

Estudio de caso clínico de personalidad evitativa desde un abordaje integral

Ramírez Ávila, Mara Fabiola

2021

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5071>

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



ESTUDIO DE CASO CLÍNICO DE PERSONALIDAD EVITATIVA DESDE UN ABORDAJE INTEGRAL

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

DIRECTORA DEL TRABAJO
DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

presenta

MARA FABIOLA RAMÍREZ ÁVILA

ÍNDICE DE CONTENIDO

Índice

Contenido	Pág.
Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
Sistematización de la práctica clínica	2
Supervisión en psicoterapia	2
Terapia en línea	3
Enfoque Psicoterapéutico	3
Trastornos y síntomas abordados	7
1. Objetivos	9
1.1 Objetivo general	9
1.2 Objetivos específicos	9
1.3 Objetivos terapéuticos	9
2. Método	10
3. Motivo de consulta	12
4. Formulación del caso clínico	13
5. Enfoque cuantitativo	15
5.1 Instrumentos utilizados para evaluar al paciente	15
5.2 Escala Global (Alcázar, 2010)	15
5.3 Inventario de Depresión de Beck (Beck 1988)	15
5.4 Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988)	16
5.5 Escala Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999)	16
6. Técnicas cualitativas	18
6.1 Entrevista Clínica	18
6.2 Genograma	18
6.3 Ciclo de la experiencia	19
7. Diagnóstico	23
8. Tratamiento	25
8.1 Sesiones abordadas	27
8.2 Sesión Modelo	34
8.3 Transcripción de un fragmento de la sesión	35
9. Resultados	38
9.1 Resultados cuantitativos del proceso Humanista-Gestalt	38
9.2 Resultados cuantitativos del proceso Sistémico	41
9.3 Resultados cualitativos	44
10. La persona del terapeuta	47
11. Discusión	48

Referencias	50
Anexos	54

Índice de Figuras

Figura	Contenido	Pág.
1.	Genograma	19
2.	Zonas del ciclo de la experiencia	20
3.	Fases del ciclo de la experiencia	20

Índice de Tablas

Tabla	Contenido	Pág.
1.	Aspectos en el abordaje narrativo-temporal	6
2.	Aspectos en el abordaje estratégico-conductual	6
3.	Objetivos	9
4.	Ficha de identificación	10
5.	Escala Global	15
6.	Inventario de Depresión de Beck	16
7.	Inventario de Ansiedad de Beck	16
8.	Escala Enojo Rasgo	17
9.	Fases y bloqueos del ciclo de la experiencia	21
10.	Diagnóstico Multiaxial	23
11.	Trastorno de Ansiedad Generalizada	23
12.	Trastorno de Personalidad Evitativa	24
13.	Sesiones del modelo Humanista-Gestalt	27
14.	Sesiones del modelo Sistémico	31
15.	Sesión modelo	34

Índice de Gráficas

Gráfica	Contenido	Pág.
1	Escala Global	38
2	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	39
3	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	39
4	Escala Enojo-Rasgo	40
5	Escala Global	41
6	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	42
7	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	42
8	Escala Enojo-Rasgo	43

Resumen

El presente documento es la sistematización de una intervención psicoterapéutica integrativa Humanista-Gestalt y Sistémica del caso de un joven de 20 años de edad con trastorno evitativo de la personalidad, en el Servicio de Orientación Psicológica y Aprendizaje Significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla, durante los periodos de otoño 2020 y primavera 2021, llevándose a cabo durante 23 sesiones, 15 correspondientes al enfoque Gestalt y 8 al Sistémico. El mismo fue evaluado con las pruebas: Escala Global (Alcázar, 2012), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), y la Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999). Como resultado se observa la disminución de su sintomatología.

Palabras clave: Trastorno de personalidad evitativa, Terapia Gestalt, Terapia Sistémica, Estudio de caso clínico, Psicoterapia.

Abstract

The present document is the systematization of an integrative Humanistic-Gestalt and Systemic psychotherapeutic intervention of the case of a 20-year-old young man with an avoidant personality disorder, in the Psychological Guidance and Meaningful Learning Service of the Universidad Iberoamericana Puebla, during the periods of fall 2020 and spring 2021, carried out during 23 sessions, 15 correspondings to the Gestalt approach and 8 to the Systemic approach. The same was evaluated with the tests: Global Scale (Alcazar, 2012), Beck Depression Inventory (Beck, 1988), Beck Anxiety Inventory (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988), and the Trait Anger Scale (Moscoso, 2000; Moscoso & Spielberger, 1999). As a result, a decrease in their symptomatology is observed.

Key words: Avoidant personality disorder, Gestalt Therapy, Systemic Therapy, Clinical case study, Psychotherapy.

Introducción

El presente trabajo describe la sistematización de una intervención psicoterapéutica integrativa realizada en el periodo otoño 2020 – primavera 2021 en el servicio de Orientación Psicológica, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla, supervisado desde los enfoques Humanista-Gestalt y Sistémico, con un paciente diagnosticado con trastorno de personalidad evitativa, cuyo motivo de consulta fue haberse sentido nervioso, con problemas para concentrarse y relacionarse con las personas.

Sistematización de la práctica clínica

La sistematización hace referencia a organizar o reconstruir algo según un sistema; por lo tanto “poder conocer, comprender y aplicar los mecanismos de cambio se constituye como el eje de la intervención adecuada, en el proceso de psicoterapia. Poder sistematizarlos, hará posible la transmisión de la práctica clínica” (Mariana, 2011, p.17).

De acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 77 BIS. 9, menciona que es obligación de todo psicoterapeuta integrar expedientes clínicos de todos los pacientes atendidos, siendo capaz de poder ordenar y sistematizar dicha información (Vázquez, 2019).

Supervisión en psicoterapia

La supervisión en la práctica clínica, busca mejorar la calidad en las intervenciones de los psicoterapeutas, así mismo es considerada como una experiencia de evaluar habilidades y el desempeño profesional en las intervenciones Bernard (2005) citado en Luzzi, Ramos, Bardi y Slapak (2015).

Por otra parte, Fernández y Barrientes (2017) aportan que en la supervisión no solo se trata de evaluar las destrezas, sino que el psicoterapeuta sea capaz de cuestionarse sobre los aspectos inconscientes que podrían expresarse como obstáculos en los lazos transferenciales; por tal motivo, es una oportunidad de crecimiento a partir de la práctica.

Terapia en línea

La terapia en línea tiene como objetivo prestar asesoría terapéutica por medio del uso de internet, a través de diversos dispositivos y plataformas, siendo una herramienta que se ha puesto en práctica desde hace más de 50 años, su uso sigue siendo un tabú; sin embargo, en opinión de Nelson y Duncan, 2015 (citados en González-Peña et al, 2017, p.82), “todas las corrientes la usan exitosamente en todo tipo de poblaciones y también en todo tipo de problemas”.

La mayor preocupación de los terapeutas de las nuevas tecnologías es crear una buena alianza terapéutica. El estudio de Rees y Stone (2005) refleja que no hay diferencias significativas entre la alianza terapéutica desarrollada en terapia presencial y la obtenida en teleterapia, especialmente en la modalidad de videoconferencia (Richardson en González-Peña et al, 2017, p. 82).

Enfoque psicoterapéutico

Enfoque terapéutico integrativo: Modelo Gestalt–Sistémico.

Hablar de un enfoque integrativo, significa unir en este caso dos o más tipos de terapia con sus diversos elementos para un bien en común: el trabajo con el paciente. Suck (2020) expresa que una planeación que se integra en la psicoterapia no es un trabajo con fines conclusivos, sino que responde ante las interrogantes que se van suscitando de acuerdo a la

disciplina. Así mismo el referido autor menciona la importancia de que los clínicos conozcan y dominen al menos dos tipos de intervención de terapia para poder integrar las diversas perspectivas, enfatizando la supervisión y que dicho proceso debe ser evaluado empíricamente; combinar diversos enfoques es algo que se ha hecho de manera exitosa en los últimos años.

El proceso terapéutico presentado se ha llevado por medio de los modelos Humanista-Gestalt y Sistémico, siendo un enfoque integrativo que parte de la Psicoterapia Gestalt, comprendida como una terapia existencialista. De acuerdo con Perls y Baumgardner (2006), el objetivo es atender a otro ser humano para resolver un problema provocado a partir de no asumir la responsabilidad de aceptar lo que somos y lo que hacemos.

Basado en Salama (2007), un neurótico es un sujeto que tiene asuntos inconclusos emocionales y, por lo tanto, un terapeuta Gestalt acompaña en el proceso del auto descubrimiento para encontrar sus propias soluciones.

Para Naranjo (2011), se podría mejorar el estilo de vida, por medio de una serie de mandatos como lo son: vivir el aquí y ahora, abandonar los pensamientos innecesarios, dejar de imaginar, etc.

Almada (2017, p. 26) menciona que hay que tomar en cuenta algunas características a la hora de abordar en la terapia Gestalt:

- Es existencial y fenomenológica
- Es dialógica
- Es una teoría de campo
- Es una totalidad que está en el ahora

- Es una totalidad dialéctica
- Es una totalidad que siempre está en proceso
- Es una teoría de la autenticidad
- Es una teoría que se hace desde la práctica y en confrontación directa y permanente con la práctica

En cuanto al abordaje sistémico, Boscolo (2008), lo refiere como el acompañamiento terapéutico en las dificultades o problemas de los pacientes para encontrar alternativas de solución, a partir de la formulación de hipótesis, circularidad y neutralidad.

Parte de la terapia sistémica consiste en el uso del diálogo estratégico para la solución del problema, siendo un instrumento de intervención y discriminación que implica el uso del lenguaje, así como la relación e intervención; en donde Nardone (1997) citado en García, (2013), explica el proceso terapéutico en las siguientes fases:

- Definir el problema
- Definir y acordar los objetivos
- Evaluar las soluciones intentadas
- Intervenciones

Duncan et al (2004), citado en García (2013) recomienda que para poder entablar una buena alianza terapéutica el tratamiento se debe acomodar al nivel de motivación del paciente, así como a sus metas deseables y que sea adaptable a la visión del mismo con respecto a la relación con el terapeuta.

Desde la terapia estratégica breve, expresa que los problemas se mantienen por pautas rígidas e intentos fallidos de solución pasando a ser el centro de intervención de las técnicas

para hacer posible la reestructuración, tal como lo describen Schaefer y Rubí (2015), para lo cual se muestran los aspectos y características desde los abordajes narrativo-temporal y estratégico-conductual de la siguiente manera:

Tabla 1

Aspectos en el abordaje narrativo-temporal

Aspectos	Características
Posición terapéutica	Generación de una alianza conversacional Fomento de una actitud exploratoria Posición de ignorancia y de ser informado en el terapeuta Posición de colaboración Confianza en los recursos y logros del paciente
Proceso conversacional en el TAS (*)	Externalización o separación de la identidad con el problema Deconstrucción y tensión de los relatos Enriquecimiento y complejización de significados. Búsqueda de la disolución del problema Transformar el relato problemático como ajeno y no natural Alcanzar un nuevo relato crítico y suplementario
Práctica lingüística	Uso de preguntas (circulares, reflexivas) Uso de afirmaciones interpretativas (normalizadoras, transitivas, metafóricas) Énfasis en los logros y recursos Implicar autoeficacia y sentido de agencia

(*) TAS: Trastorno por ansiedad social.

Tabla 2

Aspectos en el abordaje estratégico-conductual

Aspectos	Características
Propósito estratégico	Lograr la exposición en vivo y modificación de percepciones Buscar alteración de la pauta del problema en contextos específicos y relevantes Generación de conductas diferentes frente al contexto problemático
Proceso conductual	Definición de metas y objetivos Promoción de actitud experimental Asignación de directrices Develación progresiva de pauta disfuncional
Uso de técnicas	Reencuadres y redefiniciones Técnicas paradójales (errores deliberados, revelar falencias) Diálogo estratégico Prescripción de recaídas Lenguaje sugestivo

Fuente: Schaefer, H., y Rubí, P., 2015, Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 53(1), 35-43.

Trastornos y síntomas abordados

Los trastornos de personalidad se definen como un patrón de comportamiento “persistente que es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo” (Castañeda y Becerra, 2013, p.132), que a su vez se manifiesta a nivel cognitivo, en la afectividad, el control de impulsos y la actividad interpersonal.

