuvo un puntaje de 8, de modo que quedó dentro del rango mínimo. En la evaluación de la sesión 10, la puntuación descendió hasta 4, mientras que para la última evaluación de la sesión 15 volvió a incrementar a 8, aun así, situándose en el nivel mínimo de síntomas de ansiedad. En la sesión de seguimiento, puntuó con 7.

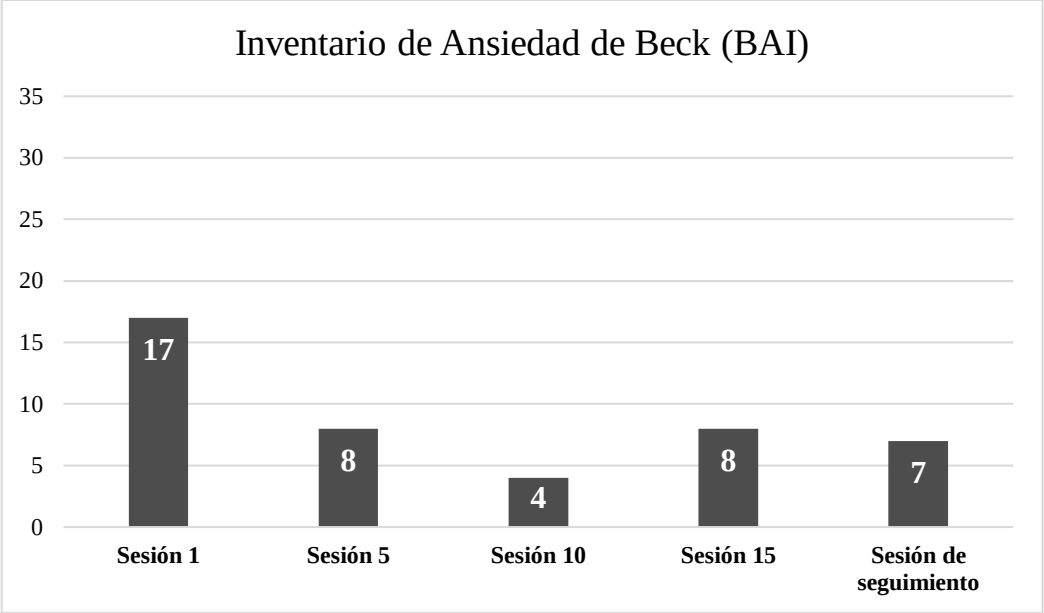
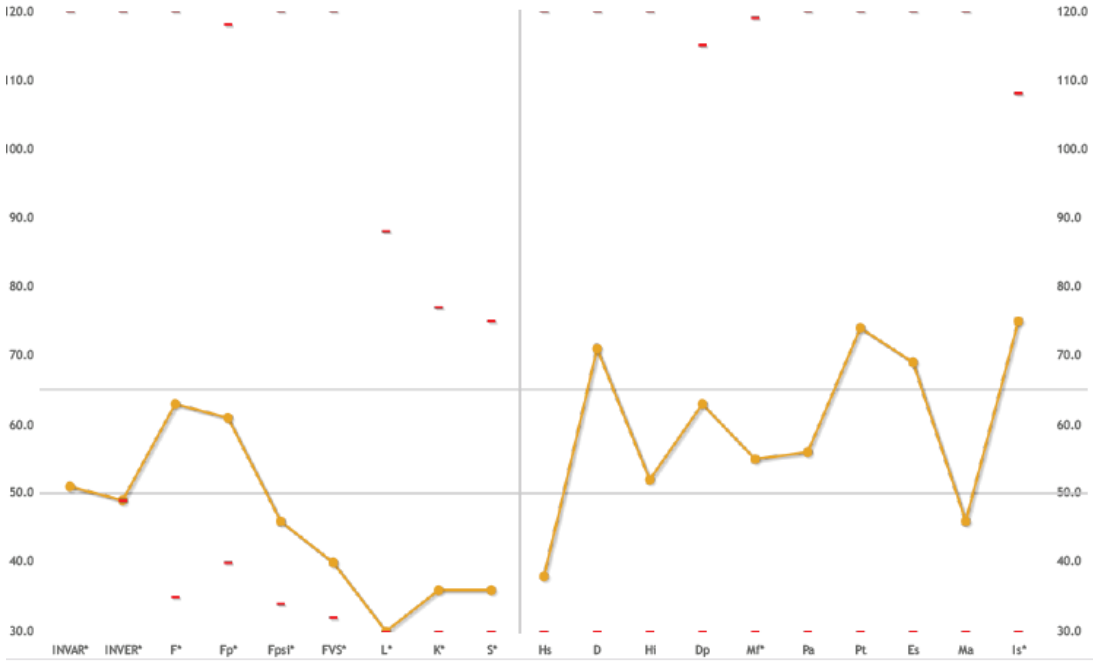


