



Universidad
Europea MADRID

Crisis de valores en un paciente con rasgos
obsesivos

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a: María del Pilar Viñas Navarro

Tutor/a clínico: Arturo Casas

Tutor/a académico: Alejandro García

Fecha de realización del trabajo: 28 de febrero 2023

Nº palabras: 11.200

Resumen

En el presente estudio de caso clínico se expone un paciente con rasgos obsesivos de la personalidad. Acude a consulta en octubre de 2022. Presenta una crisis de valores motivada por una ruptura sentimental y problemas en su entorno laboral. Sus rasgos obsesivos, su educación centrada en la exigencia y las grandes expectativas de sus padres, le llevan a encontrar satisfacción solo cuando es validado socialmente. Busca un cambio en su forma de afrontar las relaciones con los demás, así como conocerse más a sí mismo. Para el estudio de este caso se realiza la formulación clínica del mismo incluyendo la explicación del análisis funcional. El tratamiento terapéutico se realizó siguiendo el Modelo Cognitivo -conductual y las Terapias de Tercera Generación (Terapia de Aceptación y Compromiso) donde se aplicaron técnicas de Psicoeducación, Identificación de emociones, Exposición con Prevención de Respuesta, entrenamiento en empatía y asertividad, identificación de conductas orientadas a valores, así como el uso de Metáforas. El plan terapéutico ha tenido una duración total de cuatro meses, que incluyó diez sesiones de una hora de duración. Dicho plan se dividió en evaluación, tratamiento y una sesión de seguimiento. Las medidas utilizadas para la valoración del tratamiento fueron la entrevista semi estructurada y la observación de conductas clínicamente relevantes pre y post tratamiento. Al finalizar el tratamiento el paciente muestra una evolución favorable de la conciencia del problema. Sus pensamientos y conductas obsesivas han disminuido y cada vez es más notable su bienestar emocional.

Palabras clave

Obsesividad, Pensamientos obsesivos, Rasgos de Personalidad, Validación social

Abstract

In the present clinical case study, a patient with obsessive personality traits is exposed. She goes to the consultation in October 2023. He presents a crisis of values motivated by a sentimental break and problems in his work environment. His obsessive traits, his upbringing focused on demands, and his parents' high expectations of him lead him to find satisfaction only when it is socially validated. He seeks a change in the way he deals with relationships with others, as well as getting to know himself better. For the study of this case, it carried out the clinical formulation, as well as the explanation of the functional analysis. The therapeutic treatment was carried out following the Cognitive-behavioral Model and Third Generation Therapies (Acceptance and Commitment Therapy) where Psychoeducation techniques, Identification of emotions, Exposure with Response Prevention, training in empathy and assertiveness, identification of behaviors linked with values as well as the use of metaphors. The therapeutic plan has had a total duration of four months, which included ten one-hour sessions. Said plan was divided into evaluation, treatment, and a follow-up session. The measures used to assess the treatment were the semi-structured interview

and the observation of clinically relevant behaviors pre and post treatment. At the end of the treatment, the patient shows a favorable evolution of the awareness of the problem. His obsessive thoughts and behaviors have diminished, and his emotional well-being is increasingly noticeable.

Keywords

Obsessiveness, Obsessive Thoughts, Personality Traits, Social Validation

ÍNDICE

Resumen / Abstract

1. Introducción	5
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	11
2.1. Descripción del paciente y contexto actual	11
2.2. Motivo de consulta	12
3. Estrategias de Evaluación	12
4. Formulación clínica del caso.	14
5. Tratamiento	20
6. Valoración del tratamiento	26
6.1. Adherencia al tratamiento	26
6.2. Consecución de objetivos	29
7. Discusión y conclusiones	30
8. Referencias bibliográficas	34
9. ANEXOS	38

1. Introducción

La personalidad que cada uno de nosotros poseemos es un esquema característico de nuestro pensamiento, sentimiento y actuación. Siendo así, la personalidad no se hereda directamente, aunque sí se da una predisposición a desarrollarla dentro de unos límites. Se trata por tanto de los rasgos con los que esa persona ha nacido y las influencias del ambiente que se van sumando a lo largo del tiempo. Esto es lo que formará la personalidad de una persona, lo que definirá a esa persona (Myers, 2006)

De acuerdo con el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p.647) los rasgos de personalidad son “patrones persistentes del modo de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales”; asimismo, habla de “disposiciones o tendencias de la persona a comportarse y responder a los otros de una manera consistente”.

Los trastornos de personalidad a su vez son patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas. Suele comenzar en la adolescencia y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones, especialmente en el área interpersonal; esto provoca en el sujeto malestar además de que puede verse deteriorado su espacio social y laboral, aunque eso no significa que pierdan el contacto con la realidad (Caballo, 2014).

El caso que se va a tratar en este documento plantea la idea de cómo los rasgos de personalidad guían nuestras decisiones y nos hacen cuestionarnos cómo determinadas formas de pensar, de sentir y de actuar pueden llevarnos a experimentar malestar y sufrimiento, todo ello sin llegar a ser un trastorno de la personalidad propiamente dicho. Sin embargo, se trata de un caso donde podríamos valorar la posibilidad de identificarlo como un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, por el hecho de que la personalidad del paciente le lleva a realizar continuas comprobaciones de las conductas que para él son más aceptables, así como un patrón de pensamiento y conducta donde está en constante búsqueda y comparación entre dos modelos morales, que el propio paciente describe de sí mismo, el modelo genuino y el modelo personaje.

Debemos tener en cuenta que la personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás. Igualmente, los rasgos de personalidad solo se transforman en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (Esbec y Echeburúa, 2011).

Las personas difieren en el grado en que poseen una característica de su personalidad, por ello para un profesional será difícil decidir si un paciente exhibe una característica a tal grado que podría ser considerada un síntoma de un trastorno (Millon, 2004).

Existen varias razones por las que se considera difícil diagnosticar trastornos de la personalidad (Sue et al., 2015):

- En mayor o menor grado todos alguna vez exhibimos características propias de trastornos de la personalidad, por ejemplo, desconfianza, sensibilidad al rechazo, dependencia, compulsión. Por ello hay autores que prefieren ver los trastornos de personalidad como extremos de dimensiones subyacentes de los rasgos normales de la personalidad.
- Quienes realizan el diagnóstico muestran confiabilidad si un cliente tiene un trastorno de personalidad, pero sin embargo muestran mucha menos cuando tienen que decidir el tipo de trastorno. La co-ocurrencia es común en que una persona a la que se le diagnostica un solo trastorno a menudo reúne los criterios para otro también.
- Puede ocurrir que los profesionales no se adhieran a los criterios diagnósticos. En un estudio se pidió a los clínicos que indicaran los síntomas diagnosticados en los pacientes relacionados con trastornos de la personalidad y en ocasiones los diagnósticos eran incongruentes con los patrones de síntomas que el DSM requiere para identificar los trastornos de personalidad (Morey y Ochoa, 1989).

Todo ello lleva a exponer que en la actualidad las enfermedades mentales pueden clasificarse de forma categorial, donde se incluye el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, destacando que para establecer la existencia de un trastorno de personalidad se deben cumplir determinados criterios. Por tanto, de conformidad con DSM, se clasifica a las personas de acuerdo con si tienen o no un trastorno.

Siguiendo este enfoque categorial, hay que destacar diez tipos trastornos de la personalidad. Dentro de dicha clasificación se encuentra el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (TOCP). Este tipo de trastorno es el segundo más frecuente de los trastornos de personalidad. Es uno de los trastornos más prevalentes en la población general, con una estimación de entre 2,1 a un 7,9%. A continuación, se aporta tabla explicativa (ver tabla 1) con más detalle:

Tabla 1

Diagnósticos trastorno de personalidad obsesivo compulsivo

Criterios diagnósticos según el DSM V 301.4 (F60.5)
Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:
1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.

<p>2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).</p>
<p>3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).</p>
<p>4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).</p>
<p>5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.</p>
<p>6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.</p>
<p>7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.</p>
<p>8. Muestra rigidez y obstinación.</p>

En este sentido, algunos de los criterios aquí señalados pueden verse en la conducta verbal y no verbal del paciente del caso a exponer en este informe. Un ejemplo de ello se refleja en el criterio número uno explicado más arriba: en ocasiones el paciente pierde en consulta el contexto de la conversación por su necesidad imperante de anotar constantemente lo que el terapeuta explica. El punto dos también se refleja en su conducta, pues el paciente verbaliza que “en casa tiene que estar todo perfectamente organizado siempre”. Su expareja llegó a decirle cuando ya no vivían juntos: “no recordaba lo que era vivir en calma”, refiriéndose a la necesidad de orden y planificación extrema que él tenía. Con respecto al criterio número cuatro, en este momento el paciente se encuentra en un punto de inflexión con respecto a la moralidad y a sus valores, no mostrándose tan inflexible y rígido como narra que lo era en etapas anteriores, cercanas en el tiempo. De ahí su idea de iniciar terapia y su explicación del rol personaje versus el genuino. El criterio seis se ve reflejado también en cómo el paciente expone en sesión sus dificultades para trabajar en equipo, para recibir órdenes de sus superiores y para decirle a compañeros y superiores cómo debían hacer las cosas. El criterio ocho se explica en la rigidez de su pensamiento y conducta que muestra a la hora de relacionarse con amigos: solo se junta a la vez con uno o dos amigos máximo, pues eso le permite conectar

más con el rol genuino. De lo contrario, aparece su rol personaje que le lleva a actuar como un líder obstinado.

En la realidad, como podemos observar en los ejemplos expuestos anteriormente, las personas pueden “tener” un trastorno de personalidad en distintos grados. Los investigadores ahora analizan la información para descubrir la estructura subyacente de los datos y ver qué trastornos de personalidad son más adecuados para un modelo categórico o continuo (Sue et al., 2015).

Por otro lado, el modelo continuo o dimensional también explica los trastornos de personalidad considerándolos como variaciones desadaptativas de los rasgos de personalidad, disponiéndose en un continuo donde la normalidad está en el extremo opuesto. (Sánchez et al., 2015) En este sentido, estos rasgos no alcanzan el umbral de trastorno en cuanto a la inflexibilidad y el malestar que generan en el sujeto y su entorno, pero sí afectan e influyen en cómo el sujeto se siente y está, además de generarle dificultades para responder a las demandas del entorno.

Hay diversos autores que han hablado y explicado esta aproximación dimensional, uno de los más destacados es Theodore Millon. Su teoría de la personalidad es la más comprehensiva que se ha desarrollado nunca según se escribió en 1999 en las páginas del Journal of Personality Assessment. En dicha publicación se explicaba la evolución del modelo en los 30 años anteriores, analizando autores que conocían el modelo y lo habían utilizado (Cardenal et al., 2007).

