

Intervención clínica cognitiva en paciente con trastorno esquizoide de personalidad: reporte de caso

Julio Cesar Suarez Luna^{a*}  María Alejandra Bazan Marquez^b 

^aUniversidad Autónoma de Ica, Dirección de Investigación y Producción Intelectual, Chincha Alta, Perú; ^bUniversidad de San Martín de Porres, Chiclayo, Perú

RESUMEN

El presente reporte de caso describe a un paciente varón de 19 años, que presentaba como principales síntomas frialdad emocional, ausencia de relaciones cercanas, problemas para experimentar placer con otras personas y carencia de motivación para trabajar o retomar sus estudios. Se diagnosticó un trastorno de personalidad esquizoide, producto de esquemas maladaptativos tempranos como inhibición, privación emocional, aislamiento social e inadecuación. Asimismo, se evidenció un contexto familiar rígido y fragmentado, con ausencia afectiva de padres y direccionado hacia normas estrictas en la conducta. El objetivo del estudio fue intervenir desde un enfoque clínico cognitivo los esquemas maladaptativos tempranos y síntomas que mantenían los rasgos de trastorno esquizoide de la personalidad en el paciente. Para esto se realizó una terapia cognitiva conductual, con técnicas como debates, imágenes para reparentalizar, asignación de tareas, uso del humor, entrenamiento de habilidades sociales, entre otros. Como conclusión se puede manifestar que los esquemas maladaptativos tempranos mantenían la sintomatología de personalidad esquizoide. Por último, se demostró a través de un criterio clínico y psicométrico que la terapia cognitiva conductual disminuyó las conductas de personalidad esquizoide en el paciente.

KEYWORDS Schizoid personality disorder, Cognitive behavioral therapy, Social isolation, Social skills

INTRODUCCIÓN

El trastorno de la personalidad esquizoide es un estilo egosintónico e inadecuado de personalidad, que afecta el aislamiento social del individuo. La preferencia a estar solo, con un desinterés por las relaciones interpersonales, así como una frialdad emocional, se puede señalar como características más resaltantes en esta patología de la personalidad.

Beck A y Freeman A, respecto de ella, afirman que “la palabra clave de la personalidad esquizoide es aislamiento. Estos individuos son la encarnación de la personalidad autónoma. Están dispuestos a sacrificar la intimidad en las relaciones para preservar su desapego y autonomía” [1].

Es así como las creencias respecto a la concepción de los demás se hacen desde una falta de aceptación por el otro, concibiendo a los demás como intrusivos y molestos. Las cogniciones de autovalía y establecimiento de estrategias conductuales de aislamiento mantienen a estas personas

apartadas de los demás. En lo que respecta a las emociones, su inhibición emocional y compromiso con el entorno les hace carecer de culpa, tristeza, alegría o enfado [1,2].

Desde esos rasgos y perfiles cognitivos de personalidad, este trastorno es poco estudiado en el ámbito clínico. Por esta razón, el presente estudio de caso se analizó desde una descripción nomotética (test psicológicos) y una conceptualización clínica cognitiva, que Riso [3] manifiesta como un estudio integral, abordado desde tres niveles:

- Nivel I descriptivo sintomático: distorsiones cognitivas o creencias irracionales, emociones y respuesta motora.
- Nivel II explicativo preventivo: esquemas nucleares, sesgos cognitivos y estrategias de perpetuación esquemática.
- Nivel III explicativo promocional: esquemas de segundo orden o creencias sociales.

Es por ello que la investigación tuvo el objetivo de intervenir los esquemas y síntomas que mantenían los rasgos de trastorno esquizoide de la personalidad en el paciente desde un enfoque clínico cognitivo. Asimismo, los objetivos específicos fueron describir desde una conceptualización clínica cognitiva los esquemas y síntomas que autoperturbaban la conducta esquizoide. Los esquemas identificados en la intervención fueron de inadecuación, fracaso, inhibición emocional, privación emocional y aislamiento social. De igual forma, se conocieron las creencias irracionales o distorsiones cognitivas del tipo “lo paso

* Autor de correspondencia Jcka85@hotmail.com

Citación Suarez Luna JC, Bazan Marquez MA. Intervención clínica cognitiva en paciente con trastorno esquizoide de personalidad: reporte de caso. Medwave 2024;23(11):e2757

DOI 10.5867/medwave.2023.11.2757

Fecha de envío Aug 8, 2023, Fecha de aceptación Nov 24, 2023,

Fecha de publicación Dec 26, 2023

Correspondencia a Av. Abelardo Alva Maurtua N° 489, Chincha Alta 11702, Perú

IDEAS CLAVE

- El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón rígido de aislamiento social y frialdad emocional, que afecta en el deterioro social, laboral y familiar del paciente.
- El estudio es novedoso ya que solo se encuentra un reporte de caso durante los últimos 10 años en la literatura científica, siendo esta investigación esencial para comprender mejor la etiología y su posterior intervención desde un modelo cognitivo conductual.

mejor haciendo mis cosas solo”, “no necesito amigos para poder hacer mis cosas”, “las personas me aburren”, entre otros, que mantenían a los esquemas y rasgos de personalidad esquizoide en el paciente.

Dentro de las fortalezas halladas en esta investigación fue el apoyo continuo de la familia durante toda la terapia, mostrando una predisposición a colaborar en el tratamiento e involucrarse en la psicoeducación de conductas asertivas que se le brindaba al paciente. Otra fortaleza fue la voluntad y responsabilidad del paciente para asistir a las sesiones terapéuticas y realizar las tareas encomendadas. Dentro de las limitaciones se consideró la ausencia de relaciones sociales cercanas en el paciente, y el escaso interés del mismo para iniciar una conversación e interactuar con los demás.

