

Caso clínico: investigación gestáltica en trastorno de personalidad dependiente y depresión mayor

Carriles Medina, María Luisa

2017

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3358>

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



CASO CLÍNICO: INVESTIGACIÓN GESTÁLTICA EN TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE Y DEPRESIÓN MAYOR

DIRECTOR DEL TRABAJO
DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

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

Presenta

MARIA LUISA CARRILES MEDINA

Puebla, Pue.

2017

Índice

Contenido	Página
Introducción	1
Historia clínica	2
Justificación	3
Técnicas e instrumentos cuantitativos y cualitativos	5
Formulación del caso clínico	9
Implementación del tratamiento	12
Resultados	13
Factores asociados al terapeuta	14
Discusión	15
Referencias	17

Índice de tablas

Tabla	Título	Página
1.	Instrumentos de evaluación	5
2.	Evaluación psicométrica	7

Índice de figuras

Figura	Título	Página
1.	Resultados de variables: enojo, depresión y ansiedad	14

INTRODUCCIÓN

El presente informe se basa un caso clínico específico que tiene como objetivo la sistematización de la experiencia en la práctica psicoterapéutica realizada en la supervisión en escenario clínico de corte Gestalt de la Universidad Iberoamericana plantel Puebla. El informe incluye tanto la información general del caso clínico, como la medición clínica para la evaluación del avance obtenido en tres aspectos: Enojo, depresión y ansiedad, relacionando los datos entre la primera, quinta, décima y décimo quinta sesión. Además, se analiza la intervención realizada, incluyendo la pertinencia y eficacia de la problemática a tratar, a partir de un enfoque Gestalt. El informe abarca un periodo de tratamiento de 15 sesiones iniciando el 1 de septiembre de 2016 al 16 de Noviembre del mismo año.

Datos generales de la paciente:

“M” (pseudónimo), femenino de 42 años, originaria y residente actual del estado de Puebla, divorciada desde hace 7 años, con escolaridad máxima de preparatoria. “M” vive con su hijo de 15 años de edad en vivienda propiedad de su ex esposo. Se dedica a la venta de bienes raíces y cosméticos Mary Kay, sin embargo, no ha podido desempeñarse laboralmente de manera satisfactoria, y se encuentra muy preocupada en el ámbito económico. Vive actualmente con una pensión alimentaria de su ex esposo que amenaza con reducirla a los gastos exclusivos para su hijo.

Además, “M” mantiene una relación de pareja desde hace 2 años, él es alcohólico y asiste a terapia para rehabilitarse.

Motivo de consulta:

“M” llega al proceso psicoterapéutico del OPTA, clínica de atención psicológica dentro de las instalaciones de la Universidad, con el motivo de consulta: “Perdonar a mi mamá y a mi ex esposo, ya que es la causa de mi depresión” (Sic. Pac.)

Objetivos terapéuticos:

Los objetivos específicos que se establecieron durante la primera sesión:

1. Perdonar la violencia de su madre durante la infancia.
2. Aprender a tratar y lidiar la violencia de su ex esposo.
3. Independizarse económica y emocionalmente de su ex esposo.
4. Aprender a tratar a su hijo adolescente.

Historia Clínica

“M” refiere tener una infancia problemática y llena de violencia, ya que su madre, con un diagnóstico de esquizofrenia, la agredía física y verbalmente. Su padre, a quien percibía como su apoyo emocional, las abandonó desde que “M” cumplió 10 años. A los 16 años de edad se sale de casa por un intento de abuso sexual por parte de su madre y vive con una compañera de trabajo. Dentro de su trabajo como secretaria en el gobierno del estado, conoce a su ex esposo, quien le ayuda económicamente. Refiere una relación cordial con su ex esposo, sin embargo, cuando “M” se embaraza, él comienza a violentarla verbalmente. Se divorcia hace 7 años, motivo por el cual, durante dicho proceso de separación, presenta un episodio depresivo mayor que le incita a comenzar un tratamiento psicofarmacológico. Actualmente “M” vive con su hijo, de 15 años de edad.

