**Caso 1: TRASTORNO DE LA PERSONAIDAD POR EVITACIÓN**

**Párrafo 1**: El Sr. D es un licenciado de 32 años de edad, soltero, que acude a consulta porque piensa que ha fracasado totalmente en su trabajo y en su vida sentimental. Después de varios años no ha podido hasta ahora acabar su tesis. Aunque ha acumulado miles de fichas y cientos de referencias, el Sr. D se ve incapaz de finalizar el proyecto. Trabaja de ayudante de cajero en una librería. Cada vez está más convencido de que se quedará detrás de una caja registradora por el resto de su vida, cosa que le resulta particularmente dolorosa, porque odia su trabajo, y constantemente teme cometer un error y que un cliente o su jefe puedan regañarle.

**P. 2**: El Sr. D es extremadamente tímido. Tiene grandes problemas para iniciar conversaciones con desconocidos por miedo de decir algo estúpido. Cuando se le invita a fiestas suele dar excusas para no asistir, pero cuando se atreve a ir, se siente avergonzado y desconcertado y está seguro que esta ruborizado todo el tiempo. Generalmente se pone tan ansioso y esos sentimientos le abruman tanto que se marcha antes de tener la oportunidad de hablar con alguien. Esto hace que se sienta como un idiota e incluso se le quitan aún más las ganas de aceptar la siguiente invitación.

**P. 3**: Muy de vez en cuando el Sr. D ha mantenido una breve relación con una mujer, generalmente presentada por un conocido de los dos, pero las relaciones siempre acaban mal. Las mujeres se sorprenden por su falta de impulso sexual y son ellas quienes han de tomar la iniciativa. El Sr. D se muestra entonces penosamente cohibido, teme no salir airoso y suele acabar con eyaculación precoz.

**P. 4**: El Sr. D es el mayor de 3 hermanos, de una familia de clase media baja. Aparentemente el Sr. D fue un chico bastante agresivo, fogoso y alegre hasta los 5 años de edad, pero entonces su padre lo pillo desnudando a la hija menor de su vecino y jugando con su vagina. El Sr. D recibió una paliza, y un sacerdote del barrio le sometió a un proceso de mortificación. Después de varios meses de rígida enseñanza religiosa y autodisciplina, perdió su coraje y agresividad, se fue volviendo cada vez más tímido y se le declaro absuelto de sus pecados. Desde entonces ha tendido a evitar conflictos, y ha sido un alumno cuyos rendimientos siempre han resultado inferiores a los que se esperaba él.

**P. 5**: El Sr. D es inteligente y psicológicamente sofisticado. Sin que se le pregunte refiere que su timidez y temor a la crítica proviene de la vigilancia con la que sentía que sus padres observaban su comportamiento. Cuando el entrevistador le pregunta cómo afecta esto a sus relaciones sexuales, sonríe y dice: "Es como si siempre tuviera a mi padre mirando". Entonces recuerda un sueño en el que él está haciendo el amor con una mujer en el asiento trasero de un taxi, cuando el taxista les interrumpe y acaba por sustituirle a él. El paciente es obligado a ponerse en el asiento delantero y mirar por el espejo retrovisor mientras la pareja mantiene relaciones sexuales. Menciona, de paso que la mujer es muy vieja y no muy bonita en realidad.

**P. 6**: En la segunda sesión, el Sr. D está callado y tímido con el terapeuta y niega conscientemente cualquier recuerdo de tipo sexual. Cuando se le presiona para ver lo que le ocurre, el paciente, sorprendido, se da cuenta de que ya esperaba que el terapeuta fuera exigente y crítico con él. El Sr. D quiere entender y cambiar su comportamiento, pero no está seguro de que pueda supera la vergüenza de tener que revelar todos sus pensamientos a alguien que seguramente juzgará cuando le diga. Esta timidez es debida a que anteriormente no ha estado nunca en tratamiento y no está seguro del tiempo que deberá permanecer en él. Le preocupa también el tiempo y la energía que tendrá que dedicar al tratamiento, que le podrían distraer de su trabajo en la tesis, así como la posibilidad de "abrir la caja de Pandora”. Su situación económica es muy delicada.

