Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Tesis

El ciclo de la experiencia en un paciente esquizofrénico, una visión Gestalt

Ocampo Martínez, María Eugenia

2017

http://hdl.handle.net/20.500.11777/3361

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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

EL CICLO DE LA EXPERIENCIA EN UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO, UNA VISIÓN GESTALT

DIRECTOR DEL TRABAJO
MTRA. NORA GUADALUPE GURROLA SÁNCHEZ

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

Presenta

MARÍA EUGENIA OCAMPO MARTÍNEZ

Puebla, Pue. 2017

Informe de Caso Clínico: El Ciclo de la Experiencia en un Paciente Esquizofrénico, una Visión Gestalt

María Eugenia Ocampo Martínez

Universidad Iberoamericana Puebla

Maestría en Psicoterapia

Mayo 2017

RESUMEN. El presente caso se llevó en la clínica de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) dentro del periodo de Primavera y Verano del 2017, con paciente psiquiátrico diagnosticado con esquizofrenia paranoide, siendo un paciente frecuente del servicio del OPTA desde el 2011. En esta ocasión asiste a trabajar la ruptura de una relación de pareja, para ello se utilizó el Enfoque Gestalt a través de veinte sesiones supervisadas y reportadas para este trabajo. Dentro del proceso se usó el ciclo de la experiencia para conocer en qué fase se encuentra bloqueado el paciente, así mismo se observaron problemas de dependencia y ambivalencia con la figura materna, al finalizar el trabajo se sugiere capacitarlo en las habilidades sociales y en el manejo de sus emociones. Y la adherencia al tratamiento farmacológico como a la psicoterapia por un plazo indefinido.

Palabras clave: Gestalt, esquizofrenia, ciclo de la experiencia, introyectos, proyección, fijación, dependencia.

ABSTRACT. The current case was applied during the spring and summer of 2017 at the clinic of orientation, psychotherapy and significant learning. The case was applied to a man diagnosed with paranoid schizophrenia, he has been a patient in the clinic since 2011. In this situation he assisted a “Couples break up”. During twenty supervised and reported sessions he used the Gestalt approach. Within the process, the experience cycle was used to know in which stage the patient was blocked. Other aspects that were observed are the problems of dependence and ambivalence with the maternal figure. At the end of the work, it was suggested to train him in social skills, managing of emotions and adherence to pharmacological treatment as to psychotherapy for an indefinite term.

Key Words: Gestalt, schizophrenia, experience cycle, introjections, projection, fixation, dependence.

Dentro de los trastornos del comportamiento más inquietantes encontrados en la historia de la humanidad está la psicosis, entendida como un término aplicado generalmente a desórdenes mentales graves que tienen un origen psíquico u orgánico, caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad y la respuesta a estímulos (Halgin, 2004).

Belloch, Sandín y Ramos (1995), sostienen que la psicosis es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro en la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse, donde el deterioro es lo suficientemente grave como para interferir en una gran medida con las demandas cotidianas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 4ª edición revisada – DSM IV TR-, caracteriza la psicosis por la presencia de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, debiendo estas últimas presentarse en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica (American Psychiatric Association, 2002). Mientras que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, en su 5ª edición - DSM 5, nos habla de la esquizofrenia sin incluir los subtipos y nos presenta la Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis.

Para algunos autores como Goldman (2001) las descripciones de una enfermedad compatible con el concepto de esquizofrenia se remontan a los años 3400 a 1400 a.C. y se encuentran a lo largo de la historia. El psiquiatra alemán Emil Kraepelin clasifica a todos aquellos trastornos que después se conocerían como *psicosis* en 1896. Kraepelin utilizo el término *locura maniacodepresiva* para el grupo de trastornos caracterizado principalmente por exacerbaciones y remisiones en las perturbaciones del efecto, más que del pensamiento. Con este grupo, vinculó en segundo síndrome, la *paranoia*, debido a que la psicosis era limitada y no originaba ningún deterioro grave ni el afecto ni la función. *Demencia precoz* fue el término utilizado para el tercer grupo, que se caracterizaba por perturbaciones graves de funcionamiento, las cuales comenzaban en la adolescencia y empeoraban de manera progresiva, y en las que la “falta de voluntad” era un rasgo importante. Kraepelin notó que

había variaciones en la evolución y consideraba a la *parafrenia* como expresión menos completa de la demencia precoz.

Eugen Bleuler (en Goldman, 2001), pudo reducir las psicosis psiquiátricas a sólo dos grupos mediante la introducción del termino esquizofrenia, traducido como "escisión de la mente". Bleuler consideraba que eran centrales para la enfermedad cuatro procesos psicológicos: el autismo (volcarse hacia dentro, lejos del mundo), la ambivalencia (estado de presentar dos sentimientos fuertes pero opuestos al mismo tiempo) y las perturbaciones básicas en el afecto y las asociaciones.

Para Delgado (1969) el término esquizofrenia significa "disgregación" que corresponde a la quiebra de la normal aprehensión de las relaciones. Los pensamientos se producen dislocados y hasta discordantes, sin nexo ni concierto, sin estructura racional, sin finalidad manifiesta en el conjunto: mezcolanza de conceptos, ensalada de palabras.

Por su lado Patiño (1990) describe la esquizofrenia como un trastorno que se caracteriza por un amplio espectro disfuncionales cognoscitivos y emocionales. Se altera la forma de pensar, actuar, comunicar las emociones, el habla y socialización así como el comportamiento desorganizado y emociones inestables. La esquizofrenia es uno de los trastornos que incluyen un comportamiento psicótico. Patiño (1990) clasifica a la esquizofrenia en subtipos, uno de ellos es la esquizofrenia *paranoide* donde el sujeto que la padece tiene *delirios* de grandeza, de persecución, referencia, nacimiento, celos y *alucinaciones* sexuales, olfativas, gustativas, como una alta ansiedad, agresiones, ira, distanciamiento físico y emocional.