“M” se encuentra bajo un tratamiento psiquiátrico desde hace 3 años para combatir la depresión. Ha asistido a tres psicoterapeutas y refiere avances mínimos sin poder lograr perdonar a su mamá. Actualmente “M” es diagnosticada con depresión mayor y trastorno dependiente de la personalidad, discutido y establecido bajo supervisión profesional en el OPTA de la UIA. Además, presenta un cuadro de anemia, desgaste en rodillas, gastritis y tumor benigno e inoperable en la columna. Por lo mismo, se encuentra bajo un tratamiento médico para la gastritis y el tumor, aunado con el tratamiento psicofarmacológico que incluye pregabalina para el dolor neuropático y un antidepresivo menor que ha tomado durante 3 años bajo las mismas dosis y gramaje sin avances significativos en el estado de ánimo, por lo que se le comenta como requisito de la clínica OPTA, indicado en el contrato terapéutico, asistir a otro especialista.

Justificación

Haciendo referencia a los eventos traumáticos en el ciclo de la vida, se ha corroborado con múltiples investigaciones la influencia de factores de riesgo en la infancia que prevalecen en la edad adulta cuando uno de los padres es diagnosticado con un trastorno mental grave. Un estudio realizado en Jerusalem, concluyó que “los adolescentes descendientes del grupo de padres con trastorno esquizofrénico obtienen peores rendimientos, medido en porcentajes, en las pruebas cognitivas (42% en adolescentes y 22% en controles) y poseen mayor riesgo de presentar un trastorno grave en la edad adulta, riesgo que aumenta cuando el progenitor afectado es la madre” (Artigue, J. & Tizón, J., 2014).

Cuando existe violencia en la infancia, incluyendo abuso sexual, es común el riesgo de presentar ansiedad y depresión a lo largo de la vida de víctima, así como patrones relacionales inadecuados por el sentimiento de incapacidad y el impacto en la autoestima, como lo refiere un estudio realizado en los países vascos (Bilbao y Vitoria)

con 212 mujeres víctimas de violencia en la infancia: “presentaban niveles altos de ansiedad y de depresión -muy por encima del punto de corte-, así como un nivel bajo de autoestima. Todo ello generaba a las víctimas un grado importante de inadaptación a la vida cotidiana” (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua. 2001)

En cuanto al tratamiento, ¿Qué es lo específicamente terapéutico de la psicoterapia? El análisis de los microprocesos del cliente que incluyen las intervenciones del terapeuta y las interacciones entre ambos, lo cual, puede iniciar un proceso de cambio reflejado al finalizar las sesiones psicoterapéuticas. (Agrelo, 2011)

En cuanto al enfoque Gestalt, metodología de intervención en el caso clínico presentado, tiene como propósito restaurar las pérdidas de la personalidad y, por medio de ella, pueda recuperarse nuestra experiencia y funcionamiento rechazados. Lo que busca es la recuperación de la integridad como individuos. La psicoterapia Gestalt nos ofrece la diferenciación entre el “acerca de” y el “poder experimentar” (Perls, 2016).

Además, se ha demostrado que la terapia Gestalt es efectiva en el fenómeno de la violencia conyugal visto desde una perspectiva ecológica, en la cual un nivel primordial de trabajo está formado por un nivel individual. Se prueba la efectividad como alternativa a otros tipos de rehabilitación. Los resultados numéricos indican que un 48% de los casos muestra la interrupción del maltrato, 14% demuestra un cambio en la forma de violencia y un 35% carece de esta información (Salgado, 2004).

“Las terapia Gestalt, la terapia enfocada en la emoción, y la técnica de procesar la experiencia con la emoción han sido efectivas para disminuir síntomas negativos, en aumentar su bienestar en general y mantener estos cambios a lo largo del tiempo” (Villagómez, 2011)

Para lograr que los pacientes mantengan mejores relaciones interpersonales, como lo menciona Cain & Seeman (citado en Villagómez, K. 2011) y aumentar autoestima, se ha demostrado que las psicoterapias de grupo, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia humanistas son altamente efectivas.

