

Caso clínico de un adulto con trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva según clasificación del DSM-V*

Clinical Case of an Adult with Obsessive-Compulsive Personality Disorder According to the DSM-V Classification



Mónica Alexandra Trilleros Tinoco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4065-5461>

monica.trilleros15@gmail.com

Universidad de Ibagué, Colombia

Eyde Frank Sánchez Quijano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3832-6148>

frank.sanchez@unibague.edu.co

Ph D. Coordinador académico del Centro de Servicios de Psicología, Universidad de

Ibagué, Tolima, Colombia

**

Recibido: 19 octubre 2019

Revisado: 27 enero 2020

Aceptado: 02 marzo 2020

Resumen

Esta investigación presenta el caso clínico de un adulto que padece un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. El objetivo es presentar en detalle el procedimiento seguido en los consultorios de psicología de la Universidad de Ibagué mediante la integración de técnicas cognitivas y humanistas mostrando la eficacia y viabilidad de este tratamiento y su aplicación. Los resultados obtenidos, muestran mejorías relevantes como: mayor flexibilidad cognitiva, disminución de la activación fisiológica producto de la alteración emocional y ansiedad ante la falta de control, adquisición de habilidades para la solución de problemas, autocontrol emocional y de los pensamientos acerca de la percepción de sí mismo y de los demás. Se concluye que la formulación clínica cognitivo-humanista y el tratamiento ofrecido resultó pertinente y efectivo respecto a los objetivos terapéuticos perseguidos.

Palabras clave: Terapia cognitiva, terapia humanista, personalidad, perfeccionismo.

Abstract

This research presents the clinical case of an adult with obsessive-compulsive personality disorder. The objective is to present in detail the procedure followed in the psychology offices of the University of Ibague by integrating cognitive and humanistic techniques to demonstrate the

effectiveness and feasibility of this treatment and its application. The results obtained show relevant improvements, such as greater cognitive flexibility, a decrease of physiological activation as a result of emotional alteration and anxiety in the face of lack of control, acquisition of problem-solving skills, emotional self-control, and control of thoughts about the perception of oneself and others. It is concluded that the cognitive-humanistic intervention and the treatment given were pertinent and effective for the therapeutic objectives pursued.

Keywords: cognitive therapy, humanistic therapy, personality, perfectionism.

Introducción

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes en el modo de percibir, relacionarse y pensar sobre el ambiente y sobre uno mismo. Se evidencian en distintos contextos sociales y personales. Así, la personalidad establece la identidad personal ante uno mismo y ante los demás (Esbec y Echeburúa, 2011). Existen trastornos de la personalidad (TDLP) cuando los patrones son rígidos y des-adaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando ocasionan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (Esbec y Echeburúa, 2011).

En este sentido, según Esbec y Echeburúa (2011), los TDLP representan la incapacidad de desarrollar un sentido de identidad propia (con déficits en el autoconcepto y autocontrol) y de construir relaciones interpersonales adaptativas en el tejido de las normas culturales del individuo y de las expectativas instituidas, con alteraciones específicas en el ámbito de la empatía, de la intimidad y de la cooperación interpersonal. Esta incapacidad es estable en el tiempo y de origen temprano (Esbec y Echeburúa, 2011).

De acuerdo al DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se considera que el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se manifiesta como un modelo dominante de preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal, sujeto de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia. Suele iniciar, en los primeros periodos de la vida adulta y se presenta en varios contextos, por lo general se diagnostica cuando se manifiestan al menos cuatro (o más) síntomas descritos en el manual.