Teodore Millon insistía en plantear un continuo entre normalidad y patología. De esta forma la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo, la diferencia fundamental es que las personalidades normales son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, y las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas (Cardenal et al., 2007). Igualmente, Millón y Every (1994) explican algunos factores ambientales que ejercen una influencia fuerte a la hora de desarrollarse un trastorno de personalidad como son el sobre control parental, el comportamiento compulsivo aprendido y el aprendizaje de responsabilidades.

Otros autores como Costa y McCrae (2005) ven los trastornos de la personalidad como extremos de dimensiones subyacentes de los rasgos normales de la personalidad. De este modo las dimensiones de la personalidad como extraversión, afabilidad, neuroticismo, escrupulosidad y apertura pueden usarse para describir trastornos de la personalidad.

Adicionalmente se puede decir que las variaciones desadaptativas de la personalidad son configuraciones egosintónicas y egodistónicas. En la personalidad egosintónica, el sujeto hace sufrir a los demás, no son conscientes de su problema y suelen tener dificultades en las relaciones con los demás pensando que son los demás los culpables de ello. Por el contrario, la personalidad egodistónica, sufren mucho, se sienten desgraciados y quisieran ser de otra manera (Esbec y Echeburúa, 2011).

En la literatura científica hoy en día no es fácil encontrar tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad en general y para los trastornos obsesivo-compulsivos de la personalidad en particular (Quiroga y Errasti, 2003). Coincide igualmente con la conclusión de Echeburúa y De Corral (1999) afirmando que todavía no hay resultados claros acerca de la eficacia de estos programas.

Beck y Freeman et al. (1990) presentan una intervención cognitiva para personas con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Se trata de una muy buena noticia, aunque dicha intervención se va a ver dificultada por el patrón de rigidez del propio sujeto (característica muy destacable en este trastorno). Sin embargo, esta terapia va a ayudar al paciente a ir construyendo estructura, de la que en muchas ocasiones carece, pues en este tipo de perfiles se dan situaciones donde les cuesta priorizar, aceptar sus errores o abordar nuevas tareas. Igualmente podrá también ayudar al paciente a disminuir su necesidad de tenerlo todo bajo control, así como trabajar herramientas concretar para ser consciente de su pensamiento dicotómico.

Algunos de los pasos más importantes a dar a la hora de plantear la intervención:

1. Claridad de los objetivos y metas del tratamiento.
2. Establecer un programa de trabajo concentrándose en un tema cada vez
3. Planificación de prevención de recaídas con sesiones de apoyo

Además, algunas técnicas con las que se puede trabajar:

- Control de los pensamientos obsesivos: técnica de detención del pensamiento
- Incapacidad para priorizar tareas o retraso en los trabajos: programación de actividades agradables
- Entrenamiento en relajación: técnicas de relajación
- Gestión de las emociones: Hoja de registro de pensamientos disfuncionales prestando atención a la columna de las emociones.
- Pensamientos automáticos: entrenamiento en auto instrucciones (verbalizaciones de afrontamiento)
- Modificación de las suposiciones subyacentes: elaboración de ideas más racionales y adaptativas
- Mejora de relaciones interpersonales: Trabajo en aumento de empatía

A pesar de las dificultades para encontrar tratamientos psicológicos eficaces orientados a trabajar el trastorno obsesivo compulsivo de personalidad, el enfoque cognitivo conductual aporta datos interesantes a la literatura científica.

Los estudios realizados por León-Quismondo, et al. (2014) muestran la utilización de la técnica de exposición con prevención de respuesta (EPR) para tratar casos de obsesiones, impidiendo a los pacientes que durante la exposición realicen conductas de evitación encaminadas a reducir la ansiedad (compulsiones o rituales) y favoreciendo la gestión de la ansiedad y las emociones asociadas a las obsesiones. Mediante

aprendizaje de estrategias y técnicas el paciente adquiere un sentimiento de control ante la respuesta que provocan los pensamientos o imágenes obsesivos. Hay estudios que muestran la eficacia de la EPR en este tipo de trastornos. Se ha comparado esta técnica con otros tratamientos, en estudios controlados con asignación aleatoria a las condiciones experimentales, resultando más eficaz EPR que el entrenamiento en control de ansiedad o la terapia cognitiva. Pero no siempre es así, pues en algunos pacientes no es eficaz por la propia dinámica de exposición.

Adicionalmente cabe destacar los estudios realizados por los autores Twohig et al. (2006) siguiendo la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en pacientes que luchan contra sus obsesiones sin ser capaces de eliminarlas por completo. ACT tiene como objetivo la aceptación de los eventos privados desplazando el foco del tratamiento de los síntomas a los valores y metas vitales del paciente. El objetivo es hacer ver al paciente que una de las cosas que se interpone en el camino hacia la consecución de sus valores es la energía gastada en intentar controlar sus emociones. Se observó un aumento de la aceptación de eventos internos y todos los pacientes calificaron el tratamiento como altamente aceptable. Los resultados se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. Aunque es un terreno que aun hay que seguir explorando, los resultados disponibles apuntan a unos beneficios prometedores, un enfoque alternativo que ayuda al paciente a crear una nueva relación con sus pensamientos obsesivos y sus sentimientos de ansiedad, persiguiendo la aceptación de estos.

Dichas aportaciones son un soporte importante para el caso que nos ocupa en este informe.

A pesar de ello, son varias las consideraciones para tener en cuenta a la hora de plantear el tratamiento del paciente de este caso:

- el sujeto no está diagnosticado de un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad como tal, no obstante, cumple algunos de los criterios ya explicitados arriba según el DSM V.
- Los tratamientos psicológicos eficaces que se encuentran en la literatura científica son un referente importante como guía para cualquier caso de trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. Sin embargo, es esencial tener en cuenta que cada caso llevará consigo su propio tratamiento y plan terapéutico.

En el caso concreto que nos ocupa, se tomará como referencia y soporte lo explicado por los autores mencionados, aunque es necesario elaborar un tratamiento específico, basado en las necesidades concretas de nuestro paciente y en función del análisis funcional que resulte de las conductas problema.

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

2.1. Descripción del paciente y contexto actual

Los datos personales que se comparten sobre el paciente del caso clínico son ficticios. Según la ley de protección de datos de carácter personal (GDPR) es ilegal facilitar datos que puedan identificar a la persona que acude a terapia. El paciente ha sido informado sobre ello en el consentimiento informado (ver modelo anexo A).

J. es un varón de 33 años, soltero, nacido en Madrid. Estudió Publicidad y Relaciones Públicas. Trabaja en marketing. Vive solo en un piso en Madrid.

Se describe como una persona obsesiva, anota por categorías sus ideas. Ha comenzado a darse cuenta de que no está satisfecho consigo mismo ni con su forma de ser y de actuar. En sesión explica lo que él considera su rol personaje versus su rol genuino (refiriéndose al rol deseado, en lo que le gustaría convertirse).

Área familiar: Su madre es enfermera y el paciente la describe como “protectora y ansiosa”. Su padre trabajó como administrativo. Tiene muy buena relación con ambos, aunque considera que todos los aspectos negativos de su personalidad vienen de su padre (a modo heredado), refiriéndose a la parte más manipuladora y chantajista que ve en él. Por otro lado, le admira por sus valores de familia y de no ser una persona ambiciosa. J. Tiene una hermana seis años menor que él.

Área sentimental: Acaba de terminar la relación con su pareja con la que vivía desde hacía un año y medio. La relación comenzó hace tres años.

Área académica / laboral: Siempre ha sacado muy buenas notas y desde pequeño sus padres le han exigido los mejores resultados, transmitiéndole las expectativas tan altas que tenían puestas en él, dadas sus capacidades e inteligencia. En la universidad, se incentivaban también excelentes resultados, ofreciendo a cambio una reducción en el pago de las cuotas de los estudios. En el mundo laboral también ha tratado siempre de obtener los mejores resultados. Ese nivel de exigencia marcado desde pequeño le ha llevado a ser una persona controladora, autoexigente y muy perfeccionista. Mide su valía por el reconocimiento recibido por parte de los demás.

Relaciones sociales: J. tiene cinco grandes amigos. Además, tiene otros grupos, entre ellos destaca a “los nihilistas”, muy vinculados a su expareja.

Ocio: Le gusta preparar contenido digital interesante y subirlo a las redes sociales.

Salud: Consumía marihuana desde los 14 años. Ocasionalmente en fiestas consume cocaína y otras sustancias alucinógenas.

2.2. Motivo de consulta

Malestar emocional que siente debido a la ruptura con su pareja. Una vez en consulta se da cuenta de que le gustaría trabajar otras áreas como es el poder hacer cosas por sí mismo y no por validación social. Esta necesidad de notoriedad y de sentirse validado, unido a sus rasgos obsesivos le llevan a sentir insatisfacción, malestar e incluso decepción cuando los acontecimientos no salen como él espera (como cree que los demás esperan). Es consciente de que lo que le ocurre es un problema para él y no le gusta ser así.

Además, reconoce tener ciertas conductas de dependencia emocional pero no quiere abordarlas en este momento.

2.3. Evolución de la conducta problema

El paciente había acudido con anterioridad a terapia psicológica (ocho sesiones) en el año 2018 por temas de ansiedad. No proporcionó más detalles sobre dicha intervención ni aportó ningún informe. Nunca ha recibido un diagnóstico ni tratamiento farmacológico, aunque en ocasiones muy concretas sí ha tomado algún ansiolítico para relajarse.

De forma ocasional consume sustancias psicodélicas y estimulantes con un fin recreativo y terapéutico.

3. Estrategias de Evaluación

El plan terapéutico llevado a cabo incluye evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente. Los instrumentos utilizados para realizar la evaluación psicológica han sido principalmente:

- Entrevista semi estructurada: Especialmente en las primeras sesiones este modo de entrevista nos ayuda a adaptarnos al interlocutor y a las circunstancias concretas de la entrevista. Se trata de un modo más flexible de obtener información. (Muñoz, 2004).

En el caso que nos atañe, en primer lugar, dedicamos unos minutos a “romper el hielo” y hablar de otros temas que no tenían que ver con la consulta. Seguidamente nos centramos en poder situar el problema que trae el paciente a terapia y cómo afecta a las distintas áreas de su vida (familia, amigos, trabajo, pareja...). Más allá de la estructura establecida en esta herramienta de evaluación, se ha tratado de ir adaptando las preguntas al propio ritmo del paciente y a la información que él iba compartiendo. Se hizo hincapié en algunos temas concretos relacionados con su obsesividad tales como: sobre análisis de determinadas conductas (comparaciones con su padre, quedar con amigos en grupos reducidos, solo uno o dos), sobre análisis de pensamientos (dicotomía J. personaje y J. genuino) y consumo de psicodélicos para conocerse más. Todo ello se fue analizando a través de preguntas que nos dieran información más precisa: desde cuando ocurría, con qué frecuencia, en qué contextos.