Técnicas e instrumentos cualitativos y cuantitativos

Se realiza la entrevista inicial para recolectar y conocer información general para establecer un trato digno basado en el contacto terapéutico. Además, con la información adquirida, se realiza un protocolo individual donde se evalúan funciones del yo, genograma, evaluación multiaxial basada en los criterios diagnósticos de DSM V y ciclo de la experiencia incluyendo mecanismos de defensa gestálticos y técnicas de intervención.

En cuanto a la evaluación y medición psicométrica, se aplican pruebas referentes al grado de depresión, ansiedad y enojo (Inventario de enojo rasgo, inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck y escala global de enojo) en la sesión 1, 5 y 10 para sistematizar y observar de manera cuantitativa el avance de la intervención psicoterapéutica.

Tabla 1: *Instrumentos de evaluación*

Prueba	¿Qué mide?	Confiabilidad y Validez	Ejemplos de reactivos	Resultados
<i>Inventario enojo rasgo</i>	La predisposición del sujeto a experimentar enojo ante cualquier situación en	Cronbach son de .76 para la escala de enojo estado , .76 para temperamento de enojo .73 para enojo	Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás Me enojo muy fácilmente ¿Mayor puntaje que indica?	Sesión 1: 36 Sesión 5: 27 Sesión 10: 37

	cualquier momento.	externo, .88 para control de enojo	Puntajes arriba de 23 (arriba del percentil 75) indican alto enojo rasgo, es decir fácil tendencia a enojarse.	
<i>Inventario de Ansiedad de Beck</i>	Severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad.	Ansiedad 0.83	Entumecimiento , hormigueo ¿Mayor puntaje que indica? Escala de 0 a 3 0: ausencia del síntoma y 3: Severidad máxima A mayor puntaje más ansiedad. 0-15 Ansiedad mínima 16-30: Ansiedad leve 31-63; Ansiedad severa	Sesión 1: 16 Sesión 5: 12 Sesión 10: 7
<i>Inventario de depresión de Beck</i>	Mide la sintomatología depresiva durante los últimos 15 días.	Depresión Alfa de Cronbach:0.87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998)	0 - Yo no me siento que este siendo castigado 1 - Siento que podría ser castigado 2 - Espero ser castigado 3 - Siento que he sido castigado ¿Mayor puntaje que indica? Escala de 0 a 3: 0=ausencia del síntoma y 3=severidad máxima mayor puntaje más depresión. 0-9 Depresión mínima 10-16 Depresión leve 17-29 Depresión moderada 30-63 Depresión severa	Sesión 1:30 Sesión 5: 16 Sesión 10: 8

Escala Global de enojo	Funcionamiento en diversas áreas de vida: laborales, escolares, relaciones de amistad, pareja y familia, salud física y vida sexual.	Tiene validez aparente (de facie). No hay datos de su confiabilidad	-Mi salud física está siendo perjudicada -Mi vida en general está siendo perjudicada -Mayor puntaje que indica Escala de uno a seis: a mayor valor mayor afectación.	Referente a los datos de la décima sesión, se observan avances en la relación de pareja y en sus actividades cotidianas.
-------------------------------	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia

Además, por consenso de supervisión, para confirmar el diagnóstico de “M” se aplicaron las siguientes pruebas:

1. Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI2)
2. Test de matrices progresivas (Raven)

Tabla 2: Evaluación psicométrica

<i>Prueba</i>	¿Qué mide?	Confiabilidad y Validez	Ejemplos de reactivos	Resultados
Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2)	Evaluación de las características psicopatológicas globales y específicas del individuo (escalas clínicas reestructuradas), trastornos psicosomáticos, intereses y personalidad	Validez en México (.85), Alta puntuación en confiabilidad, debido a que los estudios realizados por la UNAM retomaron los factores culturales, económicos y sociales; se	En base afirmaciones sobre gustos, hábitos, conductas, síntomas, etc. Las opciones de respuestas para cada afirmación constan de reactivos verdadero o falso.	Corroborar un trastorno dependiente de la personalidad.