Figura 10- Puntuaciones Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

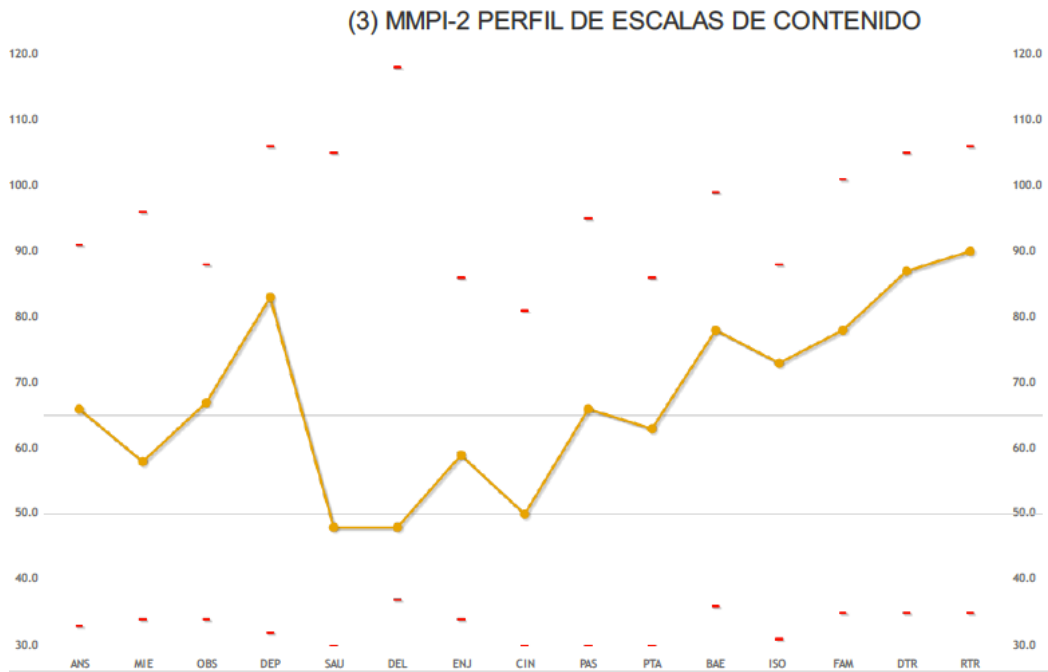
Enseguida se mencionan las interpretaciones de las escalas en las que Nico obtuvo puntajes más altas en el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, el cual evalúa la presencia de algunos factores de la personalidad y desórdenes emocionales. Cabe destacar que, en la Escala de Validez del Síntoma y Validez del perfil, no hay evidencia de sobrerreporte. En la medida en que se refiere a la FVS, el protocolo es interpretable. En las escalas clínicas (figura 11), en la de Depresión (D) obtuvo un puntaje de 71, lo cual indica que se trata de una persona insatisfecha con su vida, carente de energía, introvertido, con tendencia a reprocharse constantemente y escasa auto-confianza. En la Escala de Psicastenia (Pt) sumó un puntaje de 74, lo que quiere decir que presenta ansiedad y depresión moderada. En la Escala de Introversión Social (Is) arrojó un puntaje de 75, se trata de una persona que muestra sobrecontrol emocional, es pasivo, inseguro, indeciso y complaciente. Por último, en la Escala de Esquizofrenia, obtuvo un puntaje de 69, lo que refiere evitación social, fantasía excesiva y/o ensoñaciones, miedo generalizado y sentimientos de tristeza.

En cuanto a las escalas de contenido (figura 12), el puntaje de la Escala de depresión (DEP) fue de 83, lo que indica que se siente deprimido, triste y desmotivado. Es posible que sienta fatiga, incertidumbre sobre el futuro y desinterés en la vida. Es pesimista y se siente sin esperanza. Es una persona solitaria, experimenta sensaciones de vacío interior. Tiene pocos amigos o ninguno. En la Escala de obsesividad (OBS) obtuvo un puntaje de 67, lo cual indica dificultad en la toma de desiciones, angustia ante los cambios, preocupación excesiva y que se siente abrumado por sus propios pensamientos. En la Escala de baja autoestima (BAE) alcanzó un puntaje de 78, indicador de una pobre opinión de sí mismo, pasividad, sensibilidad a la crítica y al rechazo. En la Escala de incomodidad social (ISO) consiguió un puntaje de 73, es decir, se percibe como una persona tímida e introvertida, solitaria, sensible a la crítica y emocionalmente distante. Por lo que respecta a la Escala de problemas familiares (FAM) tuvo un puntaje de 78, lo que quiere decir que describe a los miembros de su familia como carentes de amor y peleoneros. Le molestan las demandas que le hacen y se muestra enojado y hostil hacia ellos. En la Escala de ansiedad (ANS), obtuvo un puntaje de 66, lo cual se asocia a nerviosismo y tensión constante, síntomas obsesivo-compulsivos, sentimiento de tristeza. En la Escala de dificultad en el trabajo (DTR) alcanzó un puntaje de 87, que sugiere conductas o actitudes que pueden contribuir a un pobre desempeño en el trabajo; poca ambición, carencia de energía y ausencia de orientación al logro. Por último, en la Escala de rechazo al tratamiento tuvo un puntaje de 90, lo que indica que no cree que alguien pueda entenderlo o ayudarlo, siente que el cambio no es posible.



