

# Caso clínico de trastorno obsesivo compulsivo de personalidad

Adán Peralta, Blanca Cecilia

2017

---

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3356>

<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 DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DE PERSONALIDAD**

DIRECTOR DEL TRABAJO  
DRA. LOURDES CARRILLO ARCEGA

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

Presenta

**BLANCA CECILIA ADAN PERALTA**

Puebla, Pue.

2017

## **Índice**

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<i>Introducción</i>	3
<i>Datos Generales de la paciente</i>	4
<i>Motivo de consulta</i>	5
<i>Objetivos terapéuticos</i>	6
<i>Justificación</i>	6
<i>Instrumentos de Evaluación</i>	8
<i>Formulación del caso clínico</i>	12
<i>Evaluación Multiaxial</i>	13
<i>Mecanismos de Defensa</i>	14
<i>Plan de trabajo</i>	15
<i>Avance del caso clínico</i>	21
<i>Factores asociados al terapeuta</i>	22
<i>Discusión</i>	24
<i>Referencias</i>	26

## **Índice de Figuras**

<b>Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
A 1	<i>El Ciclo de la experiencia de Salama</i>	11
A 2	<i>Resultados del paciente M.G</i>	22

## INTRODUCCIÓN

La psicoterapia al pasar del tiempo ha tenido diferentes matices, tiene que ver con el contexto, con cada momento y lugar específico, se ha ido desarrollando para resolver situaciones, dolencias que van más allá del alma, de la psique o de la conducta humana, tiene que ver con todo lo que nos involucra como seres individuales y sociales. Sin embargo, todos los diferentes enfoques están orientados al bienestar de las personas, así como a una mejor calidad de vida.

El presente caso clínico, se realizó en la Universidad Iberoamericana Puebla. En el Departamento de Orientación Psicoterapéutica y Aprendizaje Significativo; OPTA. Siendo semanalmente la periodicidad (quince sesiones), se utilizaron instrumentos que están orientados a evaluar, Enojo, Depresión y Ansiedad, relacionando los datos entre la primera, quinta, décima y décimo quinta sesión, tanto las sesiones como la aplicación de dichos instrumentos se realizaron en el periodo Otoño Invierno del año 2016.

El desarrollo del presente trabajo tiene por objetivo exponer el caso de una paciente con **Trastorno Obsesivo Compulsivo de Personalidad** bajo el modelo clínico-gestáltico. Se expone el proceso que se siguió, los instrumentos y técnicas utilizadas, así como los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos.

Contando con el análisis profundo de un equipo terapéutico en cámara Gessell, revisión in vivo y video por parte de la supervisora experta en el tema.

## **DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:**

M.G es una joven de 20 años, hija única, originaria de Acapulco, Guerrero. Actualmente estudia quinto semestre de Mercadotecnia, en universidad privada en la ciudad de Puebla, llega al Opta refiriendo: “*Últimamente me he sentido mal en automático*” en el aspecto académico es sobresaliente por lo que ingresa con beca de excelencia, en la primaria, secundaria y preparatoria ha tenido un buen desempeño académico, recuerda que siendo niña es diagnosticada con Déficit de Atención, no tuvo ningún tratamiento, desde muy pequeña asiste a diferentes actividades, como danza, ballet, deportes, pintura etc.

En la dinámica de familia se observa apego con la figura materna, tienen un negocio familiar, el cual era atendido por los padres de M.G, pero hace aproximadamente tres años, se hace cargo la madre, debido a que el padre fallece en un accidente, siendo ese mismo año, cuando la paciente cambia de lugar de residencia por estudiar la universidad, la paciente se define como una persona inteligente, sensible, responsable, amorosa, confiable, de carácter fuerte, comprometida con lo que hace, pero en ocasiones los demás la llegan a percibir enojona, ya que se pone irritable si algo no sale como ella lo planea, como parte de su rutina lleva un registro de actividades del día y cuando esto sale de control se molesta mucho.

En la actualidad pertenece al grupo de comunidad cristiana, donde es líder, también lleva a su cargo la mercadotecnia de un proyecto de su escuela, el cual sido aprobado. La paciente se siente controlada por la madre, pues quiere intervenir en la decisiones y actividades que realiza.