	psicopatológica	tomaron 2246 estudiantes, equivalentes al 10% de la población universitaria.		
<i>Test de Matrices Progresivas</i>	Coeficiente intelectual.	Para obtener la confiabilidad y validez, fueron aplicadas las fórmulas de Kuder-Richardson. En confiabilidad se obtuvieron cifras que oscilan de 0.87 a 0.81. En validez según el criterio de Terman Merrill, se obtuvo un índice de 0.86 (Anastasi & Urbina, 1998)	A través de matrices se indagan los siguientes aspectos: V = Verbal (sinónimos y antónimos) mide capacidad o fluidez verbal M = Mecánico o especial, mide relaciones espaciales, capacidad de visualizar objetos en más de dos dimensiones. N = Numérico, mide la aptitud para efectuar operaciones numéricas o manejar cifras.	Percentil 5: Baja capacidad intelectual

Fuente: Elaboración propia

Las pruebas psicológicas corroboran el trastorno dependiente de personalidad y un coeficiente intelectual deficiente con un percentil de 5. Sin embargo, Raven no es una prueba suficiente para el diagnóstico de coeficiente intelectual, ya que se basa en habilidades perceptuales. En cambio, la escala de inteligencia Weschler para adultos evalúa el proceso de memoria de trabajo y ligereza de procesamiento, así como la

evaluación del razonamiento o verbal, constructo importante para el caso presentado. (Pons, J., Matías, L. & Rodríguez, M., 2008)

Formulación del caso clínico

El enfoque en psicoterapia Gestalt tiene fortalezas para abordar problemáticas relacionadas con tomar completa responsabilidad de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios que posibilita el darse cuenta, características eficaces para el tratamiento de depresión mayor y personalidad dependiente que corresponden al caso específico presentado.

“M”, en base al ciclo de la experiencia (Zinker, 1999) presenta un bloqueo en la movilización de la energía que lleva a la acción de resolver sus necesidades. Por lo mismo, presenta problemáticas en actuar en base a las necesidades económicas, de seguridad de propiedad privada y de afecto, esperando a que las personas que la rodean tomen la responsabilidad de cubrirlas, recurriendo a conductas manipuladoras y de victimización si así no lo consigue, aunque así suponga recibir agresiones, lo que explica los criterios diagnósticos de personalidad dependiente. Por lo anterior, cumple entonces con las características de conductas retroflexivas, como mecanismo de defensa gestáltico, que han originado enfermedades como anemia al dejar de comer, así como también no llevar un seguimiento adecuado en su proceso farmacológico.

Dentro de dichos criterios diagnósticos, se puede incluir el dato sobre los múltiples intentos de solución con diferentes psiquiatras y psicoterapeutas para perdonar el maltrato y abuso de su madre durante su infancia y juventud, refiriendo que nadie ha podido ayudarla a hacerlo, por lo que se decide responsabilizarla de su proceso psicológico. Para esto, se crea un ambiente donde se facilita el “awareness” o “darse

cuenta” de la sensación que existe al recordar a su madre (hacer figura) sin tratar de cambiar dicha sensación, solo aceptándola. Entonces, se utiliza una técnica para responsabilizar a la paciente cambiando la frase “no puedo perdonar a mi madre” por “no quiero perdonar a mi madre”. “M” concluye que se siente tranquila al aceptar que en el momento presente, aquí y ahora, no quiere perdonarla y simplemente así lo acepta. “El darse cuenta es una vía para hacernos responsables, ya que ser responsable implica darme cuenta de aquello que me pasa y asumir mi existencia tal y como aparece. Esto implica además aceptar mis pensamientos, sentimientos y acciones”. (Brito & Castellanos, 2006, p. 2).