En relación con los estudios en este trastorno, una línea se encamina a evaluar el deterioro funcional en los pacientes diagnosticados y contrastar la persistencia de este deterioro funcional con otros TDLP (por ejemplo, esquizotípico, límite y evitativo) (Skodol, et ál., 2002; Skodol, et ál., 2005). Como resultado, se evidenció que estos pacientes diferían unos de otros dependiendo del grado de deterioro funcional. Sin embargo, se han identificado los rasgos esquizotípico y límite como los trastornos de personalidad más rigurosos que los pacientes con trastornos de personalidad evitativo y obsesivo-compulsivo. Otro estudio, reporta una asociación entre el perfeccionismo, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo en los trastornos de alimentación (Halmi, et ál., 2005). En este sentido, se consideró que el perfeccionismo junto al trastorno obsesivo-compulsivo serían un factor conductual importante como base de vulnerabilidad de los trastornos alimenticios.

De acuerdo con el DSM-5, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es uno de los TDLP más recurrente en la población general, con una apreciación de la prevalencia entre un 2.1 a un 7.9 % (Botero, 2015). Gradillas (2002) menciona que tiene una mayor presencia en profesiones que demandan persistencia, atención estructurada al detalle y concentración en hechos y cifras.

En cuanto al género, se encontró más en hombres que en mujeres (Gradillas, 2002). Un estudio acerca de la prevalencia de TDLP encontró que la proporción más alta del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo se concentró en el rango de edad de 28 a 32 años (3.4 %), seguido del rango de edad de 23 a 27 años (2.1 %), con tendencia a aumentar con la edad (Botero, 2015).

Por otro lado, la evaluación diagnóstica se contrapone a la discrepancia de opiniones entre los que son partidarios de las entrevistas abiertas y los que aprueban el suministro de los exámenes estandarizados. No obstante, algunos profesionales emiten su diagnóstico con la información obtenida por sus pacientes y en el examen directo de las manifestaciones emocionales y conductuales observadas, otros optan por usar pruebas estandarizadas con preguntas directivas (Esbec y Echeburúa, 2014).

Debido a lo anterior, el presente artículo recoge la descripción, evaluación y tratamiento de un caso masculino adulto que padece síntomas del trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

Método

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño de caso único (N = 1) de tipo A-B (Barlow y Hersen, 1988). Para evaluar el impacto de la intervención se administraron diversos cuestionarios con los cuales se construyó el perfil cognitivo del paciente. Con medidas pre-post tratamiento y seguimiento.

Presentación del caso

Identificación del paciente

R. es un hombre de 59 años, padece de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es separado y tiene una hija de 32 años. Procede de una familia de nivel socioeconómico medio, es el tercer hijo de 6 hermanos. Su padre falleció a los 80 años y su madre a los 73 años. De padre ausente y madre que ejerció un estilo autoritario. La relación con su familia se reporta como distante y sin amigos cercanos. Se formó en administración pública. Actualmente, reside solo y trabaja en una fábrica de flejes.

Motivo de consulta o referencia

R, es remitido por las autoridades competentes en principio de oportunidad por violencia intrafamiliar hacia su expareja hace 3 años para el manejo de la ira, control de impulsos y problemas personales. Manifestó que, deseaba solucionar ese problema jurídico y no volver a tener conflictos sociales en su vida. Expresa que, se le dificulta relacionarse con otras personas debido a que, le molesta que los demás tengan puntos de vista distintos al suyo y hablen sin un argumento lógico. Considera que, la palabra "tolerancia" la distingue como una manera de aguantar el irrespeto del otro. Por lo cual, ha tenido diferentes altercados sustentando que los demás son quienes provocan y no comprenden.

R, le gusta mantener el orden de sus objetos personales, es estricto en la toma de decisiones y controlador. No permite que las personas cercanas quieran corregirlo. En caso de algún error, siente una alteración emocional, la cual, se le dificulta manejar y siente que necesita desahogar esa sensación con algo o alguien. Por lo anterior, las relaciones sociales las percibe como

agobiantes, prefiere estar solo y parte de su tiempo dedicarlo a largas jornadas laborales para alcanzar los objetivos que proyecta por encima de sus necesidades básicas o momentos de ocio.