Escala	INVAR*	INVER*	F*	Fp*	Fpsi*	FVS*	L*	K*	S*	Hs	D	Hi	Dp	Mf*	Pa	Pt	Es	Ma	Is*
Puntaje crudo	7	9	10	6	2	8	0	10	16	5	30	22	25	26	11	29	30	18	44
Fracción K										+.5k			+.4k,			+1k,	+1k,	+.2k	
Corrección K										5			4			10	10	2	
Puntaje T	51	49	63	61	46	40.0	30	36	36	38	71	52	63	55	56	74	69	46	75
Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Figura 11- MMPI-2 Perfil de escalas de validez y clínicas



Escala	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
Puntaje crudo	13	8	10	21	5	2	8	14	15	13	15	17	16	24	20
Puntaje T	66	58	67	83	48	48	59	50	66	63	78	73	78	87	90
Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Figura 12- Perfil de escalas de contenido

Teniendo en cuenta que se usaron dos intrumentos que evalúan la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, y que, además, es la sintomatología que se presenció durante el proceso psicoterapéutico, en la Tabla 5 y 6 se exponen los resultados de la última aplicación del BDI y el BAI, correspondiente al 12 de diciembre de 2020. En las mismas tablas, aparecen algunas respuestas de las escalas de ansiedad y depresión del MMP-2, aplicado el 15 de diciembre de 2020. A continuación, se comentan las respuestas de interés para el análisis del caso de estudio.

En la evaluación de la personalidad a través del BDI se encontró que Nico no se siente fracasado, ni peor en comparación con otras personas, pero sí está desilusionado de sí mismo y se siente descorazonado con respecto a su futuro. No llora más de lo usual y no ha perdido el interés por la gente. Nico está satisfecho con su toma de decisiones pasadas y presentes. Asegura no sentir

que se ve peor de lo que se veía, pero muestra preocupación por este tema y molestia por no ser mejor parecido. La preocupación por su salud no ha cambiado recientemente.

En la evaluación de la personalidad hecha mediante del MMPI-2, se encontró que Nico se siente descorazonado por su futuro, se siente incapaz de planearlo. Afirma sentirse no capacitado para trabajar como lo estaba anteriormente; de igual forma, algunas veces piensa que no sirve para nada y frecuentemente siente que no es tan bueno como otras personas. Manifiesta tener la constante sensación de un nudo en la garganta, signo de ganas de llorar. Nico pasa la mayor parte del tiempo libre a solas. Como refuerzo de esta afirmación, se encuentran respuestas que evidencian que se trata de una persona tímida. Refiere un sentimiento de incapacidad al tener que tomar una decisión importante, lo cual vive como una preocupación constante.

En resumen, mientras en el BDI Nico obtuvo una puntuación mínima de síntomas de depresión, en el MMPI-2 fue una de las escalas con puntaje más alto. De esto se puede extraer que la autoevaluación negativa y la insuficiencia son núcleos temáticos muy presentes en el paciente (que apuntan hacia una baja autoestima) y subyacen a los síntomas que aparecen en el BDI. Esta comparación permite confirmar lo que menciona Dimaggio (2008): “El evitante sufre a menudo de humor depresivo. Sólo de vez en cuando emprende actividades o pasatiempos que, momentáneamente, le gratifican y le protegen del contacto interpersonal. Sin embargo, cuando se da cuenta de que éste es un signo de la incapacidad por vivir una vida como los demás, se deprime profundamente” (Dimaggio, 2008, p. 398). Así pues, siguiendo a este autor, se concluye que la propensión al aislamiento y retraimiento de Nico lo hace vulnerable a presentar síntomas depresivos.

Tabla 5

Comparación respuestas BDI y MMP1-2

BDI	MMPI-2
• Me siento triste.	• La mayor parte del tiempo me siento triste (V). • Muy rara vez me siento deprimido (F).
• Me siento descorazonado por mi futuro.	• En la actualidad me es díficil no perder la esperanza de llegar a ser alguien (V). • No me siento capaz de planear mi futuro (V). • Me parece tener un porvenir sin esperanzas (V).
• Yo no me siento como un fracasado.	• Actualmente estoy tan capacitado para trabajar como siempre lo he estado (F). • A veces pienso que no sirvo para nada (V). • No puedo hacer nada bien (F).
• Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.	• Mi vida diaria está llena de cosas que mantienen mi interés (F).
• En realidad yo no me siento culpable.	
• Yo no siento que esté siendo castigado	• Siento que frecuentemente he sido castigado(a) sin motivo (F). • Merezco un severo castigo por mis pecados (F).
• Estoy desilusionado de mí mismo.	• Definitivamente, a veces me siento un inútil (V). • Desearía no ser tan tímido (V). • No estoy contento con mi manera de ser (V).
• Yo no siento que sea peor que otras personas.	• Me parece que soy tan listo y capaz como la mayoría de los que me rodean (V). • Con frecuencia siento que no soy tan bueno como otras personas (V).
• Yo no tengo pensamientos suicidas	• La mayor parte del tiempo desearía estar muerto (F).
• Yo no lloro más de lo usual.	• Siento un nudo en la garganta todo el tiempo (V). • Lloro fácilmente (F).

• Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.	• Algunas veces, cuando no me siento bien, soy irritable (V). • Con frecuencia no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado (F). • Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente (V).
• Yo no he perdido interés en la gente.	• Soy una persona muy sociable (F). • La mayoría de mi tiempo libre lo paso a solas (V). • Prefiero hacerme el desentendido cuando veo a amigos de la escuela o a personas conocidas que no he visto por mucho tiempo, a no ser que ellas me • hablen primero (V). • Me gustan las reuniones sociales sólo por estar con la gente (V).
• Tomo decisiones tan bien como lo he hecho.	• Me siento incapaz cuando tengo que tomar una decisión importante (V).
• Yo no siento verme peor de como me veía.	• Nunca me preocupa mi apariencia física (F). • No me molesta no ser mejor parecido (F).
• Requiero más esfuerzo para iniciar algo.	• Se me dificulta empezar a hacer las cosas (V).
• Puedo dormir tan bien como antes.	• Despierto desacansado y fresco casi todas las mañanas (F). • Mi sueño es irregular e intranquilo (F). • Casi todas las noches me quedo dormido sin tener pensamientos o ideas que me preocupen (F). • Algunas veces me siento tan inquieto que me es difícil quedarme dormido (V).
• Yo no me canso más de lo habitual.	• Gran parte del tiempo me siento cansado (F)
• Mi apetito no es peor de lo habitual.	• Tengo buen apetito (V).
• Yo no he perdido mucho peso últimamente.	• No subo ni bajo de peso (V).
• Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.	• Raras veces me preocupo por mi salud (F).

• Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	• Mi vida sexual es satisfactoria (V).

**V es verdadero y F es falso.*

Con respecto a la evaluación de los síntomas de ansiedad, tanto en el BAI como en el MMPI-2 aparece el síntoma de oleadas de calor con una frecuencia intermedia. En el BAI Nico afirma que tiene dificutad para relajarse, califica con regular su inseguridad. Asevera tener poco nerviosismo. En esta eslaca obtuvo un puntaje mínimo de síntomas de ansiedad.

En el MMPI-2, la dificultad para relajarse de Nico aparece relacionada con el hecho de que es una persona tensa, con muchas preocupaciones y más nerviosa en comparación con otras personas. Se identifican las situaciones que le originan dicho estado, entre las cuales está el tomar decisiones importantes, las preguntas de cosas personales y tener que esperar. Se distingue que no tiene confianza en sí mismo. En las escalas de ansiedad del MMPI-2, Nico estuvo por encima de la puntuación T.

De esta comparación se infiere que la ansiedad se presenta en el plano de sus pensamientos; hay mucha preocupación y temores, lo cual se relaciona con la anticipación de fracaso y/o rechazo ante las relaciones con personas poco conocidas, de modo que cuando las vive, reacciona con activación fisiológica propia de la ansiedad.

Tabla 6

Comparación respuestas BAI y MMP1-2

BAI		MMPI-2
Entumecimiento y hormigueo	Nada o poco	• Con frecuencia me parece sentir ardores, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo (F).

		• Se me adormecen una o varias partes de la piel (F).
Sentir oleadas de calor	Más o menos	• Una vez a la semana o más a menudo, sin causa aparente, de repente siento calor en todo el cuerpo (V).
Debilitamiento de piernas	Nada o poco	
Dificultad para relajarse	Más o menos	• Actualmente no me siento estresado (F). • Me preocupo mucho (V). • Soy una persona muy tensa (V). • Frecuentemente me encuentro preocupado por algo (V). • Tengo que admitir que a veces me he preocupado más de la cuenta por cosas que no valían la pena (V).
Miedo a que pase lo peor	Poco o nada	• Me preocupo mucho por posibles desgracias (V).
Sensación de mareo	Poco o nada	• Sufro de ataques de náusea y vómito (F). • No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino (V).
Presión en el pecho o latidos acelerados	Más o menos	
Inseguridad	Más o menos	• Definitivamente no tengo confianza en mí mismo (V).
Terror	Poco o nada	
Nerviosismo	Poco o nada	• No creo ser más nervioso que la mayoría de las personas (F). • Me pongo nervioso cuando tengo que tomar decisiones importantes (V). • Me pongo nervioso cuando me preguntan cosas personales (V). • Me pone nervioso tener que esperar (V).
Sensación de ahogo	Poco o nada	

Manos temblorosas	Más o menos	• Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo (V).
Cuerpo tembloroso	Poco o nada	
Miedo a perder el control	Poco o nada	• Tengo miedo de perder el juicio (F). • Casi nunca pierdo el control de mí mismo (V).
Dificultad para respirar	Poco o nada	• Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me falta la respiración (V).
Miedo a morir	Poco o nada	
Asustado	Poco o nada	• Tengo muy pocos temores en comparación con los de mis amigos (F). • Casi todos los días sucede algo que me asusta (F). • Me atemorizo ante las crisis o dificultades (V).
Indigestión o malestar estomacal	Poco o nada	• Padezco acidez estomacal varias veces a la semana (F). • Tengo muchos problemas estomacales (F).
Debilidad	Poco o nada	• Siento debilidad general la mayor parte del tiempo (F).
Ruborizarse, sonrojamiento	Más o menos	
Sudoración (no debida al calor)	Más o menos	• Algunas veces cuando me apeno empiezo a sudar, cosa que me molesta muchísimo (V).

La escala CORE-OM se aplicó para evaluar el avance del proceso psicoterapéutico en distintas dimensiones, tres meses después de haber concluido el tratamiento. En la dimensión de bienestar subjetivo, Nico puntuó con 15, de modo que queda ubicado en un nivel de afectación moderado. En la dimensión de problemas/síntomas, se ubica en un nivel de afectación leve con un puntaje de 10, lo cual indica que la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos es leve. En la dimensión de funcionamiento en general, que evalúa las relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano, puntuó 20 y quedó ubicado

en un nivel de afectación moderado. Por último, en la dimensión de riesgos obtuvo 0, lo cual indica ausencia de intentos de suicidio, autolesiones o conductas de agresión a terceros.