Mientras que el pensamiento del esquizofrénico en vez de ser lógico-casual es mágico-animista así como elude el contacto con lo real huyendo e incluso negándose activamente a todo contacto humano. Teniendo una peculiar afectividad *"afectividad de cristal"* por lo que no soporta frustración alguna. Esta afectividad, en exceso delicada y en exceso cristalizada, es frágil, débil y por ello se rompe ante cualquier impacto, y de ello deriva que el esquizofrénico sea el enfermo que menos soporta la frustración. Mientras que

la ansiedad psicótica, enmascarada por la indiferencia lo mantiene inmóvil, apático y temeroso, especialmente por esa afectividad de cristal que posee (Patiño, 1990).

Diversos autores (Goldman, Betta) mencionan que la esquizofrenia tiene su inicio cuando la persona está en la adolescencia o al principio de su tercera década de vida, es claro que existe un continuo de inicio con casos que ocurren de manera temprana (antes de la pubertad) y tardía (después de los 45 años).

Datos de Identificación del Paciente

El paciente Marcos (pseudónimo) tiene 35 años, es soltero y nació en la Ciudad de Puebla. Es desempleado, psicopedagogo, vive en casa de sus padres de la tercera edad. Mide aproximadamente 1.65 metros, es de tez morena clara, ojos castaño obscuro y cabello lacio, uso de lentes, vistiendo casi siempre formal.

Diagnóstico No Axial

Eje I Trastornos Clínicos 295.90 (F.20.01) Esquizofrenia Paranoide con déficit progresivo
Eje II Trastorno de la Personalidad / Retraso Mental Rasgos Narcisistas
Eje III Enfermedades Medicas Enfermedades de los ojos
Eje IV Problemas Psicosociales y ambientales Problemas al grupo primario-padres adultos mayores Problemas al ambiente social- pocos amigos Problemas laborales- desempleado Problemas económicos- deudas y ayuda de sus padres
Eje V Escala de Evaluación de la Actividad Global 40-31 alteraciones trabajo, relaciones familiares, pensamiento y ánimo
Eje VI Psicótico
Pronóstico Reservado al esquema terapéutico

Motivo de Consulta

En la primera sesión, Marcos refiere que regresó a solicitar ayuda por quinta ocasión al OPTA para que lo acompañe a trabajar su duelo de pareja, que finalizo en noviembre del 2016, porque siente que fue utilizado por la ex novia.

Técnicas e Instrumentos para Evaluar al Paciente

Dentro del proceso psicoterapéutico el paciente fue evaluado por siete instrumentos, el primero es la Escala Global (Alcázar, 2010) que tiene una confiabilidad de Alfa de Cronbach .84 y sirve para conocer el funcionamiento en las diversas áreas de la vida; laboral, escolar, relacionales en la amistad, pareja y familia, salud física y salud sexual.

El segundo instrumento fue Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) consta de 10 reactivos y mide la predisposición de la persona a experimentar enojo y fue validada en México por Alcázar et al., (2011) y tiene una escala del 1 al 4, así a mayor puntaje, mayor tendencia a enojarse.

Se presenta un ejemplo de preguntas de la Escala de Enojo Rasgo:

Cómo me siento generalmente	**(1) Casi nunca**	**(2) Algunas veces**	**(3) Frecuentemente**	**(4) Casi siempre**
Soy muy temperamental (enojón)				
Tengo un carácter irritable				
Exploto fácilmente				
Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado				
Me enojo muy fácilmente				
Me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos				

La escala de enojo rasgo se interpreta con los siguientes puntajes:

10-16: Bajo puntaje. Significa que es difícil que la persona se enoje. Los individuos controlan su enojo, no guardan rencores, no explotan y prefieren tomar las cosas con calma. Piensan antes de actuar.

17-22: Promedio o normal. Las reacciones de enojo son similares a alas de la mayoría de la gente.

23-40: Alto. La persona está en mayor riesgo de molestarse fácilmente ante cualquier provocación. Individuos con estos puntajes son más propensos a guardar rencores a reaccionar con enojo. Toman las cosas con intenciones de daño y piensan en la venganza o en "ajustar cuentas". Algunos agreden física o verbalmente para mostrar a otras personas como se siente. En estos casos el enojo puede durar por mucho tiempo; a veces horas o días. Como consecuencia, se alteran los planes de la vida cotidiana por ejemplo, convivir en vacaciones con el mal humor de la persona que se enojó.

El tercer instrumento es el Inventario de depresión de Beck conocido como BDI que mide síntomas y aspectos conductuales asociados a la depresión. Fue adaptada y validada en México por Jurado. et al. (1998).

Ejemplo de las preguntas del instrumento:

1	Yo no me siento triste…….	(0)
	Me siento triste……	(1)
	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo……	(2)
	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo…….....	(3)
2	En general no me siento descorazonado por el futuro …… …...	(0)
	Me siento descorazonado por mi futuro ……	(1)
	Siento que no tengo nada que esperar del futuro……...	(2)
	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar...	(3)
3	Yo no me siento como un fracasado …….....(0)	
	Siento que he fracaso más que las personas en general ……(1)	
	Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos…….....(2)	
	Siento que soy un completo fracaso como persona…….....(3)	

Los puntajes del Inventario de Depresión de Beck se interpretan con los siguientes criterios:

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

El cuarto instrumento fue Inventario de Ansiedad de Beck conocido como BAI mide la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad. Validada por Robles, Varela, Jurado, y Páez (2001).