Por último, la terapéutica clínica desde el modelo cognitivo conductual demostró resultados eficientes al modificar y disminuir los síntomas que autoperpetuaban un deterioro en las relaciones sociales del paciente. Esto se pudo evidenciar dentro del criterio psicométrico (pre y pos test), junto con el criterio clínico a través de la terapéutica cognitiva conductual.

En la Tabla 1 se explica el procedimiento y las sesiones del reporte de caso:

Las sesiones que se trabajaron con el paciente fueron 21, en un tiempo de 1 hora y 30 minutos por sesión, una vez por semana, en un periodo de seis meses. Las cuatro primeras semanas se realizó el diagnóstico ideográfico y nomotético de trastorno esquizoide de la personalidad. Posteriormente, se realizó el tratamiento cognitivo conductual evidenciando resultados de una disminución de los síntomas del paciente a través de un criterio clínico (esquemas, creencias y síntomas) y psicométrico.

REPORTE DE CASO

El sujeto para este reporte de caso fue un joven de 19 años, varón, del distrito de Olmos, Región de Lambayeque, Perú, quien cursaba el segundo ciclo de la carrera de administración. No presentó antecedentes patológicos personales o familiares de importancia a nivel médico o psiquiátrico, a excepción de alergias y falta de interés en socializar desde una edad temprana (5 años de edad). Es hijo único y convivía con ambos padres. Dentro de sus síntomas principales presentaba frialdad emocional, dificultad para expresar emociones, ausencia de relaciones cercanas, dificultad para experimentar placer con otras personas y carencia de motivación para realizar un trabajo o retomar sus estudios.

En la evolución del trastorno de personalidad esquizoide padecido por el paciente, se presentó en las primeras sesiones síntomas marcados de aislamiento social y apatía (primer mes). A partir de la décima sesión (tercer mes) con las técnicas de debates y habilidades sociales, hubo una reestructuración cognitiva de las creencias irracionales acerca de la disfuncionalidad de las relaciones interpersonales. En la semana 16 (cuarto mes), con la técnica de imágenes para reparentalizar, se logró reestructurar cognitivamente los esquemas maladaptativos tempranos por cogniciones más adaptables sobre sus relaciones sociales. Con ello, se puso en práctica progresivamente sus interacciones sociales en su ambiente. Finalmente, no se presentó ninguna recaída o evento adverso significativo en el transcurso del tratamiento.

Anamnesis

Su madre quedó embarazada a los 25 años, y este hijo fue un deseo de ambos padres. La madre recibió cuidados prenatales mensuales siguiendo las recomendaciones médicas y manteniendo una dieta adecuada. Sin embargo, la madre enfrentaba conflictos familiares con su propia madre y su esposo, ya que este último pasaba largas horas trabajando. Esta situación, ocasionalmente generaba discusiones familiares. El paciente nació después de nueve meses de gestación, a través de parto natural y con la asistencia del médico de guardia del hospital. El bebé lloró poco después de nacer y tenía un peso de 2 900 gramos.

Por otro lado, la madre del paciente menciona que en un principio cuidaba de su hijo, mientras también se ocupaba de las responsabilidades del hogar y mantenía su trabajo como docente. Sin embargo, aproximadamente al año de edad del niño, la abuela materna asumió su cuidado, ya que la madre tuvo que aumentar su horario de trabajo, lo que le hacía difícil atender al niño.

Además, los controles médicos del niño se llevaron a cabo de manera regular y acorde a su edad. No experimentó enfermedades graves.

A los tres años y medio, el paciente comenzó su experiencia en la educación inicial, aunque no mostraba entusiasmo por asistir, ya que prefería estar en casa con sus juguetes. Su abuela materna solía llevarle juguetes y permanecía en el aula durante la primera hora de clases durante algunas semanas. A los cinco años, no era participativo en actividades grupales, ni tenía muchos amigos durante el recreo. Prefería enfocarse

Tabla 1. Procedimiento y sesiones del reporte de caso.

Sesiones	Categoría	Indicador
1 a 4 Diagnóstico	Conceptualización clínica cognitiva: Criterios nomotéticos e ideográficos	DSM – V Inventario clínico multiaxial de Millon Cuestionario de esquemas de Young Inventario de creencias irracionales
5 a 21 Tratamiento cognitivo conductual	Técnicas cognitivas Técnicas emotivo experienciales Técnicas Conductuales	Registro de pensamiento Psicoeducación Debates Afirmaciones racionales Poner ejemplos y establecer referencias. Uso del humor Imágenes para reparentalizar Imágenes emotivo racionales Invertir papeles Alianza terapéutica Juego de roles Entrenamiento en habilidades sociales Ejercicio para atacar la vergüenza. Uso de tareas Uso de refuerzos
21 Resultados del tratamiento	Conceptualización clínica cognitiva: Análisis de criterio familiar y del paciente Análisis de contenido psicométrico	Experiencias ideográficas y vivenciales Pruebas psicométricas

DSM-V: Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, V edición. Diagnóstico e intervención cognitiva. Fuente: elaborado por los autores.

en tareas individuales en su área designada. Siempre demostró obediencia a las instrucciones de la docente y respeto hacia ella.