“El estudio de la personalidad desde la infancia y adolescencia ha sido tratado siempre con la precaución de no patologizar el comportamiento de los más jóvenes y no causar estigmas en ellos” (Castañeda y Becerra, 2013, p.132). Por tal motivo, es relevante mostrar cierta precaución a la hora de abordar dicho tema.

“La característica esencial del trastorno de personalidad evitativa es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y que está en una variedad de contextos” (DSM-5, 2014, p. 373). Para lo cual debe cubrir cuatro o más de los siguientes criterios diagnósticos:

- Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o al rechazo.
- Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.

- Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
- Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
- Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
- Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
- Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Los tratamientos que más se han empleado del Trastorno de Personalidad Evitativa (TPE), hacen referencia al modelo cognitivo-conductual; sin embargo, los estudios siguen siendo escasos.

Es así que Inchausti et al, 2018, p.145, recuperan:

Weinbrecht, Schulze, Boettcher y Renneberg (2016), han subrayado las dificultades actuales para llevar a cabo una revisión Cochrane acerca del tratamiento del TPE debido a la falta de estudios específicos en la literatura, apuntando la necesidad urgente de aumentar la investigación en este campo.

Debray, Kindynis, Leclére y Seigneurie, en Kramer, Maillard y Pellaton (2019) resaltan que existen factores que influyen en el mantenimiento de la evitación: el reproche excesivo, la crítica, el temor al ridículo y el resultado de los mismos comportamientos en contextos sociales. Por ello es imprescindible trabajar en psicoterapia estos temas en todas las sesiones.

1. Objetivos

1.2 Objetivo General:

Sistematizar el estudio de un caso clínico de Personalidad Evitativa, supervisado desde un enfoque integrativo: Humanista-Gestalt y Sistémico.

1.3 Objetivos Específicos:

Mejorar las habilidades sociales

Fortalecer la autoestima

1.4 Objetivos Terapéuticos:

A partir del enfoque integral Gestalt Sistémico, así como del diagnóstico multiaxial, se plantean los objetivos terapéuticos de esta intervención, enumerándolos de la siguiente manera:

Tabla 3
Objetivos

Objetivos Gestálticos Otoño 2020	Objetivos Sistémicos Primavera 2021
Reconocer los introyectos.	Cambiar la comunicación con sus diversos sistemas.
Reducir los niveles de ansiedad.	Reestructurar los vínculos del sistema familiar.
Equilibrar sus tres zonas (interna, externa y de fantasía).	Aceptar su historia de vida a partir de los vínculos con su familia.
Centrarse en el aquí y el ahora.	
Reconocer los “debeísmos”.	
Manejar las polaridades.	

Elaboración propia.

2. Método

A continuación, se presentan los datos de identificación del paciente, en donde por motivos de confidencialidad se cambia el nombre por un pseudónimo:

Tabla 4

Ficha de identificación

Ficha de Identificación:	
Nombre (pseudónimo)	PJ
Sexo:	Hombre
Edad:	20 años
Estado civil:	Soltero
Ocupación:	Estudiante de Literatura y Filosofía
Lugar de residencia:	Puebla
Datos familiares:	Vive con ambos padres de familia, con quienes mantiene una relación cordial pero poco afectiva. Tiene un hermano mayor que ya no vive con ellos, con quien se lleva bien sin ser una relación cercana.

Elaboración propia.

PJ es un joven de 20 años de edad, de estatura promedio, complexión delgada, tez moreno-clara, en ocasiones usa lentes con graduación, su vestimenta es acorde a su edad, de cabello oscuro y corto, siempre aliñado y su tono de voz es bajo; de estado civil soltero, originario de Puebla, Pue. Actualmente se encuentra estudiando la licenciatura de Literatura y Filosofía, vive con sus dos padres, con quienes, aunque la relación no es tan buena como quisiera, ha mejorado en comparación a años anteriores; tiene un hermano mayor de 27 años,

mismo que vive en Canadá; sin embargo, pasó una temporada en el 2020 en casa de sus padres, debido al confinamiento por la pandemia de la COVID-19.

PJ no se considera católico, pero sí espiritual, por lo que refiere que la oración le ha servido ante sus síntomas de ansiedad, sobre todo por el hecho de no poder salir como lo hacía antes del confinamiento. Actualmente sus clases son en línea, y para mantenerse ocupado, ya que considera que tiene mucho tiempo libre, está tomando clases de francés, toca la guitarra y pertenece a un grupo de creación literaria.

3. Motivo de consulta

PJ llegó a la Clínica OPTA porque “desde el mes de junio de 2020 me he notado muy nervioso, con problemas para concentrarse y relacionarse con las personas”.

El paciente refiere que esta situación no es la primera vez que le sucede. Toda su vida ha estado en diversos tratamientos psicológicos, pues siempre ha tenido problemas para relacionarse. Hace algunos años cuando estudiaba la primaria, por indicaciones del mismo colegio, se le aplicaron pruebas para descartar Autismo, y bajo coeficiente intelectual, y constantemente lo referían a terapia.

La última vez que estuvo en psicoterapia, fue durante el bachillerato, dicho proceso duró más de un año, mismo que expresa haberle servido y fue dado de alta ante el progreso de entablar relaciones profundas y poder socializar como esperaba, pues en sus procesos anteriores se sentía juzgado y sin poder solucionar dichos problemas; en su terapia anterior refiere presentar los mismos síntomas que menciona tener actualmente, pero con mayor intensidad; al identificar que nuevamente surgieron, buscó ayuda.

PJ expresa que al finalizar con su último proceso cumplido en 2018, se sintió seguro, con buena autoestima, capaz de entablar relaciones sociales, e inclusive comenzaba a viajar en ocasiones solo y en otras con amigos, viéndolo como un gran avance, pues anterior a ello, jamás lo habría imaginado, y en cuanto comenzó el confinamiento, los síntomas de falta de concentración, el sentirse “encerrado” en su propia casa, empezaron a surgir junto con su inseguridad, viéndose afectada su autoestima y su capacidad de relacionarse, sobre todo con personas desconocidas en la modalidad virtual, presentando nerviosismo, tartamudeo y sudoración ante una participación o conversación simple.

4. Formulación del caso clínico

PJ, como ya se mencionó con anterioridad es un joven de 20 años de edad, tez morena, delgado y de apariencia limpia, que acude a consulta por sentir mayor incertidumbre de lo habitual; expresa que tiene ataques de ansiedad, tics nerviosos como movimientos constantes en las piernas sin poderlos controlar, refiere tener baja autoestima, pues no se siente seguro de sí mismo, se compara con otras personas sintiéndose menos que ellos, y tiene pensamientos tormentosos como el preocuparse por su salud, tratando de hacer ejercicio para mantenerse sano; sin embargo, cada vez le pesa más y se siente poco constante. El paciente expresa que el ejercicio le ayudaba para distraerse y controlar su nerviosismo, así como el darse baños de agua fría para poder concentrarse, más tuvo que suspender ambas actividades ya que se enfermó de la garganta y le recomendaron reposo por varias semanas.

Presenta un tono de voz bajo, le cuesta trabajo expresarse; a pesar de ello, su lenguaje es coherente y elaborado, ya que suele intelectualizar y para poder hablar de sí mismo se comunica con términos filosóficos, incluso citando a algunos autores.

Se ha aislado de sus círculos sociales y de su familia, sólo asiste a clases en línea y a su taller de creación literaria. Se muestra desensibilizado, se mantiene en sus introyectos, sobre todo en el “deber ser” y tiene dificultades para detectar su necesidad, ya que considera que la pandemia le ha arruinado el avance que había logrado en cuanto a su forma de relacionarse con los demás y con su autoestima.

Dicho lo anterior, el abordaje terapéutico de sus primeras 15 sesiones fue por medio de la corriente Humanista-Gestalt, para que a partir de centrarse en el aquí y ahora, lograra

responsabilizarse y a su vez evitar oscilar entre el pasado y el futuro, ya que parte de sus síntomas fueron a causa de estar en la zona de las ideas.

A partir de la sesión 16 se dio continuación al proceso bajo el enfoque Sistémico, mismo en el que el paciente expresó la necesidad de hablar sobre su familia, pues aunque algunos de los síntomas con los que llegó al antiguo enfoque ya habían cesado, se dio cuenta que otros continuaban, sobre todo el de sentirse inseguro ante personas desconocidas, mostrando nuevamente cierto nerviosismo e inestabilidad para entablar un diálogo, percibiendo que todo parte de los ataques y comparaciones que le hacía la familia de su papá cuando era pequeño, así como el *bullying* en su escuela, viniéndole a la mente lo ya mencionado cuando intenta socializar; desea perdonarlos para que deje de afectarle y le dé la seguridad para relacionarse socialmente; así como el detectar que el estarse comparando y compitiendo con los demás lo adquirió de su familia. Por lo tanto, quiere romper dicho patrón para confiar en sus propias capacidades.

5. Enfoque cuantitativo

5.1 Instrumentos utilizados para evaluar al paciente

Durante el proceso terapéutico se aplicó una batería de cuatro instrumentos en las sesiones 1, 5, 10 y 15 de ambos enfoques (Humanista-Gestalt y Sistémico), para evaluar el desarrollo del paciente; así como una entrevista inicial, que posteriormente captura la información obtenida en un formato elaborado por el OPTA de la Universidad Iberoamericana Puebla.

5.2 Escala Global (Alcázar, 2010)

Mide el grado de afectación en el funcionamiento en diferentes áreas de la vida de una persona, dividida en siete ítems: vida social, funcionamiento escolar, ratos libres, familia, salud física, pareja y vida en general. Se conforma por 7 ítems en una escala tipo likert y cuenta con .84 Alfa de Cronbach, misma que se puede observar en el Anexo 1: Escala Global.

Cada una de las áreas se puntúa de la siguiente manera:

Tabla 5
Escala Global

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo

Elaboración propia a partir de Alcázar (2012).

5.3 Inventario de Depresión de Beck (Beck 1988)

Evalúa la gravedad de depresión de los siguientes aspectos cualitativos: tristeza, pesimismo, fracaso, insatisfacción, culpa, castigo, autodescontento, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, alteración de la propia imagen,

dificultades e inhibiciones laborales, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, pérdidas de interés social.

Esta escala se puede apreciar en el Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck (BDI); misma que cuenta con 21 ítems en una escala tipo likert y reporta .87 de confiabilidad. Se califica de la siguiente forma:

Tabla 6

Inventario de Depresión de Beck

0 – 9	10 - 16	17 – 29	30 - 63
Mínima	Leve	Moderada	Severa

Elaboración propia a partir de Beck (1988).

5.4 Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988)

Valora el nivel de ansiedad, tanto de aspectos físicos como de ansiedad subjetiva y pánico; explora los siguientes aspectos: dificultad para respirar, dificultad para relajarse, nerviosismo, ideas de daño inminente y sudoración; misma que se detalla en el Anexo 3: Inventario de Ansiedad de Beck (BDI); misma que está conformada por 21 ítems en una escala tipo likert y cuenta con .75 de confiabilidad. Se califica del siguiente modo:

Tabla 7

Inventario de Ansiedad de Beck

0 – 5	6 - 15	16 – 30	31 - 63
Mínima	Leve	Moderada	Severa

Elaboración propia a partir de Beck (1988).

5.5 Escala Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999)

Mide la propensión de la persona a experimentar enojo a través del tiempo y las situaciones; determina si una persona se enoja con dificultad, sus reacciones son similares a

las de la mayoría de la gente o está en mayor riesgo de molestarse ante cualquier preocupación.

En el Anexo 4: Escala Enojo Rasgo, se puede apreciar su estructura, conformada por 10 ítems en una escala tipo likert, y cuenta con .83 de confiabilidad. Los puntajes van de la siguiente manera:

Tabla 8
Escala Enojo Rasgo

10 – 16	17 – 22	23 - 40
Bajo	Promedio	Alto

Elaboración propia a partir de Moscoso (2000).