También, se observa el mecanismo de defensa de proyección, ya que “M” se siente agredida constantemente por su ex esposo, hijo y pareja actual, sin darse cuenta de su propia agresión. Para esto, se utiliza la técnica de conciencia corporal a través de contactar “aquí y ahora” que pasa con la sonrisa en ese momento cuando habla sobre las ofensas de los demás. Refiere darse cuenta que la sonrisa es una máscara para esconder el enojo que siente cuando alguien la agrede y, de esa forma, se agrede a sí misma al no poner límites y realizar conductas de agresión-pasiva a las personas que la rodean, por ejemplo, inventar gastos económicos de su hijo para que su ex marido pague materialmente por el daño psicológico que le ha causado.

En general, el tratamiento se ha abordado integrando técnicas cognitivo-conductuales, utilizando registros de alimentación y tratamiento médico, así como técnicas gestálticas específicas mencionadas anteriormente que se dividen en tres grandes grupos (Salama, 2007):

- Técnicas supresivas: Se refieren a experimentar lo que no se desea percibir o lo oculto a la conciencia para facilitar el darse cuenta

- “Evitar hablar acerca de”: Supone una forma de evitar o escapar de lo que se está experimentando, por lo que el acto de hablar se sustituye por vivenciar.
- “Como sí”: Intento de manipulación y juego de roles que se devuelven a “M” para darse cuenta que roles juega en la vida.
- Técnicas expresivas: Se refiere a exteriorizar lo interno con fines de fomentar la conciencia de aquellos aspectos emocionales que se han manifestado en su vida.
 - Repetición: Evocar una o varias veces alguna frase o gesto que pudiera ser importante para darse cuenta de su significado y facilitar la expresión emocional.
 - Exageración de posturas: Haciendo un énfasis en la experiencia corporal para incrementar la emoción percibida.
 - Traducir: Llevando al plano verbal la conducta no verbal, por ejemplo: “Si tu mano hablara ¿Qué te diría?”
- Técnicas integrativas: Reintegran la personalidad a través de las partes alienadas. Se incorpora la experiencia.
- Silla vacía: Encuentro vivencial con la madre de “M” manteniendo un diálogo respondiendo a ella misma para contactar emocionalmente e integrarla a su historia de vida. (Castanedo, 1997)

El trabajo de polaridades en la psicoterapia Gestalt permite el contacto con diferentes partes de uno mismo, y ayuda a la persona a ampliar la visión y el concepto que se tiene de sí e integrar las diferencias del conflicto y, con una toma de conciencia de los opuestos, hace que la persona maneje sus propios recursos. (Cassis, P. 2012)

Implementación del tratamiento

“M” acudió a 13 sesiones en total, con periodicidad de una vez por semana, solo faltando a la octava sesión por razones de salud. En las sesiones se trabajó con diferentes técnicas mencionadas anteriormente con el objetivo de trabajo basado en perdonar a su madre, independizarse económicamente para dejar de recibir agresiones por parte de su ex esposo, reconocer la propia agresión como forma de relacionarse con ella misma a través de conductas autodestructivas, hacer conciencia de la manipulación y victimización que utiliza como medio de resolver necesidades, así como mejorar las relaciones interpersonales, en especial con su hijo y la pareja actual.

A continuación se expone el ejemplo de trabajo psicoterapéutico de la cuarta sesión, teniendo como objetivo de facilitar la conciencia de las sensaciones en el presente al hablar del maltrato de su madre en su adolescencia. Se utilizaron las técnicas gestálticas de “evitar hablar acerca de” y “aquí y ahora” (Salama, 2007) para facilitar la conciencia corporal, sustituir el hablar por vivenciar, experimentar la experiencia pasada en el presente y darse cuenta de sus emociones.