Historia del problema

El punto de partida fue la adolescencia donde la interacción con amigos cercanos presentó inconvenientes, se enojaba con facilidad reaccionando de manera agresiva. En la adultez, empezó a trabajar durante largas horas. Tenía dificultades en la relación con sus compañeros por las exigencias y falta de confianza al delegar la responsabilidad de funciones, lo cual, interfería en el clima laboral de las organizaciones. En las relaciones sentimentales, solía mantener el dominio, buscar el control y establecía un tipo de apego inseguro cuando establecía relaciones. En cuanto su familia, refiere que ha sido una persona muy generosa, pero, siempre lo han criticado por no aceptar que debe cambiar su forma estricta de ser, en especial, lo juzgan por el estilo de crianza autoritario ejercido con su hija.

Menciona que, desde pequeño le han inculcado valores de trabajo constante, autoridad y disciplina. Por esto, cree que todas las demandas que surgen tienen que resolverlas él mismo. Cabe señalar, que esta problemática la percibe después de ser denunciado, cuando reflexiona acerca de su dificultad para resolver problemas y en las relaciones sociales. Así como, su sentimiento de frustración ante repetidas experiencias negativas donde las personas lo juzgan por su forma de actuar, pero, atribuye su malestar a que los otros no entienden su filosofía de vida y son ellos quienes están equivocados la mayoría de las ocasiones. No se reportan antecedentes familiares de enfermedad mental.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las principales conductas disfuncionales son: la dificultad para ser flexible ante situaciones que no puede controlar, las reacciones impulsivas y la alteración emocional generada por la incapacidad para resolver problemas y la dificultad para construir relaciones interpersonales estrechas.

El problema se mantiene por creencias irracionales del consultante acerca de sí mismo y su percepción de los demás, tales como: “si no hago algo o no le digo lo que pienso a los demás, le estoy dando la razón”, “tolerar es aguantar que el otro pase sobre mí”, “no puedo cambiar porque los demás no lo harán así yo cambie”, “además de la familia, los amigos no existen, los demás solo buscan una relación por interés”, “toda la gente es hipócrita”, “es un deber responder en mi trabajo pues hay muchas actividades por cumplir que no dan espera”, “prefiero evitar un problema por mi reacción que ganarme otro mal”. Estas creencias, reflejan la dificultad que presenta para generar un cambio debido a estándares inflexibles acerca del modo en que deben suceder las cosas en su entorno. Atribuye su manera de actuar como respuesta a la provocación de los demás, sustentando en que son ellos quienes deben mejorar su comportamiento para que así, una problemática en particular se pueda solucionar. También, existe una visión negativa donde las demás personas externas a su núcleo familiar pueden causarle un daño intencional por lo que, se encuentra a la defensiva para no experimentar algún malestar. En cuanto a su trabajo, lo ve como un factor esencial en su vida, al que debe responder de manera disciplinada y responsable para generar ingresos.

Estas creencias parecen adquirirse en dos circunstancias. En la infancia, debido a que,

predominó un estilo de crianza autoritario y la ausencia de la figura paterna, lo cual, le crea dificultad para tolerar el duro trabajo que debía ejercer su madre. De allí la complejidad por aceptar las diferencias en otros. Así como, el estilo de afrontamiento evasivo que no le permite dar solución a un inconveniente. Por otro lado, las experiencias donde ha interactuado con otras personas las ha valorado como negativas y las percibe como agobiantes, por lo cual, manifiesta una falta de interés por expresar afecto, tener un vínculo cercano y focalizar su atención en la excesiva devoción en el trabajo.