Cuando el paciente tenía siete años, comenzó su primer grado de educación primaria, siendo diligente con sus deberes y disfrutando trabajar de manera independiente. Destacaba por sus sobresalientes calificaciones. Sus padres se sentían orgullosos de sus logros, siempre animándolo a mantener un buen desempeño académico. No obstante, recordaba que sus padres pasaban la mayor parte del tiempo trabajando y no estaban con él. En cuanto a su vida social, a pesar de tener varios compañeros en el aula, no tenía un fuerte deseo de socializar y prefería estar solo, dedicándose a dibujar o pintar dinosaurios durante los recreos y descansos.

Hasta cumplir los 12 años, mantuvo un desempeño académico destacado. Era una persona introvertida y reservada que prefería pasar la mayor parte de su tiempo en solitario, inmerso en la lectura de libros sobre diversos animales y cómics de animés. Además, menciona que durante sus estudios secundarios no tenía amigos, debido a su aversión a que otros se acercaran a él. Esto derivó en la ausencia de grupos de trabajo en la escuela. Por otro lado siempre presentó un buen desempeño académico, destacando en las habilidades de lectura y escritura, lo que se reflejaba en su temprano interés por la lectura de cómics y libros sobre mitologías.

El paciente manifestó una inclinación hacia el campo de la economía y la administración de empresas. No obstante, abandonó sus estudios de administración en el segundo ciclo, ya que no le interesaba tener relaciones interpersonales con los demás. Su capacidad para mostrar empatía, escuchar y resolver

conflictos era limitada. De igual manera, se encontraba bajo presión debido a las expectativas de sus padres, quienes lo instaban a participar en reuniones familiares y a asistir a la iglesia, con el fin de fomentar su vida social. El paciente refirió no tener amigos, ya que tenía otro tipo de pasatiempos como dibujar, leer o jugar solo en su habitación.

En lo que respecta a sus hábitos de sueño y descanso, por lo general dormía alrededor de 6 a 7 horas por noche, lo que sugiere un patrón de sueño normal. Sin embargo, ocasionalmente mencionó dificultades para conciliar el sueño, debido a la tendencia de observar videos de mitologías antes de dormir. En sus hábitos alimenticios, seguía una alimentación balanceada, con un apropiado consumo de frutas, verduras y proteínas. Asimismo, manifestó no haber realizado ejercicio físico regular, manteniéndose la mayor parte del tiempo en su cuarto, observando mitología, leyendo comics o jugando videojuegos. Por otro lado, en el aspecto espiritual refirió que reserva momentos para meditar y reflexionar. Además, respecto a creencias religiosas, afirma ser de confesión católica.

El paciente mantenía un número limitado y poco significativo de interacciones virtuales con personas a través de redes sociales como Instagram y Facebook. No obstante, disfrutaba y tenía interacciones de mayor tiempo con compañeros de juegos en línea, siendo un miembro activo de esas comunidades virtuales, con una preferencia notoria por el juego Minecraft.

Por último, refirió identificarse como heterosexual, pero no haber experimentado una relación con una mujer, careciendo de interés por tenerla.

Estado mental

El paciente fue llevado por su padre a consulta psicológica. Dentro del motivo de consulta refirió que nadie lo entiende y que no le gusta que lo fueren a socializar, presentando una actitud reservada en las primeras sesiones.

Por otro lado, se encontraba orientado en espacio, tiempo y persona. No presentó algún tipo de alteración en sus esferas mentales. En cuanto al pensamiento se presentó un curso y contenido normal. No obstante esto, manifestó distorsiones cognitivas como adivinación del futuro "me voy aburrir con los demás" y "tengo que comportarme adecuadamente". Su conducta psicomotora en la primera sesión fue con movimientos estereotipados al tocarse constantemente la cabeza con las manos, desapareciendo esta conducta en el transcurso de las sesiones. Respecto a la memoria, evidenció la capacidad de recordar acontecimientos pasados y recientes. Su lenguaje fue claro y su tono de voz bajo. Se mostró con frialdad emocional y decaído al dialogar sobre sus conflictos actuales (tener que socializar por imposición de sus padres). Su juicio fue coherente y lógico, teniendo asimismo perspicacia para resolver problemas propuestos. Por último, no presentó ideas suicidas. Su atención fue selectiva y con voluntad para seguir el tratamiento.

Diagnóstico multiaxial

Según el *American Psychiatric Association*, guía de consulta de los criterios diagnósticos [4], el paciente cumple 7 de los 9 criterios para el diagnóstico de personalidad esquizoide (F60):

1. Pocas actividades, si es que hay algunas, le proporcionan placer.
2. Frialdad emocional, desapego o embotamiento afectivo.
3. Capacidad limitada para expresar sentimientos de simpatía, ternura o ira hacia los demás.
4. Aparente indiferencia a las críticas y elogios.
5. Poco interés por mantener relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
6. Marcada preferencia por las actividades solitarias.
7. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, ni deseos de tenerlas.

Estas condiciones no se debieron a hechos orgánicos, uso de drogas o farmacología, por lo que se evidencia un trastorno esquizoide de personalidad. Además, existe un diagnóstico diferencial con el trastorno esquizotípico de la personalidad, respecto al pensamiento mágico, habla y vestimenta excéntrica que son características de este trastorno. Por otro lado, se diferencia del trastorno de personalidad por evitación, en que los pacientes de esta patología experimentan un aislamiento por temor a ser avergonzados o rechazados. Mientras que, en el trastorno esquizoide de la personalidad, es por desinterés y desapego generalizado de sus relaciones.