- Observación de conductas clínicamente relevantes: Dada la problemática de este paciente, ha sido de gran utilidad para recopilar información acerca de algunas conductas verbales y no verbales observadas en el paciente y así operativizar parámetros como la ocurrencia, orden, frecuencia, duración (Muñoz, 2003). Concretamente se observaron las conductas de anotar en el cuaderno, revisar notas apuntadas en el móvil, beber agua y la velocidad del habla. Dichas conductas analizadas en sesión nos sirven para entender qué función cumplen, así como valorar si se producen modificaciones, aumento o reducción de estas en el transcurso de las sesiones.

Adicionalmente, y con el objetivo de contrastar y complementar información proporcionada en la entrevista, se procedió a administrar el siguiente cuestionario:

- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI): Evalúa contenidos de la personalidad de la persona adulta mayor de 18 años. Los trastornos que contempla son los esenciales del eje 1 y 2 del Manual Diagnóstico de trastornos mentales (DSM): trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos, psicóticos y relacionados con el abuso de drogas o alcohol. Considera también características fundamentales de algunos trastornos de personalidad. Consta de 344 preguntas mediante 22 escalas.

Características psicométricas:

- ✓ Fiabilidad: En la adaptación española, la fiabilidad promedio test-retest del PAI fue de 0,82 y la consistencia interna de sus escalas obtuvo coeficientes alfa de Cronbach promedio de 0,78 para la muestra normal y de 0,83 para la muestra clínica.
- ✓ Validez: El manual de la adaptación española recoge un amplio capítulo con los distintos estudios de validez disponibles sobre el PAI y las evidencias acumuladas de cada una de sus escalas. Se analizan las evidencias de validez de contenido a partir de los estudios con jueces realizados en distintos puntos del desarrollo de la prueba. Se incluye la convergencia del PAI con numerosos indicadores clínicos, diagnósticos y valoraciones clínicas de profesionales y con instrumentos diagnósticos comúnmente utilizados (p. ej., MMPI-2, MMPI-2-RF, MCMI-III, NEO-PI, IAS-R, escalas de alcoholismo, escalas de depresión, Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica BPRS, HAM-D, CODE-DD...), observando una satisfactoria validez convergente con estos criterios. También se incluyen estudios con diversos grupos clínicos de cada una de las escalas principales del PAI, obteniendo perfiles para simuladores, disimuladores, trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo, manía, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, delirios paranoides, alucinaciones auditivas, trastorno límite, trastorno antisocial, abuso de sustancias, agresores, violadores, maltratadores e ideaciones suicidas. Su validez discriminante se ve reforzada por la concepción de escalas independientes con ítems que no se solapan.

Por todo ello, puede considerarse que el PAI es un instrumento sólido y riguroso que aporta a los profesionales una ayuda importante para realizar el proceso de evaluación de la forma más eficaz posible (Font-Mayolas, 2013).

4. Formulación clínica del caso.

Para tratar de entender el caso de J. es necesario comenzar por explicar la hipótesis de origen que ha llevado al paciente a la situación actual. El propio paciente data el origen de la conducta problema explicando el perfil ansioso y sobre protector de su madre, unido a su necesidad de tenerlo todo siempre perfectamente ordenado. Todo ello aparece en su etapa infantojuvenil a raíz de las expectativas tan altas que sus padres habían puesto en él, dada su inteligencia y capacidad para alcanzar buenos resultados académicos. Posteriormente en la Universidad esto queda también reflejado por parte de los profesores y el sistema educativo, donde se premiaba con becas a los mejores estudiantes. Esto ha hecho que J. viva todas las situaciones académicas (y posteriormente las laborales) por un lado desde la exigencia y el perfeccionismo y por otro sintiéndose bien solo cuando su entorno, padres, profesores le validan y le reconocen sus resultados. De esta forma, no estar al nivel que se le exigía era sinónimo de fracaso.

El paciente además informa de determinados rasgos obsesivos temperamentales que fomentan y agudizan su autoexigencia y perfeccionismo. Verbaliza que desde pequeño ha sido siempre muy metódico y ordenado pues le gustaba tener todo perfectamente organizado y planificado. Además, se define como una persona muy analítica que necesita entenderlo todo y controlarlo todo.

La hipótesis de mantenimiento se explica por cómo el paciente ha generalizado esas expectativas tan altas puestas en él a otros contextos de su vida, tal y como se hacía en el contexto académico, es decir, desde su necesidad de sentirse validado siempre. Busca la excelencia y perfección en áreas de su vida como el trabajo, la pareja, relaciones sociales. En ocasiones verbaliza en consulta “el contexto es el que siempre me ha ido diciendo si soy bueno o no”. Dicha necesidad de validación social unida a sus rasgos obsesivos le lleva a sentir malestar, insatisfacción, decepción cuando los acontecimientos no salen como él espera.

4.1. Análisis funcional del caso:

En la explicación del análisis funcional que se va a exponer se observa que aparecen ciertas conductas problema que estarían encuadradas dentro de un patrón que asemeja al patrón obsesivo compulsivo de personalidad. Y hay otras conductas problema que son más compatibles con un patrón de dependencia emocional.

En el análisis funcional que se va a detallar a continuación, se describen las siguientes variables disposicionales que predisponen a las conductas problema a explicar:

- Entornos exigentes y retadores

- Altas expectativas
- Creencias /reglas verbales
- Afición por temas de psicología / lenguaje psicologizado
- Crisis de valor en el ámbito laboral
- Estar en un grupo de varias personas

Obsesividad: Sobre análisis de conductas y pensamientos J. personaje vs J. genuino

La primera conducta problema que presenta el paciente está relacionada con su tendencia a la obsesividad. Ello le lleva a sobre analizar constantemente conductas y pensamientos; Analiza lo que él considera que es “lo que debe ser” (J. genuino) y “lo que no le gusta ser” (J. personaje), que se empeña constantemente en cambiar. Esta conducta aparece ante estímulos discriminativos que le lleven a compararse o perder el control de la situación tales como:

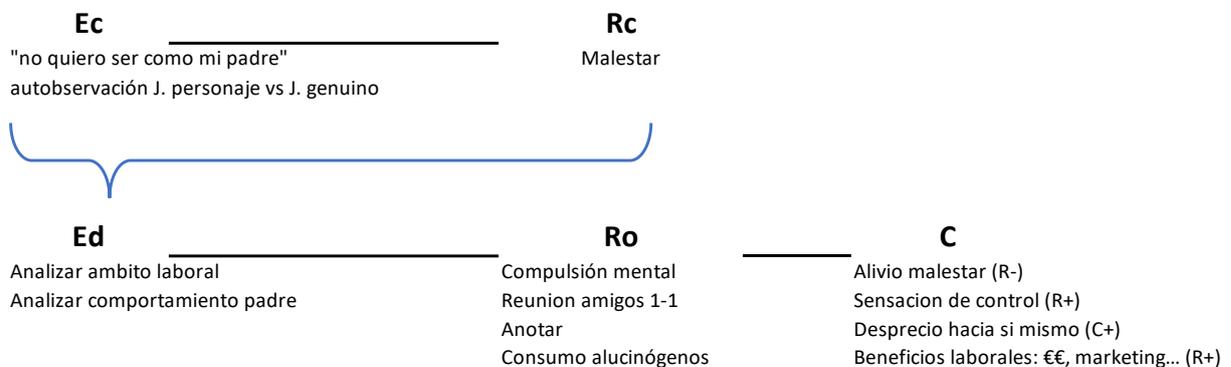
- Ed: Ambiente en su trabajo: Analizar su conducta en el ámbito laboral le lleva a sentir una crisis de valor al percibir que lo que hace no le gusta, no tiene sentido para él (su trabajo es ayudar a vender contenidos digitales). Considera que sus funciones tienen un alto trasfondo capitalista (le lleva a valores capitalistas).
- Ed: Su padre: Analizar la conducta de su padre cuando habla con los demás y observar cómo se dirige a determinadas personas (abuela) le lleva a pensar que él es exactamente igual que su padre, se ve reflejado en él (el paciente verbaliza en sesión “cuando hablo con mi padre es como hablar conmigo mismo”, “no quiero ser como mi padre”).

Estos estímulos discriminativos provocan en él:

- Conductas observables: Control de situaciones de ocio, por ejemplo, reunirse con amigos solo de uno en uno o máximo dos amigos a la vez. En su sobre análisis de la situación, considera que de esta forma es capaz de controlar el momento y de conectar con su J. genuino. Quedar con más gente puede provocar en él “despertar” al J. personaje. Otra de las conductas motoras destacables es su tendencia a anotar lo que él considera importante, con el fin de poderlo repasar después, de que no se le olvide, de poder tener controlado lo que está pensando en ese momento y poder conocerse más a sí mismo. En ocasiones, explica en sesión que consume alucinógenos con el objetivo de intentar conocerse más a sí mismo y así darle más fuerza y protagonismo al J. genuino.
- Pensamientos rumiativos donde compara y analiza constantemente al J. personaje y J. genuino
- Activación emocional y fisiológica como es enfado, nerviosismo que le lleva a aumentar la velocidad del habla.

Las consecuencias que obtiene de todo ello son en algunos casos positivas, porque le suponen un aprendizaje. Obtiene un refuerzo positivo cuando se da cuenta que es bueno tener trabajo, ganar dinero, trabajar en un departamento de marketing. Obtiene también un refuerzo negativo pues se quita un malestar momentáneo (se alivia) al pensar que puede cambiarlo, que darse cuenta de ello es el primer paso para poderlo cambiar. Por ejemplo, cuando ve que su padre hace algo y él se ve reflejado en ese algo, siente malestar (emoción negativa) y a su vez aparece también un refuerzo negativo al darse cuenta de que lo puede cambiar.

Por otro lado, hay consecuencias negativas en esta conducta problema, al provocarle un rechazo hacia si mismo el darse cuenta de lo que está haciendo (castigo positivo).