Ejemplo de las preguntas del Inventario de Ansiedad de Beck:

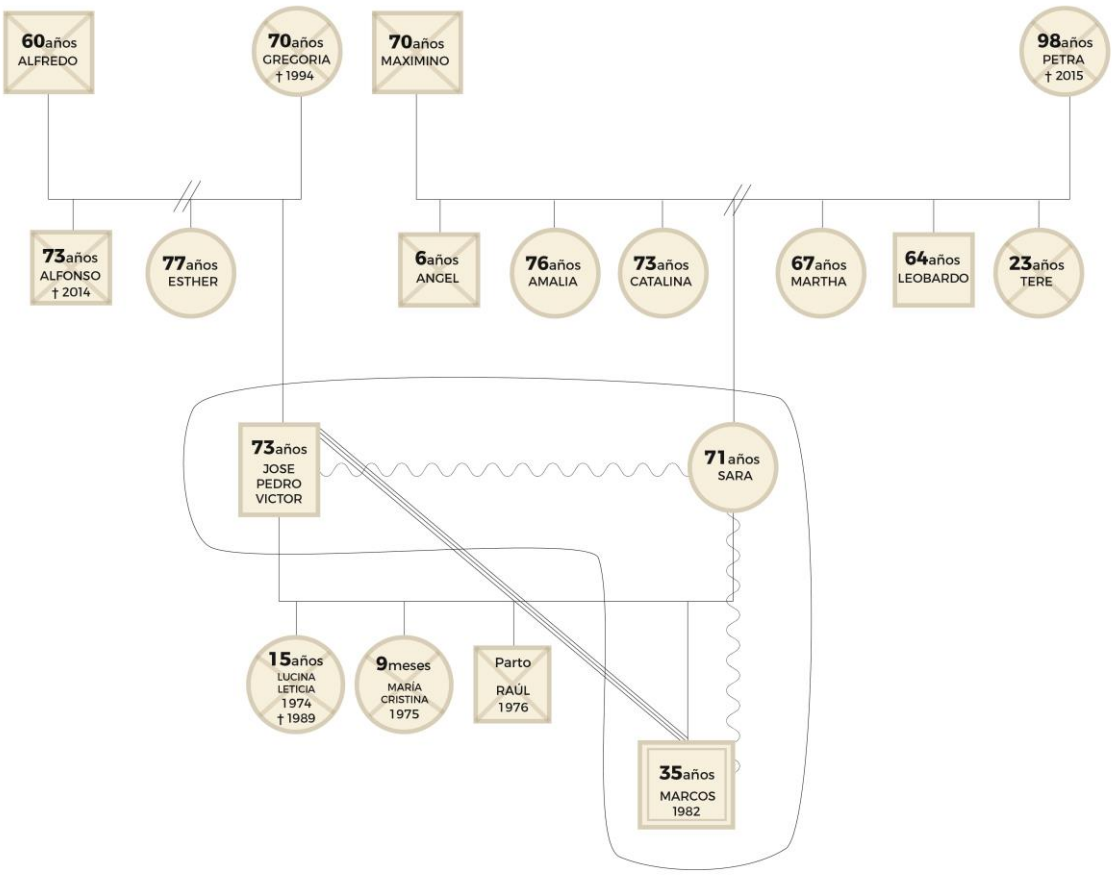
¿Cuánto te ha molestado cada síntoma la última semana, inclusive hoy?	**(0) Poco o nada**	**(1) Más o menos**	**(2) Moderadamente**	**(3) Severamente**
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor				
Debilitamiento de piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				

El inventario de Ansiedad de Beck se interpreta con los siguientes puntajes:

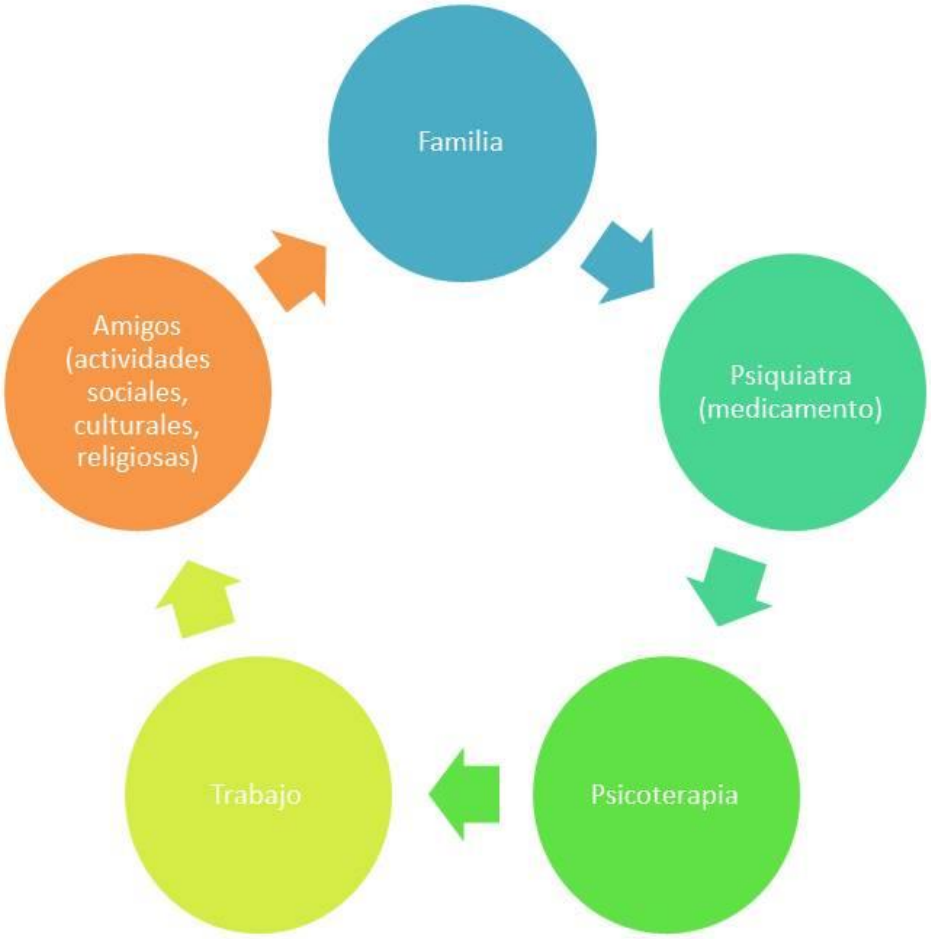
Puntaje Crudo	Nivel De Ansiedad
0 – 5	Mínima
0 – 15	Leve
16 – 30	Moderada
31 – 63	Severa