Por lo anterior, se considera que la falta de control de sus actividades diarias y las discusiones con otras personas activan sus creencias irracionales y alteración emocional asociadas al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Establecimiento de metas del tratamiento

Según el análisis funcional, se propuso: disminuir las creencias irracionales expuestas anteriormente, reemplazándolas por pensamientos alternativos que sean más adaptativos y permitan modificar la interpretación negativa que tiene R. de sí mismo y de su relación con otros. Disminuir el exceso de horas laborales para así, sustituirlas mediante actividades de ocio. Así como, desarrollar un adecuado manejo de la expresión emocional y un estilo de afrontamiento más funcional.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Se establecieron dos objetivos. El primero, desarrollar reestructuración cognitiva para alcanzar mayor flexibilidad frente a las creencias irracionales que mantienen la problemática del consultante y le generan

dificultades en su vida. El segundo, fortalecer la expresión emocional donde logre un autocontrol en la identificación y manejo de sus emociones, teniendo la capacidad de resolver sus problemas centrado en la solución y no en la reacción emocional.

Selección del tratamiento más adecuado

Los tratamientos de los TDLP evidencian una importante dificultad a la hora de establecer la eficacia o no de los mismos, debido a que son pocos los estudios vigentes, con muestras escasas y heterogéneas y, en algunos casos, no cumplen las condiciones necesarias de diseño y de control (Navarro-Leis y López Hernández-Ardieta, 2013).

Sin embargo, para la intervención de este trastorno en específico, se distingue la terapia cognitiva, la cual tiene como meta ayudarle al paciente a modificar o reinterpretar los supuestos problemáticos establecidos para que cambie su comportamiento y emociones. Para esto, es necesario priorizar una agenda de actividades para que pueda organizar su tiempo, ejecutar técnicas de resolución de problemas y relajación. Esto, disminuye características de la persona obsesiva como la indecisión, la rumiación, la ansiedad y la posposición (López, Rondón, Cellerino y Alfano, 2010).

De igual manera, se pueden emplear las siguientes estrategias y técnicas cognitivas para modificar las creencias disfuncionales y distorsiones cognitivas: sondeos cognitivos, toma de decisiones, reestructuración esquemática, empirismo cooperativo, rotulación de inferencias y descatastrofización, registros de pensamientos automáticos y listas de ventajas y desventajas (López, et ál., 2010).

Por otra parte, se encuentra la terapia humanista la cual no cuenta con evidencia empírica en el tratamiento de este trastorno, pero, se consideró esencial integrarla para el análisis de la problemática. Tiene como finalidad comprender las experiencias subjetivas del ser humano para así, liberar su potencial y lograr su máxima autorrealización. Parte del presente para establecer las capacidades y herramientas de las que dispone la persona e inciden en su problema y solución (Rosso y Lebl, 2006).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados obtenidos

Para la obtención de información en la evaluación se emplearon los siguientes instrumentos:

Entrevista clínica no estructurada: herramienta indispensable para recolectar información sobre el origen y mantenimiento del problema, conocer los aspectos relevantes del caso para una posterior formulación del mismo y estimar su evolución durante las sesiones (Díaz, Torruco, Martínez y Valera, 2013).

Historia clínica: instrumento de registro del acto médico, cuyas cuatro particularidades principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud (Guzmán y Arias, 2012).

Técnica de la rueda de la vida: herramienta cualitativa de recolección de datos sobre la satisfacción que tiene en las distintas áreas de su vida, estimando una valoración de 0 a 10 y argumenta su respuesta por medio de preguntas claves. Se compone de 8 áreas: salud, dinero, amor, familia, profesión, desarrollo personal, ocio y relación con amigos (Chinarro, 2018).

Autorregistros: Registro de ABC de Ellis, fue empleado para obtener información acerca de las situaciones activadoras asociadas al problema, los pensamientos, las emociones y acciones ejecutadas.

Técnica del yo real, observado e ideal: según la fundamentación de Carl Rogers acerca de la congruencia entre su Yo real, es decir, la percepción de sí mismo, el Yo observado que es la visualización de los demás frente a la propia conducta y el Yo ideal, lo que refiere a aquello que desea alcanzar de sí mismo para lograr una congruencia (Arias, 2015). Se adapta esta actividad para reflejar en R. la construcción de su autopercepción mediante aspectos positivos y negativos, la percepción que otras personas tienen de él y la proyección de las características que desearía mejorar para trabajar en el proceso terapéutico.