Al iniciar la sesión “M” expresa el deseo de trabajar con las experiencias que vivió durante su infancia y adolescencia con su madre. Comienza a describir como, desde pequeña, sentía que su madre no la quería teniendo preferencias evidentes hacía su hermana menor. “Siempre buscaba su amor y atención, solo recibí rechazo, golpes y ofensas. Yo la escuché decir que era un estorbo en su vida” (Sic, pac.). Refiere que su madre siempre le expresaba que cuando fuera mujer iba a sufrir mucho, ya que no podía valerse por sí misma y que necesitaría siempre de un hombre para sobrevivir. Por lo tanto, cuando “M” tuvo la menarca, su madre la violentó física y psicológicamente, le comentó de su experiencia a su padre y “M” sentía mucha vergüenza, hasta que al final su madre le expresaba que a partir de ese momento los hombres la usarían para tener relaciones y,

por lo mismo, era mejor encerrarla en un cuarto para que no pudiera salir y evitar así los abusos de los hombres. “M” intenta huir y su madre se abalanza sobre ella inmovilizándola e intenta abusar sexualmente de “M”, sin embargo, refiere no saber de dónde obtuvo la fuerza para poder escapar de la situación.

Al relatar su historia, se observa que “M” mantiene la mirada fija hacia abajo, cuerpo encorvado y hacia adentro, llanto, voz entrecortada y temblorosa y sus manos jugando con un kleenex.

Intervención terapéutica:

Terapeuta: ¿Qué sientes ahora cuando hablas de tu madre?

M: Siento mucha tristeza

Terapeuta: En que parte de tu cuerpo la sientes

M: Siento una opresión en el pecho y un nudo en la garganta.

Terapeuta: Puedes ubicar algún momento en tu vida presente donde sientas lo mismo

M: Cuando pienso que nunca podré encontrar trabajo, pagar mis gastos y depender de mi ex esposo. En general lo siento como si no me pudiera mover, como en esa situación donde ella me encerró diciéndome que nunca podía valerme por mi misma y yo solo lloraba encerrada sin poder hacer nada.

Resultados

Como resultado, “M” se da cuenta que, al percibir la sensación en el presente, cada vez que habla de ser mujer adulta le genera esa sensación de tristeza y piensa que no es capaz de hacerlo, por lo mismo, se mueve a que alguien más tome esa responsabilidad que hoy en día representa su ex esposo.

En cuanto a los resultados finales sobre enojo, tristeza y ansiedad reportados en la primera, quinta y décima sesión, se observa un avance significativo en los puntajes referentes a depresión y enojo, sin embargo, presenta un incremento en los puntajes de ansiedad en la décima sesión, lo cual puede ser debido a los cambios que se generaron en su vida por la búsqueda de trabajo y el inicio de su independencia económica por la venta de una casa que, en ese momento, se encontraba en negociaciones.