## **OBSERVACIÓN Y ACTITUD DE LA PACIENTE DURANTE EL PROCESO**

### **TERAPEUTICO:**

La paciente M.G de 20 años de edad, acude a terapia en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, en general de manera puntual, actitud colaborativa, vestimenta casual, el discurso es claro congruente y coherente acorde a su contexto social, sin compromiso aparente en el área cognitiva, tez clara, ojos grandes negros, cabello rizado negro, de cuerpo torneado sin llegar a robusto, ella se define como una persona “inteligente, sensible, responsable, amorosa, confiable, de carácter fuerte, comprometida con lo que hace, pero que en ocasiones los demás la llegan a percibir enojona, ya que se pone irritable si algo no sale como ella lo planea. “

Por lo que algunos de los síntomas encontrados son los siguientes: Perfeccionismo y necesidad de control, culpabilidad vs. responsabilidad, incapacidad para relajarse, impulsividad, estrés constante, obstinación, rigidez, poca flexibilidad en aspectos morales, valores y éticos.

### **MOTIVO DE CONSULTA:**

M.G. llega a proceso psicoterapéutico del Departamento de Orientación Psicoterapéutica y Aprendizaje Significativo OPTA, con el motivo de consulta: “Últimamente *me he sentido mal en automático*”

Cuando inicia tratamiento, reporta dificultad para poder dormir, rumiación del pensamiento, piensa mucho en el futuro, ansiedad, poca tolerancia con sus compañeros y prefiere no trabajar en equipo, así como dolores de cabeza.

Durante el tratamiento decide tener novio, lo conoce en el grupo de la comunidad cristiana y menciona que se siente a gusto. A partir de este evento la madre de la paciente aumenta con el control de llamadas.

En la primera sesión establece que desea identificar por qué se irrita demasiado sin razón aparente, Se aborda a través de la Terapia Gestáltica, generar conciencia de vivir en el momento, atendiendo las necesidades emergentes, consiguiendo congruencia entre el pensamiento y la conducta, por lo que es importante en el proceso terapéutico alcanzar un mejor desarrollo integral, de esta forma se plantean los siguientes objetivos:

### **OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:**

1. Trabajo desde la premisa del enfoque Gestalt «aquí y ahora»
2. Bajo la perspectiva Estructural, establecer límites, definir roles, redefinir la identidad familiar
3. Crear conciencia de Introyectos
4. Redefinir relaciones y tipo de comunicación.

### **JUSTIFICACIÓN:**

Salama (2007) refiere que los pacientes llegan a la terapia provistos de bloqueos en el ciclo de la experiencia, éstos surgen como un recurso adaptativo con la finalidad de la sobrevivencia del yo.

El trabajo con las polaridades según la Gestalt, se utiliza para intervenir en conductas inadecuadas, se llevan a cabo experimentos que se complementan con técnicas específicas con la finalidad de lograr que la persona pueda desarrollar conductas distintas, encaminadas a la creatividad y una perspectiva amplia de sí mismo.

Existen 3 tipos de técnicas que se utilizan en el terreno terapéutico: (Salama, 2007): expresivas, supresivas e integrativas.

La teoría psicosocial Erickson (1963) refiere: “Ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas)”. Apunta que los individuos comienzan a desarrollar la capacidad de confiar en los demás a través de las figuras significativas, generalmente son los cuidadores, mamá o papá, por lo que si las etapas si dichas etapas trascienden de forma satisfactoria la confianza se desarrolla con éxito y por ende las personas logran mayor integración de seguridad en su contexto, desarrollando capacidad de afrontar dificultades de manera creativa, por lo contrario cuando las crisis no son superadas puede existir mayor riesgo para confiar, teniendo episodios de miedo, incertidumbre en el mundo, dar lugar a ansiedad e inseguridad como resultado una tremenda sensación de desconfianza donde se encuentre.

La paciente reporta que ha estado sometida a estrés y que las dificultades de sus molestias pudiesen deberse a ello, por lo tanto el estrés a diferencia del trastorno del estado de ánimo se ha llegado a considerar como algún esfuerzo hacia el trabajo ó situaciones a enfrentar cotidianamente, Burin (2000) menciona que cuando los momentos de estrés no se solucionan la conducta puede modificarse y tener reacciones de molestia, ira, aislamiento sin razón aparente, desencadenando algún tipo de enfermedad impactando en la vida de las personas

Tal como lo menciona Caballo (2009) “Los trastornos de la personalidad (TTPP) se caracterizan por ser patrones desadaptativos, de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones”



En el transcurso de las sesiones se identificaron componentes que aluden a ciertas obsesiones y compulsiones, a nivel de cognición o conductas. Rodríguez (2009) Se refiere a “obsesión como pensamientos intrusivos, que son de carácter molesto y difícilmente pueden ser evitados. Por otra parte, las compulsiones, son acciones que se ejecutan de manera repetitiva, con el propósito de reducir la ansiedad que provoca el pensamiento intrusivo. La explicación de ambos componentes sugiere una dificultad por parte de la persona para controlar sus pensamientos y sus acciones”.