Resultados cualitativos

A continuación, se exponen los resultados cualitativos del tratamiento. Uno de los logros del proceso psicoterapéutico fue un cambio en la narrativa de Nico; antes era obligación de sus padres cambiar y hacer algo para mejorar las relaciones familiares. Posteriormente, logró identificar que es a él a quien le toca aceptar a sus padres como son y recibir lo que ellos le ofrecen, más que continuar quejándose e intentando hacerlos cambiar. En este sentido, hubo un cambio en el que Nico pasó de ser víctima de las circunstancias a un agente activo en la solución de sus problemas. Esto se reflejó en su discurso: En las primeras sesiones, la mayor parte del tiempo hablaba de sus padres, de lo que hacían y no hacían, de lo que esperaba de ellos. Posteriormente, se centró en su actitud hacia ellos, en su comportamiento y en las acciones que comenzaba a implementar.

Otro logro del proceso psicoterapéutico fue que Nico se replanteara el rol de cuidador de su madre y de apoyo en la resolución de los conflictos de pareja de sus padres. Nico comenta que, aunque aún le cuestra trabajo, cada vez que sus padres empiezan a pelear, él se aleja físicamente de ellos; cuando su madre le empieza a contar sobre las peleas con su esposo, Nico cambia el tema. Otra herramienta que despliega en estas situaciones es la comunicación asertiva. Nico menciona que algunas veces, para marcar su límite cuando sus padres buscan en él apoyo, les dice que prefiere no hacerlo porque esto lo hace sentir mal. De igual forma, empezó a dar más espacio a su vida personal dentro de su familia. Nico empezó a platicar con ellos sobre temas que a él le interesan, contar cosas de su persona.

En lo referente a la relación con su padre, al comprender la influencia de los patrones intergeneracionales de la familia paterna en el modo de ser de su padre, Nico logró ser más tolerante y empático. En palabras de Nico, pasó de estar muy enojado con él a poder ponerse en sus zapatos. Esto tuvo impacto en su disposición a poder identificar y aceptar los acercamientos de su padre, y él mismo generó algunos cambios en su comportamiento que le permitieron hacerle saber su cambio de actitud. En la sesión 8, Nico comenta que durante la última semana estuvo en paz y tranquilo con su papá. Expresa lo siguiente: "No creo que [yo] haya sido consciente, sino más bien sentía una calma o una paz que me daba cuenta después de convivir con él. Las cosas fluyeron y yo estaba en paz. Me siento así y no fue complicado. La actitud es diferente" (Fragmento de la sesión 8). Posteriormente, compartió algunas de las cosas nuevas que ha hecho para demostrarle su afecto. Por ejemplo, comentó que a veces le deja algún detalle, como un chocolate, o se queda a acompañarlo a la hora de la cena; cuando tiene tiempo, propicia pláticas en las que su papá le cuenta un poco de su infancia. Nico señaló que sabe que es un proceso al que quiere seguirle dando continuidad.

Un aspecto más a destacar es que, después de la mitad del tratamiento, Nico fue más abierto y asertivo al expresar sus sentimientos en terapia. Comenzó a hablar más de sí mismo, de algunos planes y proyectos que tiene pensado realizar a corto plazo. Después, esto se extrapoló a su relación con amistades y algunos familiares. Como ejemplo, en las últimas sesiones Nico comentó que, mediante llamadas y mensajes de texto, felicitó a sus amigos y familiares, les expresó su afecto de manera clara y directa. Otro avance es que la ansiedad que sentía al interactuar con sus compañeros de clase disminuyó. También logró propiciar un primer contacto con una chica conocida de la escuela, aun cuando estaba muy ansioso y temía lo que podría suceder. Se ha puesto como tarea promover y aceptar planes con sus amigos.

Evaluación de seguimiento a tres meses

La sesión de seguimiento se llevó a cabo tres meses después. Se aplicaron las escalas clínicas y una entrevista semiestructurada, a través de la cual se evaluó el impacto y los efectos del tratamiento. Menciona que el avance en la relación con sus padres lo ha vivido con altibajos. Refiere que aún le cuesta mucho trabajo y hay veces en las que, a pesar de que lo ha venido trabajando, vuelve a intervenir en los problemas de pareja de sus padres, se frustra y se siente mal. No obstante, refiere que es más consciente y hay días en los que se siente bien con ellos y logra mantener limites para no intervenir. En la convivencia con su padre se ha mantenido el sentimiento de estar en paz y tranquilo. En la relación con su madre, está tratando de hacer cosas diferentes, propone situaciones y planes para disfrutar con ella; sin embargo, se siente frustrado y a la vez decepcionado porque ella constantemente rechaza sus intentos de acercamiento. También le duele ver y escuchar a su madre desaminada y triste.

Por otra parte, Nico refiere que no se ha sentido motivado a cambiar en cuanto a relacionarse más con sus amigos y amigas, algunas veces siente flojera al pensar en compartir tiempo con ellos. Le cuesta trabajo dar el primer paso, aceptar los planes y las salidas; pero cuando lo hace, lo disfrutra y la pasa bien. Comenta que en un equipo de una clase de la universidad le toca trabajar con dos compañeros nuevos, y le resulta díficil participar y expresar sus opiniones; sin embargo, lo hace. Ve allí una posibilidad de conocer a gente nueva y tal vez hacer dos nuevos amigos. Nico recuerda que el año pasado, en el grupo anterior, le pasó algo similar y con el paso del tiempo le fue más fácil interactuar con ellos.

Se le preguntó qué aspectos de la terapia le han sido de utilidad, contesta que el ejercicio de la escritura, pues lo ve como una forma de expresar sus emociones. En una escala del 0 al 10, Nico califica con 8 su satisfacción con los resultados obtenidos con el proceso psicoterapéutico.