Auto-test de control de impulsos: Permitted dar una estimación acerca del nivel de control de impulsos y manejo de la ira en el consultante R (García, 2000).

Perfil cognitivo: inventario compuesto por cuatro (4) pruebas distintas que permiten evaluar rasgos de personalidad y patrones conductuales los cuales son: el cuestionario de esquemas YSQ (Castrillón, et ál., 2005) para evaluar esquemas mal adaptativos, el cuestionario de creencias centrales de los trastornos de la personalidad CCE-TP (Londoño, et ál., 2007), el inventario de pensamientos automáticos para medir distorsiones cognitivas (Ruiz y Imbernon, 1999) y la escala de estrategias de *coping* modificado EEC-M para medir estrategias de afrontamiento (Londoño, et ál., 2006). Esto permitió identificar creencias que mantienen los patrones de conducta en el señor R.

Aplicación del tratamiento

Se realizaron 13 sesiones una por semana con una duración de 60 min.

Evaluación (1-5 Sesión)

Se emplearon 5 sesiones para llevar a cabo la evaluación y recolección de datos. Se empleó la entrevista clínica y se suministraron los siguientes instrumentos: a) un auto-test de control de impulsos, b) la técnica de la rueda de la vida para indagar sobre 6 dimensiones (el área de la salud, laboral, monetaria, relaciones interpersonales, social, de pareja, familiar, profesional y de ocio) c) la técnica de la percepción de los Yo (yo real, yo observado y yo ideal) y d) se le suministraron los cuatro cuestionarios para la construcción del perfil cognitivo.

6 sesión: Diagnostico comprensivo

Se socializaron los resultados de la evaluación. Se empleó el modelo ABC propuesto por Ellis a través de ejemplos plasmados en el autorregistro y en las sesiones anteriores, las creencias que mantenía, las emociones generadas y las consecuencias según situaciones específicas. Para finalizar, se le brindaron dos folletos informativos, acerca del manejo del enojo y la comunicación asertiva que deseaba leer en casa.

Intervención

7 y 8 sesión

La séptima sesión tuvo como finalidad realizar reestructuración cognitiva de las creencias irracionales identificadas en la evaluación. Para esto, se empleó la técnica flecha descendente, la técnica de empirismo-

colaborativo y se le explicó que se le mostrarían pruebas para refutar su creencia de “los demás nacieron, crecieron y se morirían así, siendo ofensivos por naturaleza”. Para esto, se le explicó la conceptualización de la agresividad, el enojo, los beneficios de la inteligencia emocional para tener un autocontrol, la tolerancia, se le mostró un video denominado “no te lo tomes personal” sobre ejemplos prácticos de como actuaba alguien centrado en su emoción e interpretaba su entorno en comparación, con alguien ecuánime. Se le solicitó como tarea, realizar un escrito donde reflejara lo aprendido en la sesión y pudiera aplicar en su cotidianidad.

9 sesión

Se brindó psicoeducación en la conceptualización de problema y estilos de afrontamiento. Luego se empleó la técnica de resolución de problemas y como tarea se le solicito poner en práctica una alternativa para mediar el problema identificado.

10 sesión

Se indagó acerca del cumplimiento de la alternativa seleccionada en la técnica de resolución de problemas. Más tarde, se le brindó psicoeducación en la identificación de las emociones básicas y la inteligencia emocional. Posteriormente, se realizó un ejercicio de respiración y meditación centrada en la identificación de una emoción asociada a una situación. Al culminar, se le solicitó de tarea seguir practicando los ejercicios de respiración y desarrollar una guía denominada “focalizando mi atención” donde, debía escribir cuatro (4) situaciones con temáticas distintas e identificar la emoción asociada y la acción efectuada.