Los primeros cuatro instrumentos se aplicaron al paciente en las sesiones: 1, 5, 10, 15 y 20.

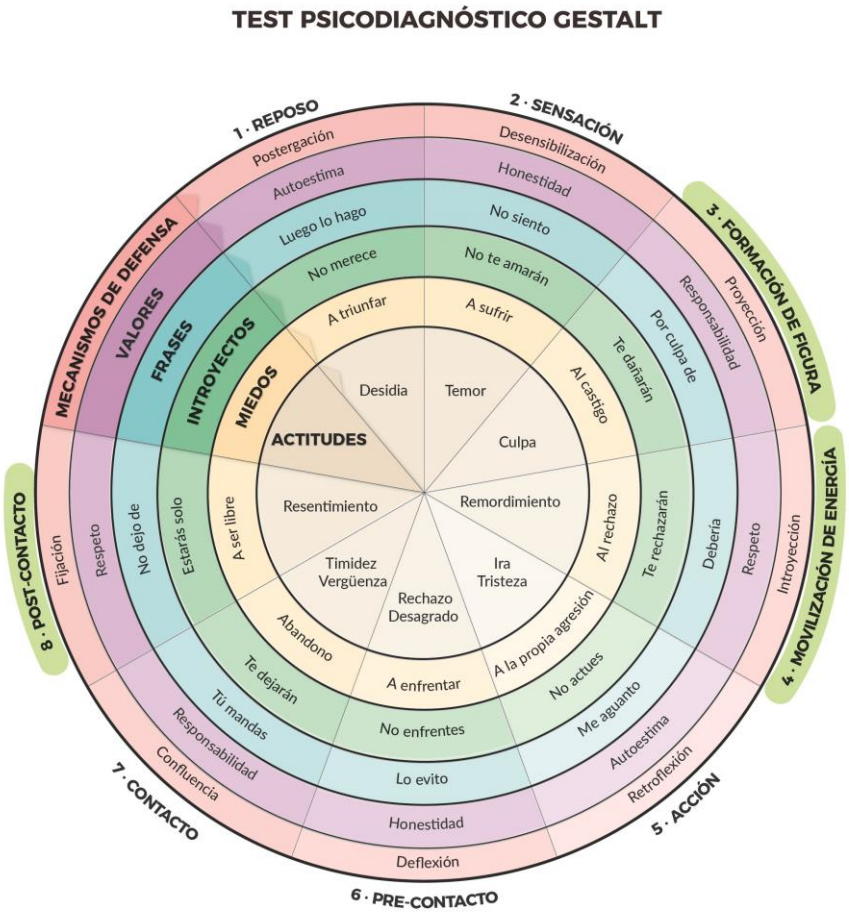
Mientras el quinto instrumento utilizado fue el genograma, que McGoldrick, Gerson (1996) refieren sirve para registrar información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan la información de manera tal que proporciona un rápido Gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.



El sexto instrumento utilizado fue el ecomapa que según Suarez (2015) que tiene como objetivo ampliar los recursos del paciente a través de su exterior. En el caso de Marcos si se logra un apego al tratamiento y continuidad al proceso psicoterapéutico. Así mismo en cuanto pueda obtener un trabajo estable y logre cuidarse, hacerse cargo y responsable de el mismo, mientras que las amistades sirvan para ampliar su mundo y se interdependice con relaciones maduras basadas en mutualidad. A. Castañeda (comunicación personal, Abril 3, 2017)



Finalmente el último instrumento utilizado fue el Test de Psicodiagnóstico Gestalt que Salama (1992) menciona que dentro del Enfoque Gestalt tiene como objetivo facilitar la comprensión de las actitudes del individuo, en el momento presente. El TPG está constituido por 40 reactivos que indican los diferentes bloqueos que pueden presentarse en el Ciclo de la Experiencia. Cada uno de los reactivos ha sido formulado, para ser respondido en términos de Si/No, teniendo en cuenta que en la elección de cualquier respuesta por el sujeto, debe ser reflejo de un patrón de conducta, repetitivo y que se presente en el Aquí y Ahora. De estos 40 reactivos, 32 están divididos en ocho sub-grupos de cuatro reactivos cada uno. Dichos grupos corresponden a cada uno de los bloqueos del Ciclo de la Experiencia. Los ocho reactivos son de resultado nulo, y en el TPG son los números: 5-10-15-20-25-30-35-40.



Salama (1992)

Formulación del Caso

El presente caso se llevó acabo a través del Enfoque Gestalt que basa su trabajo en la fenomenología "de aquello que se presenta o aquello que se da" poniendo énfasis en lo que se está pensando y sintiendo en el momento; es por eso que se habla del aquí y ahora, promoviendo el "darse cuenta" (Salama, 2002). El "darse cuenta" va más allá de un proceso cognoscitivo que involucra exclusivamente la mente e incluye al cuerpo y lo que este informa, y también la conceptualización para darse cuenta de eso que sucede y que el cuerpo registra o reporta (Mar, 2007).