Principalmente, nota la mejora dentro de sí mismo, y un poco en todas las áreas de su vida. Se siente diferente de como estaba al llegar a la primera sesión. Si bien percibe que aún le falta mucho por avanzar y cambiar, se siente satisfecho con los avances que ha logrado; en una escala del 0 al 10, piensa que está en un 5 de avance. Refiere que le falta trabajar su constancia, se da cuenta que muchas cosas se quedan en el plano de las ideas sin aterrizarlas.

LA PERSONA DEL TERAPEUTA

La figura del terapeuta reúne diversas variables que se despliegan en el quehacer psicoterapéutico. Por una parte, todo lo que atañe a su preparación teórica; por la otra, los elementos que recaen en sus características personales, es decir, la propia historia, la historia familiar, las creencias, etc. Por tal motivo, es indispensable llevar un entrenamiento y un trabajo de autoconocimiento que lleve a ganar mayor conciencia de la historia personal y de su impacto en el quehacer de la psicoterapia. Se busca evitar que esto interfiera negativamente en el proceso y, a la vez, habilitar al terapeuta para usar las propias emociones como fuente de información (Moreno & Fernández, 2014).

De acuerdo con Satir (1998), una de las tareas que tiene todo psicoterapeuta es crear las condiciones necesarias para que los pacientes puedan escuchar, observar y comprender. Para ello, es necesario poner a disposición del proceso todos los elementos con los que cuenta el psicoterapeuta; aquellos que competen a los conocimientos teóricos, a las técnicas y a su persona. Enseguida, se mencionan los aspectos que influyeron de manera positiva en el proceso psicoterapéutico y, en segundo lugar, los aspectos a trabajar.

A lo largo de las sesiones fue notorio el uso de una escucha activa, lo cual está en relación con estar presente con una disposición empática. Para Rogers (citado en Barceló, 2012) la empatía es “la capacidad de percibir ese mundo interior, integrado por significados personales y privados,

como si fuera el propio pero sin perder nunca este como si […] parece ser un factor importante en el proceso de posibilitar a una persona el acercamiento a sí misma, el aprendizaje, cambio y desarrollo" (p.134). Esta actitud empática influyó positivamente en la construcción de una buena alianza terapéutica. Moreno y Fernández (2014) destacan la importancia de la construcción de dicha alianza con un clima de colaboración, confianza y respeto, para lograr el establecimiento de objetivos de trabajo y de una motivación, a fin de asumir compromiso con el tratamiento.

Por su parte, Nicenbom (2004) menciona que en un proceso psicoterapéutico con pacientes evitadores es indispensable generar confianza como primer paso, seguido de empatía, para lograr una buena alianza terapéutica que de lugar a una actitud de mutua colaboración. Otro elemento que fue positivo para el proceso fue mantener la neutralidad, la cual, siguiendo a Moreno y Fernández (2014), "no significa no tener ninguna opinión, sino poder reconocerla y cuestionarla; ni significa distanciamiento: el terapeuta puede y debe estar comprometido en una relación cálida y empática con los clientes" (p. 238).

En cuanto a los aspectos a trabajar, tanto el equipo terapéutico como la supervisora sugirieron poner mayor atención a las emociones del paciente y no sólo a su discurso racional, pues son una dimensión que es indispensable trabajar durante el proceso. En esto se incluye observar y atender las emociones expresadas en el lenguaje no verbal del paciente y escuchar las palabras clave que usa para describir sus emociones. También se recomendó el uso de mayor número de preguntas circulares para ampliar la mirada a todos los integrantes de la familia y otros contextos. Un planteamiento más a considerar es retormar el lenguaje del paciente y usar un estilo de comunicación más directa.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio de caso fue incrementar la confianza del paciente al relacionarse con otras personas. Para lograr esto, primero se trabajó en alcanzar un mayor grado de autonomía emocional con respecto a su familia, con la intención de lograr un nivel de independencia más acorde con su etapa de vida. Como parte de este fin se incluyó el incremento del grado de diferenciación del paciente respecto de su familia y mayor socialización con pares. Según el efoque usado, las conductas evasivas del paciente son la expresión de la dinámica del sistema familiar.

Partiendo de los resultados cualitativos y cuantitativos, se concluye que el paciente logró reconocer y validar sus estados internos, así como la expresión de sus emociones. Un punto más a resaltar es que el paciente tomó consciencia de que, como hijo, no le corresponde solucionar los problemas conyugales de sus padres; y que, al hacerlo, lejos de resolver, abona al problema. Hubo un cambio de narrativa en cuanto al significado de ser un buen hijo: Ahora se plantea serlo de otra forma en la que ponga atención en no cargar emocionalmente con los problemas de sus papás. Esto le ha permitido tomar distancia de intervenir en la dinámica del sistema conyugal. Al hacer esto, el paciente se ha posicionado dentro de su familia en un nivel jerárquico que le corresponde como hijo y a la vez, la alianza con la madre se empieza a debilitar, dando mayor espacio a la inclusión de su padre en su vida.

Este logro tuvo consecuencias favorables en varios aspectos de la vida del paciente. Uno de ellos fue el cambio de actitud con su padre, pasar del enojo a una actitud empática hacia él; situación que, a su vez, se vió reflejada en que dejó de señalarlo como culpable de los problemas familiares. Ahora se acerca a él para platicar o compartir actividades. Este objetivo se alcanzó a partir de la mitad del tratamiento y se mantuvo a la fecha de la sesión de seguimiento.