Por lo que hoy en día el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), es un trastorno que presenta una significativa relación con otro tipo de padecimientos debido a sus características sintomatológicas (dudas, pensamientos reiterativos, etc.) compartiendo así diversos síntomas. De este modo, se habla de entidades que forman parte de lo que se conoce como espectro TOC, es decir, trastornos que manifiestan obsesiones y/o compulsiones: anorexia nerviosa, personalidad esquizotípica, trastorno dismorfofóbico o síndromes orgánicos entre otros. García (2008).

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

Los Instrumentos de evaluación que se mencionan a continuación son empleados en relación a los objetivos del tratamiento. La evaluación incluye técnicas cuantitativas, cualitativas tales como: entrevista clínica observación fenomenológica, técnicas e instrumentos cuantitativos.

### **I. Escala global**

(Alcázar, 2010) Menciona que es un Instrumento diseñado a medir el funcionamiento en las diversas áreas de la vida laboral, escolar, relacionales en la amistad, pareja y familia, salud

física, y salud sexual, la validez aparente (de facie). Lo constituyen siete reactivos, No existen datos de su confiabilidad, la escala con puntaje del 1 al 6

**II. Escala de Enojo Rasgo:** (Moscoso y Spielberger, 1999)

El cual mide la predisposición del sujeto a experimentar enojo ante cualquier situación ante cualquier momento. Los datos de confiabilidad y validez Cronbach son de .76 para la escala enojo estado, .76 para temperamento de enojo, .73 para enojo extremo y .88 para control de enojo, consta de diez reactivos, como ejemplos de sus reactivos tenemos las frases

- “Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás”
- “Me enojo muy fácilmente”.

Los puntajes arriba de 23 (arriba del percentil 75) indican alto enojo rasgo, es decir, fácil tendencia a enojarse.

**III. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)** (Beck, 1988) Mide la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de ansiedad, validada por Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001.

Escala del 0 al 63 → A mayor puntaje la sintomatología aumenta. 0-15 Ansiedad mínima, cuenta con 21 reactivos.

- 6-15 Ansiedad leve
- 16-30 Ansiedad moderada
- 31-63 Ansiedad severa

**IV. Inventario de depresión de Beck (BDI)** (Beck, 1988) Mide síntomas y aspectos conductuales asociados a la depresión. Validez en México por Jurado., et al.

Se utilizó también el Inventario de depresión de Beck (BDI) el cual mide la sintomatología depresiva durante los últimos 15 días.

Los datos de confiabilidad y validez son de 0.87.

Algunos ejemplos de reactivos y sus datos de respuesta son los siguientes:

0 para la frase “Yo no me siento que este siendo castigado”

1 para la frase “Siento que podría ser castigado”

2 para “Espero ser castigado”

3 para “Siento que he sido castigado”

Escala de 0 a 3 (0 =ausencia del síntoma y 3=severidad máxima) mayor puntaje más depresión, cuenta con 21 reactivos.

0-9 Depresión mínima

10-16 Depresión leve

17-29 Depresión moderada

30-63 Depresión severa

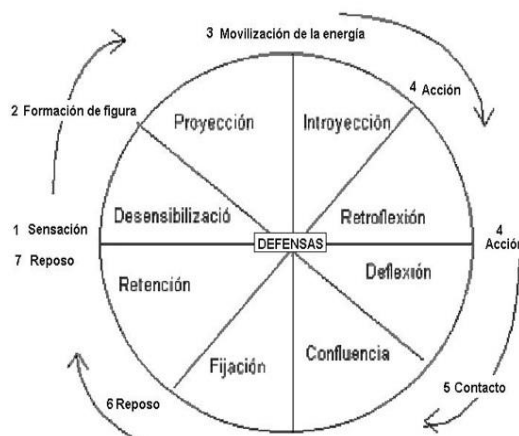
- V. Como parte del enfoque Gestáltico que se utilizó para este caso, el Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Héctor Salama (2007)

### **Técnicas e instrumentos cualitativos**

- VI. La entrevista clínica:** Tal como lo señala Portillo, (1994) Es un instrumento importante en el proceso terapéutico ya que es un medio de exploración, permitiendo comprender el significado del comportamiento, sintomatología y dinámica de las dificultades, así como el motivo de consulta de los pacientes o consultantes.
- VII. Observación fenomenológica:** Zinker (1997) Nos menciona que es un proceso que se experimenta en el aquí y ahora, teniendo que ver con la inmediatez existencial. No tiene que ver con las interpretaciones, sino más bien con la parte

de las experiencias humanas, pues la realidad no es estática, siendo móvil, cambiante, con tendencia de marchar hacia adelante.