6. Técnicas cualitativas

6.1 Entrevista Clínica

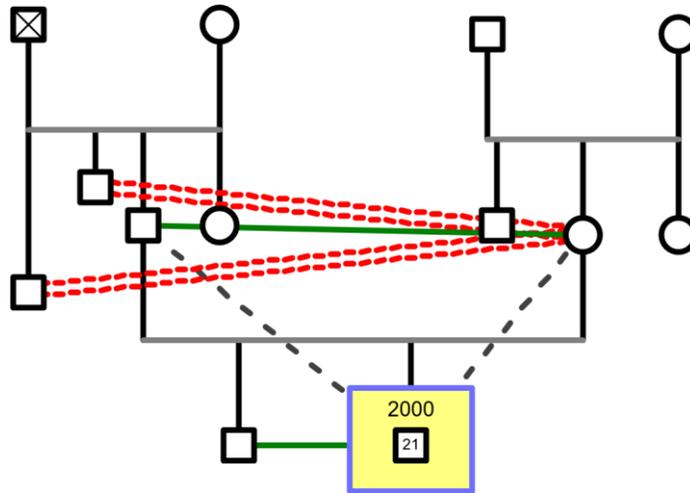
Para cualquier proceso en psicoterapia es fundamental iniciar con una entrevista para recabar información relevante sobre el paciente, misma que se puede observar en el Anexo 5: Protocolo OPTA. Dicha entrevista contiene: datos de identificación, motivo de consulta, padecimiento actual, tratamientos previos, datos significativos recientes, historia de enfermedades médicas, datos sociodemográficos, historia familiar, familia de origen, antecedentes familiares patológicos, familia actual, familiograma trigeneracional, situación académica, pautas e ajuste durante la vida adulta, descripción del problema, examen mental, evaluación de las funciones del yo, diagnóstico descriptivo, diagnóstico diferencial, objetivos terapéuticos, abordaje terapéutico e instrumentos de evaluación psicológica.

6.2 Genograma

El genograma es un resumen gráfico que contiene información de la familia, y de acuerdo a Ceberio (2018), por medio del mismo se puede conocer la constelación familiar trigeneracional (familia de origen, familias extensas y familia creada); en él mismo se logran reunir los problemas, el motivo de consulta y las normas que mantienen el mismo sistema familiar, así como las relaciones entre los miembros de la familia:

Figura 1

Genograma



Elaboración propia

6.3 Ciclo de la experiencia

El ciclo de la experiencia es un modelo tomado del conductismo adaptado a la Gestalt para encontrar las fases y bloqueos de permanecer en el aquí y el ahora, Salama (2012). Está diseñado en forma de círculo en el cual la parte superior se expresa como pasiva y la inferior como activa; a su vez se divide en cuatro cuadrantes para explicar la zona de su relación como se puede ver en la siguiente figura:

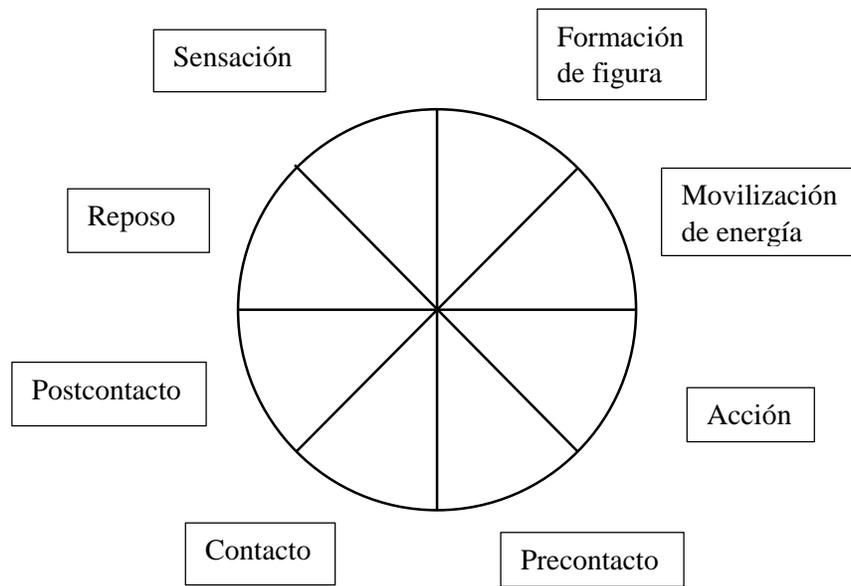
Figura 2
Zonas del ciclo de la experiencia



Elaboración propia a partir de Salama (2012).

Por otra parte, las fases del ciclo de la experiencia se pueden observar de la siguiente manera:

Figura 3
Fases del ciclo de la experiencia



Elaboración propia a partir de Salama (2012).

Cada fase del ciclo de la experiencia tiene un bloqueo en el cual el sujeto puede estar presentando un problema para poder completar la Gestalt, tal como se muestra a continuación:

Tabla 9
Fases y bloqueos del ciclo de la experiencia

Fase	Descripción	Bloqueo	Descripción
Reposo	Equilibrio y punto de una nueva experiencia. Estado de vacío fértil.	Postergación	Evita el proceso de asimilación-alienación de la experiencia e impidiendo el reposo (dejar asuntos para después).
Sensación	Surgimiento de una necesidad provocando una tensión presente	Desensibilización	Negación del contacto sensorial entre el organismo y

	pero no concientizada.		la necesidad emergente
Formación de figura	Figura clara de la necesidad y se concientiza la sensación.	Proyección	Atribuir a algo externo al individuo lo que le pertenece a sí mismo, negándolo en él, no asume su propia responsabilidad.
Movilización de energía	Reunión de la energía indispensable para llevar a cabo la necesidad demandada.	Introyección	Incorporar actitudes, ideas y creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son distónicas al Yo.
Acción	Paso a la parte activa para movilizar al organismo hacia el objeto relacional.	Retroflexión	La persona se Retroflexión: hace a sí misma lo que le gustaría hacerle a los demás, quienes, por lo general, son personas significativas para ella y está en relación con la energía agresiva.
Precontacto	Identificación del objeto relacional a contactar.	Deflexión	La persona evita enfrentar al objeto relacional dirigiendo su energía a objetos que son alternativos y no significativos (evita lo desagradable).
Contacto	Establecimiento del contacto pleno con el satisfactor experimentando la unión con el mismo.	Confluencia	El individuo no Confluencia: distingue límite alguno entre su sí mismo y el medio.
Postcontacto	Inicio de la desenergetización hacia el reposo y continuo de conciencia.	Fijación	Necesidad de no retirarse del contacto, lo que lo lleva a rigidizar sus patrones de conducta.

Elaboración propia a partir de Penhos (2012).

7. Diagnóstico

De acuerdo al modelo multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV se presenta la siguiente tabla:

Tabla 10

Diagnóstico Multiaxial

Eje I	300.02 (F41.1) Ansiedad generalizada.
Eje II	301.82 (F60.6) Trastorno de la Personalidad Evitativa.
Eje III	N/A
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Problemas relativos al ambiente social.
Eje V	60-51

Elaboración propia, basado en APA (2002).

El DSM-5 (APA, 2014), expone seis criterios diagnósticos de la ansiedad generalizada, de los cuales se señalan a continuación los que presenta el paciente:

Tabla 11

Trastorno de Ansiedad Generalizada

A	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	X
B	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	
C	La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos alguno de los síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses): 1.- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2.- facilidad para fatigarse. 3.- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4.- Irritabilidad. 5.- Tensión muscular 6.- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).	X
D	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	

E	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento), ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).	X
F	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).	X

En cuanto al trastorno de personalidad evitativa, el DSM-5 (2014) señala que es un patrón de inhibición social presente en diversos contextos manifestándose por cuatro (o más) de las siguientes características, de las cuales se señalan con las que cumple el paciente:

Tabla 12

Trastorno de personalidad evitativa

1.	Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.	X
2.	Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.	X
3.	Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.	
4.	Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.	X
5.	Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.	X
6.	Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.	X
7.	Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.	X

Elaboración propia con base en los criterios diagnósticos del DSM-5, a partir de APA (2014).

8. Tratamiento

El tratamiento llevado con el paciente PJ fue elegido a partir de los dos enfoques ya señalados, con el objetivo de mejorar sus habilidades sociales, así como la aceptación de su historia familiar para que pueda relacionarse con su entorno sin que le genere ansiedad e inseguridad.

A partir del enfoque Humanista-Gestalt se utilizaron las siguientes técnicas:

Técnicas expresivas: fortalece el contenido del “darse cuenta” maximizando la expresión para que se confronte consigo mismo y logre hacerse responsable, por medio de palabras o acciones; como expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión y la repetición de ciertas frases para que el paciente se dé cuenta de algo importante.

La técnica se eligió sin bases empíricas, solo teóricas, para lo cual Naranjo (2011) menciona que, al llevarse a cabo, la persona se ve forzada a superar la evasión.

Polaridades: el paciente descubre sus características negativas; se le pide que inicie un diálogo con la parte contraria para identificar el “Yo” y diferenciarlo del “Pseudo yo”, en el cual se da cuenta que ninguna de éstas dos es el sí mismo, ya que no pertenecen a lo real, pues son una valoración de lo semejante, situándose en la fantasía.

La técnica se eligió sin bases empíricas, solo teóricas. Salama (2007) indica que al reinterpretar las polaridades se cambia la estructura y la percepción del ambiente, surge una reorganización.

Manejo de introyectos: cambio de creencias distónicas al “Yo”; el psicoterapeuta lo identifica y lo regresa al paciente, permitiendo corregir la identificación, por medio de

invertir frases y de preguntas como: ¿quién te dijo eso?, ¿quién más lo decía?; y aunque la persona ubique dichos mensajes como propios se le hacen ver como nocivos para él.

La técnica se eligió sin bases empíricas, solo teóricas. Salama (2007) identifica que canalizando un proceso creativo del “debeísmo” a un modelo acorde a su realidad actual, se desbloquea la energía atorada.

En función del modelo sistémico las técnicas utilizadas son las siguientes:

Pregunta milagro: se le hace una pregunta al paciente, indicándole que imagine que se va a dormir y al otro día al despertarse experimente cómo sería el día si ocurriese un milagro y sus problemas estuvieran resueltos.

La técnica se eligió sin bases empíricas, solo teóricas. Orellana (2014) menciona que esta técnica no pretende generar algún sueño irrealizable, por el contrario, busca que el paciente genere diversas soluciones por sí solo y una vez que identifique lo que será diferente puede ser factible para que encuentre nuevas pautas de conducta.

Preguntas circulares: sirven para la exploración de interpretaciones que le da el paciente y la familia y a su vez para construir un nuevo marco de referencia para la interacción.

La técnica se eligió sin bases empíricas, solo teóricas; para lo cual Moreno y Fernández (2014) menciona que las preguntas circulares exploran diversos patrones de influencia recíproca entre la familia, sus comportamientos, sentimientos y creencias, por medio de las cuales se puede redefinir el nuevo marco de interacción, tomando como base las cuestiones estratégicas y reflexivas.

Reencuadre: contacto positivo del síntoma, en donde el paciente ve algo que ha estado refiriendo negativamente como positivo; por ejemplo, en este caso todas las agresiones y comparativas que recibió de pequeño le han servido para ser independiente, estudiar algo que le gusta, aunque sea diferente a la ideología familiar y sobre todo luchar por lo que le gusta hacer y vivir feliz y en paz consigo mismo.

La técnica se eligió sin bases empíricas, solo teóricas, en donde García (2013) expresa que el reencuadre permite reubicar alguna situación experimentada en otro contexto, modificando su sentido o emoción.