La Gestalt invita a transitar ese lugar de contacto (Mar, 2007), desde la fluidez emocional y la respuesta creativa a las necesidades en su contacto con el medio. Según Polster (1976), la selectividad para el contacto determinada por la frontera del yo gobernará el estilo de vida del individuo, incluso a la elección de sus amigos, y trabajo, lugar de residencia, fantasías, amores, y todas las experiencias psíquicamente relevantes para su existencia. La forma en que la persona bloquea o permite la conciencia y la actividad en la frontera de contacto, es su forma de mantener el sentido de sus propios límites.

Esta relación organismo-ambiente forma parte de la idea central de la Gestalt, que parte de la premisa de autorregulación organísmica postulada por Kurt Goldestein (1995) y asumida en Gestalt. La autorregulación organísmica sería como una energía, fuerza, un impulso interno que nos surge, que nos guía y en el que podemos confiar.

Por lo antes señalado entonces el objetivo de la Terapia Gestalt es ayudar al paciente en su problemática, haciéndole más consciente de cómo ha llegado hasta el punto en el que se encuentra y cómo aprender a hacer de otras maneras, ampliando el campo de posibilidades y dejar de reducirla a una o unas pocas opciones.

Se trabajó en base al ciclo de la experiencia que tiene como finalidad observar como el paciente expresa de manera clara el "que" y el "cómo" se presentan los bloqueos o procesos de auto-interrupción de la energía. Llamamos bloqueos a las "auto-interrupciones

de la energía que la persona presenta. Los bloqueos aparecen para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de su experiencia en función de los esquemas neuróticos adquiridos desde temprana edad. Los procesos de auto-interrupción de la energía o mejor conocidos como mecanismos de defensa gestálticos están localizados en el ciclo de la experiencia y son: la postergación, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, confluencia, fijación. Salama, (2002).

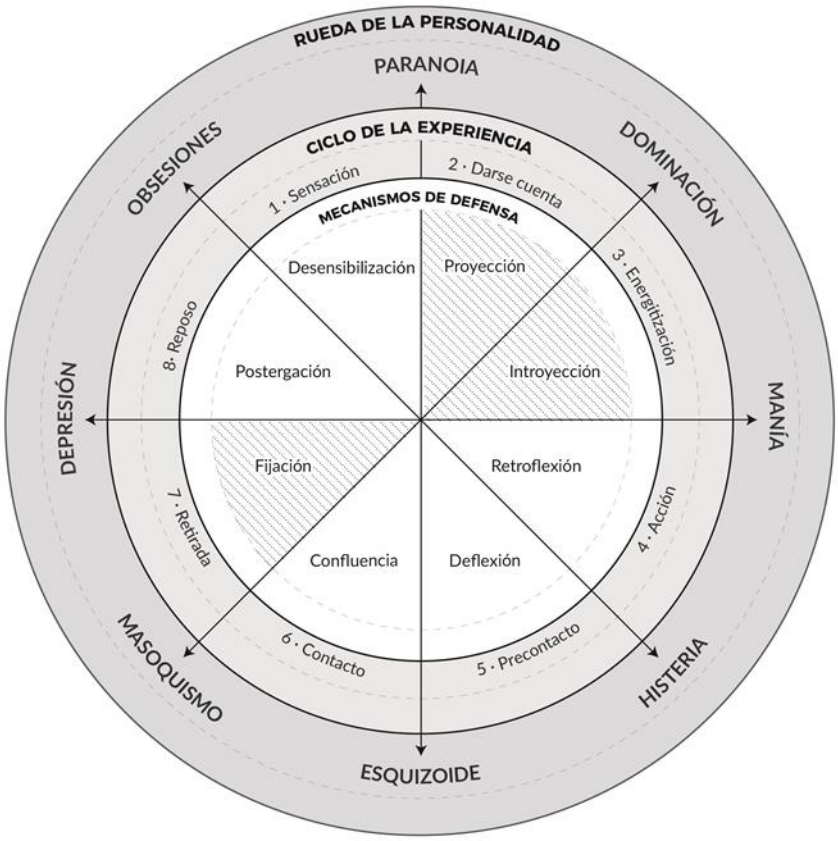


Figura 2. Ciclo de la Experiencia Integral, Salama, (2002)

Por lo cual se presentan las siguientes hipótesis en el trabajo realizado con Marcos:

1. De acuerdo al ciclo de la experiencia Marcos se encuentra bloqueado en el ***contacto y retirada***, es decir desea tanto tener una pareja pero se retrae al tener un concepto tan negativo que las mujeres son un objeto sexual, abusivas, groseras, agresivas, hijas del diablo, interesadas, falsas, utilizan a los hombres todo esto por haber absorbido los introyectos de su padre.

2. Marcos busca desesperadamente quien se haga cargo de él como lo hace su madre, para cambiar el objeto de su ***dependencia*** llevándolo a elegir mujeres que confirmen sus introyectos, sin anteponer parámetros sanos, que puedan ayudar a una relación madura.

3. Marcos al hacer suyo el ***introyecto*** paterno elige mujeres que confirmen el concepto negativo de la mujer, provocando ***frustración*** en todas las relaciones de pareja por lo que ***proyecta*** su necesidad de dependencia y lo que él es, en él concepto que tiene de las mujeres.

4. Mario dentro de la fase de ***fijación*** del ciclo de la experiencia, se le dificulta aceptar que su relación con su ex novia terminó lo que implica sea una Gestalt abierta.

Elección del Tratamiento: Técnicas Gestalticas

Para el tratamiento se eligieron las siguientes técnicas terapéuticas supresivas (experimentar el vacío), expresivas (expresar lo no expresado), integrativas (equilibrio) debido a que el paciente presenta demasiados introyectos, así como la empatía, escucha activa, aceptación incondicional, tareas.