**VIII. Ciclo de la experiencia.** Por otra parte, el “Ciclo de la experiencia” es importante para identificar donde se encuentra bloqueado el paciente de la Figura-fondo, Polaridades, Contacto y Cierre.



*Figura A1: Circulo de la Experiencia*

*Fuete: Salama, (2007)*

**IX. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV** (2003), utilizado en la práctica clínica, educativa y de investigación, para clasificar los trastornos mentales, basados en criterios y rasgos ya definidos, es importante que los profesionales de la salud que lo utilicen cuenten con experiencia clínica que permita justificar los signos, síntomas y criterios para el posible diagnóstico y tratamiento.

**Formulación del caso Clínico con base en el Enfoque Terapéutico**

**Motivo de consulta:**

Inicialmente la paciente refiere: “*Últimamente me he sentido mal en automático*” en esta primera sesión se establecen objetivos, así como lo que quiere modificar con el compromiso explícito de llegar a consulta con lo que necesite trabajar.

El tratamiento se asigna conforme a la supervisión, en este caso se abordó desde: “**Gestalt Clínico**”, realizándose las siguientes hipótesis:

**Hipótesis Clínica:** “Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad”

**Hipótesis Gestáltica:** Se encuentra el bloqueo de post contacto, pasa por la experiencia y está fijada.

**Figura:** Perfeccionismo

**Fondo:** Se encuentran expectativas altas, con ella y con los demás, se comporta “como sí” en una forma de complacer, que no está generando desarrollo emocional, para no hacerlo se afianza en una figura de dependencia y de deber ser.

**Hipótesis familiar:** En la actualidad la paciente tiene dificultades para establecer límites con la madre porque se encuentra sobre involucrada o con alguna otra persona que pueda ser significativa, se estima que en la medida que la paciente pueda diferenciarse de la figura materna podrá individualizarse, en función de lo mencionado se espera pueda alcanzar independencia emocional, adaptarse a las necesidades personales, así como al contexto social.

El concepto de Diferenciación según Bowen, (1991) nos ayuda a identificar el grado que tienen los individuos en este constructo, siendo de utilidad clínica para tomar decisiones en el proceso de terapia.

### **Evaluación Multiaxial:**

El trastorno F60.5 obsesivo-compulsivo de la personalidad en el (DSM – IV TR) afirma:

#### **Eje I**

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

#### **Eje II F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**

*Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems, en la paciente se observa y computan 7 de 8:*

**Preocupación por los detalles, normas, listas, orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.**

- 1. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (ej.; es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).**
- 2. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con la exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).**
- 3. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética, valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).**

4. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tiene un valor sentimental.
5. **Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.**
6. **Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay quien acumular con vistas a catástrofes futuras.**
7. **Muestra Rigidez y obstinación.**

**Estilo Histriónico de la personalidad:** Millon (1998) nos menciona que el estilo de personalidad la personalidad Histriónica se caracteriza por la polaridad: la focalización ecológica (educación) y la actividad (modificación), no resultando significativas las polaridades de dolor y placer, es decir donde la productividad es indispensable en su vida, quiere ser visto, es divertido, es un trabajador Funcional.

### **Eje III**

Enfermedades Endocrinas (hace cuatro ó cinco años: quistes en los ovarios)

### **Eje IV**

**Problemas relativos al grupo primario:** Muerte del padre hace 4 años, cambio de residencia, adaptación a nueva dinámica personal y familiar.

**Problemas relativos al ambiente social:** Tiene pocas amigas, los compañeros de clase la consideran enojona y en ocasiones no se acercan a la paciente, por otro lado, ella prefiere realizar de forma individual los trabajos, para terminarlos como ella elija.

### **Eje V**

**EEAG = 71**

**Pronóstico:** Favorable, la paciente cuenta con adecuados factores de protección que le han permitido, a pesar de sus padecimientos tener una vida funcional y satisfactoria en áreas importantes, como la escolar.

### **Mecanismos de defensa utilizados (Salama, 1999)**

#### **1. Defensas o estrategias de afrontamiento actuales (nivel adaptativo elevado)**

Sublimación, altruismo, autoafirmación, auto observación

#### **2. Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos)**

Intelectualización, aislamiento afectivo

#### **3. Nivel menor de distorsión de las imágenes**

Omnipotencia, devaluación

#### **4. Nivel de encubrimiento**

Proyección

#### **5. Nivel de acción**

Retirada Apática

1. Confluencia (Gestalt)
2. Introyección (Gestalt)
3. Sublimación (psicoanalítico)

### **Elección del Tratamiento**

- Trabajo desde la premisa del enfoque Gestalt «aquí y ahora»
- Bajo la perspectiva Estructural, establecer límites, definir roles, redefinir la identidad familiar



- Crear conciencia de Introyectos
- Redefinir relaciones y tipo de comunicación.