8.1 Sesiones abordadas

Tabla 13
Sesiones del modelo Humanista-Gestalt

Mes	Día	Sesión	Tema	Resultado obtenido
Septiembre 2020	01	1	Entrevista	El paciente habla de su motivo de consulta y se detecta la sintomatología que tiene, así como la exploración de sus procesos terapéuticos anteriores.
Septiembre 2020	08	2	Entrevista	Se identifica la forma de relacionarse con sus diversos sistemas, comenzando por el familiar para conocer su estructura, en donde se percibe que de pequeño sufrió maltrato por su familia extensa y <i>bullying</i> en su escuela.
Septiembre 2020	15	3	Polaridades	El paciente expresa que extraña su parte sociable que se le ha arrebatado con el confinamiento, y a su vez menciona que ahora se encuentra aislado en donde se

				<p>siente inferior a los demás y se suele comparar.</p> <p>Se elabora un ejercicio con sus polaridades para que detecte matices en los cuales rescata recursos como la oración y la lectura.</p>
Septiembre 2020	22	4	Centrarse en el aquí y ahora	<p>El paciente se presenta desmotivado porque está oscilando en el recuerdo de su persona antes de pandemia y añorando salir para volver a socializar. Por medio de un ejercicio se le centra en su presente, dando como resultado que el paciente retome actividades que le generan placer, adaptadas a su condición actual.</p>
Septiembre 2020	29	5	Pensamientos recurrentes	<p>PJ expresa mantener algunos pensamientos recurrentes como el compararse con otras personas y el tratar de ser buena persona autoexigiéndose demasiado y castigándose o reprochándose. A través de ciertos ejercicios logra entablar un diálogo consigo mismo para llegar a un acuerdo y tratar de ser flexible.</p>
Octubre 2020	06	6	Equilibrio con las tres zonas	<p>Por medio de la lectura de <i>La metamorfosis</i> se genera un diálogo en el cuál el paciente intenta bajarse de la zona de la fantasía para identificar sus emociones, detectando que se siente cansado a nivel corporal y</p>

				emocionalmente melancólico al asemejarse con el personaje principal.
Octubre 2020	13	7	Polaridad en los sueños	A través de un sueño expresó no tener motivos para vivir, se utiliza para que el paciente identifique motivadores internos y dándose cuenta de que emocionalmente se siente triste, pero percibe que esa tristeza es momentánea y que realmente tiene diversos motivos para seguir vivo.
Octubre 2020	20	8	Polaridades	Se trabaja con las polaridades de su personalidad, ya que se identifica con dos tipos de PJ en donde uno es sociable y el otro no, obteniendo como conclusión que ambas personalidades lo integran y pueden convivir y ayudar a desarrollarse.
Octubre 2020	27	9	Polaridades	PJ expresa sentirse feliz y orgulloso de sí mismo, cosa que no había experimentado, pero le da miedo porque sabe que la mayor parte de los días se siente melancólico e inferior, por lo que se hace un ejercicio recordando lo que lo hace apreciarse así de feliz narrándolo como si lo estuviera viviendo, en el cuál el paciente se da cuenta que también esas experiencias agradables son parte de él.
Noviembre 2020	03	10	Pensamientos recurrentes	Nuevamente los pensamientos recurrentes regresan a PJ por lo que se trabaja con ellos para que los observe.

				Aunque al inicio los intelectualiza, logra contactar con sus sensaciones corporales e identifica que se ha notado cansado por estar pensando tanto en sus sentimientos de inferioridad y al sentirse encerrado sin poder socializar como lo estaba haciendo, relata el deseo de poder concentrarse en lo que sí le gusta en su vida actual.
Noviembre 2020	10	11	Centrarse en el aquí y ahora	En la sesión el paciente expresa llevar algunos días centrándose en su presente, situación que le ha hecho disfrutar de sus actividades, e incluso de la convivencia con su familia, aunque la relación no sea la mejor.
Noviembre 2020	17	12	Asuntos inconclusos	Al poder expresar la relación que tiene con la familia de su papá, explica el maltrato recibido por ellos, se utiliza la técnica de la silla vacía para entablar un diálogo con su PJ niño en el cuál le da la seguridad que quiso recibir de pequeño y que ahora de grande cuenta con ella.
Noviembre 2020	24	13	Asuntos inconclusos	En la sesión se indaga sobre sus emociones, de las cuales el paciente detecta sentirse solo, pues desde su infancia así había sido por todo el rechazo que recibió. Se le hace un ejercicio en donde trae al presente a las personas que lo rechazaron de pequeño para dialogar con ellos, les agradece y a

				su vez les regresa los comentarios que considera que no lo describen y reafirma quién sí es.
Diciembre 2020	01	14	Centrarse en el aquí y ahora	Previo a las vacaciones, el paciente comienza a centrarse en la fantasía de lo que pasará. A través de un ejercicio se le centra en lo que tiene, lo que existe y lo que es real en su presente.
Diciembre 2020	09	15	Cierre	Se hace un recuento del trabajo elaborado durante su proceso y se le reconocen los avances logrados; así mismo, el paciente hace un plan de acción para sus vacaciones y poder ser flexible consigo mismo y a su vez centrarse en su presente.

Elaboración propia

Tabla 14
Sesiones del modelo Sistémico

Mes	Día	Sesión	Tema	Resultado obtenido
Enero 2021	26	16	Comunicación familiar	El paciente expresa sentir mejor comunicación con sus padres a partir de vacaciones en donde observa que ya los ve más “humanos” y cercanos a él, reforzando lo positivo de su comunicación, percibe que a su vez se siente mejor consigo mismo.
Febrero 2021	02	17	Relación con la familia extensa	Al indagar sobre la relación que tiene con la familia extensa, expresa sentir rencor hacía ellos pues recuerda que lo

				molestaban y comparaban de pequeño. Los describe como machistas y se le regresa su discurso con algo positivo de esa relación, como el poder defender sus ideales, aunque difiera de ellos.
Febrero 2021	09	18	Comunicación con sus diversos sistemas (familia, amigos, compañeros)	Se le pide que explique la relación que tiene con otros sistemas como sus amigos y compañeros. Durante el mismo discurso el paciente expresa que se siente nervioso e inseguro al relacionarse con ellos, sin embargo, logra acercarse y reconoce su esfuerzo como un progreso.
Febrero 2021	16	19	Aceptación de su historia de vida	Al paciente le cuesta trabajo aceptar su historia de vida por lo que por medio del diálogo se le expresa que su infancia no la puede cambiar, y a su vez reconoce que no cambiará a su familia paterna aunque quisiera, por lo que se le pide que mencione lo positivo de su historia, sobre todo al compararse y detecta que es como los demás sin ser más ni menos y que eso le motiva a querer una vida tranquila.
Febrero 2021	23	20	Aceptación de su historia de vida	Al retomar su historia de vida, PJ reconoce que le da vergüenza por el hecho de haber sido maltratado por su familia extensa; sin embargo, expresarlo le ha ayudado a darse cuenta que el rencor que les tiene, en

				realidad es un sentimiento de perdón que le permitirá continuar creciendo.
Marzo 2021	03	21	Ganancias a partir de su historia de vida	A partir de que el paciente expresa querer perdonar a sus tíos, comienza a reconocer que gracias a lo que vivió, hoy en día no todo es competencia, y que el dejar de compararse con otras personas le ha motivado a crecer en sus ideales, como el ser filósofo, aunque no siga la línea de profesiones familiares.
Marzo 2021	16	22	Ganancias a partir de su historia de vida	Se retoma el tema de la sesión anterior pues se le señala a PJ que hay más ganancias a partir de que aceptó su historia, aunque hay cosas que reconoce que es trabajo de todos los días como el afecto que les tiene a sus padres y la comunicación más cercana que quiere entablar con sus tíos y primos.
Marzo 2021	17	23	Cierre	El proceso concluye en mutuo acuerdo; el paciente reconoce que el motivo que lo llevó a consulta ha sido alcanzado e inclusive el hablar sobre sus relaciones familiares le ha ayudado a sentirse agradecido y seguro consigo mismo y con ellos, así como en sus diversos sistemas en donde reconoce que, aunque le cueste trabajo, desea seguir entablando relaciones con otras personas.

Elaboración propia

8.2 Sesión Modelo, enfoque Humanista-Gestalt

La sesión Modelo que se tomó como referencia se llevó a cabo de manera virtual el 20 de octubre de 2020, en la cual el paciente se presentó puntualmente. Vestía una playera jovial naranja, bien peinado y con un bigote y barba recortados, su tono de voz era bajo y hacía pausas prolongadas en su discurso, se percibía distraído; sin embargo, hacía el esfuerzo por concentrarse.

A continuación, se presenta el objetivo, técnica, desarrollo y resultado de la sesión ya mencionada:

Tabla 15
Sesión modelo

Objetivo de la sesión	Integrar los dos conceptos que tiene de sí mismo ante la forma de interactuar socialmente.
Técnica empleada	Silla Vacía.
Desarrollo de la técnica	<p>Se le pide a PJ que traiga al presente a “PJ sociable” y lo describa.</p> <p>Comienza relatando cada aspecto que tiene como: “seguro, reafirmado, natural, carismático”.</p> <p>Se le indica que le exprese algo que ha tenido ganas de decirle.</p> <p>PJ le dice que le gustaría ser como él todo el tiempo.</p> <p>“PJ sociable” le responde que también hace falta ser melancólico de vez en cuando.</p> <p>Para cerrar el experimento se le pregunta: “¿de qué te das cuenta?”</p>
Resultado obtenido	El paciente se da cuenta que no siempre es distante de los demás, y le da lugar al otro concepto que tiene de sí mismo cuando se considera sociable.

Elaboración propia

8.3 Transcripción de un fragmento de la sesión

Paciente (P): A veces no sé qué me pasa, no lo identifico

Terapeuta (T): ¿Qué es lo que sientes?

P: Ando muy frustrado, con la pandemia, siento que no va a acabar, de hecho, he estado intentando hacer las paces con cada día que vivo porque me la paso fantaseando mucho con este viaje, raras veces estoy en el presente... fácilmente me voy en estas ideas del pasado y el futuro.

T: ¿Qué está pasando en este presente que te molesta?

P: Estoy encerrado... no he hablado con muchas personas, me siento bastante solo.

T: Te voy a pedir que trates de identificar a PJ el sociable, al que le ha costado tener amigos, pero que hoy en día están y recuerdes en este momento como si lo estuvieras viviendo ¿cómo es ese PJ?, descríbelo.

P: Acompañado soy alegre; sí se me dificultó mucho, pero ahorita que lo tengo sale natural, entonces me alegra mucho, por ejemplo, ayer empecé a hablar con una amiga que no había frecuentado.

T: Te pido que traigas ese PJ en este momento, como si fuera alguien más, como si lo tuvieras de frente, como si estuviera sentado frente a ti y me describas cómo es ese PJ.

P: Es simpático, es muy gracioso y hasta cierto punto como carismático... alegre, vivaracho, se siente en control de la situación, no tiene miedo de las otras personas, muy seguro, como reafirmado, muy natural.

T: ¿Algo más?

P: Fuerte, carismático, simpático, sentimental pero no tan melancólico, no da tristeza.

T: Lo tienes de frente, lo estás describiendo, en este momento te pido que le digas algo que has tenido ganas de decirle.

P: Me gustaría ser cómo él todo el tiempo.

T: ¿Qué te dice PJ de regreso?

P: Que es otra dimensión de él mismo y que también hace falta ser melancólico y pensativo de vez en cuando y que no está mal que sea así.

T: ¿Hay algo más que te quiera decir ese PJ?

P: A veces me recuerda quién soy, y me hace muy feliz, porque no solo soy este cúmulo de pensamientos melancólicos, soy mucho más, que describo como este PJ sociable, muy vital, con mucha energía y muchas ganas de vivir.

T: ¿De qué te das cuenta PJ?

P: De que también soy él y eso me alegra el día.

T: ¿Cómo te sientes al hablar de ese PJ carismático, seguro?

P: Me da mucho gusto porque logré lo que me costó tantos años, esta estabilidad, veo a mi yo de primaria y secundaria y estarían bastante orgullosos, y sé que ahora en cuarentena no es tan fácil, pero es algo que trabajo.

T: ¿Qué pasaría si le das más oportunidad de que aparezca este PJ sociable?

P: No lo quiero forzar, pero lo estoy intentando, quiero conocer a más personas.

T: ¿Cuáles son las oportunidades para conocer a más personas?