Dependencia emocional: Notoriedad y Validación social

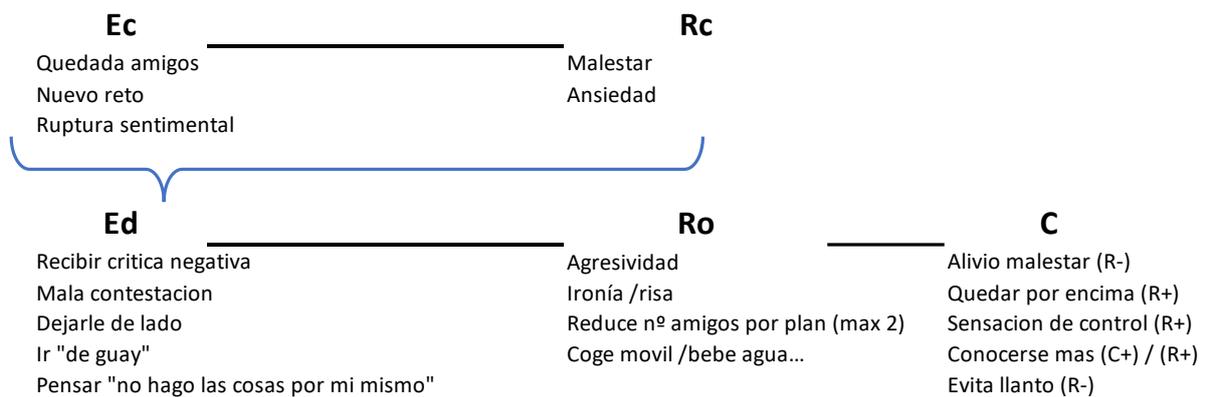
La segunda conducta problema que presenta el paciente esta relacionada con su tendencia a la dependencia emocional. A raíz de la ruptura con su novia se da cuenta de la forma en que tiende a vincularse y relacionarse con los demás, buscando constantemente la validación social. Mide la calidad de sus relaciones con los demás considerando si será buena y satisfactoria para él en función de lo que le validan y le aprecian. Esta conducta aparece ante estímulos discriminativos tales como:

- Ed: Darse cuenta de que hace las cosas por quedar bien, no por él mismo
- Ed: Quedada con grupo de amigos que están hablando de sus cosas y él quiere quedar por encima (“de guay”)
- Ed: Sentir que le dejan de lado
- Ed: Recibir una crítica en el trabajo, amigos, novia...

Estos estímulos discriminativos provocan en él:

- Conductas observables: Quiere quedar por encima de esa persona y le ataca. Aparecen conductas agresivas y de desprecio hacia los demás. En ocasiones también aparece la ironía y la risa descontrolada con el objetivo de quitarle importancia a lo que está sintiendo y evitando así emociones desagradables. Al igual que en la conducta problema anterior, busca controlar la situación quedando con sus amigos en grupos mas reducidos, 1 o 2 personas máximo, para sentirse validado por ellos y para que no se “despierte” el J. personaje que busca la validación social ante un grupo más grande.
- Pensamientos negativos hacia si mismo (verbaliza en sesión “no quiero ser percibido como un fracaso”)
- Activación emocional y fisiológica como nerviosismo, habla rápida, taquicardia

Las consecuencias que aparecen son por un lado sentir alivio momentáneo de su malestar (refuerzo negativo) intentando salir airoso de esa critica o de esa situación que siente que le invalida. Le permite además sentir cierto control de la situación (refuerzo positivo) y con ello aumenta la probabilidad de que le validen. Igualmente le sirve para evitar expresar emociones como la tristeza y el llanto (refuerzo negativo).



En general, todas las conductas problema explicadas están relacionadas entre sí, algunas de ellas observables en sesión, como pueden ser anotar en su cuaderno lo que el terapeuta va explicándole, coger el móvil para revisar sus anotaciones, beber agua... Hay otras conductas que, aunque no han sido observadas en sesión, aparecen en su discurso, tales como comparar y analizar mentalmente al J. personaje y al J. genuino, observar cómo su padre trata a determinadas personas (abuela) e intentar corregirle. De esta forma refuerza su sensación de “estar haciendo lo correcto”. También forma parte de esas conductas no observadas en sesión, su interés en interactuar con grupos reducidos para asegurarse el control de sí mismo y la validación social.

4.2. Resultados de las pruebas de evaluación

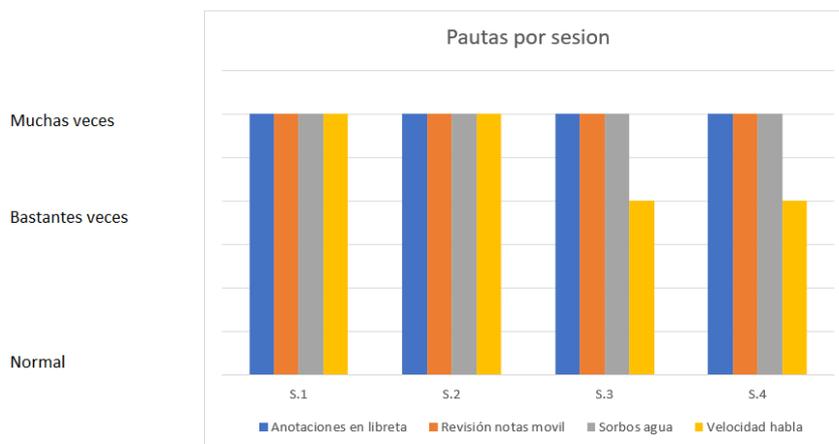
Los resultados encontrados en la observación de las conductas clínicamente relevantes fueron muy significativos para poder valorar la evolución de las conductas problema y cómo el paciente afrontaba las sesiones con nosotros. Las cuatro conductas que se observaron en sesión fueron las siguientes:

- Anotaciones en su libreta
- Revisar notas apuntadas en su móvil
- Beber agua
- Velocidad del habla

Dichas conductas seleccionadas se observaron en las cuatro primeras sesiones realizadas (ver figura 1).

Figura 1

Conductas clínicamente relevantes sesiones 1ª a 4ª



Muchas veces: 10-20 veces Bastantes veces: 5-9 veces Normal: 0-4 veces

Con el fin de facilitar la interpretación de la figura 1 presentada arriba, se indica a continuación (ver tabla 2) el registro concreto de la observación realizada en las cuatro primeras sesiones, con el número exacto de conductas clínicamente relevantes realizadas.

Tabla 2

Registro conductas clinicamente relevantes sesiones 1ª a 4ª

	Sesion	Sesion	Sesion	Sesion
	1	2	3	4
Pautas				
Anotaciones en libreta	12	12	10	10
Revisión notas movil	13	15	13	12
Sorbos agua	20	14	16	19
Velocidad habla	15	15	9	8

Respecto a los resultados obtenidos en el Inventario de personalidad PAI (ver anexo B), han servido de soporte y guía en la evaluación del paciente. La escala DRG (problemas con drogas) arrojó una puntuación T de 80, lo que indica el consumo de drogas de todo tipo, como comentó el paciente en consulta. La escala RTR (rechazo al tratamiento) arrojó una puntuación T de menos de 30 lo que sugiere su absoluto convencimiento y voluntad de cambio y de adherencia al tratamiento. La escala TRA-O (obsesivo-compulsivo) arrojó una puntuación T de 69 lo que sugiere la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva (Morey, 2011).

Una vez expuesto y comentado en consulta con J. se puede corroborar que no existe dependencia como tal a las drogas, sino que el paciente hace un uso recreativo de las sustancias. Desde la primera sesión ya verbaliza que ha dejado de tomar drogas (aunque reconoce que las ha probado todas) pero que no siente adicción ni necesidad de tomarlas, sino que forma parte de una etapa de su vida en la que se refugiaba en ellas a modo de huida. Durante el tratamiento J. en varias ocasiones explica que a pesar de estar en ambientes propicios para drogarse (fiestas, conciertos) y con amigos que le ofrecen todo tipo de sustancias, él rechaza esa idea. Explica, además, que la única vez que ha decidido tomar setas alucinógenas en los últimos meses ha sido para conectar con la idea de conocerse mas y a modo terapéutico.

4.3. Objetivos del tratamiento

El paciente expresa su interés en las primeras sesiones por abordar diferentes objetivos personales que ha identificado como importantes:

- Hacer las cosas por mí mismo y no por validación social (J. genuino y J. personaje)
- No mostrar agresividad cuando noto que alguien me deja de lado o no me hace caso
- Disminuir mi exceso de análisis de las situaciones laborales o personales para llegar a un equilibrio entre lo que pienso y lo que hago
- Mejorar la relación con mi padre

En base a esta información y a toda la ya recogida por los diferentes métodos de evaluación explicados, de forma conjunta con el paciente se proponen unos objetivos terapéuticos (ver tabla 3) que incluyen directa o indirectamente lo propuesto por él.

Tabla 3

Objetivos y técnicas

Objetivos	Técnicas
Aumentar la comprensión del problema por parte del paciente	Entrevista de devolución de información
	Devolución del análisis funcional
	Breve psicoeducación sobre el duelo
Mejorar la gestión emocional conectando con su emoción de ira o tristeza. Mejorar capacidad empática con su expareja a través de la comunicación asertiva.	Fomentar la identificación de emociones en otros
	Exposición con prevención de respuesta
	Trabajar la empatía y asertividad mediante el análisis de conducta del otro
	Psicoeducación sobre las emociones vs pensamientos rumiativos
	Metáfora del perro y el gato
Clarificar sus valores representados en el J. genuino	Ejercicios para identificación y análisis de valores
	Identificación de conductas orientadas a valores

5. Tratamiento

El tratamiento llevado a cabo con J. ha sido de diez sesiones. Las sesiones tenían una duración aproximada de una hora y se han realizado con una periodicidad de una vez a la semana en la mayor parte de tratamiento. Se realizó una sesión de seguimiento dos meses después.

Las primeras tres sesiones se centraron en conocer a J. y que pudiera explicar el motivo que le ha llevado a iniciar terapia individual. Se fue indagando cada una de las áreas de su vida, relación con sus padres, consumo de drogas, red social y ocio principalmente. En estas primeras sesiones J. explica con detalle y ejemplos concretos lo que él llamaba su rol de J. personaje y J. genuino. Cuando habla de J. personaje se refiere a una persona manipuladora, narcisista, controladora del entorno, con grandes ideas, que no se equivoca ni fracasa, que da a los demás en función de lo que recibirá de ellos, que no toma decisiones y siempre está en la queja. En el caso del J. genuino, se trata de una persona que busca relaciones más profundas, donde poder ayudar a los demás, flexible, empático, que acepta el fracaso y la equivocación, seguro de sí mismo, sabe lo que quiere y gestiona la toma de decisiones desde la calma.

Dada la cantidad de información que el paciente contaba en sesión se le animó a pensar en priorizar los objetivos que consideraba más relevantes trabajar. Finalmente, en estas primeras sesiones se fijaron los objetivos terapéuticos.

En la cuarta y quinta sesión se analizan las conductas y pensamientos que J. ha explicado que le generan malestar para posteriormente comenzar con la devolución del análisis funcional, lo que le permite tomar conciencia de su problema e ir comprendiéndolo. Se le administra en los últimos minutos de sesión el Cuestionario de personalidad PAI.

Reflejo de sus rasgos obsesivos, en estas sesiones el paciente verbalizar lo que siente tras la ruptura con su novia. Muestra frustración e incomprensión por cómo está afrontando su exnovia el duelo por la separación. Insiste en que debería ser de otro modo y tras unos minutos de confrontación, se le explican brevemente las fases y ritmos diferentes que pueden darse en todo proceso de duelo. Él no había sido consciente de ello, al contrario, consideraba que sólo lo que él pensaba era lo correcto.