#### **PLAN DE TRABAJO:**

- Trabajo con la diferenciación y límites con las personas que resultan significativas.
- Fortalecimiento de la autoestima e identidad
- Toma de conciencia de sus estados de ánimo y toma de decisiones
- Trabajo con introyectos, transformados en deberías.
- Trabajo de sensibilización y empatía, que le permita tener mayor apertura con las personas y con ella misma.
- Evaluar la ansiedad y Depresión con los protocolos que se han establecido en el servicio del OPTA.
- Trabajar con las relaciones parentales indiferenciadas.
- Resignificación con su rol de hija, pareja, amiga.

**Las técnicas o métodos** utilizados que se mencionan a continuación fueron algunas de las más representativas de acuerdo al diagnóstico y objetivos a alcanzar durante el tratamiento:

**1.** Uno de los mecanismos utilizados por la paciente es la **INTROYECCIÓN**, según (Salama, 1999) menciona que el trabajo en sesión va dirigido a fortalecer las internalizaciones y consecuentemente a debilitar los introyectos, dado que son polaridades; si una se fortalece la otra se debilita. Como ejemplo:

- Cambiando el debo por el quiero.
- Analizar las creencias o pensamientos que hacen que nuestra conducta se rigidice y confrontarlos con la realidad.

- Encontrar el origen del introyectos y devolvérselo a la persona que nos lo dio, cambiándolo por un mensaje más acorde a nuestra manera de pensar.
2. El segundo mecanismo a trabajar durante el proceso de terapia fue la **PROYECCIÓN**, ya que como se menciona anteriormente, su conducta implicaba reconocer en los otros, ideas, creencias o actitudes que no son reconocidas en sí misma, teniendo como resultado una escisión entre lo que es real y lo que sabe de ellas (Polster, 1994).
  3. El siguiente mecanismo recurrente que se observa mediante su discurso y su conducta es la **FIJACIÓN**, en la fase de Post-Contacto, el cual consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que puede llevarla a rigidizar los patrones de conducta (Salama, 1992).

Para trabajar la fijación (Salama, 1992) se buscaron figuras alternativas y anclajes en la zona de fantasías.

- Facilitar el sentido de comportamiento de modo que no se quede a medio camino el proceso, alcanzando así el sentido de identidad que se desarrolla completando las pequeñas secuencias de la vida.
  - Se observó que la paciente constantemente se encuentra en la zona de fantasía y constantemente existe alteración por lo que las intervenciones fueron en el sentido de modificar las expectativas y creencias distorsionadas.
4. Para trabajar la autoestima se utilizó la **Técnica de la Olla** (Satir,1998) siendo importante reconocer habilidades, cualidades, defectos, descubriendo el valor personal, pero al mismo identificando el valor de los otros, teniendo claro como lo

menciona la Autora citada anteriormente: “*Cualquier persona que reciba amor, estará abierta al cambio.*” Algunas de las preguntas cuando se realizó la actividad fueron las siguientes:

- ¿Qué sientes hacia ti?
- ¿Qué ha ocurrido o está sucediendo en este momento? ¿Cómo respondes ante esto, de qué que te das cuenta?
- ¿Qué sientes por tu manera de responder a los acontecimientos?
- Si te encuentras tenso, relaja tu cuerpo y entra en contacto con tu respiración.

Bowen, (1991) reconoce que las personas no se desarrollan en el vacío. Más bien, el individuo se agrupa en unidades familiares y estas familias se desarrollan y comprende un todo que, de muchas maneras, es más grande el poder que la suma de los individuos que la componen. En esencia, **las familias desarrollan un “sistema emocional” o “campo emocional” en el que operan.**

Es importante que la paciente identificará las conductas que no corresponden a sí misma, sino más bien a creencias que nacieron en un primer momento de su vida y en la actualidad involucra a la toma de decisiones como individuo adulto e independiente.

5. (Watzlawik,2000) **Connotación Positiva y prescripción del síntoma:** Esta técnica es utilizada en una situación destructiva, donde la dificultad ó el síntoma cumplen con alguna función estabilizadora para la familia, en este caso nos encontramos, con una paciente sobreinvolucrada con la madre, (madre sobreprotectora) donde a través de los cuidados extremos la han llevado a presentar inseguridad, fragilidad psicológica, en este caso se connoto de forma positiva. Esta situación produce la participación y colaboración que están orientadas al cambio.