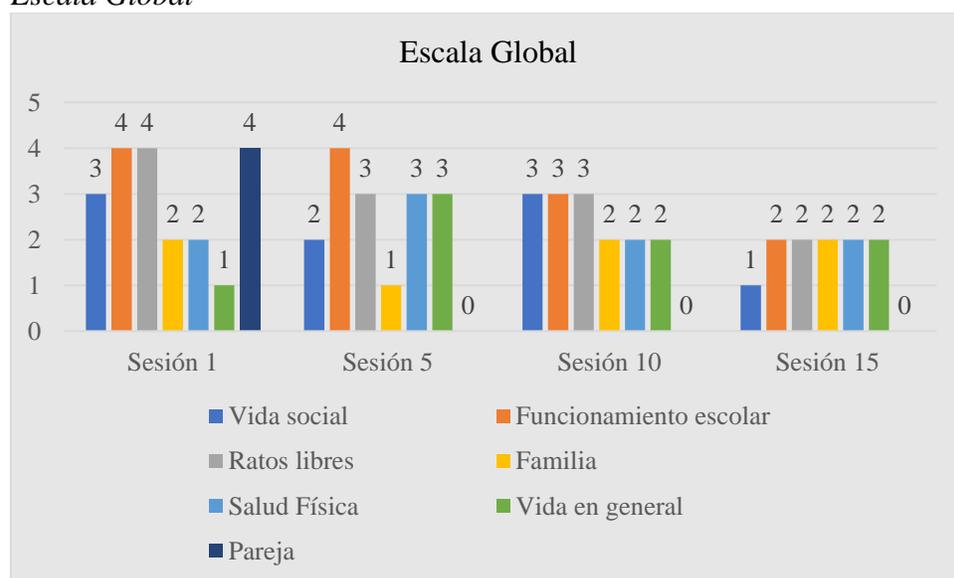
P: Es difícil para mí... he intentado ser más sociable, incluso con gente que no me atrae mucho como amigos. Hago pequeñas pláticas o simplemente intento en estas cosas cotidianas con compañeros alargar la plática a algo más personal.

9. Resultados

A continuación, se muestran los resultados tanto cuantitativos como cualitativos obtenidos durante ambos procesos (Humanista-Gestalt y Sistémico). En el apartado de los cuantitativos se reportan las puntuaciones obtenidas de los instrumentos aplicados mencionados anteriormente:

9.1 Resultados cuantitativos del proceso Humanista-Gestalt:

Gráfica 1
Escala Global



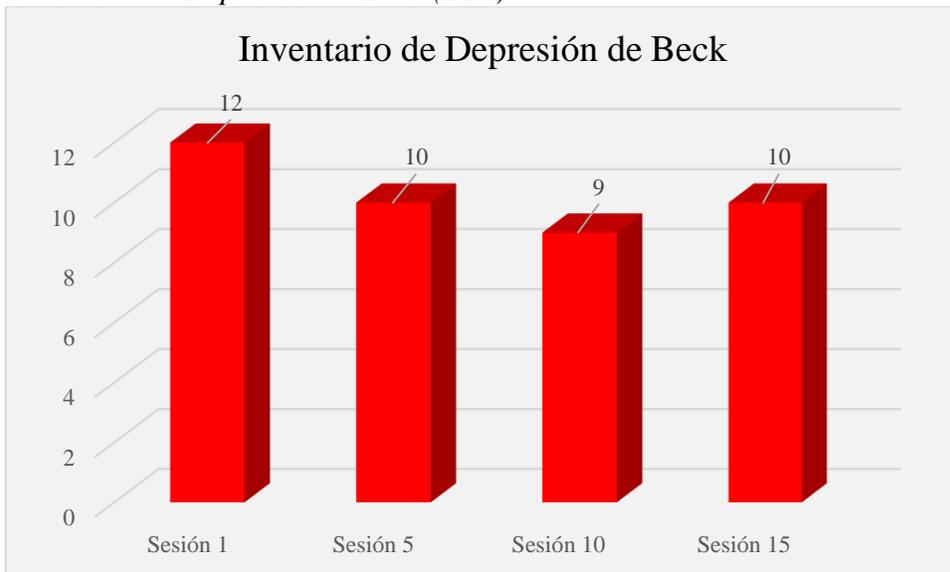
Puntaje Crudo	Nivel
1	Nada
2	Casi nada
3	Poco
4	Regular
5	Mucho
6	Muchísimo

Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 1 el funcionamiento del paciente en general no se vio gravemente afectado, ya que su puntaje más alto es equivalente a regular en los criterios de funcionamiento escolar de la sesión uno y cinco, y de ratos libres y de pareja en la sesión uno. Durante las siguientes aplicaciones se mantuvo entre poco y casi nada en los demás niveles. Cabe resaltar que la alteración en el funcionamiento escolar no perturbó su rendimiento, únicamente la dificultad para concentrarse en comparación a los meses anteriores de recurrir a terapia.

Gráfica 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI)



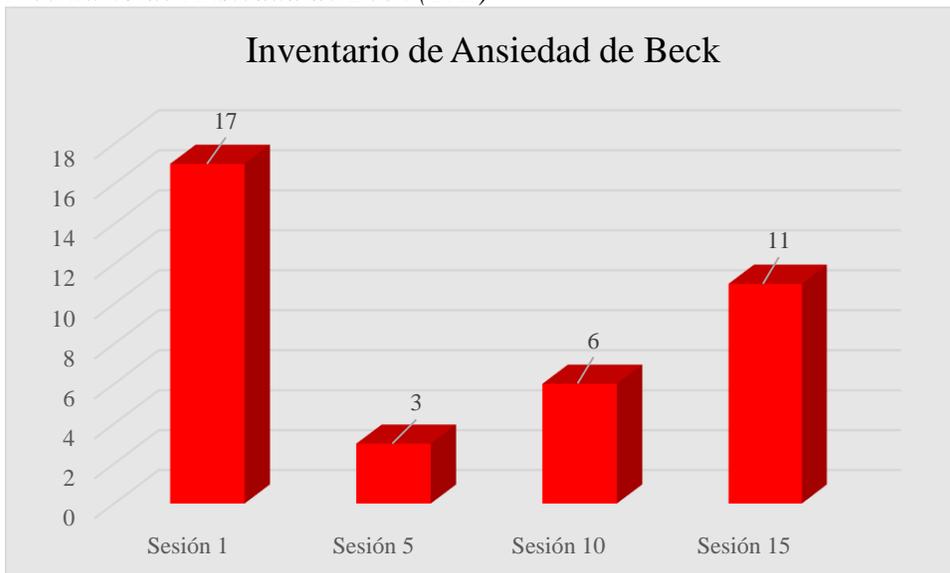
Puntaje Crudo	Nivel de depresión
0 a 9	Mínima
10 a 16	Leve
17 a 29	Moderada
30 a 63	Severa

Elaboración propia.

Con base en los resultados obtenidos del BDI, se puede observar que los niveles de depresión de PJ iniciaron en leve: para la décima sesión bajaron a mínimo y en la última intervención gestáltica volvió a subir a leve. A pesar de ello, no representó alguna alteración significativa por atender.

Gráfica 3

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)



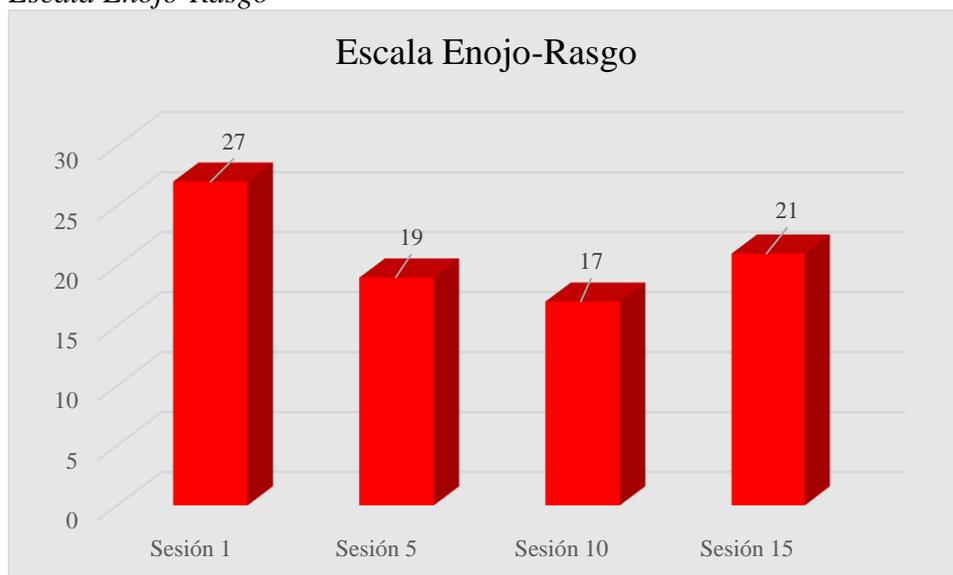
Nivel de ansiedad	Puntaje crudo
Mínima	0 – 5
Leve	6 – 15
Moderada	16 – 30
Severa	31 – 63

Elaboración propia

En cuanto a los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck, se muestra que el paciente llegó a su primera sesión con un nivel moderado, mismo que bajó al mínimo para su quinta intervención y posterior a ello tanto en la décima como en la décimo quinta sesión subió a leve: siendo uno de los principales síntomas a abordar, ya que había sesiones en las que la sintomatología de ansiedad se mostraba como la figura principal, se utilizaron algunas técnicas gestálticas para abordar dicho malestar.

Gráfica 4

Escala Enajo-Rasgo



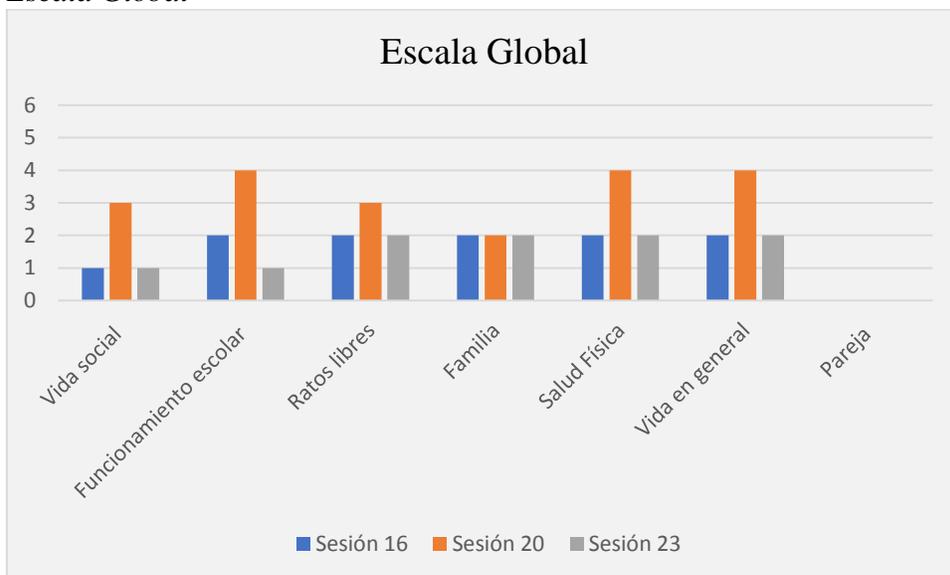
Puntaje Crudo	Nivel De Enajo Rasgo
10 - 16	Bajo
17 - 22	Promedio
23 - 40	Alto

Elaboración propia

Tal como se muestra en la gráfica 4, PJ llegó a su proceso terapéutico con un alto nivel de enajo, mismo que bajó para las siguientes sesiones manteniéndose en un nivel promedio; dicho rasgo lo ha expresado como resentimiento ante la familia de su padre por haberlo maltratado con insultos y comparativas cuando era pequeño, por lo que se trabajó en su terapia.