Implementación del Tratamiento

El objetivo en la sesión siete es que el paciente se dé cuenta, por medio de la técnica integrativa, de que el concepto que tiene de las mujeres es rígido y devaluativo, por lo que esta técnica permite que el paciente pueda poner en equilibrio dicho concepto. Además de llevarlo a darse cuenta que necesita recuperar su proyección. La técnica integrativa consiste como su nombre lo dice en integrar las partes disociadas Perls (2003).

En seguida se muestra la transcripción de una parte de la sesión en donde se aplica la técnica antes mencionada.

T: Marcos te voy a pedir que de las tres mujeres con las que te has relacionado escribas en la letra A las cosas positivas que tienen y en la letra B las cosas negativas así mismo, lo hagas contigo.

P: Es muy divertido

T: Ok. Puedes señalar primero las cosas que tienen en común de la letra B (negativo)

P: Si

T: ¿de qué te das cuenta?

P: De que tienen cosas en común.

T: Ok. Ahora veamos tu lista de la letra B (negativo) y señala lo que tienes en común con estas tres mujeres.

P: Ya

T: ¿De qué te das cuenta?

P: que tengo lo mismo de lo que me quejo de ellas, que soy igual. Y entonces se ríe.

T: Bien Que te dice esto?

P: Que yo también las uso

T: Ok. Bien Marcos. ¿Entonces ellas son malas que te utilizan?

P: Yo también lo hago

T: De que te das cuenta?

P: Que yo también tengo una parte que es así como ellas.

T: ¿Que aprendes hoy?

P: Que yo tengo lo mismo que ellas y no son tan malas como yo creía porque yo tampoco soy tan malo, además porque en toda relación hay cosas de ida y vuelta porque ellas dan cariño y yo les doy regalos es decir es una relación de intercambios.

Resultado de la Técnica

El objetivo de la técnica fue trabajar con el introyecto negativo que tiene del concepto de la mujer. Y poner un equilibrio entre los aspectos negativos y positivos en el cual Marcos descubrió que así como él tiene cosas buenas ellas también.

Y en lo que respecta a los aspectos negativos se dio cuenta que el que es así también es él. Así que no solo se trabajó con el introyecto sino con la proyección de lo que pone de el en otras personas. Como resultado la técnica tuvo un resultado adecuado porque logro darse cuenta que una relación de pareja se trata de compartir.

Resultados del Tratamiento

Con respecto a las escalas que se aplicaron al paciente, se encontraron los siguientes resultados. Se puede observar que en la escala global hubo ligeros cambios, mientras que en el inventario de enojo rasgo obtuvo puntajes altos, así mismo en el inventario de depresión y ansiedad se ve claramente que de un nivel severo hubo una gran disminución hasta llegar a moderado. Esto lo podemos atribuir al apego al medicamento y a la constancia a las sesiones de psicoterapia.

Tabla 1. Puntajes del paciente en la sesión 1, 5,10, 15 y 20

Mediciones	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10	Sesión 15	Sesión 20
Vida social habitual*	3	3	3	3	4
Funcionamiento en el trabajo/escuela/hogar*	3	3	3	4	4
Vida en ratos libres*	3	3	3	3	3
Relación con la familia*	3	2	2	4	4
Salud física*	3	3	4	4	4
Vida en general*	3	3	3	4	4
Relación de pareja*	No tiene pareja	No tiene pareja	No tiene pareja	No tiene pareja	No tiene pareja
Enojo Rasgo	32	26	20	20	18
Depresión	39	38	30	24	19
Ansiedad	47	36	31	21	21

*En esta escala menor puntaje indica menor daño o afectación en un rango del 1 al 6

Tabla 2. Resultados del TPG por bloqueo del Ciclo de la Experiencia

Bloqueos	Resultados del TPG
Retención	1
Desensibilización	0
Proyección	2
Introyección	3
Retroflexión	1
Deflexión	0
Confluencia	1
Fijación	2

Proyección: La proyección es ver en los demás algo que es propio, la tendencia a hacer a otros responsables de lo que tiene origen en la persona misma, implica una renuncia a los impulsos, deseos y conductas, colocando lo que pertenece al sí mismo, en el exterior.

Figura 3. Modo de relación o interacción en la proyección.

Muñoz (2014) nos habla que hay diferentes tipos de proyección agrupados en tres rubros:

Nivel Funcional.- Es un área que se acepta y se reconoce de sí mismo, se ve en el otro en una justa dimensión y no como una amenaza, “lo que acepto en mi lo acepto en otros”.

Nivel Disfuncional.- Se rechaza algo de uno o sentimientos ambivalentes ante ello, se tiende a poner en los otros rechazándolo también y lo percibido distorsionadamente, con frecuencia exagerado, “al percibirlo en otros lo veo exagerado por mi propio rechazo”.

Nivel Altamente Disfuncional.- Es destructivo, al no ser aceptado lo que se es o podría ser y al percibirlo en el otro, se agranda el tamaño real y puede exagerase de tal manera que puede incluso perseguirlo; buscar destruirlo fuera de él, lo que quiere destruir dentro de sí. "son partes negadas y alienadas que resultan muy amenazantes".