Análisis a nivel psicométrico

Inventario clínico multiaxial Millon

Este instrumento evalúa la personalidad, dificultades emocionales y trastornos de la personalidad. Presenta validez interna estructural, lo cual demuestra que las escalas del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) están diseñadas para representar plenamente un conjunto de estilos de personalidad concordantes con la teoría, multidimensionales e intercorrelacionadas. Posee una confiabilidad de coeficiente α de Cronbach que oscilan entre 0,59 y 0,84 con un promedio de 0,71 (0,72 para la muestra española y 0,77 para la norteamericana) [5].

En la aplicación del pre test (antes de la intervención) se obtuvo un puntaje de 119, denotando elevados patrones clínicos de la personalidad esquizoide. Por el contrario, en el post test (después de la intervención), obtuvo un puntaje de 70, lo que representa un indicador sugestivo de la personalidad esquizoide (Figura 1). Este resultado denotó un cambio significativo luego del tratamiento.

Prueba de creencias irracionales de Ellis

El objetivo de este inventario es conocer la existencia de creencias irracionales. Su validez de contenido está dada por el estadístico de la V de Aiken, dando como resultado una validez de 0,90 y 1 [6].

Podemos observar en la Figura 2, antes del tratamiento (pre test) que el paciente presentaba creencias irracionales en un puntaje de 200, lo que indicaba un pensamiento algo irracional. Sin embargo, después del tratamiento (post test) se evidenció un puntaje de 259, propio de un pensamiento algo racional. Estos resultados psicométricos indican que hubo una modificación de creencias irracionales antes y después del tratamiento.

Cuestionario de esquemas de Young

Esta herramienta evalúa los esquemas maladaptativos tempranos. Posee una validez por el estadístico de la V de Aiken iguales o superiores a 0,80, a un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ [7]. La confiabilidad se obtuvo con un coeficiente Ω , siendo $> 0,80$ para todos los esquemas [8].

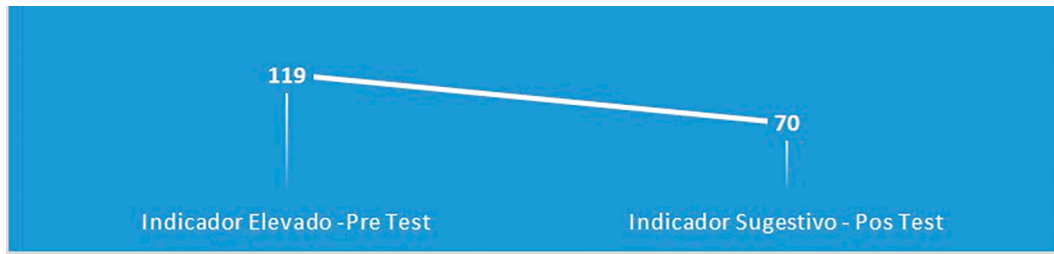
En la aplicación antes del tratamiento, el paciente presentó cinco esquemas maladaptativos significativos que fueron privación emocional, fracaso, inhibición emocional, aislamiento social e inadecuación. Por el contrario, en el post test se evidenció una estabilidad normal de cuatro esquemas que se redujeron luego del tratamiento. No obstante, el esquema de privación emocional se mantuvo significativo luego del tratamiento, según la evidencia psicométrica (Figura 3).

DISCUSIÓN

Análisis clínico cognitivo

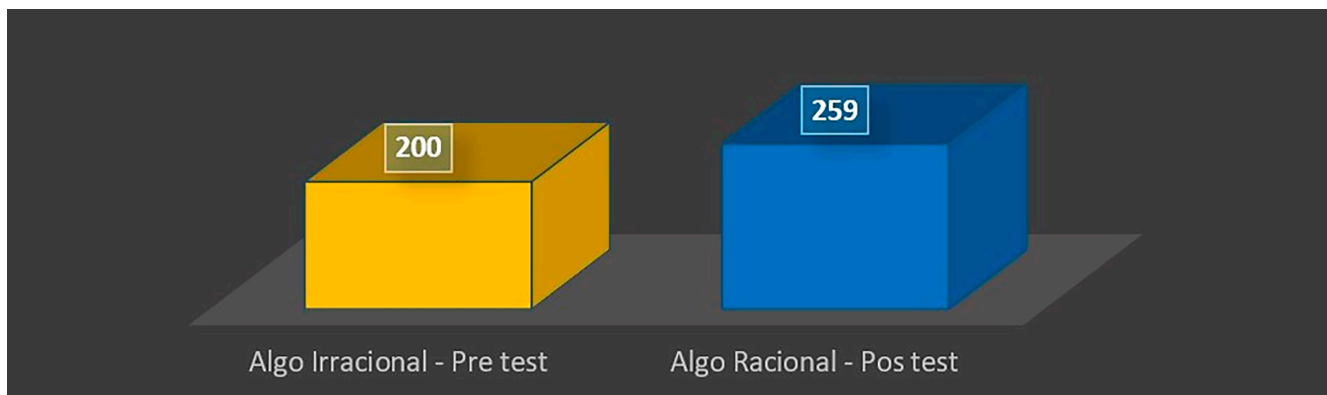
En esta área se describe el reporte de caso, las interacciones de las creencias y esquemas maladaptativos que autoperpetúan la problemática de personalidad esquizoide en el paciente, desde una conceptualización clínica cognitiva, según la propuesta de Riso [3]. Todo ello a través de técnicas cualitativas como la entrevista clínica y el registro de pensamientos.