9.2 Resultados cuantitativos del proceso Sistémico:

Gráfica 5
Escala Global



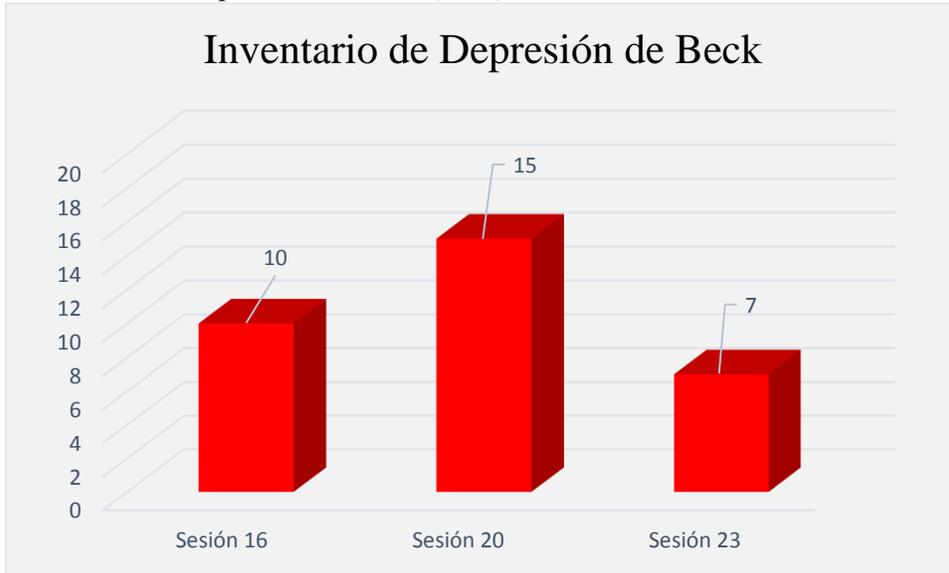
Puntaje Crudo	Nivel
1	Nada
2	Casi nada
3	Poco
4	Regular
5	Mucho
6	Muchísimo

Elaboración propia

Entre la sesión 15 y 16 pasaron alrededor de 6 semanas (periodo de vacaciones) y como se puede observar en las aplicaciones de Escala Global durante su proceso en el modelo Sistémico, sus niveles más altos corresponden al funcionamiento escolar y no porque bajara su rendimiento, sino porque refiere sentirse un poco tímido ante nuevos compañeros de clase. En cuanto a su salud física expresa no poder hacer ejercicio como lo hacía antes del confinamiento, y para su última sesión se puede observar que no se ven alteraciones en su vida social, ha mejorado su funcionamiento escolar y las demás áreas bajan en grado de afección a casi nada.

Gráfica 6

Inventario de Depresión de Beck (BDI)



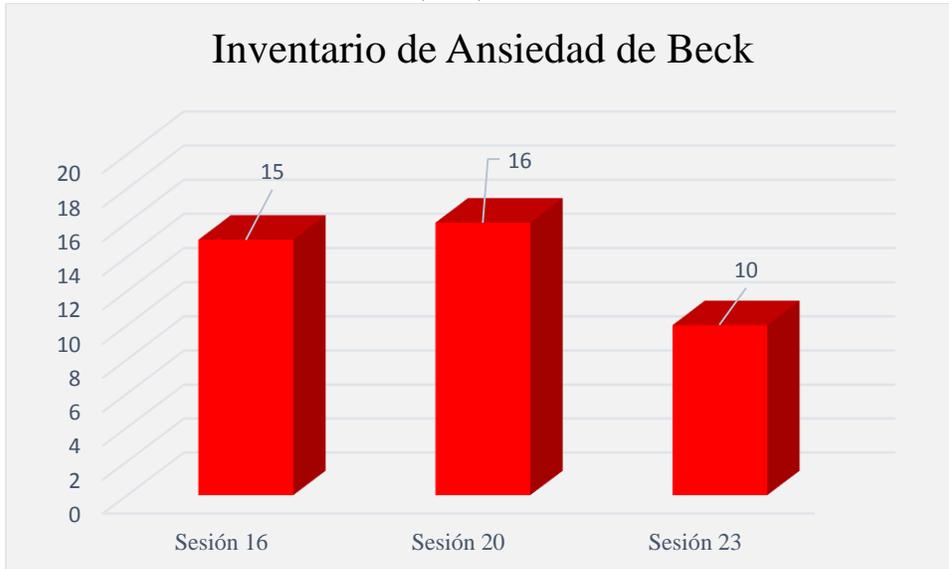
Puntaje Crudo	Nivel de depresión
0 a 9	Mínima
10 a 16	Leve
17 a 29	Moderada
30 a 63	Severa

Elaboración propia

En cuanto a los niveles de depresión, se observa que se mantuvieron en un nivel leve durante las dos primeras aplicaciones y en la última sesión de la intervención del modelo Sistémico bajó a mínimo, sin mostrar alguna alteración significativa.

Gráfica 7

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)



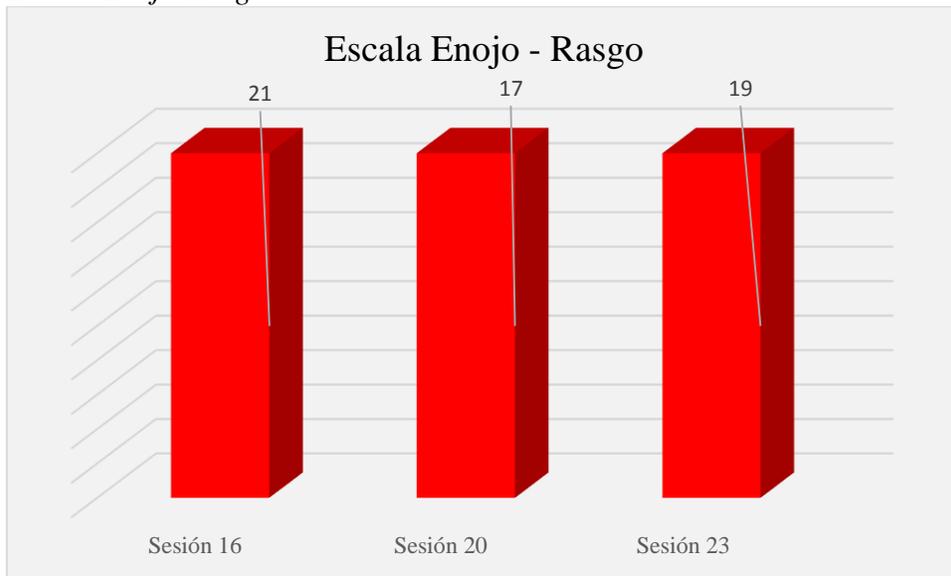
Nivel de ansiedad	Puntaje crudo
Mínima	0 – 5
Leve	6 – 15
Moderada	16 – 30
Severa	31 – 63

Elaboración propia

Durante la intervención del modelo Sistémico, sus niveles de ansiedad se mantuvieron en un nivel leve, aunque para la sesión 20 subió a moderado y probablemente se debió a la interacción con nuevos compañeros de clase.

Gráfica 8

Escala Enojo-Rasgo



Puntaje Crudo	Nivel De Enojo Rasgo
10 -16	Bajo
17 - 22	Promedio
23 - 40	Alto

Elaboración propia

En cuanto a los niveles de enojo del paciente PJ, siendo los más elevados de sus evaluaciones durante todo su proceso, se puede identificar que se mantuvieron en un nivel promedio y de acuerdo a lo ya referido, el poder hablar sobre el resentimiento hacía la familia de su papá le ayudó a ver su enojo desde otra perspectiva, mismo que se mencionará en los resultados cualitativos.

9.3 Resultados Cualitativos

El proceso del paciente PJ se dividió en dos tipos de intervención, la primera con el modelo Humanista-Gestalt y la segunda con el modelo Sistémico. Los resultados cualitativos se podrían describir a nivel individual; sin embargo, es valioso mencionar que se pueden observar mejor, vistos desde una perspectiva global, quedando de la siguiente manera:

El paciente ha logrado disminuir algunos de sus pensamientos recurrentes, como el preocuparse excesivamente por su salud, pues, aunque ya no hace el ejercicio que solía hacer cuando podía ir al gimnasio, ha intentado cuidar su alimentación y hacer otro tipo de rutinas como salir en bici.

Cuando concluyó con el modelo Humanista-Gestalt, PJ comenzaba a reconocer sus emociones sin intelectualizarlas tanto, y durante su proceso Sistémico se vio un gran avance al no intelectualizar en ninguna sesión y poder expresar sus emociones, sobre todo al darse cuenta con su propio discurso que lo que sentía por su familia extensa no era rencor, por el contrario, descubrió que eran ganas de perdonarlos y poder continuar con su vida, así como expresarles de alguna manera que todos sus comentarios que le han hecho desde pequeño le han afectado mucho.

El paciente ha integrado sus polaridades, al percibir que en ocasiones tiene pensamientos completamente contradictorios y ver que hay matices en su forma de pensar ha hecho notar que ciertas acciones no lo hacen mala persona, por ejemplo, que no siempre será el más sociable aunque quisiera, pues hay ocasiones en las que puede sentirse nervioso ante la presencia de otras personas, pero eso no le imposibilita intentar entablar una conversación, tal vez no lo “perfecta” que quisiera pero sí puede intentarlo.

Durante todo el proceso PJ fue identificando sus propios recursos que le han ayudado a desarrollar sus habilidades sociales, tales como incursionarse a clases de francés y clases de guitarra, que le han permitido socializar más allá de sus compañeros de carrera e inclusive a mantener conversaciones cada vez más prolongadas con sus pares. Otro recurso para desarrollar sus habilidades es tratar de comunicarse mejor con su familia nuclear, mostrando interés por ellos y compartiendo actividades que lo hacen acercarse un poco más.

Aunque los niveles de ansiedad de PJ nunca fueron severos, el paciente percibió que cuando pensaba en cómo era su vida antes del confinamiento o cuando fantaseaba con un futuro en donde pudiera volver a salir y desear que todo fuera como antes, su ansiedad se elevaba, por lo que a partir de ciertos ejercicios se logró centrar al paciente en su presente, en donde a pesar de que le cuesta trabajo, ha disfrutado de sus actividades escolares y ha podido incursionare en otros grupos de interés; también ha tenido tiempo para convivir con sus padres, descubriendo que a pesar de la diferencia de edad, tienen cosas en común y a su manera se expresan el cariño que se tienen, sintiéndose más unido a ellos que nunca. En cuanto a sus amigos, encontró la manera de poder convivir con ellos sin ponerse en riesgo de contagio de COVID-19.

Por último, a partir de la narrativa, PJ logró aceptar la historia de su vida, aunque ha sido dolorosa y no como esperaba, se dio cuenta que el proceso de perdonar a su familia extensa es algo que hace todos los días y aunque aún no se siente preparado para hablar con ellos y expresarles que sus comentarios lo han herido, ha descubierto otras formas ver su historia, llevándolo a un lenguaje positivo y que gracias a ello, hoy en día ha logrado cumplir algunas de sus metas, tales como estudiar una carrera diferente a la que la familia acostumbró

a estudiar y sentirse independiente en su toma de decisiones. El paciente agradece tener una familia que en sus posibilidades le han dado el apoyo necesario para poder salir adelante.

10. La persona del terapeuta

Debido a que la terapeuta tiene experiencia trabajando con jóvenes, tuvo la confianza de poder entablar una buena alianza terapéutica, claro con la contribución del paciente, pues no se pudo haber logrado sin la cooperación de ambos; estableciendo una contratransferencia positiva al crear la empatía adecuada que, junto con el compromiso del paciente hacia su proceso, nunca faltó a ninguna de sus sesiones, trabajando colaborativamente en cada una de ellas, aunque ciertos temas le costaran trabajo.

En todas las sesiones existió respeto y una escucha activa, y cuando la terapeuta identificaba temas en los cuales pudiera existir alguna confluencia con el paciente, los llevaba a su propio proceso terapéutico para que no se viera influenciado.

Por último, el *feedback* que se le dio al paciente como acompañamiento, tuvo la finalidad de reforzar las habilidades sociales que ha desarrollado y que le seguirán sirviendo en un futuro, a modo de encontrar nuevas. El respetar el ritmo del paciente, fue muy importante, pues en ocasiones no se sentía preparado hablar sobre su familia hasta que él mismo decidió hacerlo.

11. Discusión

En este estudio de caso el objetivo fue trabajar los rasgos evitativos del paciente, en los cuales la prioridad era reducir sus niveles de ansiedad, centrarlo en el aquí y ahora, así como practicar sus habilidades sociales sobre todo con sus redes de apoyo, todo ello a partir de su sintomatología.

Como resultado, se puede observar a partir de las pruebas aplicadas, que a pesar de que sus niveles de ansiedad no eran elevados, para el paciente generaban malestar y se buscó reducirlos.