Otro aspecto que se modificó a raíz de lo señalado, es que comenzó a moverse del rol de cuidador de su madre. A pesar de que le cuesta mucho trabajo, en ocasiones pone límites claros y comunica sus opiniones y sentimientos con ella. Al ver a su madre nerviosa y triste, distingue que cada persona es responsable de lo que hace o no hace para cambiar su situación, que no puede ayudar a alguien que no quiere cambiar. Se da cuenta también, que tanto él como sus hermanos se han dejado arrastrar por la tristeza de su madre, de modo que dejan de hacer actividades o no llevan a cabo planes. Al generarse estos cambios en la interacción con sus padres, el paciente propone otras formas de convivencia más acordes con su posición en el sistema, en las que comparte sus intereses y gustos. Estas observaciones se relacionan también con que el paciente comenzara a participar en los planes en los que sus amigos cercanos lo incluían.

En resumen, el paciente comenzó a dar espacio a su persona dentro y fuera de su familia. Si bien se alcanzaron en cierto nivel algunas de las metas del tratamiento, no se alcanzó a cubrir el objetivo principal en su totalidad. Habría que dar continuidad al trabajo de diferenciación del paciente con la figura de la madre, pues la tristeza y fragilidad que en ella percibe le representa a Nico una carga de culpa que impacta su vida afectiva y su disposición a disfrutar.

Los resultados obtenidos coinciden con el planteamiento de Peruzzi & Viaro (citados en Canevaro, 2014), quienes señalan la importancia de monitorear el efecto de los episodios significativos en el interior del sistema familiar para orientar al paciente para que pueda organizar y desarrollar sus competencias relacionales. De igual forma, coindicen con el planteamiento de Schaefer y Rubí (2015), en el que destacan que, para comprender la construcción de la experiencia social ansiosa patológica, hay que indagar en la historia personal y así conocer los mapas narrativos, es decir, los hechos y los significados asociados a esas conductas. Una vez identificadas las situaciones de invalidación de la autonomía e independencia del paciente, se procedió a trabajar

sobre esas creencias. Los resultados alcanzados concuerdan con las ideas de estos mismos autores, quienes mencionan que “deconstruido el relato problemático y desarrollada una línea histórica alternativa, con nuevos significados e interpretaciones, puede resultar innecesario entregar directrices que reconfiguren pautas” (p.39). De igual forma, coinciden con lo que señala Framo (1994), quien dice que, a nivel intrapsíquico, el trabajo familiar genera una reorganización del mundo interno de representaciones mentales del paciente; en consecuencia, resulta una percepción más sana del sí mismo y la posibilidad de vincularse de un modo más adecuado.

Por otra parte, según Linares (2007), las conductas evasivas tienen su origen en las triangulaciones formadas a raíz de las disfunciones relacionales del subsistema conyugal de los padres. En esta misma línea, Haley (Serrano et al. 2009) menciona que la triangulación supone un serio problema para el desarrollo de la individualidad y las relaciones sociales de los hijos, tal como lo demuestra Nico. Considerando lo anterior, fue evidente la necesidad de intervenir en la alianza madre-hijo. Esto se hizo a través de la construcción de narrativas alternativas para atribuir nuevos significados a experiencias pasadas, en especial a los de la relación padre–hijo. Esto guarda relación con la alternativa propuesta por el constructivismo al tratamiento de pacientes con trastorno de personalidad evasiva: La reescritura de las narrativas de vida y la reestructuración de memorias presentes de eventos pasados (Goncalvez, 1995, citado en Nicenboim 2004, p. 18).

Más aún, con la intención de dar cabida a la relación padre-hijo y, a la vez, de incrementar el grado de diferenciación (emocional) del paciente con respecto a su madre, se trabajó la alianza madre–hijo. Se logró que el paciente fuera consciente de que estar aliado a su madre ha implicado que lleve una vida emocional similar a la de ella; en este sentido, que no pueda disfrutar, o bien, que viva estos momentos con cierto grado de culpa. Este avance es relevante porque, según señala Dimaggio (2008), el reconocimiento y la expresión de los estados de sufrimiento emocional de

pacientes evasivos es un paso que antecede a las intervenciones centradas en trabajar la autoobservación y la comprensión de dichos estados en las diversas situaciones ambientales y relacionales.

Cabe mencionar que, en tanto que el objetivo apuntó hacia el incremento de la exposición e interacción social del paciente con personas y contextos poco familiares, el entrenamiento en habilidades sociales habría sido una parte central del tratamiento. No obstante, de no haber trabajado las relaciones familiares, las creencias y los significados subyacentes a su comportamiento evasivo, el paso de modificar conductas a través de técnicas cognitivo-conductuales difícilmente habría sido recibido. Una vez trabajados estos aspectos, con el objetivo de flexibilizar las pautas de conducta rígidas, sería adecuado trabajar el desarrollo de habilidades sociales y la exposición en vivo desde un enfoque cognitivo conductual.