Figura 1. Inventario clínico multiaxial Millon.



Resultados antes y después de la intervención cognitiva.
Fuente: elaboración propia.

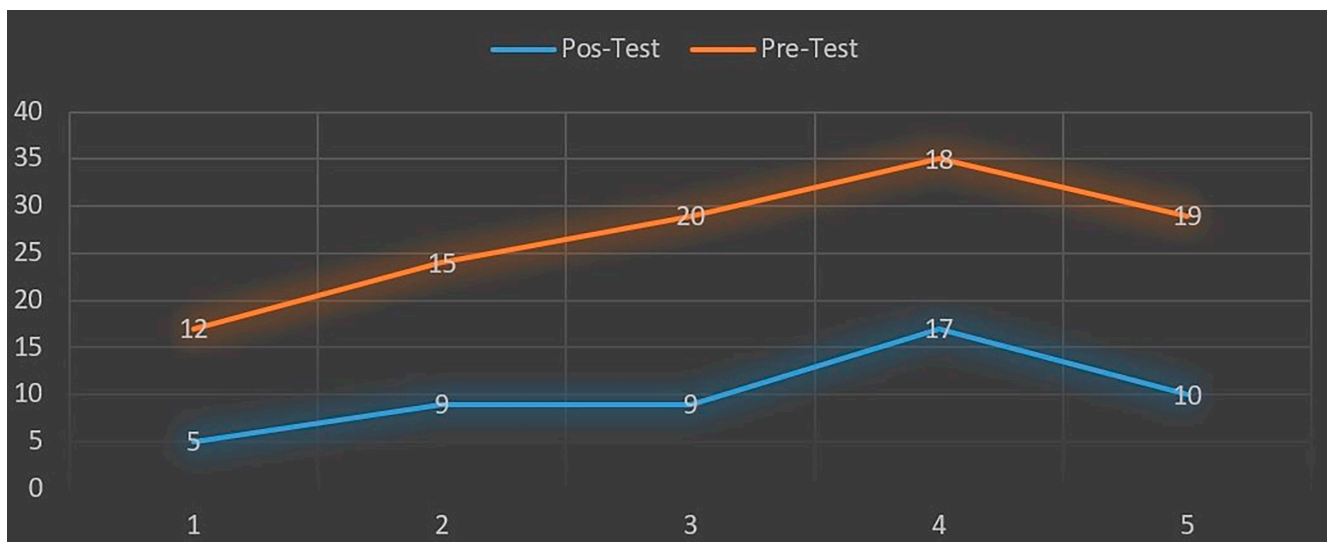
Figura 2. Inventario de creencias irracionales.



Resultados antes y después de la intervención cognitiva.
Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Cuestionario de esquemas de Young.

Resultados antes y después de la intervención cognitiva.