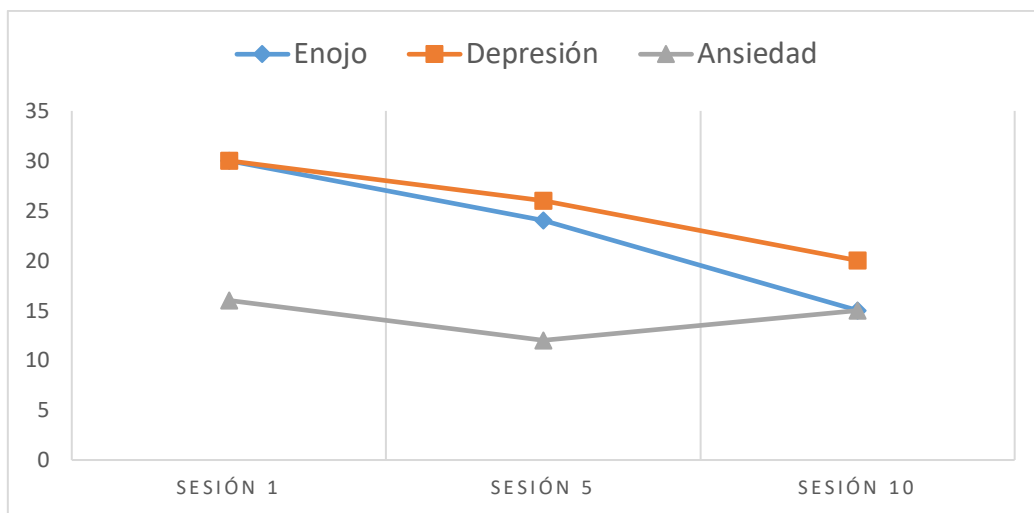


Figura 1. Resultados de variables: enojo, depresión y ansiedad

Factores asociados al terapeuta:

Durante las sesiones registradas se establece una contratransferencia positiva al crear el contacto y empatía adecuada, comprendiendo los procesos emocionales expresados y regresando información observada mediante técnicas gestálticas específicas para fomentar un espacio seguro que permitió la autoconciencia adecuada para generar el cambio.

También, como un aspecto abordado con el equipo de supervisión, se encuentra que la terapeuta tiene dificultad para encontrar y observar figuras gestálticas de manipulación en los pacientes, justamente como se presenta en el caso de “M”. Por esto, fue importante el trabajo personal y supervisado para comenzar a trabajar

observando la manipulación sutil que en muchas ocasiones realizan los pacientes e psicoterapia.

Además, al trabajar personalmente el aspecto anterior sobre la manipulación, es importante recalcar la consistencia de “M” a depositar la responsabilidad de sus decisiones al terapeuta, sin embargo, se pudo observar que el regresarle el poder de decisión para responsabilizarse de su vida es de gran ayuda para el tratamiento, ya que comienza a realizar cambios, especialmente en la búsqueda de trabajo. Por lo mismo, se observa un mayor puntaje de ansiedad en las últimas sesiones, ya que justamente concuerda con la búsqueda de empleo con arquitectos en bienes raíces, lo cual la hacen sentir ansiosa. Se reitera la importancia de este comportamiento como psicoterapeuta, pues al preguntarle a Martha si ella realmente quería perdonar a su madre, refiriendo que en este momento no se sentía lista para hacerlo y aceptar esa decisión, es justamente lo que la libera a dejar de rumiar en el tema y comenzar a hacer cambios en su vida, ya no culpando a su madre de su depresión, sino ahora abordándolo desde una perspectiva personal de contacto con sí misma.

Discusión:

En este estudio de caso, el objetivo psicoterapéutico general fue el fomento de la independencia emocional y económica que, al mismo tiempo, refuerce autoestima y relaciones interpersonales más sanas. Durante este proceso “M” se mostró responsable y cooperativa, con voluntad e interés, llevando siempre las tareas asignadas, asistiendo a cada sesión y, de lo contrario, reportando su falta justificada con anterioridad requerida establecida en el contrato terapéutico. Sin embargo, presenta resistencia para asistir al médico apropiado para el tratamiento psiquiátrico, ya que el esquema médico que

mantenía en el momento (pregabalina) no era suficiente y no reportaba ningún cambio en el estado de ánimo, además de la inconstancia en las citas con el médico eran inapropiadas, cada 6 meses, pues él médico es de Toluca. Por lo mismo, se le indica que, de no asistir al médico sugerido, no es posible continuar con el proceso psicoterapéutico, ya que es un requisito para el servicio del OPTA como lo indica el contrato terapéutico que se firmó al iniciar el proceso. Sin embargo, “M” no asiste a la próxima sesión y habla para cancelar el tratamiento psicoterapéutico, refiriendo que había encontrado trabajo y no le era posible asistir.

También, se observa dificultad para llegar a “darse cuenta” sin ayuda del terapeuta, así como presencia de pensamiento circunstancial. Por lo que se indica aplicar Test de matrices progresivas. A pesar del resultado, no es suficiente para el diagnóstico de un trastorno del desarrollo intelectual. Por lo anterior, se establece con el equipo de supervisión trabajar durante las sesiones en la organización del pensamiento, así como incluir técnicas propias del enfoque cognitivo conductual como los registros de alimentación, pensamiento y estado de ánimo.