A la luz de los objetivos logrados en el presente estudio de caso, se puede concluir que el trabajo desde el enfoque sistémico es conveniente para pacientes que presentan rasgos de personalidad evasiva. Por una parte, trabajar con la estructura familiar significó trabajar con la formación de triángulos; es decir, con la alianza madre–hijo y rechazo del padre. Para hacer eso se indagaron las creencias familiares y se identificaron los relatos dominantes. A través de la exploración de la historia intergeneracional fue posible comprender dichos relatos y poco a poco moverlos a uno alternativo, de modo que el paciente fue conociéndose en otra historia, donde logró ver a sus padres contextualizandolos en su historia y comprendiendo su presente desde allí. Por otra parte, hay que destacar que al hacer énfasis en la individualidad del paciente, éste se percibe más consciente de sí mismo, de lo que piensa, siente y quiere; puede ver sus avances y esto ha implicado que vea su futuro con mayor esperanza, sobre todo en lo referente al establecimiento de relaciones interpersonales.

REFERENCIAS

Alcázar, R. J. Deffenbacher, J. y Byrne, Z. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11, 307-318.

American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Andrés, A. (2016). *La personalidad*. Editorial UOC.

Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70 (136), pp. 123-160.

Barroso, O. (2014). El apego adulto: La relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4 (1), 1-25.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

Bezanilla, J., Torres, V. y Lara, L. (2010). Análisis de la adaptación de la prueba psicológica MMPI-II para su aplicación en la población Mexicana. *Revista ECOS*, (6), https://www.researchgate.net/profile/JoseBezanilla/publication/267771097_Analisis_de_la_adaptacion_de_la_prueba_psicologica_MMPIII_para_su_aplicacion_en_la_poblacion_Mexicana/links/56fd48b408ae3c85c0c9c0f3/Analisis-de-la-adaptacion-de-la-prueba-psicologica-MMPI-II-para-su-aplicacion-en-la-poblacion- Mexicana.pdf

Black, D. y Andreasen, N. (2015). *Texto Introductorio de Psiquiatría*. México: El Manual Moderno.

Bordignon, N. (2005). El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2), pp. 50-63. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210

Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008) *Terapia sistémica individual*. 2ª edición. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 121-185.

Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1994). *Lealtades invisibles.* Buenos Aires: Amorrortu.

Bowen, M. (2010). *De la familia al individuo.* Barcelona: Paidós.

Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. España: Síntesis.

Caballo, V., Guillén, J. y Salazar, I. (2009). Estilos rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.

Cade, B. y O´Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Canevaro, A. (2014). *Terapia individual sistémica con la participación de los familiares significativos*. Madrid, Spain: Ediciones Morata, S. L.

Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento*. Editorial Desclée de Brouwer.

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. et al. (2012). La Versión Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure. *Aportaciones teóricas e instrumentales,* pp. 109-135.

Gayá, C., Molero, R. y Gil, M. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 3(1), p. 375-383. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851785037

González, C. y González, S. (2008). Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, *6* (15), p. 2-7.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000200002&lng=pt&tlng=es.

Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1995). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. mmpi-2*. Adaptación al español por E. Lucio. México: Manual Moderno

Jurado, S. et al. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental, 21,* 26-31.

Lampe, L. y Malhi, G. (2021). Avoidant personality disorder:current insigths. *Psychology Research and Behavior Management.* https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=40881

Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubejetividad: Segunda parte, la teoría del apego – Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, *18*(3), 381-399.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300008&lng=es&tlng=es.

Martínez, C., Anaya, M., y Salgado, D. (2014). Desarrollo de la personalidad y virtudes sociales: relacionesen el contexto educativo familiar. *Educación y Educadores*, 17(3),447-467. Recuperdado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=834/83433781003

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (Sedo, M. Trad.). Barcelona, España: Masson, S.A. (Obra original publicada en 1999)

Minuchin, S., Lee, W. y Simon, G. (1998). *El Arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. 1ª edición. Buenos Aires: Paidos.

Minuchin, S. (2013). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Editorial Gedisa

Moreno, L. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Universidad Iberoamericana Puebla, no publicada.

Moreno, A. y Fernández (2014). Destrezas terapéuticas sistémicas, en Moreno Alicia (2014). *Manual de Terapia Sistémica: Principios y Herramientas de Intervención.* Bilbao: Desclée De Brouwe.

Moscoso MS (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresion de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *32*, 321-343.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*.Barcelona: Herder.

Nicenboim, E. (2006). Trastorno de Personalidad Evitativo: Actualización. *Persona, órgano científico del IAPED*. 6 (5), 6-24. https://studylib.es/doc/6053319/trastorno-de-personalidad-evitativo--actualizaci%C3%B3n-trasto...

Pérez, C. y Mercadal, T. (2017). La eficacia de la terapia familia: una revisión. *La Revue du REDIF*, 9, pp. 34-45.

Pérez, M. y Verduzco, M. (2014). Evaluación psicológica con el MMPI-2 a padres en litigio judicial de materia familiar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(2),71-91. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=802/80231541005

Quiroga, P. y Errasti, J., (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13 (3), pp. 393-406. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713305

Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-15. http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218

Satir, V. (1988). Cap. 18, Retrato parcial de un terapeuta familiar en proceso, en Fishman, H. & Rosman, L. Comps (1988). *El cambio familiar: Desarrollo de modelos*, 293-309. Buenos Aires: Gedisa.

Schaefer, H. y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53 (1), pp. 35-43. https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v53n1/art05.pdf

Serrano, J., Galán, A., Vallejo, S. (2009). Actitudes tranguladoras familiares y psicopatología infanto-juvenil. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 473-481. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832320051

Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (1), 177-195. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770112

Tintaya, P. (2019). Psicología y Personalidad. *Revista de Investigación Psicológica*, (21), 115-134. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322019000100009&lng=es&tlng=es.

Wallin, D. (2007). *El apego en psicoterapia*. España: de Desclée Brower.