*ANÁLISIS:*

***Párrafo 1****: La razón por la que acude a consulta es típica de este trastorno. Se sienten fracasados. Son proclives a no acabar algo que han iniciado ya que le tienen pavor al rechazo, creen que van a fracasar, su baja autoestima hace que se les haga un mundo acabar tareas mínimamente exigentes, etc.*

***P. 2****: Una de sus principales características es la timidez patológica, la cual les hace generar tanta ansiedad que el contacto con desconocidos lo suelen llevar fatal. Además, el sufrimiento que este tipo de situaciones les genera provoca que suela escapar de este tipo de situaciones e incluso planificar su vida para evitarlas.*

***P. 3****: Si ya tienen pavor a iniciar relaciones con desconocidos, imaginad lo que representa para ellos crear una relación íntima con otra persona. La ansiedad constante les dificulta poner en práctica actividades que requieren liberación y cierta relajación mental, como sería el caso del sexo, por ejemplo.*

***P. 4****: La gente no nace así, aunque pueda existir cierta predisposición genética, sino que suele haber un factor ambiental desencadenante que despierte esa predisposición o haga emerger al trastorno.*

***P. 5****: Dicho factor desencadenante les persigue durante la mayor parte de su vida y es la fuente principal de condicionamiento de comportamientos característicos del trastorno.*

***P. 6****: Suele también negar acontecimientos anteriores, como una forma de escapar de recuerdos que le van a provocar ansiedad de nuevo.*

**Caso 2: TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA**

**P. 1**: El paciente es un hombre de 30 años. El paciente fue llevado a la sala de emergencias de psiquiatría por una asistente social. La había llamado en medio de la noche para decirle que no podía más. Había llorado y hablado de suicidio. La asistente social explicó que su paciente vivía solo, que ella no se sentía capaz de ayudarlo y que su psicoterapeuta estaba de vacaciones. Aconsejó internarlo. El paciente estaba retraído y tenso y pidió disculpas por los problemas que estaba causando. Se relajó cuando se le dijo que podía permanecer en el hospital, y no tuvo objeciones cuando se le indicó la habitación que por el momento debía compartir con tres pacientes mayores.

**P. 2**: Nació y creció en un pueblo de campo. A los cinco años perdió a su padre quien murió en un accidente de autos. Después de la muerte de su padre, su madre logró obtener ingresos trabajando de camarera en una confitería local. El paciente era hijo único y le había ido bien en la escuela y nunca había dado a su madre ningún tipo de problema. Ella no se volvió a casar. Estaban muy unidos y él hacía todo lo posible para satisfacerla. Aún de niño, solía entender que la vida no era fácil para ella y que ella era todo lo que él tenía.

**P. 3**: Se comportaba bien en la escuela, y siempre hacía lo que las maestras le pedían, todo el tiempo estaba dispuesto a aceptar las tareas adicionales que sus compañeros no querían realizar y aparentemente siempre estaba contento de complacer a los demás. Dejó la escuela y comenzó a trabajar en un supermercado. Trató de hacer su trabajo lo mejor posible, siempre dispuesto a reemplazar a sus colegas y nunca se quejaba de tener que realizar horas extras. Se lo consideraba un empleado confiable y varias veces se lo propuso para promoverlo para un ascenso, pero de alguna manera luego se lo dejaba de lado. Durante su adolescencia le hubiera gustado salir con amigos pero comprendía su responsabilidad de pasar casi todas las tardes con su madre. Ella se sentía orgullosa diciéndoles a sus vecinos que él era “realmente bueno”.

**P. 4**: A los 20 años tuvo la primera pelea con su madre. Ella estaba totalmente en desacuerdo con que saliera con una chica que a ella no le gustaba. Cuando su madre le dijo que tendría que irse de la casa si deseaba continuar viendo a “esa chica”, entró en pánico, le rogó a su novia que tuviera paciencia y finalmente permitió que ella lo dejara por otro. Su madre aprobó a la segunda chica que él llevó a su casa y lo apuraba para que se case con ella, aunque a él personalmente no le entusiasmaba la idea. Cuando su esposa lo abandonó dos años más tarde se sintió destruido y volvió a vivir con su madre. Ella murió poco tiempo después, de un ataque al corazón. Desde entonces, el paciente fue hospitalizado varias veces por depresión, generalmente sólo por uno o dos días. Se hacía atender por un psicoterapeuta dos veces por semana y le pedía a su asistente social que lo aconsejara acerca de las cosas más triviales, casi todos los días. No se conocían historias de trastornos mentales en la familia.

*ANÁLISIS:*

***P. 1****: Los pacientes con dependencia patológica suelen amenazar con suicidarse para recibir la atención que desea. De todas maneras, casi nunca existen intenciones reales y sinceras de suicidio. También quieren evitar la solitud a cualquier precio y prefieren relacionarse con perfiles de personas que ellos interpreten que les puedan dar aprobación y afecto (en este caso, le gusta ir al hospital ya que anticipa que las enfermeras les trataran bien y que podrá relacionarse afectuosamente con la gente mayor con la que comparta habitación).*

***P. 2****: La etapa de la infancia y pubertad suele ser determinante para cavar desarrollando este tipo de trastorno. Los sucesos que ocurren en este párrafo son los típicos que desarrollan el trastorno. Eso no quiere decir que se desarrolle una dependencia patológica siempre que ocurran dichos sucesos, ya que la predisposición genética y otras variables ambientales (sociales, culturales, etc.) también sueles tener su determinación, aunque en menor medida.*