Por último, se dedicó el final de la quinta sesión a explicarle los resultados del PAI resaltando los 2 indicadores que destacan:

Problema con drogas: El paciente verbaliza que “ha sido una huida” relacionada con una etapa muy concreta de su vida. Lleva más de 4 meses sin consumir y la única vez que lo ha hecho reconoce que fue a modo recreativo y por tratar de conocerse a sí mismo, pero no porque tenga dependencia.

Obsesividad: Reconoce que da muchas vueltas a las cosas y si no sale como él quiere se frustra. Explica también ejemplos de “cómo tiene que estar el trapo de la cocina en casa” o “he llegado a ir al chino más cercano a gastarme exactamente los 2.47€ que me han sobrado, y tengo que gastarme exactamente eso”. El terapeuta invita a J. a realizar un ejercicio de introspección y reflexión de cara a la siguiente sesión. Le propone ir descubriendo y dándose cuenta de cómo funciona su pensamiento, cómo son sus procesos mentales, explicándole que quizá estén guiados por un proceso de comparación con los demás o de buscar el significado de lo que está ocurriendo.

Como tarea para casa se le pide que trate de enumerar los valores que más destacaría en él mismo.

En la sexta y séptima sesión se trabaja la mejora de su gestión emocional. Tras la última quedada con su exnovia, verbaliza cómo fue el encuentro y lo que ocurrió. El terapeuta trata por un lado de ayudarle a conectar con sus emociones de tristeza, enfado, animándole a que recuerde momentos concretos de la quedada con su exnovia, el lugar, el ruido, el olor, etc. “¿Qué estás notando ahora? ¿Dónde notas esa emoción?”. Por otro lado, le guía con preguntas abiertas sobre cómo cree que sentía su exnovia ante determinadas reacciones o actuaciones suyas “¿Por qué crees que tu novia te ha dicho...?” “¿qué crees que dice esto de ti?”. En un momento dado J. se dirige a anotar en su cuaderno lo que el terapeuta le está explicando, al considerarlo importante, en ese instante, el terapeuta le impide la pulsión del registro con el objetivo de que se dé cuenta y conecte con su pensamiento y su emoción. El objetivo así es cambiarle la consecuencia de la pulsión.

Se trabaja con él otro ejemplo de cómo llevar a cabo la última despedida con su expareja. J. exigía a su exnovia su necesidad de verla salir por la puerta de la casa que compartieron por última vez, sin tener en cuenta lo que ella podía sentir o querer. Abarcando igualmente preguntas reflexivas, se trabaja con el paciente la identificación y comprensión de emociones en él mismo y en otros, y se fomenta la empatía hacia su expareja. En paralelo y siguiendo el mismo ejemplo de su exnovia, se trabaja con él asertividad. Llegado el momento de hablar con su expareja el reparto de los enseres de la casa que compartían, ella se sitúa en un rol muy rígido e insistente por quedarse con muebles y cosas de la casa. Se trabaja con J. el tratar de hablar con ella desde la calma, explicando sus necesidades y acogiendo también las suyas. J. verbaliza que este ejercicio le ha ayudado a ser justo con el reparto, sin traer a la conversación odio o deudas económicas que ella aún tenía pendientes con él.

Del mismo modo, se aprovechan estas sesiones para hacer un ejercicio de psicoeducación con respecto a sus pensamientos rumiativos y sus emociones. Se trata de disminuir su exceso de reflexión y rumiación conectando y dejando entrar a la emoción: “primero lo siento y luego lo analizo” “A veces las emociones salen sin necesidad de tener que seguir un guion previo”. Como apoyo a toda esta explicación se trabaja con él la Metáfora del perro y el gato.

En la octava sesión, nos centramos en los valores que ya había ido pensando y trabajando por su cuenta. En sesión se realiza un ejercicio de identificación de valores a través de la elección de las tarjetas de valores que considera más importantes. Posteriormente se le anima a que trate de relacionarlos con conductas concretas. Los valores que ha resaltado como importantes para él: Esfuerzo, estabilidad, cuidado de si mismo y de los demás, responsabilidad, ética del trabajo, amabilidad. A continuación (ver tabla 4), se detallan las conductas que identificó orientadas a esos valores:

Tabla 4

Valores y conductas

Valores	Conductas
1. Esfuerzo	Dar algo de ti que no es del todo cómodo pero te va a llevar a algo mas grande Hace tiempo que tengo sensación de dejarme llevar, no se qué quiero hacer
2. Estabilidad	Me da calma tener un sueldo Ser la mejor versión de mi mismo
3. Cuidado de mi mismo	Dejar consumo de drogas. Retomar el deporte y relaciones sociales sanas
4. Cuidar a los demás	Dar consejos
5. Responsabilidad	Hacerme responsable de mis actos. Dejar la queja a un lado y ver qué esta en mi mano cambiar
6. Etica de trabajo	Dar lo máximo de ti con honestidad Cambiar mi enfoque en la empresa, pedir proyectos nuevos
7. Amabilidad	Tratar bien a los demás, sea el contexto que sea

En la novena sesión se observa una evolución muy favorable de la conciencia del problema. Además, se observan avances reflejados en la disminución de los pensamientos dicotómicos (J. personaje y J. genuino) y de las conductas compulsivas (quedar solo con uno o dos amigos, comparaciones y observación de su padre) junto con una mejora muy significativa del bienestar emocional en los dos últimos meses. Por ello, esta sesión se dedica a reforzar y recordar los avances logrados, así como las estrategias y herramientas aprendidas.

La décima y última sesión se realiza dos meses después. Fue una sesión de seguimiento de los dos últimos meses en la que su evolución continuó siendo favorable. Se realizó entrevista semi estructurada nuevamente para hacer una valoración pre y post tratamiento. Igualmente se llevo a cabo la observación de conductas clínicamente relevantes. Se detallan a continuación (ver tabla 5) las sesiones realizadas:

Tabla 5

Plan terapéutico

Sesiones	Plan terapéutico
Evaluación inicial	
1ª, 2ª y 3ª sesión 13 octubre 2022 20 octubre 2022 27 octubre 2022	Entrevista (motivo de consulta, primeras observaciones de conductas clínicamente relevantes, anamnesis) Objetivos personales del paciente y expectativas sobre la terapia comenzada Análisis de objetivos terapéuticos acorde a los suyos personales
Inicio tratamiento	
4ª y 5ª sesión 3 noviembre 2022 10 noviembre 2022	Análisis de pensamientos y conductas que le generan malestar Devolución del AF Psicoeducación sobre el proceso de duelo por separación de su novia Administración y explicación de los resultados del cuestionario PAI
6ª y 7ª sesión 17 noviembre 2022 24 noviembre 2022	Identificación de emociones en él mismo y en otros Trabajo de empatía y asertividad analizando la conducta y sentimientos de su exnovia Psicoeducación: Conectar con sentir vs razonar, anotar, exceso de análisis y reflexión Metáfora del perro y el gato para explicar rumiaciones y su patrón de pensamiento
8ª sesión 1 diciembre 2022	Identificación y explicación de sus valores, así como las conductas orientadas a esos valores.
9ª sesión 15 diciembre 2022	Sesión de recuerdo de lo trabajado y refuerzos

10ª sesión	Sesión de seguimiento
9 febrero 2023	Entrevista semi estructurada post tratamiento Observación de conductas clínicamente relevantes post tratamiento

5.1. Descripción de las técnicas utilizadas

Las técnicas psicológicas utilizadas en este tratamiento se enmarcan en el enfoque cognitivo conductual, así como en las Terapias de tercera generación, concretamente la Terapia de Aceptación y Compromiso.

- a) Entrevista de devolución de información con el fin de comprobar el correcto entendimiento de la información facilitada por el paciente y completar donde corresponda.
- b) Devolución del análisis funcional: Se explica al paciente de forma sencilla y clara sus conductas problema y la funcionalidad que tienen.
- c) Psicoeducación sobre el duelo: Se trata de explicarle las diferentes fases del duelo y cómo cada individuo vive el duelo de forma diferente y con ritmos distintos. En el caso que se está trabajando fue relevante para que el paciente aumentara su capacidad empática.
- d) Técnica de identificación de emociones: Se trata de aumentar el grado de sensibilidad emocional, reconociendo las emociones que sentía en una situación determinada con preguntas dirigidas del tipo ¿Qué ocurrió en esa situación? ¿Qué significado le diste? ¿Cómo hizo que te sintieras esa situación tanto emocional como físicamente? ¿dónde sentiste la emoción? ¿Qué sensación era? (Vega y Sánchez Quintero, 2013).
- e) Técnicas de comunicación y entrenamiento en empatía y asertividad: Ejercicios para realizar una petición, expresarme por medio de los mensajes Yo (comunicar en mi demanda cómo repercute el comportamiento o actitud del otro), expresar de una manera firme y directa cual es mi petición. Control de mi tono de voz y la velocidad del habla (Castanyer, 2014).
- f) Técnica de exposición con prevención de respuesta: Se trata de interrumpir la realización de la conducta compulsiva con el apoyo del terapeuta evitando comportamientos compensatorios para disminuir la ansiedad.
- g) Psicoeducación sobre emociones y pensamientos rumiativos: Con el fin de disminuir su racionalidad unida a sus pensamientos obsesivos y fomentar su parte más emocional.
- h) Metáfora del perro y el gato: Para explicar la emoción de la frustración como emoción puente hacia la emoción de ira, tristeza o aceptación.
- i) Técnica de identificación de valores: Se trata de un ejercicio donde se utilizan alrededor de 50 tarjetas de valores que debe ir clasificando en 3 grupos (muy importante, importante, menos importante). Se seguirá trabajando con el grupo de “muy importante” con el fin de seleccionar solo

10 tarjetas y de ahí solo 3 tarjetas. En paralelo se le irá preguntando qué dificultad ha tenido, razones de la elección de cada una (Wilson y Soriano, 2014).

6. Valoración del tratamiento

6.1. Adherencia al tratamiento

El tratamiento psicológico de J. ha destacado por una muy buena alianza terapéutica. Ha tenido una duración total de diez sesiones distribuidas mayoritariamente en dos meses. Posteriormente se realizó una sesión de seguimiento transcurridos dos meses. El paciente ya comenzó a verbalizar que se sentía más calmado y notando mejoras en su estado de ánimo desde la cuarta sesión. Compartió su agradecimiento y satisfacción por haber tomado la decisión de iniciar una terapia individual. Durante la sesión de seguimiento el paciente explicó que las semanas sin terapia le permitieron tomar distancia y poner en práctica muchas de las cosas que había aprendido.