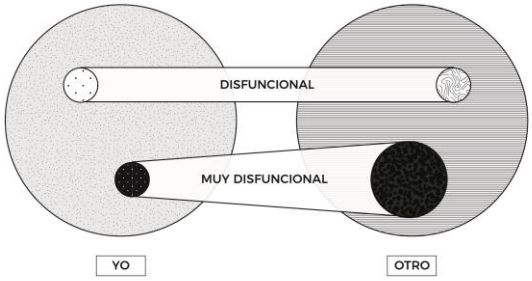


Figura 4. Disfuncionalidad y alta disfuncionalidad

Hay señales de una proyección disfuncional:

- Reacción emocional fuerte, intensa y desproporcionada a la realidad
- Mucho juicio y critica
- Reacción injusta de intenso rechazo
- Lo que más se enoja y se critica generalmente es proyección
- Cuando no se reconoce la emoción, se proyecta en el cuerpo por medio de síntomas
- Desproporción de la reacción emocional con respecto al estimulo

El sujeto que está bloqueado en la fase de proyección "disfuncional" son rechazos exagerados, exceso de admiración, formación de ídolos, odios frenéticos, celotipia, calpabiliza, sataniza al otro. En los problemas de pareja es que se juzga al otro por características que no se tienen y que no van de acuerdo a la percepción que se tiene de uno mismo. Mientras que en la forma más extrema que puede tomar la proyección se llama "paranoia".

Introyección: En el proceso psicológico se asimilan conceptos, datos, patrones de conducta y valores morales, familiares, educativos, religiosos, éticos, estéticos y políticos provenientes del mundo externo. Según Perls (1973), introyectar es tragar todo y es el mecanismo por el cual se incorporan prototipos, actitudes, creencias y formas de acción y de pensamiento que no pertenecen del individuo y que no se digieren o asimilan lo suficiente como para hacerlos propios.

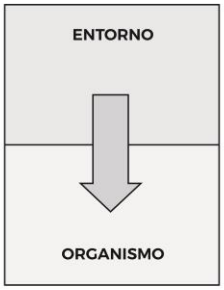


Figura 5. Modo de relación o interacción en la introyección.

Muñoz (2014) declara que el bloqueo en la fase de la Introyección suelen ser una persona fácil de influenciar que tienen pocos filtros y una fácil habilidad de tragarse las cosas sin evaluarlas e interrogarlas, concuerden o no a la propia experiencia. Existe una exagerada confianza en su entorno que pierde su individualidad. Tanto que las ideas fácilmente se convierten en dogmas, por el hecho de que se cree a ciegas en quien lo dijo o porque se prefiere no reflexionar en ello y meterse en problemas por lo que se forman una falsa realidad en la que están inmersos. El problema de los introyectos proviene de figuras significativas o de autoridad de las cuales se necesita afecto y aceptación, con tal de satisfacer las necesidades psicológicas.

Fijación: La fijación es toda experiencia que se queda rondando y molestando, es decir, la permanencia de situaciones inconclusas. Bajo esta etiqueta se recogen los modos de vivir de aquellas personas que, quedando ancladas en una situación sin resolver, repiten una y otra vez en recorrido por el Ciclo de la Experiencia tratando, de volver a experimentar una vivencia en la que quedaron fijadas. El individuo se aferra a personas, situaciones o cosas, por temor a la libertad. Es una manera de anclarse a lo que ya ha pasado, con el propósito de no enfrentarse al momento presente.

Figura 6. Modo de relación o interacción en la fijación.

Muñoz (2014) manifiesta que un sujeto que está bloqueado en la fase de la fijación no permite el surgimiento de nuevos intereses, ya no toman riesgos y no se atreven a la novedad, hablan de un exceso de búsqueda de seguridad, desgastan su energía al estar ciclados en lo mismo, son ansiosos y tienen una disminución de la consciencia.

Factores Asociados al Terapeuta

Dentro de este caso en particular pude darme cuenta que las fortalezas como terapeuta son: las habilidades en el manejo del proceso, la capacidad de escucha activa, aceptación positiva incondicional, clarificación de ideas, paciencia, realizar resúmenes en las sesiones, el establecimiento del encuadre, el desarrollo del plan de tratamiento, logros de las metas establecidas, empatía, acompañamiento, contención, autocriticas a mi trabajo por parte de la supervisora como de los compañeros y creatividad para dejar tareas acorde a la sesión.

Áreas en las cuales se necesita poner atención, descripción fenomenológica para observar con precisión la figura con la que llega en cada una de las sesiones y así poder llevarlo a la polaridad el paciente, descripción del cliente, realizar con más precisión la evaluación psicológica, trabajar en el auto-análisis para ser consiente como mi persona influye en el proceso y en el paciente, así como en la auto-observación lograr la una conciencia en como el tema del paciente me hace sentir y mueve en mi historia personal.

Mientras las áreas de oportunidad para seguir trabajando en el desarrollo como terapeuta es aprender a crear hipótesis en cada una de las sesiones, manejo de sentimientos para ser utilizados a su favor y poder promover nuevas formas de relacionarse, como tener mayor conocimiento de la patología de la esquizofrenia.

Finalmente suelo trabajar con el modelo de esfuerzo exigencia donde me arriesgo a trabajar con la experiencia ya obtenida, así mismo tener un mejor manejo de la voz (autenticidad) y menos actuación, lograr una sensibilización profunda, realizar un mejor contacto, trabajar con suavidad y firmeza, dejar de direccionar, y no confluir con él paciente.

Discusión

Al inicio de las sesiones y de acuerdo al Enfoque Gestalt el objetivo planteado fue trabajar con la estructura de dicho enfoque en cada una de las sesiones es decir hacer contacto, formación de figura, experimento, llevar al paciente a la polaridad y hacer el cierre.

En las primeras sesiones el paciente aun no regresaba al tratamiento psiquiátrico por lo cual era demasiado rápido su hablar, poco contacto visual, desorganizado en sus ideas con ideas delirantes. Así que se le pidió que regresara nuevamente a su tratamiento psiquiátrico, conforme fue pasando el tiempo y el medicamento empezaba hacer efecto se podía trabajar con la estructura del enfoque.