***P. 3:*** *La aparición de una personalidad tolerante a querer siempre complacer a los demás y ausencia de asertividad, ya desde etapas tempranas del desarrollo, denota cierta predisposición a que, al aparecer factores ambientales como los descritos en el párrafo anterior, la persona sea vulnerable a desarrollar dicho trastorno con cierta facilidad.*

***P. 4:*** *El hecho de convivir con una figura posesiva que evite la independencia y autonomía, y promueva la sobreprotección, siempre en compañía de los demás factores antes mencionados, acabará por sumergir al paciente en un estado de dependencia que se volverá crónica si no se trata y que influirá perjudicialmente en todos los demás entornos que envuelvan al afectado.*

**Caso 3: TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)**

**P. 1**: El paciente es un joven de 23 años, soltero y que trabaja sin sueldo en la granja familiar. Este paciente fue derivado al servicio de psiquiatría debido a su extrema lentitud e indecisión. Su condición había empeorado los últimos cinco años. Durante este tiempo había estado atormentado con ideas de que podría haber hecho algo malo sin pensar o que podría haber perjudicado a otras personas. Sentía la necesidad de controlar su comportamiento para estar seguro de que no había causado daño a nadie. La primera vez que notó este problema fue cuando estaba estudiando en la universidad. Vivía allí y permanentemente tenía el pensamiento, cuando lavaba la ropa, de que podría haber mezclado la ropa suya con la de otros compañeros. También temía haber usado dinero que le habían prestado o que les había sacado a otros estudiantes, aunque en realidad nunca pedía prestado y siempre se aseguraba de pagar todo lo que debía. Se sentía con la obligación de controlar permanentemente si había cerrado la canilla o apagado la luz y los artefactos eléctricos. De lo contrario pensaba que alguien podría verse afectado o que podía causar algún daño. Al final pasaba tanto tiempo controlando las cosas que tenía poco tiempo para estudiar y dejó la universidad sin aprobar nada. Al año siguiente fue convocado al servicio militar donde se le dio tanto para hacer que no tuvo oportunidad de controles. Al regresar a su casa la necesidad de controlar todo volvió aún más fuerte que antes. Casi no podía conducir un auto porque si pasaba personas o animales en la ruta, debía pararse para ver si no estaban lastimadas. No podía salir a cazar con su padre porque después de cada tiro se tenía que asegurar de que nadie a su derecha, izquierda o aún detrás hubiera sido herido. Lo hacía aun sabiendo que esto no era posible. Su capacidad de trabajo disminuyó porque tenía que pensar en cada tarea antes de poder hacerla. Y debía controlar cada una; después de terminarla. Se le veía parado, inmóvil con ojos bajos, absorbido en sus pensamientos. Durante las conversaciones comunes decía muy poco porque se paraba en el medio de las oraciones, o en el medio de las palabras. Cuando decía algo debía reconsiderarlo y controlarlo antes de continuar. Trató de sobreponerse a la necesidad de controlar todo pero no lo logró. Gradualmente perdió la confianza en sí mismo, se sintió sin ganas y fatigado, perdió toda iniciativa y pasaba mucho tiempo descansando o durmiendo. No sentía la sensación de que estaba siendo controlado o influenciado desde afuera, y nunca tuvo alucinaciones.

**P. 2**: El paciente nació y se crió en una granja. Le fue bastante bien en la escuela y luego tuvo varios trabajos como granjero y realizó estudios posteriores. Los dos años anteriores a la consulta, trabajó sin sueldo en la granja de la familia. Cuando tenía 16 años su madre se suicidó en el curso de un estado depresivo. Según el médico de la familia, ella sufría de trastorno bipolar. En el momento de ocurrido el hecho el paciente no mostró problemas aparentes en aceptar su muerte. Tiene un hermano y una hermana que viven en la misma casa. Su padre se casó nuevamente y su esposa parece ser bien aceptada por los hijos.

*ANÁLISIS:*

***P. 1****: El TOC se basa principalmente en la presencia de una fuente de ansiedad obsesiva injustificada, constante y regular en el tiempo, y de un grado muy elevado que la persona intenta paliar a través de la práctica de rituales que sirven para reducir temporalmente dicha ansiedad.*

*En este caso, la fuente de ansiedad injustificada es la idea que tiene la persona de que su comportamiento puede lastimar a la gente y algunos de los rituales que utiliza para auto-convencerse de que no las lastima y, así, reducir momentáneamente su ansiedad son los siguientes:*

* *Asegurar cerrar las puertas con llave a través del hábito de girar la llave hacia la izquierda y derecha un determinado número de veces que él interpretaba que aseguraba su cierre completo.*
* *Apagar y encender la luz de las habitaciones que fuera abandonando un número de veces concreto e irrevocable.*
* *Apagar los interruptores de los diferentes electrodomésticos que acabara de utilizar también un número de veces concretas hasta notar que su ansiedad que redujera.*