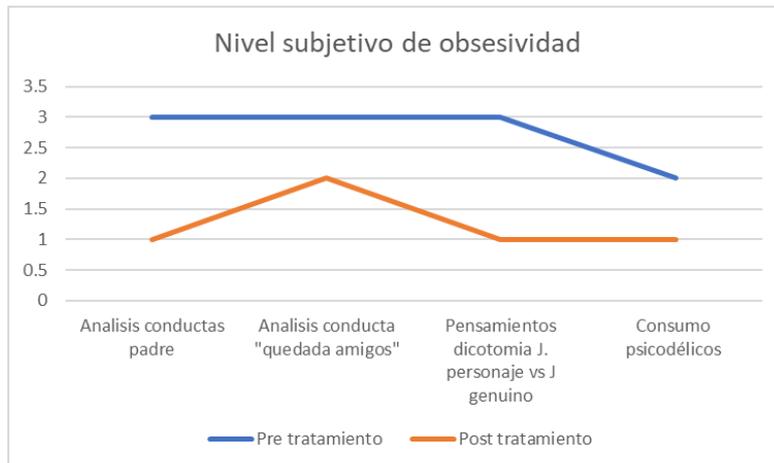
Con el fin de poder valorar el tratamiento de la forma más exhaustiva posible, se volvió a realizar una nueva entrevista semi estructurada durante la sesión de seguimiento, haciendo hincapié en los mismos puntos relacionados con su obsesividad, que se consideraron relevantes durante la entrevista realizada en la fase de evaluación:

- Análisis de las conductas que hacía de forma compulsiva: compararse y observar constantemente la forma de actuar de su padre, quedar solo con uno o dos amigos a la vez.
- Pensamientos dicotómicos (J. personaje y J. genuino) que le llevan a buscar la validación social.
- Consumo de sustancias psicodélicas con el fin de conocerse más a sí mismo y dejar más espacio al J. genuino.

Se compararon las respuestas dadas en ambos momentos (pre y post tratamiento) con respecto al “nivel subjetivo de obsesividad”, esperando encontrar la reducción de algunas de esas conductas y pensamientos. El pronóstico resultó muy favorable como se puede observar a continuación (ver figura 2):

Figura 2

Resultados pre-post tratamiento "nivel subjetivo de obsesividad"



El paciente verbalizó que poco a poco está aprendiendo a llevarse bien con ambos roles (J. personaje y J. genuino), siente que es una mezcla de los dos y que ambos roles tienen cosas que aportar a su personalidad. Además, esta reflexión le ha hecho darse cuenta de que así también consigue reducir su rigidez mental y ser más flexible con él y con los demás.

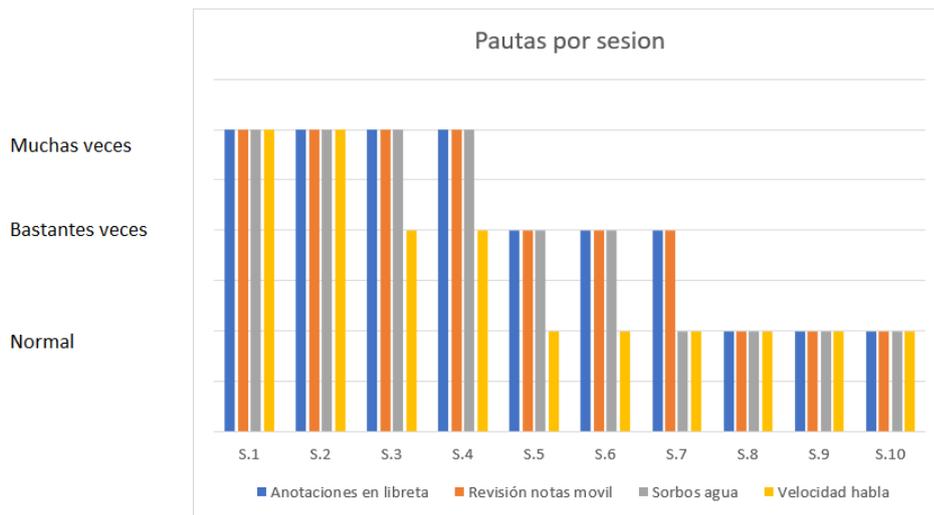
Esta misma flexibilidad le está ayudando también a tener una mirada más compasiva hacia su padre, comenta "tengo que agradecerle más y ver menos sus aspectos negativos".

Con respecto a sus amistades, continúa quedando con amigos en grupos muy reducidos, pero cada vez se siente más tranquilo. En alguna ocasión ha coincidido con amigos en grupos más grandes y ha sabido sobre llevar la situación, aunque no es donde más cómodo se siente. En esas situaciones ha tenido la oportunidad de consumir psicodélicos, pero comenta que no le ha hecho falta, ni siquiera por pasárselo bien.

Con respecto a las conductas clínicamente relevantes que se observaron en las sesiones de evaluación, también se realizó la observación en el resto de las sesiones del tratamiento, así como en la sesión de seguimiento. Se detallan en un gráfico los resultados obtenidos (ver figura 3). Como se puede comprobar, tras la devolución del análisis funcional en la cuarta sesión, el paciente es más consciente de sus conductas y poco a poco eso se refleja en consulta, observándose una reducción y mejora significativa en las conductas seleccionadas.

Figura 3

Conductas clínicamente relevantes sesiones 1ª a 10ª



Muchas veces: 10-20 veces

Bastantes veces: 5-9 veces

Normal: 0-4 veces

Con el fin de facilitar la interpretación de la figura 3, presentada arriba, se indica a continuación el registro concreto de la observación realizada en las diez sesiones (ver tabla 6), con el número exacto de conductas clínicamente relevantes realizadas.

Tabla 6

Registro conductas clínicamente relevantes sesiones 1ª a 10ª

Pautas	Sesion 1	Sesion 2	Sesion 3	Sesion 4	Sesion 5	Sesion 6	Sesion 7	Sesion 8	Sesion 9	Sesion 10
Anotaciones en libreta	12	12	10	10	7	8	5	2	2	0
Revisión notas movil	13	15	13	12	9	9	6	2	1	1
Sorbos agua	20	14	16	19	9	6	4	3	3	2
Velocidad habla	15	15	9	8	4	3	3	3	3	3

En las primeras sesiones el paciente mostraba agitación, nerviosismo, habla rápida y constante movimiento de las piernas. Cada sesión dejaba en la mesa de la sala su móvil, libreta con bolígrafo y botella de agua. El gráfico nos muestra que hasta la cuarta sesión el número de veces que realiza estas tres conductas es elevado. Poco a poco fue siendo más consciente, el móvil dejó de ser el foco de atención y guía, tampoco escribía apenas en su cuaderno. Este hecho fue especialmente significativo en la sesión número siete,

momento en el que se trabaja la identificación de emociones. J. comenzó a conectar consigo mismo, con lo que estaba sintiendo en ese momento.

Otro ejemplo de cómo J. fue disminuyendo estas conductas se aprecia en las últimas sesiones, al inicio de cada sesión, en su forma de plantear sus explicaciones. Ya no recurre prácticamente al móvil para exponer sus ideas y en el caso de sentir la necesidad de hacerlo, es consciente de ello e incluso verbaliza “no se si coger el móvil o explicarlo con mis palabras, si soy capaz de acordarme”.

En las primeras sesiones J. se caracteriza por hablar muy rápido, con un lenguaje agresivo, analítico y dando información muy exhaustiva. Según avanzan las sesiones la velocidad del habla va disminuyendo y su lenguaje comienza a ser más pausado, en un tono más emocional y con un discurso más natural. Incluso llegó a verbalizar en sesión “ni yo mismo sabía que sacaría el tema de mis exnovias en sesión, no lo traía preparado”. Además, poco a poco permitió momentos de silencio, haciendo respiraciones más profundas, y con un lenguaje menos agresivo.

6.2. Consecución de objetivos

De los tres grandes objetivos planteados en el plan terapéutico, se consiguieron avances significativos.

1. Aumentar la comprensión del problema por parte del paciente

Considero que este objetivo ha sido alcanzado pues el paciente entiende y reconoce su problema. Le ha sido de gran ayuda explicarle el análisis funcional de sus conductas problema así cómo poco a poco ir aceptándose a sí mismo. Con respecto a sus pensamientos obsesivos relacionados con su dicotomía J. personaje y J. genuino, refiere haberse dado cuenta de que siente que los dos forman parte de él. Trata de aceptar a los dos y en función del contexto esta más a gusto con uno u otro, sin dejar que el uno acapare al otro. Igualmente, sus conductas obsesivas también se han ido reduciendo, un ejemplo claro es la relación con su padre. Aunque le gustaría que mejorara, explica que ahora está más estable, trata de no juzgarle ni de intentar cambiarle. Ya no siente esa necesidad de corregirle para así sentirse él mejor.

2. Mejorar la gestión emocional, empatía y comunicación asertiva

Este objetivo fue el que más le ayudó a afrontar las situaciones desde un lugar más calmado. Para J. fue un descubrimiento conectar consigo mismo, verbaliza en sesión que la herramienta que más le ha ayudado a ir mejorando su estado de ánimo ha sido el poder “observar” sus emociones. Desde que se le enseñó esa técnica es mucho más consciente de lo que siente y trata de ponerlo en práctica.

Todo ello repercute favorablemente en su bienestar emocional general, que se refleja en sesión en su velocidad al hablar, sus silencios, ya no hay agitación ni movimiento de las piernas mientras explica, y las compulsiones de beber agua, anotar, mirar el móvil se han reducido de forma considerable.

3. Clarificar sus valores

Se trata de un objetivo que irá abordando poco a poco, pero ya se han podido observar ciertas conductas orientadas a los valores expuestos. Está tratando de ser poco a poco más coherente con los valores que se trabajaron en consulta, hace deporte cuatro días en semana, no ha vuelto a consumir sustancias, pues se ha dado cuenta que hay otras formas menos dañinas de poder conocerse a sí mismo. Como consecuencia de ello, ha ido desvinculándose de algunos de los grupos de amigos cuya forma de divertirse está unida a las drogas. El ejercicio sobre sus valores también le ha ayudado a tomar las riendas en su trabajo. Finalmente ha cambiado de empresa y su nuevo puesto, aunque es estresante y exigente, le motiva.

7. Discusión y conclusiones

El caso que se ha trabajado fue parte de mis prácticas curriculares con el fin de elaborar mi trabajo de fin de máster. Mi rol en el caso fue de coterapeuta en prácticas. Las sesiones se realizaban en espejo y eran observadas por diferentes compañeros del centro. He tenido la oportunidad de formar parte de todo el proceso de terapia del paciente, desde la primera consulta hasta la última sesión de seguimiento, además de enriquecerme con el feedback aportado por los compañeros en espejo.