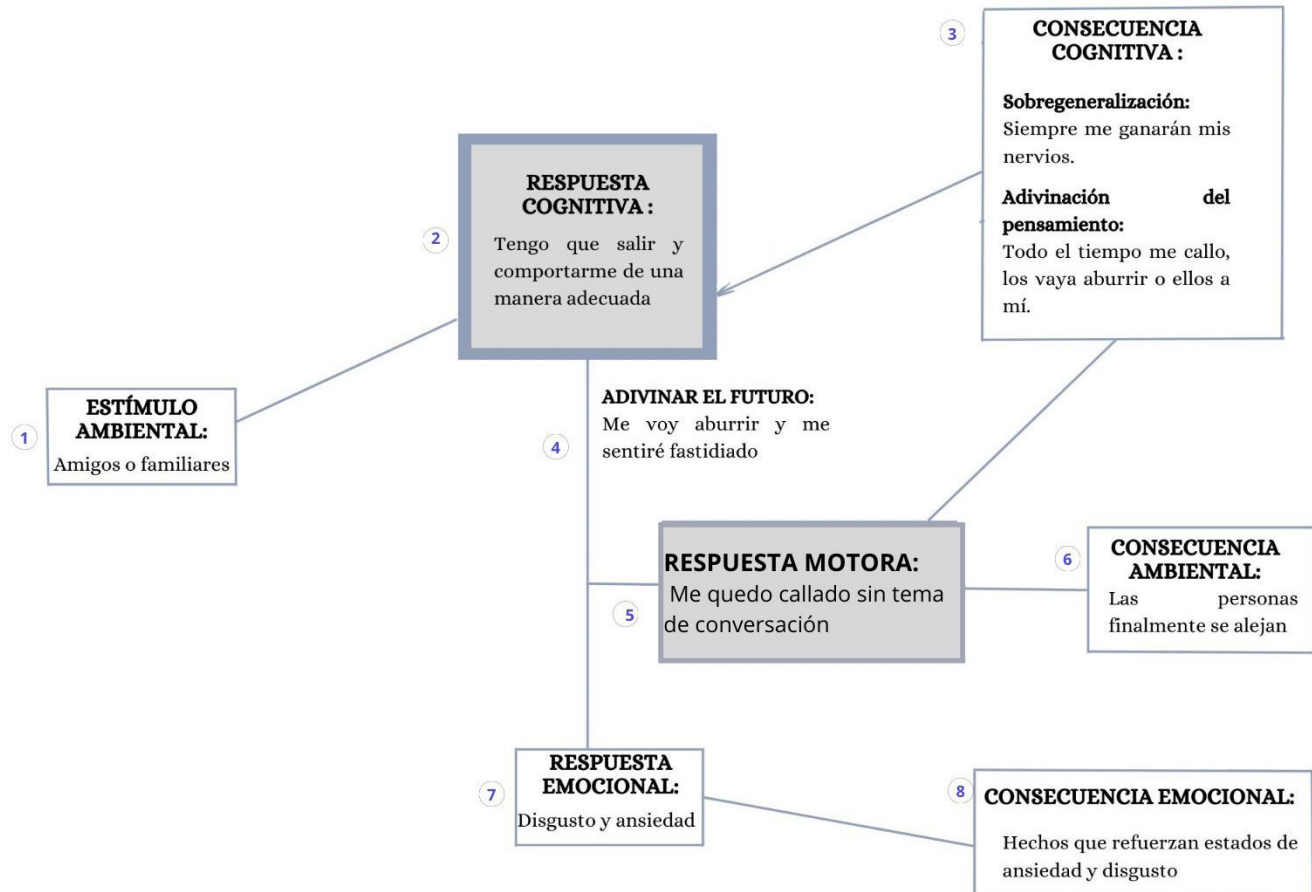


Fuente: elaboración propia.

En Figura 4 se detalla el nivel sintomático descriptivo las respuestas cognitivas de “deberías”, que el paciente tiene como autoexigencia por comportarse de manera adecuada ante sus compañeros y familiares. En este primer nivel esta respuesta

cognitiva de “tengo que salir y comportarme de una manera adecuada”, genera distorsiones cognitivas como adivinación del futuro “me voy a aburrir y me sentiré fastidiado”, y sobre-generalización: “siempre me sentiré fastidiado cuando estoy

Figura 4. Nivel descriptivo sintomático.



Fuente: elaboración propia.

con otras personas". Ambas provocaban estados emocionales de disgusto y fastidio. Concomitante a estas emociones y cogniciones distorsionadas, aparece una conducta silenciosa, con falta de propuestas de temas de conversación que le agraden, dando como resultado su presión y disgusto por quedarse con personas cercanas. Finalmente, en este nivel sintomático podemos observar que las personas se alejan como una consecuencia ambiental, donde el paciente no se interesa en establecer relación alguna con ellos.

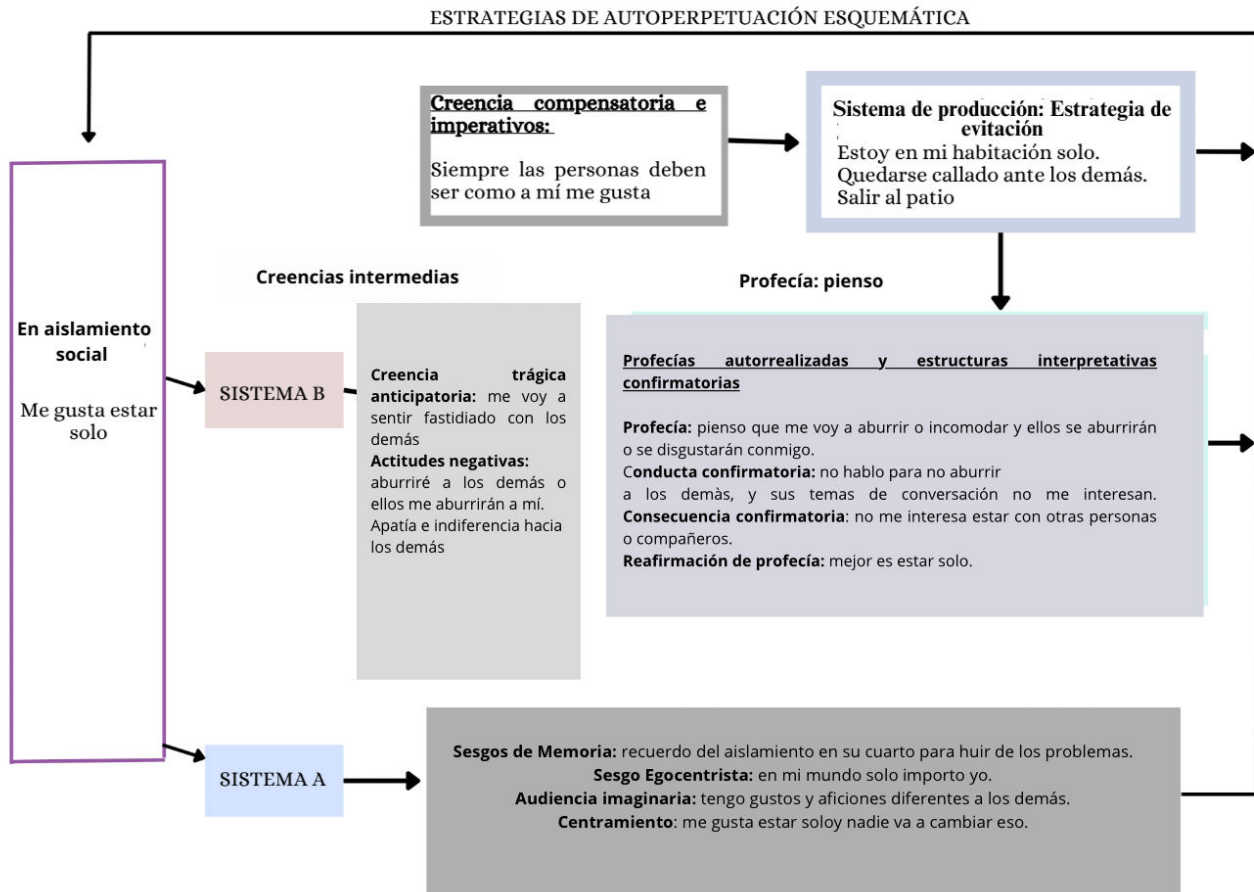
La apatía por socializar es típica de una personalidad esquizoide, según Sánchez [9], ya que se sienten apartados y diferentes de los demás, y del mundo. En consecuencia, estas personas se centran en su propia subjetividad y fantasía. Respecto a este estudio de caso, el paciente se mantenía en su mundo interior, teniendo aficiones vinculadas al conocimiento de mitologías, cultura y a observar o leer animes. Todas estas actividades las realizaba de manera solitaria, exacerbando sus síntomas que le impedían establecer relaciones o disfrutar de la presencia de otros.