**El resultado fue:** Habla con la madre de cómo se siente con respecto a la sobreprotección y control a pesar de vivir en otra ciudad, por lo que genera conciencia, de las conducta controladora hacia sus actividades y relaciones interpersonales importantes , pareciéndose a su madre.

**Técnica utilizada el día 8 de noviembre de 2016:**

### **Técnica “La máscara”**

**Objetivo:** Identificación y toma de conciencia de los diferentes roles que han permitido desempeñarse en la vida cotidiana, pues no siempre corresponden a las necesidades de la paciente, sino más bien a las expectativas de las otras personas o bien como quiere ser vista, cabe mencionar que entre más distante es la máscara que se utiliza de lo que en realidad se es, menos libertad se experimenta, como tomar decisiones, cambio de rol familiar, frustraciones, así como estados de ansiedad permanentes.

**Metodología:** La consigna de tarea fue realizar una máscara, en terapia realizo una lista de 20 características que más la describen, no importando que fuesen positivas o negativas, las agrupó por similitudes, posteriormente iniciamos con la lista más grande poniéndole un nombre mismo que llevaría la máscara.

Por lo que las preguntas fundamentales fueron: **¿para qué te sirve esta máscara? y ¿qué hay detrás de la máscara?**, cada pregunta se le hacía durante tres minutos repetidamente mientras ella contestaba.

**Fragmento de la sesión:** Se inicia cuando la paciente se pone la máscara, con la primera pregunta (tres minutos con esta misma pregunta)

Terapeuta: **¿para qué te sirve esta máscara?**

M.G. *“Para alejar a las personas, para no dejar que mi lado emocional me gane mucho, para ser reconocida, para tener el control de las situaciones, para que vean que soy inteligente, para parecerme a mi mamá y papá, para aparentar que no tengo problemas, para salir adelante, para ser fuerte” etc.*

Terapeuta: **¿qué hay detrás de la máscara?**

M.G. “miedo”

En este momento la paciente rompe en llanto, durante un tiempo, su expresión es de mucha tristeza, dolor, se tapa la cara, por lo que me acerco un poco, diciéndole: *“está bien que llores, no siempre tienes que estar bien, cambio mi tono de voz, más lento, bajo para darle mayor contención, y tiempo”*

Una vez que recupera aliento, pregunto:

Terapeuta ¿de qué te diste cuenta?

M.G. *“casi todo el tiempo me pongo la máscara para no equivocarme, pero eso no me permite ser quien quiero ser, me doy cuenta que en realidad soy muy sensible pero lo oculto la he utilizado para llegar a las expectativas de ser una hija, alumna, compañera brillante”*

Terapeuta ¿y quién quieres ser?

M.G. *“quiero aprender a que a veces es necesario no tenerla todo el tiempo, porque me lastima”*

**Observaciones de esta sesión:** La paciente pudo darse cuenta que puede ser sensible, empática a las necesidades de los demás pero sobre todo a las propias, el que sea productiva en muchas áreas le permite llegar a metas, lo cual es benéfico, pero al mismo es importante identifique como es la forma de relacionarse, pues cuando estas expectativas no son alcanzadas, aumenta la frustración pero también la ansiedad, si no se equivoca como aprenderá a saber que siente y en realidad que requiere de forma genuina, por otro lado abordamos el tema de las necesidades acorde a su edad y rol de hija, ya que parte de estas exigencias pueden estar encaminadas a no diferenciarse de la madre y mantener dichos síntomas a través de sus pensamientos y conductas .

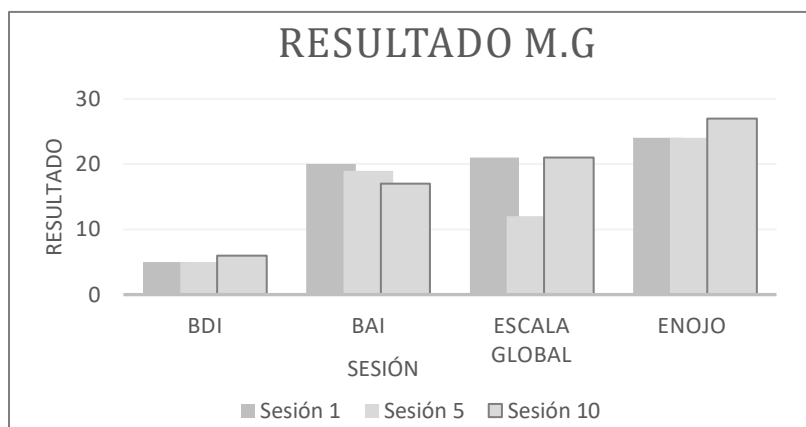
#### **AVANCE DEL CASO CLINICO:**

La paciente acude a 11 sesiones de 50 minutos de duración, cancela en dos ocasiones, siendo imposible para la paciente asistir debido a que no le daba tiempo trasladarse. Los temas abordados durante las sesiones se mencionan a continuación:

- Desde la premisa Gestáltica, trabajo en la toma de conciencia y modificación de lenguaje, creando responsabilidad en la toma de decisiones.
- Identificación de límites y relación con la figura materna “donde termina la paciente y donde inicia la madre”
- Rediseñar el rol que adoptado en referencia con la madre y sistema de creencias que ha aprendido en la infancia, adolescencia y que la han llevado a situaciones de crisis.
- Superar la crisis por las que atraviesa
- Fortalecimiento de la autoestima e identidad.
- Desarrollo de sensibilización empatía, y flexibilidad permitiendo mayor apertura con las personas y con ella misma.

- Trabajo con introyectos, transformados en deberías.
- Trabajar con las relaciones parentales indiferenciadas.
- Identificar habilidades sociales que le permitan ser asertiva

### Resultado Cuantitativo



*Figura A2. Resultados del paciente M.G.*

*Fuente: Elaboración propia*

Los instrumentos que se aplicaron en la primera, quinta y décima sesión fueron para identificar posible depresión, dificultad en las relaciones interpersonales o facilidad para irritarse o enojarse, arrojando que la paciente tiende constantemente a enojarse, principalmente cuando se llega a sentir frustrada en algunas actividades, por lo que existe ansiedad moderada y posiblemente dificultad en las relaciones cercanas para resolver situaciones, es importante señalar que el enojo y la ansiedad a trabajar durante las sesiones fueron en relación a la figura materna.

### Factores asociados al Terapeuta:

Como lo menciona Oblitas (2008), el proceso terapéutico involucra las fases, consecutivas por las que atraviesa el tratamiento psicológico, dando inicio desde la primera sesión, hasta la culminación de dicho proceso.

Por lo que Kanfer y Grim (1980) sugiere siete fases, siguiendo el modelo de autorregulación; a) estructuración de roles y creación de alianza terapéutica; b) desarrollo de compromiso para el cambio para el paciente; c) análisis conductual; d) negociación del tratamiento; e) ejecución del tratamiento y mantenimiento de la motivación; f) monitorización y evaluación de los progresos y resultados del tratamiento y g) mantenimiento y generalización de resultados y terminación del tratamiento.

Intervinieron variables que debemos tomar en cuenta, ya que pudieron repercutir o modificar el proceso terapéutico, a continuación, se mencionan algunas características y factores que influyeron en este caso de estudio:

**La edad** de la terapeuta influyó en la identificación y empatía, durante la terapia se dirigía a la terapeuta de usted y en ocasiones de tú, refiriendo sentirse escuchada por alguien y sobre todo que no lo había pensado así, sin ser juzgada.

**El sexo** ya que, es una paciente que tiende a identificarse con la figura femenina; resultado sencillo abordar temas de intimidad o sexualidad.

**Nivel intelectual**, la paciente muestra habilidades para generar un nivel alto de conciencia, se observa capacidad para avanzar en tareas concretas viéndose a si misma.

**La sinceridad** como valor permitió que el proceso a pesar de la complejidad se tornara ligero, forma desde el inicio un parte aguas en los avances o resultados de dicho proceso.

**Las siguientes características forman parte del Perfil del Terapeuta observados en este caso y el grupo de supervisión:**



1. **Empatía:** Como parte fundamental en la relación terapeuta-paciente, capacidad de comprender las dificultades de las personas, desde el tono de voz, posturas, gestos, etc.

2. **Conocimiento de sí mismo:** La terapeuta reporto a la supervisora la dificultad que en ocasiones representaba este proceso, se conmovía con la paciente por identificarse en algunas cuestiones personales, poniendo atención e la transferencia y contratransferencia de dicho proceso.

3. **Capacidad de escucha:** Se logro desarrollar la empatía para integrar la información, pero no solo de forma auditiva, también lo que decía en los silencios, con gestos, de lo que no se habla y de lo que se habla a través de la conducta, de como lo ha integrado a lo largo de su vida.

4. **El establecimiento de encuadre:** Permitió darle estructura a la forma de trabajo, organizar el tiempo, así como establecer metas y objetivos concretos a trabajar.

5. **Manejo de emociones,** Por la contratransferencia desarrollada por la terapeuta y las emociones suscitadas constantemente permitieron un desarrollo profesional y personal.