El modelo de psicoterapia Humanista-Gestalt favoreció para centrar al paciente en su presente y evitar los pensamientos recurrentes que le generaban malestar, sobre todo a la hora de fantasear con un futuro incierto que le generaban ansiedad. Almada (2017) hace referencia a que la autorregulación surge en el ahora sin interrupción, por lo que se puede expresar que el paciente cuando logra salir del “como si”, identifica sus recursos para autorregularse.

El modelo Sistémico ayudó a mejorar la forma de comunicarse con su familia que a su vez le sirvió para reestructurar el vínculo que tiene con su sistema nuclear. Al respecto Serebrinsky y Rodríguez (2014) en Rodríguez-Bustamente (2016) mencionan que cuando el paciente expresa verbalmente la emoción que tiene por alguien más, será coherente con sus mensajes no verbales, siempre y cuando sea un sentimiento genuino, por lo que el paciente al expresar sus sentimientos ante su núcleo, logró ser coherente con lo que sentía y sobre todo acercase a sus padres mejorando su relación.

A pesar de que el paciente aún no se siente preparado para expresar sus emociones ante su familia extensa, el hecho de reconocerlas, de aceptar su historia sobre todo de

aprender a ver su autonomía y originalidad en este inicio de su etapa de vida adulta, le ha servido para identificar aquellos recursos que le ayudan a socializar.

Es importante resaltar nuevamente que debido a que el paciente desde pequeño estuvo sometido ante diagnósticos y tratamientos que consideró igual de dolorosos que el maltrato que recibía tanto en la escuela como por parte de su familia extensa, pues siempre se vio señalado y relegado de los grupos, situación que le llevó a sentirse inseguro para poder generar relaciones afectivas, socializar y tener miedo de hacer el ridículo ante otros. Durante todo su proceso se evitó hablar de la patología y se centró en las técnicas ya mencionadas que ayudaron a favorecer tanto su autoestima como su forma de comunicarse y relacionarse ante otros.

Finalmente, a partir de esta sistematización se pretende generar mayor investigación sobre la intervención psicoterapéutica ante este tipo de trastornos de la personalidad, pues como la literatura lo menciona, se ha generado muy poca y en medida de que más casos se puedan investigar, habrá mayor evidencia sobre las diversas formas de abordarlos en un tratamiento para lograr la eficacia de los mismos.

Referencias

- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). *Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307-331
- Almada, H. (2017). *Teoría y Método en Terapia Gestalt*. Pax.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5)*. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Paidós.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.)*. Pearson Educación.
- Boscolo, P. y Bertrando, L. (2008). *Terapia Sistémica Individual*. Amorrortu.
- Castañeda, D. R., y Becerra, I. G. (2013). Patrones de personalidad disfuncionales en niños y adolescentes: una revisión funcional–contextual. Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/sumapsicol, 19(2), 131-149.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134225567009>.
- Ceberio, M. (2018). *El genograma. Un viaje por las interacciones y juegos familiares*. Morata.

Fernández, D., y Barrantes, G. (2017). Reflexiones sobre la supervisión clínica. Una experiencia de formación universitaria. *Reflexiones*, 96(2),11-19. [fecha de Consulta 25 de enero de 2021]. ISSN: 1021-1209. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=729/72954786002>

García, F. (2013). *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones*. RIL.

González-Peña, P., Torres, R., Del Barrio, V., y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2),81-91. [fecha de Consulta 25 de enero de 2021]. ISSN: 1130-5274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180651222006>

Inchausti, F., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Vilagrà-Ruiz, R., y Fonseca-Pedrero, E. (2018). El trastorno de personalidad por evitación: una propuesta de tratamiento especializado en la sanidad pública española. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 144-153. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.05.002>

Luzzi, A., Ramos, L., Bardi, D., y Slapak, S. (2015). La Investigación Empírica En Psicoterapia Y La Supervisión Clínica: Aportes Para La Formación Profesional Y Académica. *Anuario de Investigaciones*, XXII(),39-44.[fecha de Consulta 25 de Enero de 2021]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369147944003>

Maillard, P., Pellaton, J., y Kramer, U. (2019). Treating comorbid depression and avoidant personality disorder: The case of Andy. *Journal of clinical psychology*, 75(5), 886-897. <https://doi.org/10.1002/jclp.22764>.

- Mariana, A. (2011). Sistematización de Intervenciones Psicoterapéuticas: La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 15-54.
- Moreno, A y Fernández, I. (2014). *Destreza Terapéuticas sistémicas*, en Moreno Alicia (2014). *Manual de Terapia Sistémica: Principios y Herramientas de intervención*. Descleé De Brouwe.
- Naranjo, C. (2011). *La Vieja y Novísima Gestalt*. Cuatro vientos.
- Orellana, P. (20014). La Pregunta Del Milagro O Un Futuro Realizable. Caso clínico para optar a la Acreditación como Especialista en Psicoterapia por Comisión de Acreditación de Psicólogos Clínicos (CONAPC).
<https://www.psicoterapiacentradaensoluciones.cl/wp-content/uploads/2017/03/La-Pregunta-del-Milagro-en-un-Caso-de-Crisis-de-P%C3%A1nico.pdf>.
- Perls, F. y Baumgardner, P. (2006). *Terapia Gestalt*. Pax.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*. 18 (2), 211-218
- Rodríguez-Bustamante, A. (2016). La comunicación familiar. Una lectura desde la terapia familiar sistémica. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 8, 26-43.
- Ruiz, Dyanne, y Gómez- Becerra, I. (2012). Patrones De Personalidad Disfuncionales En Niños Y Adolescentes: Una Revisión Funcional - Contextual. *Suma Psicológica*, 19(2),131-149. ISSN: 0121-4381. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134225567009>

- Salama Penhos, H. (2007). *Psicoterapia Gestalt: Proceso y Metodología*. Alfaomega.
- Salama Penhos, H. (2012). *Gestalt 2.0: actualización en psicoterapia Gestalt*. Alfaomega.
- Schaefer, H., y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 35-43.
- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M. Á., Monardes Seemann, C., y Jiménez Gómez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. DOI: [10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082)
- Suck, A. T. (2020). *Psicoterapia integrativa: Una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. Manual Moderno.
- Vázquez, A. (2019). *Estudio de caso de un paciente con trastorno narcisista de la personalidad con trastorno depresivo persistente desde un abordaje gestáltico*. <https://hdl.handle.net/20.500.11777/4379>.

Anexos

Anexo 1 Escala Global

Instrucciones: Responde todas y cada una de las preguntas, Indica con una “X” la opción que mejor te describa.

Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas...	1 Na da	2 Casi nada	3 Poc o	4 Reg ular	5 Much o	6 Muc hísi mo
1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi funcionamiento en el trabajo/ escuela/ labores del hogar está siendo perjudicado...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi relación con mi familia está siendo perjudicada...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi salud física está siendo perjudicada...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi vida en general está siendo perjudicada...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi relación de pareja está siendo perjudicada... <input type="checkbox"/> Yo no tengo pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307-331

Anexo 2 Inventario de Depresión de Beck (BDI).

EN ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE ORACIONES. POR FAVOR LEA CADA UNA CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. ESCRIBA UNA “X” AL LADO DE LA ORACION QUE USTED ESCOGIÓ. SI

VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO, MARQUE CON “X” CADA UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1. 0 YO NO ME SIENTO TRISTE
 1 ME SIENTO TRISTE
 2 ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO
 3 ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO

2. 0 EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL FUTURO
 1 ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO
 2 SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO
 3 SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR

3. 0 YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO
 1 SIENTO QUE HE FRACASADO MÁS QUE LAS PERSONAS EN GENERAL
 2 AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS FRACASOS
 3 SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA

4. 0 OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SOLIA HACERLO
 1 YO NO DISFRUTO LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA HACERLO
 2 YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCION DE NADA
 3 ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO

5. 0 EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE
 1 ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO
 2 ME SIENTO REALMENTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
 3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO

6. 0 YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO
 1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO
 2 ESPERO SER CASTIGADO
 3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO

7. 0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO
 1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO
 2 ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO
 3 ME ODI

8. 0 YO NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS
 1 ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES
 2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS
 3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE

9. 0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS
 1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A CABO
 2 ME GUSTARIA SUICIDARME
 3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD

10. 0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL
 1 LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO
 2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO
 3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO
11. 0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR
 1 ME ENOJO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES
 2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO
 3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO
12. 0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE
 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA ESTAR
 2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE
 3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE
13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO LO HE HECHO
 1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MÁS QUE ANTES
 2 TENGO MAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES
 3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES
14. 0 YO NO SIENTO VERME PEOR DE COMO ME VEIA
 1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)
 2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME HACEN VER POCO ATRACTIVO(A)
 3 CREO QUE ME VEO FEO(A)
15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
 1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO
 2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO
 3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO
16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
 1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO
 2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR
 3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR
17. 0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL
 1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO
 2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO
 3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA
18. 0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL
 1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO
 2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA
 3 NO TENGO APETITO DE NADA
19. 0 YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ULTIMAMENTE

- 1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS
 2 HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS
 3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS
 A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS
 SI _____ NO _____

20. 0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES
 1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES COMO, DOLORES, DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACIÓN
 2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY DIFICIL PENSAR EN ALGO MÁS
 3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO PUEDO PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA
21. 0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO
 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA
 2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA
 3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO

Estandarizado en la Cd de México por 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

Anexo 3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INSTRUCCIONES: ABAJO HAY UNA LISTA QUE CONTIENE LOS SINTOMAS MAS COMUNES DE LA ANSIEDAD. LEE CUIADADOSAMENTE CADA AFIRMACION, INDICA CUANTO TE HA MOLESTADO CADA SINTOMA LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUSIVE HOY, MARCANDO CON UNA "X" SEGÚN LA INTENSIDAD DE LA MOLESTIA.

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. DEBILITAMIENTO DE PIERNAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SENSACION DE MAREO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. OPRESION EN EL PECHO, O LATIDOS ACCELERADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. INSEGURIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. TERROR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. NERVIOSISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. SENSACION DE AHOGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. MANOS TEMBLOROSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. CUERPO TEMBLOROSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. MIEDO A MORIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ASUSTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. INDIGESTION O MALESTAR ESTOMACAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. DEBILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. SUDORACION (NO DEBIDA AL CALOR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quieres agregar algún comentario? _____

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Paez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*. 18 (2), 211-218.

Anexo 4 Escala Enojo Rasgo

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Lee cada afirmación y entonces marca con una equis (x) la opción que indique cómo te sientes *generalmente*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezcas demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero da la respuesta que mejor parezca describir cómo te sientes *generalmente*.

¿Cómo te sientes <i>generalmente</i> ...	1, Casi nunca	2, Algunas veces	3, Frecuentemente	4, Casi siempre
1. Soy muy temperamental (enojón)				
2. Tengo un carácter irritable				
3. Exploto fácilmente				
4. Me enojo muy fácilmente				
5. Tengo un humor enojón				

6. Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado				
7. Me pongo furioso(a) cuando me critican delante de los demás				
8. Me pongo furioso(a) cuando cometo errores estúpidos				
9. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco				
10. Me enojo cuando alguien arruina mis planes				

Referencia de la Escala: Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321-343. La escala se validó en población universitaria por el Profesor Raúl Alcázar del Departamento de Ciencias de la Salud de la UIAP; Referencia: Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307-318.

Anexo 5 Protocolo OPTA

Orientación, PsicoTerapia y Aprendizaje Significativo

Universidad Iberoamericana Puebla

PROTOCOLO CLÍNICO

No. de expediente:

Periodo:

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la/el paciente:
Domicilio:
Colonia:
Referido por:
Fuente de la información:
Supervisor/a:
Terapeuta responsable:
Fecha inicio:

Ciudad:

Sexo: **Edad:**
Teléfonos:

No de sesiones durante el periodo:

Motivo de consulta:

Padecimiento actual:

TRATAMIENTOS PREVIOS

<input type="checkbox"/> Psicoterapia individual	<input type="checkbox"/> De grupo	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> De pareja
Cuál fue el motivo:			
<input type="checkbox"/> Medicación	Cuál:		
<input type="checkbox"/> Internamiento	Cuál:		
<input type="checkbox"/> Otros servicios involucrados	Cuáles:		

Circunstancias que desencadenaron la consulta:
RECIENTES

DATOS SIGNIFICATIVOS

Si se presentan, haga click sobre el cuadro y describe.