11 sesión

Se socializó la actividad anterior, la cual se cumplió de manera satisfactoria. Luego, se brindó psicoeducación en habilidades sociales, la importancia de la comunicación asertiva y técnicas para practicarla. Consecutivamente, para identificar las enseñanzas previas se elaboraron juegos de roles junto al consultante en situaciones asociadas al área laboral y social.

12 sesión

Se le suministraron las pruebas para construir nuevamente su perfil cognitivo y medir el control de impulsos con el objetivo de establecer el efecto del tratamiento.

Cierre: 13 sesión

En esta última sesión se elaboró un cierre reflexivo, donde se brindó retroalimentación acerca de los resultados obtenidos. Después, se realizó una actividad simbólica a través

del dibujo. Al finalizar, se le indicó que se le llamaría un mes para hacer seguimiento a los resultados de la intervención.

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Con respecto a los resultados obtenidos de los cuestionarios para la construcción del perfil cognitivo, se observó una disminución en las puntuaciones que demarcaban el mantenimiento de las creencias desadaptativas entre el pre y post intervención. Pese a que, se mantiene el rasgo de obsesivo-compulsivo y perfeccionismo, este se da de manera más adaptativa, ya que se evidencia una disminución en los estándares de inflexibilidad. También, surgen otras categorías positivas como: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva. Aun así, se mantiene la falacia de recompensa divina lo que significa, esperar que de manera mágica se resuelva un inconveniente y vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. A continuación, se evidencia en la tabla 1.

Tabla 1.
Construcción perfil cognitivo pre y post-intervención

Construcción del perfil cognitivo											
Patrón A	Pre	Post	R	Patrón B	Pre	Post	R	Patrón C	Pre	Post	R
Narcisista (CCE-TP)	18	10	16	Auto sacrificio (YSQ)	18	18	17	Desconfianza/abuso (YSQ)	21	14	19
Esquizotípico/límite (CCE-TP)	36	18	21	Evitativo/autopercepción negativa (CCE-TP)	28	6	12	Paranoide (CCE-TP)	28	13	24
Esquema de derecho/grandiosidad (YSQ)	18	5	10	Histriónico/dependencia emocional (CCE-TP)	12	8	12	Pasivo-agresivo/temor a ser dominado (CCE-TP)	18	11	16
Esquema de estándares inflexibles/perfeccionismo (YSQ)	15	11	13	Expresión de la dificultad de afrontamiento (EEC-M)	20	7	20				
Obsesivo-compulsivo/perfeccionismo (CCE-TP)	24	24	20	Reacción agresiva (EEC-M)	20	8	18				
Falacia de cambio (I.P.A)	6	2	4	Espera (EEC-M)	33	9	30				
Deberías (I.P.A)	8	3	4								
Interpretación de pensamiento (I.P.A)	8	4	3								
Filtraje o abstracción selectiva (I.P.A)	5	0	4								
Falacia de control (I.P.A)	8	2	3								
Falacia de Justicia (I.P.A)	8	3	4								

Fuente: elaboración propia.

De modo similar, se mantuvo una tendencia hacia el perfeccionismo, pero se observó mayor tolerancia ante situaciones que el consultante no tiene bajo su control, ya que luego del tratamiento, se permite cometer errores sin juzgarse a sí mismo y a los demás. Del mismo modo, ha adquirido gradualmente la capacidad de disminuir la activación fisiológica ante situaciones inesperadas y la alteración emocional cuando interactúa con otra persona. Por otro lado, se le suministró al consultante la escala de control de los impulsos (ECIRYC) (Ramos, Gutiérrez y Saiz, 2002), para constatar su capacidad de control de la impulsividad ante una alteración emocional. En este sentido, R. obtuvo una puntuación directa de 13 y se ubicó en el percentil 0.26. Esto significa que, presenta un bajo rasgo de impulsividad y por tal motivo, se observa autocontrol de sus emociones e impulsos al realizar conductas y responder a situaciones en las diversas áreas en su vida.