Conforme pasaban las sesiones Marcos seguía teniendo el concepto negativo de las mujeres pero una ambivalencia de tener pareja para crear una familia. Por lo cual el plan de tratamiento fue habilitar la interacción con las mujeres de una manera menos abusiva y manipuladora.

A lo largo de las sesiones, Marcos se mostraba comprometido en las sesiones, en anotar sus aprendizajes y hacer las tareas que se dejaban. Apuntar los aprendizajes obtenidos cada sesión le permitió en primer lugar recordar con mayor facilidad. Así que

cuando olvidaba algo de lo hablado en las sesiones le pedía que buscara en su libreta y así era más fácil poder lograr darse cuenta.

Al final los logros obtenidos con el paciente fueron el fortalecimiento de las habilidades sociales y la disminución de los introyectos, no completamente porque se requiere de mayor numero de sesiones.

En lo que respecta a la hipótesis 1 se valida de acuerdo a Eugen Bleuler (en Goldman, 2001) que nos habla de los cuatro procesos de la enfermedad de la esquizofrenia uno de ellos es la *ambivalencia* de dos sentimientos fuertes pero opuestos en el mismo tiempo, esto lo observamos cuando Marcos desea tener pareja, se acerca a las mujeres conquistándolas pero al mismo tiempo sintiendo que ellas abusan de el por ser malas, entonces se aleja, provocando entonces la escisión de la mente en dos polos opuestos.

Mientras en la hipótesis 2 se rechaza ya que no se encuentran elementos que la sostengan.

En lo que respecta a la hipótesis 3 de acuerdo a Patiño, (1990) se confirma la teoría que los sujetos con esquizofrenia tienen una afectividad de cristal que no soportan la frustración, en el caso de Marcos se puede observar en el trabajo realizado la constante frustración que le provocó que la relación con su ex novia no funcionara. Así mismo reforzaría los escritos de Delgado (1969) al decir que el pensamiento de un esquizofrénico se distingue por cierta exageración de las ideas, cuando refiere que las mujeres: “hijas del diablo”, abusadoras, viéndolas como objetos no como personas”.

Finalmente en la hipótesis 4 Delgado (1969) refiere que otro fenómeno que tiene el esquizofrénico son los bloqueos u obstrucciones del pensamiento como perseveración. Por lo cual se manifiesta en Marcos en el ciclo de la experiencia en la fase de postergación ya que se le dificulta aceptar que la relación con ex novia termino.

Para dar continuidad en el trabajo de este paciente se recomienda se trabaje con la dependencia y ambivalencia de la figura materna, los introyectos, la proyección, la tolerancia a la frustración, situarlo en la realidad para que no alimente sus ideas delirantes, así como el manejo adecuado de las emociones en especial la tristeza y el enojo y medir

este último con la escala enojo rasgo para verificar los avances o retrocesos y finalmente impulsarlo a que vuelva a presentar el examen para obtener un trabajo.

Como proyecto futuro de investigación se sugiere trabajar la esquizofrenia paranoide con el modelo gestalt con técnicas integrativas que son las siguientes: el trabajo de sueño, hábil frustración, silla vacía, perro de arriba y perro de abajo, monodrama, expresión metafórica, asimilación de proyecciones, fantasías guiadas, reidentificación, contra la introyección la crítica, contra fijación dispersión.

Referencias

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson

Alcázar, R. J.,Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventary (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11,* 307-318.

Baumgardner, P. (2003). *Terapia Gestalt*. Fritz Perls Teoría y práctica P. Baumgardner una interpretación. Pax. México

Belloch,A.; Sandín, B. & Ramos. F. (1995) *Manual de Psicopatología.* V.2. Espala: Mc Graw Hill

Betta, J.C. (2002). *Manual de Psiquiatría.* Buenos Aires: Centro Editor Argentino. 9ª ed.

Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. Manual Moderno. México. 2ª ed

Delgado, H. (1969). *Curso de psiquiatría, patología-psiquiatría especial*. Barcelona: Editorial Científico-Medica. 5ª ed.

Goldman, H.H. (2001). *Psiquiatría general*. Manual Moderno. México. 5ª ed.

Halgin, R. (2004) *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos.* México: Mc Graw Hill

Jurado, S., Villegas, M. E., 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*, 26-31.

Kepner, J.I. (2000). *Proceso corporal*: un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. Manual Moderno. México.

Mas Hesse, Blanca; Arribas Sánchez, Carmen; Carrasco Ortiz, Miguel Ángel; Vallejo Pareja, Miguel Ángel; (2005). *Entrenamiento en relajación con pacientes esquizofrénicos.* Revista Mexicana de Psicología, Diciembre-Sin mes, 385-394

McGoldrick, M., Gerson R. (1996). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Gedisa. Barcelona, España. 2ª ed.

Muñoz, M (2014). *Los ocho modos de relación o interacción*. México, 1era Ed.

Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Patiño, J.L. (1990). *Psiquiatría Clínica.* Salvat Mexicana de Ediciones, S.A de C.V. México. 2ª ed.

Perls, F. (1976). El enfoque Gestáltico: Testimonios de Terapia. Chile: Cuatro Vientos

Robles, R., Valera, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.

Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.

Salama, H. (1992). *Manual del Test de Psicodiagnostico Gestalt de Salama*. México: Alfa-Omega

Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt procesos y metodología*. México: Alfa-Omega

Salas-Calderón, Saskia; (2007). *Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos.* Actualidades en Psicología, Sin mes, 97-115.

Suarez, M. (2015, Enero-Junio). Aplicación del Ecomapa como Herramienta para Identificar Recursos extrafamiliares. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a10.pdf

Vallina Fernández, Óscar; Lemos Giralde, Serafín; García Saíz, Ana; Otero García, Aurora; Alonso Sánchez, Marta; Gutiérrez Pérez, Ana María; (1998). *Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos*. Psicothema, 459-474.