Las personas con rasgos obsesivos encuentran dificultades en su día a día a la hora de reconocerlas por sí mismas. El malestar emocional que le genera a veces se trata de normalizar e incluso la propia persona puede llegar a pensar que esa forma de actuar y de sentir es la correcta. Sin embargo, el apoyo psicológico es esencial en este tipo de pacientes pues les ayuda a entender, aliviar y afrontar lo que en ocasiones creen que es normal. En función de la problemática concreta, de la intensidad y de la gravedad de las obsesiones, los tratamientos tendrán más o menos efecto; normalmente suelen ser pacientes resistentes al cambio, con dificultades para reconocer lo que les ocurre y que además tienden a producir mucha frustración y cansancio en el terapeuta. Este tipo de pacientes normalmente buscan la ayuda del terapeuta cuando observan que los síntomas son una amenaza para el estilo de vida eficiente y responsable que define su identidad (Millon y Davis, 1998).

A pesar de ello, el caso aquí descrito podemos considerarlo como un caso de éxito terapéutico resultado de los hallazgos logrados en los objetivos planteados en el tratamiento. El paciente ha ido generando nuevas estrategias de afrontamiento que le han permitido hacer las cosas por sí mismo y no por validación social. Así, ha ido identificando emociones en él y en los demás, lo que le ha permitido disminuir su autoexigencia, relativizar ciertos comportamientos de los demás y poco a poco aceptarse a sí mismo. Todo ello le ha ido proporcionando seguridad y autoestima para ir tomando decisiones en base a sus valores vitales.

De forma habitual se abordan en consulta casos de pacientes con rasgos obsesivos, pensamientos y conductas rígidas. Son muchos los estudios e investigaciones realizadas sobre la personalidad, los rasgos de personalidad y los trastornos de personalidad, así como más específicamente estudios sobre el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo. Con toda la información existente en la literatura científica, para el caso expuesto podríamos guiarnos por una clasificación categorial o bien siguiendo una clasificación dimensional. En el segundo enfoque, donde se da un continuo entre trastorno y normalidad, podremos abordar la terapia teniendo en cuenta la casuística concreta de la persona que llega a consulta. Esto es especialmente importante en casos como el de J., donde lo categórico nos ayuda a ordenar lo que el terapeuta escucha en consulta y lo dimensional nos ayuda a flexibilizar y adaptar el caso a lo que el paciente necesita (Esbec y Echeburúa, 2011).

Por otro lado, el abordaje de este caso explica también algunas de las dificultades que aparecen al realizar un diagnóstico de estas características; se ha podido comprobar que el paciente no está diagnosticado de un trastorno de personalidad obsesivo compulsivo y sin embargo sí presenta algunas características propias de dicho trastorno. Así, el enfoque dimensional nos ayuda a analizar cada caso y cada rasgo de la personalidad del sujeto en un continuo, donde no se ha alcanzado el umbral de trastorno, pero sí le genera malestar y dificultad al paciente (Sánchez et al., 2015).

En la intervención clínica diseñada para este caso tiene gran relevancia la alianza terapéutica conseguida, así como el compromiso del paciente. La guía planteada por el terapeuta y el trabajo realizado por el propio paciente han sido claves en el proceso, de ahí que el caso haya ido avanzando de forma tan positiva. Con este tipo de pacientes es importante centrar la terapia en el respeto mutuo, basándose en la ayuda para superar los problemas y recordando lo incómodo que suele ser para ellos la expresión de emociones (Sierra Zapata, 2015). Gracias a todo eso se ha podido trabajar en la devolución del análisis funcional y en la entrevista de devolución de la información. Ambos han sido clave como parte de las técnicas utilizadas en el tratamiento pues ha permitido la exposición lógica de los comportamientos del paciente y de sus causas (Millon y Davis, 1998).

Dentro del plan terapéutico, el abordaje de la técnica de identificación de emociones, una vez que el paciente era conocedor de su análisis funcional, ha influido muy positivamente en los resultados obtenidos. Como explican los autores Millon y Davis (1998) estos pacientes tienden a tener dificultad para identificar lo que realmente sienten y desean. Por eso se ha trabajado en mejorar la gestión emocional, la empatía y la asertividad, con el fin de aprender a diferenciar sus propios sentimientos y deseos de lo que el paciente percibe que se espera de él.

Los resultados obtenidos en la aplicación de la técnica de EPR van en la línea de lo planteado en los estudios de León-Quismondo et al. (2014). El paciente a través de esta técnica ha sido consciente de su respuesta automática ante un pensamiento obsesivo. Esto le ha permitido adquirir nuevas estrategias de

afrontamiento de su malestar, conectar con su emoción y observar una reducción de las conductas clínicamente relevantes a medida que avanzaban las sesiones.

Gracias a la técnica utilizada de identificación y análisis de valores, el paciente ha ido trabajando los pensamientos obsesivos de comparación y de querer cambiar hacia los valores que quedan representados en el J. genuino. De este modo el paciente va aceptando que es parte de los dos roles según el contexto en el que se encuentre. Igualmente fue de gran utilidad el uso de la Metáfora de perro y el gato para trabajar su frustración buscando alternativas al control. Con ello podemos concluir que lo explicado por Twohig et al. (2006) dentro de la Terapia de Aceptación y compromiso ha arrojado resultados reveladores de la eficacia de dicha técnica en pacientes con rasgos obsesivos.

Aunque considero que los objetivos planteados en el caso se han cumplido de forma exitosa, incluyo algunas de las limitaciones y resistencias encontradas, especialmente en las primeras fases de la terapia:

- La tendencia inicial del paciente a evitar los aspectos emocionales importantes. No para a observarse y a examinarse, sino que por el contrario justificaba sus comportamientos.
- El pensamiento excesivamente racional acerca de la dicotomía de los dos roles planteados por el paciente (J. personaje y J. genuino) dificultaba al principio conectar con las emociones que emergían en sesión. Sin embargo, esto mismo se convertirá más adelante en un facilitador de la terapia, una vez que se le enseña a conectar con su parte emocional, unido a su facilidad de análisis y a su buena introspección.
- Se observa al principio de aplicar la técnica de EPR cierta resistencia propia en pacientes obsesivos ante la sugerencia del terapeuta a dejar de hacer la compulsión de anotar en su cuaderno.
- Se observa también especialmente en las primeras sesiones una práctica empática limitada, reducida únicamente a lo que el paciente considera que es “lo adecuado”.

Dentro de las terapias de tercera generación, considero que queda un amplio abanico de investigación acerca de los efectos que podrían ejercer dichas técnicas en pacientes con trastornos de la personalidad obsesivo compulsivo. En el caso expuesto en este informe, se ha comprobado la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales unidas a la Terapia de Aceptación y compromiso en un paciente no diagnosticado de trastorno de personalidad, pero con rasgos obsesivos claros. Por ello, avanzar en esa línea desde una perspectiva integradora donde destaque las terapias de tercera generación será seguramente una fuente de éxito en futuros tratamientos psicológicos.

Gracias a la investigación de diferentes teorías, a la revisión de la literatura y la realización de este estudio de caso clínico se puede concluir los beneficios de apoyarse tanto en el enfoque categorial como en el dimensional a la hora de evaluar los rasgos de personalidad de un paciente. Los resultados obtenidos nos hacen concluir que los objetivos planteados han sido el hilo conductor para conseguir el bienestar emocional del paciente. Todo ello facilitado por una buena alianza terapéutica que ha permitido al paciente

ir relatando su problemática, así como aprovechar su capacidad de análisis y de introspección para conectar con sus emociones y orientar sus conductas hacia los valores deseados.

Por todo ello se puede concluir que existe una coherencia entre lo observado en sesión, lo informado por el paciente y los resultados obtenidos en el cuestionario de personalidad aplicado.

Lo anterior permite concluir la importancia de darle forma y sentido al estudio del caso y a la elaboración del análisis funcional del mismo, con el fin de ver cómo se relacionan las diferentes conductas, cómo influyen los discriminativos y la función que cumplen las respuestas del paciente. Por tanto, podemos afirmar la eficacia de la terapia cognitivo conductual combinada con la terapia de aceptación y compromiso aplicadas a un paciente con rasgos obsesivos.

8. Referencias bibliográficas

- Bernal, F. T., & Navarrete, F. F. (2015). Protocolo diagnóstico de los trastornos de personalidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(84), 5041-5048.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Caballo, V. E. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*.
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
- Castanyer, O. (2014). *Aplicaciones de la asertividad*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Castro Guillin, S. L. (2019). *Pensamientos egodistónicos y su incidencia en el trastorno depresivo mayor en un paciente* (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2019).
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Escobar, J. I. (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5.
- Font-Mayolas, S. (2013). ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD (PAI). Autor: LeslieC. Morey (1991, 2007). Adaptación española: Ortiz-Tallo, M.; Santamaría, P.; Cardenal, V. & Sánchez, MP Editorial TEA, Madrid, España. 2011. Comenta: Sílvia Font-Mayolas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e AvaliaçãO Psicológica*, 1(35), 225-231.
- Froján-Parga, M. X. (2020). Análisis funcional de la conducta humana: concepto, metodología y aplicaciones.
- Haynes, S. N., Godoy, A., & Lázaro, A. G. (2014). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico: formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Ediciones Pirámide.

- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *Sobre el duelo y el dolor: cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas*. Luciérnaga.
- Labrador, F. J., Labrador Encinas, F. J., Cruzado Rodríguez, J. A., & Muñoz López, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740.
- Llopis Giménez, C., Hernández Mancha, I., & Rodríguez García, M. I. (2017). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. *Cuadernos de medicina forense*, 23(3-4), 92-99.
- López-Santín, J. M., Molins Gálvez, F., & Litvan Shaw, L. (2013). Trastornos de personalidad en el DSM-5: Una aproximación crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 497-510.
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de neuro-psiquiatría*, 80(1), 35-35.

- Millon, T., & Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.
- Moreno, J. B., María, P. G. A., Antonio, R. C. J., Pilar, S. S., & Beatriz, R. L. (2012). Psicología de la personalidad.
- Morey, L.C. (2011). *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. TEA Ediciones.
- Morey, L. C., & Ochoa, E. S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(3), 180-192.
- Morey, L. C. (2011). *Evaluación del inventario PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. (CG Psicólogos, Ed.) Madrid, España. Recuperado de: [cop. es/uploads.PDF/2013/PAI. pdf](http://cop.es/uploads/PDF/2013/PAI.pdf).
- Myers, D. G. (2006). *Psicología*. Ed. Médica Panamericana.
- Pareja, M. Á. V. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., & Amigo Vázquez, I. (2018). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* Ediciones Pirámide.
- Pérez Nieto, M. Á., González Ordi, H., & Redondo, M. M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*, 18(3), 401-423.
- Quiroga Romero, E., & Errasti Pérez, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*.
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las “dos disciplinas” de la psicología de la personalidad. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 21(2), 244-258.
- Sánchez, B. V., Pereira, C. M. R., Arnaiz, J. M., Blanco, C. G., y Martín, A. S. (2015). MODELO DIMENSIONAL FRENTE AL CATEGORIAL EN LA VALORACION DE LA PERSONALIDAD.
- Sandia, I., & Baptista, T. (2020). Egodistónico: Una Revisión en Busca de Definiciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

- Sierra Zapata, S. (2015). Abordaje de un paciente con personalidad obsesivo-compulsiva, desde la terapia cognitiva-conductual.
- Sue, D., Sue, D. W., & Sue, S. (2010). *Psicopatología: comprendiendo la conducta anormal*. Cengage Learning Editores.
- Sue, D., Sue, D. W., Sue, S., & Sue, D. M. (2015). *Understanding abnormal behavior*. Cengage Learning.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.
- Vega, I. D. L., y Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56.
- Wilson, K. G., y Soriano, M. C. L. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.

9. ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

D./D^a _____ con DNI/Pasaporte nº, _____, con domicilio en _____, actuando en:

Mi propio nombre,

Como padre/madre o tutor/a del/la menor _____

MANIFIESTO QUE:

1. He recibido del/la Psicólogo/a _____ toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología.

Así mismo reconozco expresamente que el psicólogo/a me ha informado de la necesidad de informar al otro/a padre/madre respecto de la intervención solicitada para lo cual el/la solicitante se compromete a comunicárselo, eximiendo al psicólogo de realizar tal comunicación, por expresado motivo.

2. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con el Psicólogo/a que suscribe este documento, que será solo él/ella quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información.
3. Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.
4. Igualmente, he sido informado/a de:
 - Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 Diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita, se recogerán en el fichero de pacientes cuyo responsable es _____. Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.

- Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, en la dirección de correo electrónico o dirección postal _____.
- Que el responsable del fichero ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso de que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO y COMPROMETO, con el/la Psicólogo/a D./D^a _____ para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados.

Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial por vía electrónica SI NO

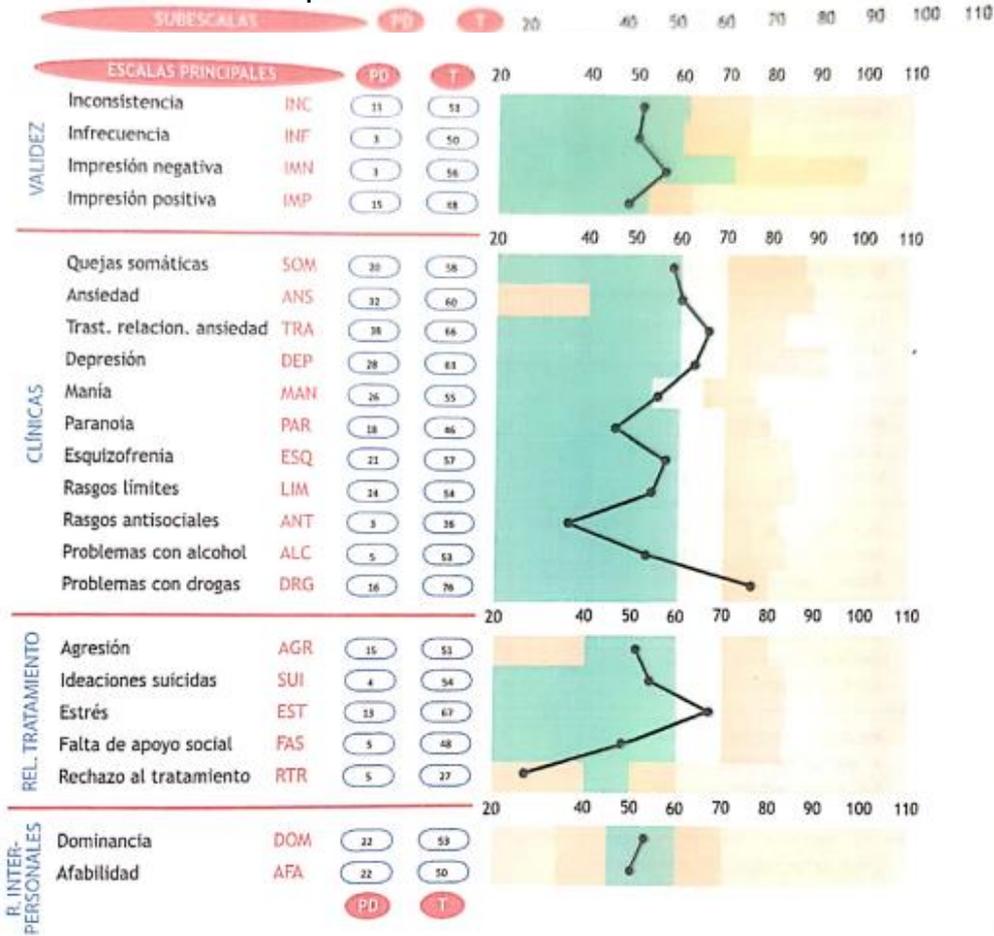
En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: D. /D^a _____

Fdo.: D./D^a _____

Psicólogo/a Col. nº AO- _____

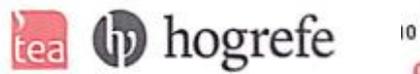
Anexo B. Resultados Inventario personalidad PAI

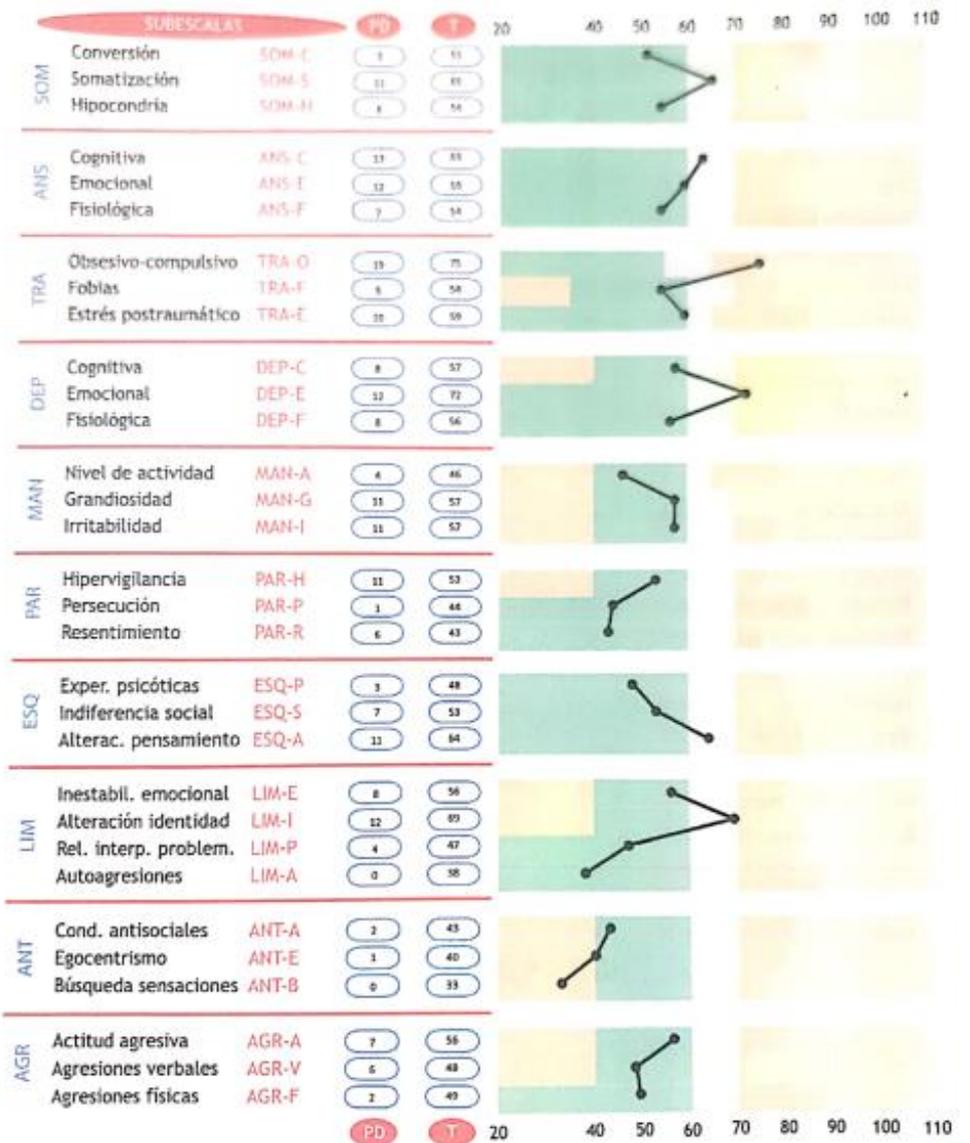


Nota PD: Puntuación directa
 Nota T: escala típica con media=50 y Dt = 10.

www.teaediciones.com
 Nota PD: Puntuación directa
 Nota T: escala típica con media=50 y Dt = 10.

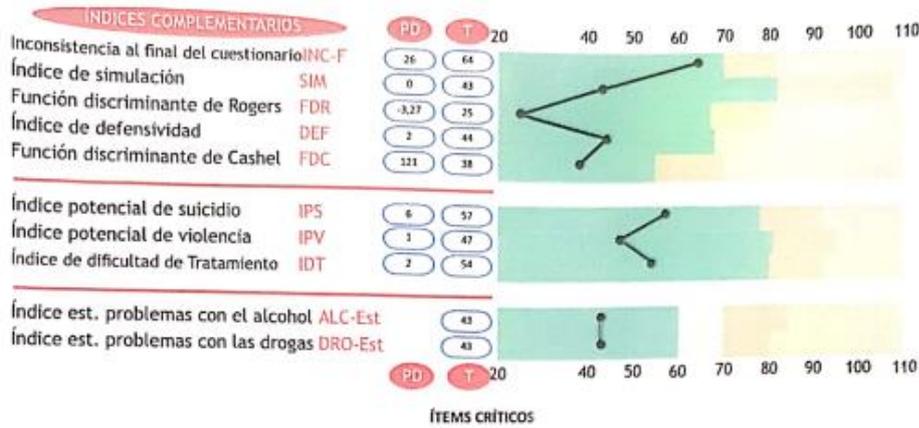
www.teaediciones.com





Nota PD: Puntuación directa
 Nota T: escala típica con media=50 y Dt = 10.

www.teaediciones.com



ABUSO DE SUSTANCIAS: 23. He probado casi todos los tipos de drogas. (BV) 334. Nunca he tenido problemas por haber bebido alcohol. (F)

ESTRESORES TRAUMÁTICOS: 274. Tuve una experiencia muy mala que me ha hecho perder el interés por algunas cosas con las que antes disfrutaba. (BV)

Nota PD: Puntuación directa
 Nota T: escala típica con media=50 y Dt = 10.

www.teahogrefe.com