El paciente manifestaba un esquema nuclear de aislamiento social, que autoperpetuaban conductas de bienestar al estar solo en su habitación. Dentro del sistema de economía

cognoscitiva A, el paciente presenta sesgos de memoria, al recordar situaciones donde en su niñez y parte de la adolescencia se alejaba de los demás para huir de los problemas. Asimismo, dentro del Sistema A evidenciaba un sesgo egocéntrico de fijación hacia su propio mundo, donde validaba su propio yo por encima de otros, esto con una audiencia imaginaria de sentirse diferente y especial, tal como se refleja en la Figura 5.

Los hechos que autoperpetuaban una conducta de aislamiento social como problemáticas en el paciente, son descritos por Beck y Freeman [1] como el desapego social que se da por distorsiones cognitivas que hacen que el paciente esquizoide perciba a los demás como intrusivos y molestos, denotando una autovalía y afirmación por su propia soledad. Es así como el paciente, al sentirse extraño o diferente cuando estaba con los demás, activaba el esquema de aislamiento social. Este esquema fue aprendido desde su niñez por falta de vínculos de afectos con sus padres, que le enseñaron a estar solo y sentirse diferente a los demás.

Figura 5. Esquema nuclear de aislamiento social.



Fuente: elaboración propia.

Intervención clínica cognitiva-conductual

En lo que respecta a la intervención del caso, esta se dio desde un modelo cognitivo conductual. Esta psicoterapia, según Ellis y MacLaren [10], parte de una modificación de las creencias negativas y dañinas del paciente de manera activa directiva, con el propósito de generar nuevos sucesos más saludables y adaptativos. Asimismo, Gabalda refiere que la terapia cognitivo conductual es una “integración que podemos establecer entre conductas observables, pensamientos y afecto reconocidos, y procesos cognitivos y afecto inferidos” [11]. Siendo esta terapia eficaz, diversa e integral, permite usarse en un amplio número de problemas psicológicos. En esta misma línea, también podemos manifestar que algunas características de esta terapia lo hacen biográfica e histórica (esquemas maladaptativos tempranos, según Jeffrey Young), mientras otras se detienen en crear creencias menos dogmáticas y racionales en el presente (terapia racional emotiva conductual), o en cambiar los pensamientos distorsionados de la realidad como la terapia cognitiva de Aron Beck. Desde este reporte de caso se utilizaron diversas orientaciones y técnicas de los autores señalados, para tener un arsenal de estrategias que derivaron en la eficacia del

tratamiento. Esto, debido a que enfatizar solo las creencias o distorsiones presentes del paciente, podía ocasionar una falta de colaboración y tendencia a la racionalidad.

Es así que desde este enfoque cognitivo conductual se abordaron diferentes técnicas para modificar esquemas, creencias y síntomas que autoperpetuaban el trastorno de personalidad esquizoide. Entre las técnicas utilizadas destacamos psicoeducación para que el paciente incorpore información sobre la terapia cognitiva conductual (creencias irracionales, modos de esquemas, etc.); habilidades sociales para incrementar conductas asertivas; humor; estilos de afrontamiento, el registros de creencias, imágenes para reparentalizar y debates; entre otros. Además, se pudo trabajar durante tres sesiones conductas asertivas y habilidades sociales con los padres, siendo esto fundamental para un aprendizaje nuevo dentro del entorno familiar y de las relaciones con el paciente.

Se tuvo en cuenta establecer una alianza terapéutica, que consistía en no vulnerar al paciente en su manera de pensar o comportarse. Este fue un acuerdo entre su manera subjetiva de observar al mundo y de entender su fastidio por la presión de sus padres de relacionarse con sus pares. Sánchez [9] refiere que,

para lograr una adherencia al tratamiento en personalidades esquizoides, es preciso no determinar cómo áreas problemáticas sus conductas egosintónicas, sino entender y empatizar con ellas, aceptándolas para posteriormente enseñarles otra manera de convivir con el mundo.

Por otro lado, las respuestas cognitivas en el nivel sintomático “tengo que salir y comportarme de una manera adecuada”, “me voy a aburrir y me sentiré fastidiado” y “siempre me sentiré fastidiado cuando estoy con otras personas”, fue sustituida en la terapia por debates racionales y pragmáticos. En ellos se incitaba al paciente a conocer sobre sus creencias irracionales de “deberías” y autoaceptarse incondicionalmente. Esto porque, tal como Ellis [10] lo manifiesta, trae un cambio de perspectiva profunda sobre las emociones que pueden incomodar al paciente. Una vez identificadas sus respuestas cognitivas y sus distorsiones a través de registros de pensamiento, se trabajó también con la autoaceptación incondicional del otro y de la vida.