Como resultado, “M” muestra un avance en dar pequeños pasos hacia la independencia al buscar trabajo, subirse a camiones, meterse a un curso de computación, hablar a clientes sobre la venta de casas y ponerse en contacto con arquitectos para la demostración de proyectos en bienes raíces. Además, se observa un avance en el autocuidado, especialmente en su alimentación, así como una mejoría considerable en las relaciones interpersonales, haciéndose cada vez más responsable de sus necesidades y poniendo límites a su ex esposo y su pareja, incluso comenzó a asistir a psicoterapia con su pareja actual.

En conclusión, el enfoque psicoterapéutico Gestalt es pertinente para el tratamiento de dependencia emocional y el trabajo de responsabilizarse a sí mismo, como lo indica Villagómez (2011), mostrando cambios en sintomatología depresiva y establecimiento de límites fomentando la autoestima para frenar violencia conyugal. Por lo tanto, se puede concluir la efectividad y éxito del proceso psicoterapéutico con “M”, ya que se pudieron observar y establecer cambios, a pesar de abandonar el proceso antes de tiempo. Sin embargo, fue necesario emplear técnicas del enfoque cognitivo conductual para reorganizar el pensamiento y llevar registros conductuales lo cual, por la flexibilidad que aporta el enfoque Gestalt, es válido incluir técnicas o estrategias diferentes, siempre que se considere pertinente y funcional para el proceso psicoterapéutico del paciente.

Referencias:

- Agrelo, A. M. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones psicoterapéuticas. *Subjetividad y procesos cognitivos*, vol. 15 (no. 1,2011) P.17.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua B. (2001). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol. 2 (2). P. 227-246.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Artigue, J. & Tizón, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *ScienceDirect*, 46 (7) p. 336-356.

- Artigue, J. & Tizón, J. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención primaria*. 46 (7), p. 336-356.
- Brito, M. & Castellanos, S.(2006). Responsabilidad en psicoterapia Gestalt. (Tesis de especialidad) *Instituto Venezolano Gestalt*. Recuperado en: http://www.institutovenezolanodegestalt.com.ve/articulos_estudiantes/LA%20RESPONSABILIDAD%20EN%20GESTALT%20por%20Melissa%20Brito%20y%20Skeilly%20Castellanos.pdf
- Cassis, P. (11 de Mayo de 2012). *MundoGestalt*. Obtenido de <http://mundogestalt.com/polaridades-y-gestalt/>
- Castanedo, C. (1997). *Grupos de encuentro en terapia Gestalt: de la silla vacía al círculo gestáltico*. Barcelona: Herder.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*. 21 (3), 26-31.
- Perls, F. (2006). *Terapia Gestalt*. México: Edit. Pax México
- Pons, J., Matías, L. & Rodríguez, M. (2008). Estudios de Validez de la Escala de Inteligencia Weschler para Adultos Versión III, Puerto Rico (EIWA-III). *Revista puertorriqueña de psicología*. 19 (SN), 75-111.
- Salama, H. (2007). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. México: Edit. Alfaomega
- Salgado Pino, Mauricio (2004). *Satisfacción en participantes de un tratamiento psicoterapéutico grupal para hombres que ejercen violencia basado en el enfoque gestáltico*. Tesis (Memoria para optar al título Profesional de

Psicólogo). Santiago de Chile, Universidad de Chile, Facultad de ciencias Sociales, P. 151

Villagómez, K. (2011). *Trastorno de personalidad dependiente: Manejo de la terapia utilizando terapia humanista con apoyo de terapia cognitiva*. Obtenido de Universidad San Francisco de Quito. Biblioteca Repositorio Digital.: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/476>

Zinker, J. (1999) *El proceso creativo en terapia gestáltica*. México, Paidós