<input type="checkbox"/> Cambio de residencia:	<input type="checkbox"/> Accidentes:
<input type="checkbox"/> Muertes:	<input type="checkbox"/> Separación:
<input type="checkbox"/> Divorcio:	<input type="checkbox"/> Problemas escolares:
<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo:	<input type="checkbox"/> Enfermedades:
<input type="checkbox"/> Problemas económicos:	<input type="checkbox"/> Asalto:
<input type="checkbox"/> Secuestro:	<input type="checkbox"/> Cárcel:
<input type="checkbox"/> Problemas genéticos:	<input type="checkbox"/> Embarazo:

Otros:

HISTORIA DE ENFERMEDADES MÉDICAS

Enfermedades padecidas durante su vida:

Enfermedades padecidas durante el último año:

Enfermedades crónicas. Cuáles:

Intervenciones quirúrgicas. Edad: Tipo de Intervención:

Enfermedades de tipo hereditario. Cuáles:

Padece o ha padecido alcoholismo. Edad y duración:

Farmacodependencia. Edad y duración:

Prácticas de riesgo para la salud. Edad y duración:

Comentarios:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

Religión:

Ingresos aproximados:

Extracción socio-cultural:

Vivienda

	Propia	Rentada	Compartida
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Departamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terreno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con un familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudios

Máximo nivel escolar:

Certificado: SI NO

Estudia actualmente: SI NO
Seleccione las opciones que correspondan:

Otros estudios:

Obtuvo certificados: SI NO

Si no, explique por qué:

HISTORIA FAMILIAR

Vive el padre: SI NO

A qué edad murió: Cuántos años tenía el/la paciente:

Vive la madre: SI NO

A qué edad murió: Cuántos años tenía el/la paciente:

Lugar de origen del padre:

Lugar de origen de la madre:

Hubo separaciones: SI NO Divorcio: SI NO

Conoce las causas:

Fue entregado/a para su crianza a algún familiar: SI NO

A quién:

Motivos por los que fue entregado/a:

Qué edad tenía:

Vivió con alguna otra persona Parentesco:

Con quién vive actualmente:

FAMILIA ACTUAL

Relación actual:

<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Matrimonio civil	<input type="checkbox"/> Matrimonio religioso	<input type="checkbox"/> Religioso y civil	<input type="checkbox"/> Separada/o
<input type="checkbox"/> Divorciada/o	<input type="checkbox"/> Madre o padre soltera/o	<input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Noviazgo	<input type="checkbox"/> Sin relación actual

Si está casado/a*, nombre de su pareja: Sexo: Edad:

Escolaridad: Ocupación: Estado Civil:

Si ha estado casado/a* anteriormente, por cuánto tiempo:

Si ha estado casado/a* más de una vez, indique como terminaron sus matrimonios:

Si está separado/a o divorciado/a, actualmente tiene contacto con su esposa/o:

SI NO ¿De qué tipo?

Tiene hijos. En orden cronológico, anote sus datos en el siguiente cuadro.

Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Edo. Civil

Existen hijos fuera del matrimonio.

Tipo de relación con ellos:

Etapas del ciclo vital

Etapas del ciclo vital en que se encuentra la familia:

Etapas del ciclo vital en que se encuentra la/el paciente:

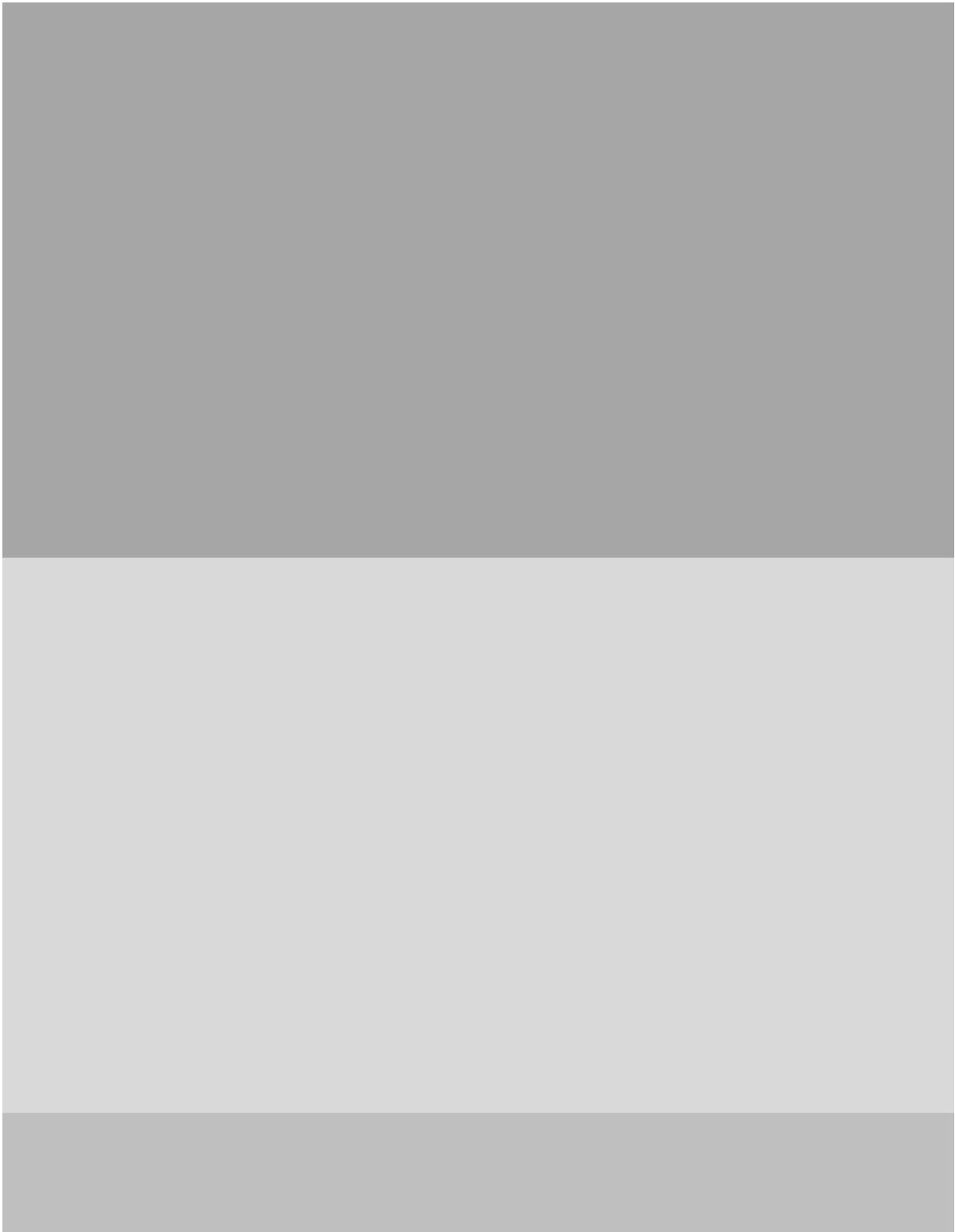
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

(Si se presentan, haga click sobre el cuadro y describe).

<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental:	<input type="checkbox"/> Alcoholismo:
<input type="checkbox"/> Drogadicción:	<input type="checkbox"/> Epilepsia:
<input type="checkbox"/> Abandono:	<input type="checkbox"/> Depresión:
<input type="checkbox"/> Suicidio:	<input type="checkbox"/> Infidelidad:

* Ya que el estado civil ha sido registrado con precisión en el apartado anterior, aquí nos referimos a casado/a para indicar relaciones de "matrimonio", exista o no un contrato civil o religioso.

FAMILIOGRAMA TRIGENERACIONAL



Hipótesis:

PAUTAS DE AJUSTE DURANTE LA VIDA ADULTA

1. Vocacionales

Logros académicos:

Fracasos académicos:

Causas:

Actitudes hacia los maestros:

Actitudes hacia sus compañeros:

Intereses especiales en algún área:

Habilidades especiales que haya desarrollado o pudiera desarrollar:

2. Laborales

Edad a la que empezó a trabajar: Descripción:

Duración del trabajo:

Trabaja actualmente SI NO Empresa:

Domicilio:

Descripción:

Antigüedad en el trabajo:

Otros trabajos SI NO Descripción:

Duración:

Puestos alcanzados:

Habilidades especiales:

Actitud hacia patrones o jefes:

Actitud hacia subalternos:

Describe trayectorias y transiciones:

3. Sociales

Tiene amigos/as: SI NO Descripción de las relaciones significativas:

Escenarios (Opciones) :

Se considera tímido: SI NO Se considera extrovertido: SI NO

Le agradan las reuniones sociales: SI NO En qué se divierte:

Es constante con sus amistades: SI NO

Pertenece a algún club: SI NO Cuál:

Ha ocupado puestos de dirigente: SI NO Cuáles:

Actividades de participación social:

4. Familiares

Describe pautas de ajuste, tipos de crisis y transiciones:

5. Sexuales

Cómo adquirió información sexual:

Observaciones al respecto:

Edad a la que tuvo su primera relación sexual:

Descripción de la experiencia:

Sexualidad actual: Activa Inactiva
 Satisfactoria Insatisfactoria

Ajuste sexual actual (masturbación, disfunción sexual, control natal, enfermedades de transmisión sexual, elección sexual):

EXAMEN MENTAL

Descripción física de la/el paciente:

Conducta observable y actividad psicomotora:

Actitud hacia el evaluador:

Discurso:

Alteraciones del humor y afecto:

Pensamiento:

- a. Alteraciones del contenido:
- b. Alteraciones de la forma:

Alteraciones perceptuales:

Funciones sensoriales y cognitivas:

- a. Conciencia:
- b. Orientación (persona, tiempo, lugar) :
- c. Concentración y atención:
- d. Memoria:
- e. Cálculo:
- f. Razonamiento abstracto:

Capacidad de Insight:

Alteraciones del juicio:

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL YO

- 1. Relación consigo mismo/a**
 - a) Identidad:
 - b) Autoestima:
 - c) Autoimagen:
- 2. Prueba de realidad:**
- 3. Juicio:**
- 4. Sentido de realidad del mundo y del sí mismo:**
- 5. Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos:**
- 6. Relaciones objetales o interpersonales:**
- 7. Procesos cognitivos:**
- 8. Regresión adaptativa al servicio del yo:**
- 9. Funcionamiento defensivo:**
- 10. Barrera a los estímulos:**
- 11. Funcionamiento sintético-integrativa:**
- 12. Funcionamiento autónomo:**
- 13. Dominio competencia:**

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA

1. Métodos y técnicas aplicadas

- Entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos del eje I (SCID-I):
- Entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos del eje II (SCID-II):
- Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS-III):
- Inventario multifásico de personalidad Minnesota (MMPI-2):
- Test Gestáltico Visomotor de Bender:
- Interpretación del dibujo proyectivo H-T-P:
- Test de apercepción temática (T. A. T.):
- Test de relaciones objetales:
- Instrumento de inteligencia no verbal BETA-III:
- Otro:

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO

1. Diagnóstico multiaxial

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención

Código diagnóstico	Categoría DSM-IV-TR

Eje II: Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Código diagnóstico	Categoría DSM-IV-T

Eje III: Enfermedades médicas

Código diagnóstico	Categoría CIE-10

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

- Problemas relativos al grupo primario** Especificar:
- Problemas relativos al ambiente social** Especificar:
- Problemas relacionados con la enseñanza** Especificar:
- Problemas laborales** Especificar:
- Problemas de vivienda** Especificar:
- Problemas económicos** Especificar:
- Problemas relativos al acceso a los servicios médicos** Especificar:
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen** Especificar:
- Otros problemas psicosociales y ambientales** Especificar:

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global

Puntuación:

Período de tiempo:

2. Diagnóstico diferencial

Criterios diagnósticos presentes:

Criterios excluyentes:

Categorías a descartar:

3. Pronóstico

Favorable:
Desfavorable:
Reservado:

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Corto plazo:

Mediano plazo:

Largo plazo:

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Modelo psicoterapéutico:

Técnicas estratégicas:

Nombre y firma del terapeuta