Para modificar los esquemas maladaptativos tempranos se hizo uso de diversas técnicas como los debates, las habilidades sociales y las imágenes para reparentalizar. A través de esta última técnica se realizó una psicoeducación (identificación de modos de niño - padre), y se creó una regresión consciente del paciente en su modo niño para conocer y modificar los afectos, cogniciones y conductas del pasado que autoperpetuaban muchos de los esquemas maladaptativos tempranos. Young [12] refiere que cuando se crean nuevas conductas en la imaginación, estas son incorporadas en nuestra corteza motora, ya que imaginar haciendo algo, activa también las neuronas pre motoras de nuestro sistema cerebral. Es así, que haber trabajado con técnicas de la terapia centrada en esquemas, también resultó significativo para ayudar a moldear nuevas respuestas conductuales y afectivas en el paciente respecto a sus relaciones con los demás y su familia.

Por otro lado, en la terapia también se realizó un trabajo con los padres del paciente, para que la expresión afectiva se diera progresivamente y fomentara sus conductas de interacción social. El trabajo y colaboración de los padres en el desarrollo del afecto y empatía, fue muy importante en el cambio de patrones de interacción social que tuvo el paciente.

Por último, el paciente manifestó luego del tratamiento que tiene otras expectativas acerca de las relaciones interpersonales, mostrándose más proclive a tener amigos o personas cercanas a él para poder realizar actividades. Asimismo, refirió estar más interesado en compartir experiencias personales con su familia. En palabras del paciente “he llegado a sentirme mejor en todo, puedo tener amigos, converso más con mi familia e incluso quiero retomar los estudios de mi carrera”, sostuvo.

CONCLUSIONES

Desde un enfoque cognitivo conductual se pudo intervenir los rasgos esquizoides clínicos que afectaban al paciente, en el deterioro de su entorno socioafectivo y conductual. Desde el uso de técnicas cognitivas, conductuales y emotivo

experienciales, se disminuyeron los esquemas maladaptativos tempranos de inadecuación, fracaso, inhibición emocional y aislamiento social. También se redujeron las creencias irracionales vinculadas a “lo paso mejor haciendo mis cosas solo”, “no necesito amigos para poder hacer mis cosas” y “las personas me aburren”, que autoperpetuaban conductas de un patrón de personalidad esquizoide.

Autoría Todas las autores contribuyeron a la conceptualización, análisis formal, escritura y edición del manuscrito.

Conflictos de intereses Las autores declaran no tener ningún conflicto de interés con los datos publicados.

Financiamiento Este reporte de caso ha sido financiado por la Dirección de Investigación y Producción Intelectual de la Universidad de Ica-Perú.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por tres pares revisores, a doble ciego.

REFERENCIAS

1. Beck A, Freeman A. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Sevilla: Ediciones Paidós; 1995. p. 312.
2. Caballo V. Manual de trastorno de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis; 2004. p. 759.
3. Riso W. Terapia Cognitiva. Ediciones Paidós; 2009. p. 400.
4. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. ed. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 TR. ed. Barcelona: Masson; 2013. p. 492. <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657> <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
5. Sánchez López MDP, Thorne C, Martínez P, Niño de Guzmán I, Argumedo Bustinza D. Adaptación del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon en una población universitaria peruana. PSICO. 2002;20: 27–53. <https://doi.org/10.18800/psico.200201.002> <https://doi.org/10.18800/psico.200201.002>
6. Navas J. Ansiedad ante los exámenes. Algunas explicaciones cognitivas-conductuales. Revista de aprendizaje y comportamiento. 1989;7.
7. Young J. Young Schema Questionnaire - Short Form-3 (YSQ-S3). New York, NY: Cognitive Therapy Center; 2005.
8. Matute A. Propiedades psicométricas del cuestionario de esquemas de Young (YSQS3) en una muestra mixta peruana. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima. https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/9302/Matute_Cruces_Andrea_Alessandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Sánchez Hita I. Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis. 2014. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000854>
10. Ellis A, MacLaren C. Las relaciones con los demás. Barcelona: Océano Ámbar; 2004. p. 172.

11. Gabalda I. . 2a ed. Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. Desclée de Brouwer; 2009. p. 456.
12. Young J, Klosko J, Weishaar M. Terapia de esquemas: Guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2013. p. 478.

Cognitive clinical intervention in a patient with schizoid personality disorder: Case report

ABSTRACT

The present case report describes a 19-year-old male patient whose main symptoms were emotional coldness, absence of close relationships, difficulty experiencing pleasure with other people, and lack of motivation to work or to continue his studies. A schizoid personality disorder was diagnosed as a product of early maladaptive patterns such as inhibition, emotional deprivation, social isolation, and inadequacy. Likewise, a rigid and fragmented family context was evidenced, with an affective absence of parents and a focus on strict behavioral rules. The study aimed to intervene, from a cognitive clinical approach, the early maladaptive patterns and symptoms that maintained the features of schizoid personality disorder in the patient. For this purpose, cognitive behavioral therapy was carried out, with techniques such as debates, images to re-parentalize, assignment of tasks, use of humor, and social skills training, among others. In conclusion, it can be stated that the early maladaptive patterns maintained the schizoid personality symptomatology. Finally, it was demonstrated through clinical and psychometric criteria that cognitive behavioral therapy decreased schizoid personality behaviors in the patient.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.