## **DISCUSIÓN:**

En este estudio de caso el motivo de consulta fue: “Últimamente me he sentido mal en automático” sin embargo **los objetivos terapéuticos** a desarrollar fueron: Desde la premisa del enfoque Gestalt «aquí y ahora» bajo la perspectiva estructural, establecer límites, definir roles, redefinir la identidad familiar, crear conciencia de introyectos, redefinir relaciones y tipo de comunicación. Se concluyeron once sesiones, siendo esta última de

valoración de cómo se encontraba, así como de lo que había logrado en dicho proceso. De forma cualitativa concluyo que:

M.G., En la actualidad identifica los momentos cuando se encuentra molesta y como suele reaccionar, ha desarrollado habilidades como tomarse un tiempo fuera, guardar calma, pensar detenidamente etc. Siendo notable que ha desarrollado un nivel de conciencia, ha permitido descubrir nuevos recursos personales, mismos que han contribuido a ser proactiva, generando mayor flexibilidad, desde el rol de hija, se ha observado mayor creatividad para solucionar dificultades cotidianas que anteriormente le ocasionaban frustración y enojo, centrándose en lo que necesita, distinguiendo lo importante de lo urgente. Reconoce la dificultad para el trabajo en equipo, logrando expresar su molestia para llegar a nuevos acuerdos. Al mismo tiempo describe el conflicto con su madre (sobreinvolucrada) con emociones de control, angustia y miedo, misma conducta que adopta para tener el control de las situaciones, mencionando: *“es como si no me dejara vivir”*, en este sentido se han resignificado momentos de su vida que le han llevado a plantearse nuevas alternativas de relación con la madre y otras personas importantes en su vida.

Siendo la capacidad yoica elemento importante para salir adelante, dándose cuenta *“tengo que tomar decisiones para que mi madre no me controle tanto”*.

Se deduce que en la medida que la paciente logre establecer límites claros, propiciará autonomía emocional y mayor claridad en la expresión de necesidades. Durante este estudio de caso ha sido importante que la paciente haya adquirido habilidades para cuando se encuentra en momentos difíciles, pues *“El cambio es una característica integral de la vida; donde hay vida hay una transformación constante.”* Pierrakos (2001), donde no se pone

resistencia, la vida se aligera, siendo más sencillo superar dicha crisis. Por último la experiencia que he tenido durante este proceso generó gran sensibilidad, debido a la identificación a nivel consciente e inconsciente, siendo confrontante en muchas ocasiones, permitiendo que la empatía no se desarrollara desde la experiencia, si no, desde la historia de vida de la paciente, al mismo tiempo el trabajo fenomenológico, permitió dejar la interpretación, dando paso a la sorpresa, a lo que sucedía sesión a sesión.

## **REFERENCIAS**

Asociación Psiquiátrica Americana (1998). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*. (4ª Ed). Barcelona: Masson.

Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión* Bilbao. Desclée de Brower.

Burin, M. & Moncarz, E. (2000). *El Malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. México, DF: Paidós

Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. primera edición. México: Ediciones Paidós

Bowen, M. (1989). *La terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Vols. 1 y 2. Bilbao: Desclée de Brower.

Bowlby, J. (1993). *El Vínculo Afectivo*. Barcelona: Paidós

Caballo, V. A. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis

Cardenal, V. Sánchez, M.<sup>a</sup> Pilar; Ortiz-Tallo, Margarita. (2005). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora Clínica y Salud*, Colegio Oficial de Psicólogos Madrid, España.

Lago García, BM.; Rodríguez Hernández, PJ.; Morales Tuñón, JL.; Fernández Márquez, I.; Santamaría Ramiro, MT.; Mahtani Chugani, V. (2008). *Estudio descriptivo de una serie de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo Pediatría Atención Primaria*, vol. X, núm. 39, julio-septiembre, 2008, pp. 39-48 Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria Madrid, España.

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Editorial Cengage Learning

Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Pierrakos, E. (2001). *Del miedo al amor*. México: Editorial PAX

Polster, E. y. (1994). *Terapia Gestáltica*. Perfiles de Teoría y Práctica. Argentina: Amorrortu

Portillo, I (2009). *Técnicas de la Entrevista Psicodinámica*. México: Editorial PAX

Rodríguez-Acevedo, A., Toro-Alfonso, J., Martínez-Taboas, A. (2009). *El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol. 20, 2009, pp. 7-32 Asociación de Psicología de Puerto Rico San Juan, Puerto Rico.

Salama, H (2007). *Psicoterapia y Gestalt Proceso y Metodología*. México: Alfaomega

Salama, H. (1992). *TPG Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama*. México: Centro Gestalt de México

Satir, V. (1998). *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial PAX, sexta edición.

Watzlawik, P. (2000). *Terapia Breve Estratégica*. Madrid: Paidós

Zinker, J. (1997). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Paidós