*A medida que el trastorno avanza y se agrava, abandona sus demás responsabilidades para practicar sus rituales compulsivos con más y más frecuencia ya que cada vez tiene más dificultades para reducir su ansiedad.*

***P. 2****: En el TOC suele haber antepasados con trastornos de ansiedad, como el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, fobias; o trastornos del estado de ánimo como la depresión. Es decir, que suele haber un componente genético más marcado que en los demás trastornos del grupo C. Recordemos que el TOC está considerado por muchos no solo como un trastorno de personalidad sino también de ansiedad, ya que la fuente principal de las compulsiones y rituales es la ansiedad injustificada y obsesiva.*

**Caso 4: TRASTORNO ATISOCIAL DE LA PERSONALIDAD**

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

“Antonio tiene 23 años y actualmente se encuentra cumpliendo condena de 15 años sin derecho a indulto en el Penal de San Pedro de la ciudad de la Paz, por el delito de violación a una menor de edad. Proviene de la localidad de Guanay del Departamento de la Paz y el delito lo cometió cuando tenía 16 años, la víctima fue una niña de 6 años que era amiga de su hermana menor.”

En el artículo se menciona que la familia de Antonio estaba conformada por sus padres que tenían una relación conflictiva ya que siempre se peleaban y en ocasiones el padre de Antonio llegaba a estar ausente por periodos largos de tiempo debido a su trabajo. La madre de Antonio era vendedora y no tenía tiempo de cuidar a sus hijos, sin embargo en el artículo se reporta que Antonio hablaba más de ella que de cualquier otro miembro de su familia, además de que Antonio dice que cuando sus padres se peleaban él defendía a su madre. De sus hermanos no habla mucho, Antonio era quien tenía que cuidar de ellos.

Realizando el familiograma se puede observar que existe una triangulación de tipo perversa en la cual existió algún tipo de manipulación por parte de la madre de Antonio. Antonio se convirtió en su defensor y el hijo a quien ella recurría para hablar mal del padre. Así mismo Antonio al ser el único de los hermanos que trabajaba (empezó 10 años) para ayudar económicamente a su madre se puede ver que también se convirtió en hijo parental sustituyendo a su padre en las labores que no cumplía dentro del sistema.

*ANÁLISIS: Es normal que una relación parental contantemente conflictiva pueda dar como resultado una persona impulsiva, irresponsable y que guarda mucho rencor hacia sus padres. Además, el abandono y el impedimento de experimentar las etapas de la infancia, pubertad y adolescencia con normalidad (trabajo precoz), también provoca desregulación emocional para evitar sufrir y volver a experimentar las mismas sensaciones horribles que se sintieron en el pasado.*

*En los dos siguientes párrafos el análisis queda implícito:*

En el artículo se reporta que la manera de expresar enojo en la familia de Antonio era de forma violenta, pues las disputas entre sus padres lo eran, Antonio llegó a entrometerse para salir en defensa de su madre, demostrando con esto la presencia de una dinámica familiar en la cual la triangulación estaba presente. Al parecer cuando se presentaban los problemas, eran achacados al padre, él desempeñaba el papel de chivo expiatorio, la familia estaba mal por su culpa y por su infidelidad.

Por último se le aplicó una escala para evaluar la presencia o ausencia de rasgos antisociales en su comportamiento. La Escala de Calificación de la Psicopatía de Hare. Los resultados fueron que Antonio ha presentado comportamiento egocéntrico, mentira patológica y comportamiento manipulador a lo largo de las sesiones, se reporta que al principio se mostró desconfiado, pero al avanzar las sesiones su comportamiento cambió, pues se mostró más seguro y hablaba más, sonreía e incluso hacía bromas. Al hablar de sí mismo trataba de realzar sus cualidades. En la última sesión insiste en que se había cometido una injusticia con él, y que es inocente, cuando las pruebas presentadas en su contra fueron muchas y definitivas. Se menciona que se observó falta de remordimiento, escasa profundidad de los afectos, falta de empatía e incapacidad de aceptar la responsabilidad de sus acciones; pues Antonio en la última sesión demuestra claramente que no siente remordimientos por lo que hizo, al decir que quiere vengarse de toda la familia que lo demandó, tampoco parece tener en cuenta el daño causado a la niña de 6 años que violó. La frustración que siente al estar privado de libertad también demuestra poca capacidad para aceptar las responsabilidades de sus actos. Cuando habla de sus familiares lo hace sin demostrar afecto por ninguno, el hecho de que no lo visiten, parece irritarlo y no entristecerlo.

*Os recomiendo que veáis el siguiente video donde se refleja el trastorno antisocial de la personalidad:* <https://youtu.be/NOng_yMgPRI>