Seguimiento

Durante el seguimiento realizado pasado un mes de terminar la intervención se constató el fortalecimiento de los aprendizajes previos.

Discusión

De acuerdo con lo anterior, se encontró que el presente estudio se centró en evidenciar la viabilidad de emplear estrategias de intervención cognitivas y humanistas en un caso del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva que presentó consecuencias negativas en la vida del consultante hasta el punto de tener problemas legales. Se resalta el compromiso y disposición del consultante para lograr la efectividad del tratamiento.

También, esta investigación tuvo varias limitaciones, la fundamental que se reflejan pocos estudios acerca de la conceptualización de este trastorno de personalidad. Del mismo modo en el tratamiento, se concuerda con Navarro-Leis y López Hernández-Ardieta (2013), quienes señalan que existen

pocas investigaciones empíricas sobre los tratamientos para TDLP y suelen ser con muestras heterogéneas. Por ende, se integraron técnicas desde dos enfoques para alcanzar una mayor comprensión de la problemática y ajustarlas a las necesidades del consultante. Además, se debió emplear una mayor cantidad de instrumentos para medir el pre y post del tratamiento. No obstante, aún con dificultades, se observaron efectos positivos de la intervención.

Por último, se consideró novedoso la existencia de síntomas impulsivos y reacciones agresivas en asociación con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva como manera de expresar la alteración emocional producto de la falta de control ante el ambiente. Por ende, se sugiere tener en cuenta esta particularidad y avanzar en el empleo de instrumentos de evaluación y tratamientos para la comprensión del trastorno en futuras investigaciones.

Referencias

- Arias, W. (2015). Carl Rogers y la Terapia centrada en el cliente. *Avances en psicología*, 23(2), 141-148.
- American Psychiatric Association (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.1984).
- Botero, A., Londoño, N., Álvarez, G., Arango, L., Calle, H. ... Peláez, I. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73-96.
- Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. y Schnitter, M (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.
- Chinarro, E. (2018). La rueda de la vida. *Instituto Ben pensante, observatorio de coaching*. Recuperado de <http://benpensante.com/rueda-de-la-vida/>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- García, B. (2000). *Auto-test interpretación práctica*. Madrid, España: Editorial Libro Hobby Club S.A.
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona: Masson.
- Guzmán, F. y Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27(1), 15-24.
- Halmi, K., Tozzi, F., Thornton, L., Crow, S., Fichter, M. ... Bulik, C. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 38(4), 371-374. <https://doi.org/10.1002/eat.20190>
- Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C. A., Schnitter, M., Castrillón, D., Ferrer, A. y Chaves, P. (2007). Validación del cuestionario de creencias centrales de

- los trastornos de la personalidad CCE-TP en una muestra colombiana. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2), 138-162.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- López, A., Rondón, J., Cellerino, C. y Alfano, S. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros (2005). *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 97-124.
- Navarro-Leis, M. y López Hernández-Ardieta, M. (2013). Terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad [Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders]. *Acción Psicológica*, 10(1), 33-44. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7031>
- Ramos, J., A., Gutiérrez, A. y Saiz, J. (2002). Escala de Control de los Impulsos "Ramón y Cajal" (ECIRyC). Desarrollo, validación y baremación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(3), 160-174.
- Rosso, M. y Lebl, B. (2006). Terapia existencial fenomenológica: Estudio de caso. *Ajayu*, 4(1), 90-117.
- Ruiz, J. J. y Imbernon J. (1999). Sentirse Mejor: Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. Segunda edición. En: www.psicologia-online.com
- Skodol, A., Guderson, J., McGlashan, T., Dyck, I., Stout, R. ... Oldham, J. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- Skodol, A., Pagano, M., Bender, D., Shea, M., Guderson, J. ... McGlashan, T. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443-451. <https://doi.org/10.1017/S003329170400354X>

Notas

- * Artículo de investigación. Programa de Psicología, Grupo de Investigación GESS, Universidad de Ibagué.