

# Manipulación, soberbia y el cambio: informe de caso clínico

Ríos López, Roberto Alfonso

2018

---

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3708>

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

# UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



## **Manipulación, soberbia y el cambio: informe de caso clínico**

DIRECTOR DEL TRABAJO  
DR. RAÚL JOSÉ ALCAZAR OLÁN

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

Presenta

**Roberto Alfonso Ríos López**

## **Resumen**

En este trabajo se presenta el estudio de caso trabajado en la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA). El paciente de 37 años, estudiante de maestría, llega a la clínica reportando que quiere trabajar una serie de intentos suicidas que ha presentado. El trabajo constó de un proceso terapéutico gestáltico que duró ocho sesiones, bajo una modalidad de caso continuo, con el grupo de supervisión. Se describen los instrumentos y técnicas utilizadas durante el proceso, unas breves descripciones de sesiones así como elementos asociados al terapeuta. Dentro de los resultados observados, hubo cambios cualitativos como “comenzar a hablar en primera persona” así como el cliente comenzó a identificar cambios en su comportamiento y sentimientos. Por el aspecto cuantitativo se registró una disminución en la puntuación de los Inventarios de Depresión e Inventarios de Ansiedad de Beck, de 35 a 25 puntos y 33 a 17 puntos, respectivamente. Debido a la complejidad del caso clínico y que únicamente se pudieron trabajar 8 sesiones por lo avanzado del periodo académico, se recomendó continuar con psicoterapia el siguiente semestre.

## Introducción

Este trabajo muestra el proceso terapéutico que vivió un paciente en la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA), bajo un modelo psicoterapéutico gestáltico. Se exponen los instrumentos utilizados dentro de la evaluación psicológica, descripción de sesiones y los resultados de esta intervención. También se describen los elementos teóricos pertinentes del caso.

Este caso clínico trata sobre un individuo que buscó atención psicológica debido a que, por diversas situaciones de vida, él ya no quiere continuar por el camino que ha cursado hasta ese momento y busca hacer un cambio. El paciente fue diagnosticado durante el proceso terapéutico con trastorno narcisista de la personalidad con rasgos antisociales, así mismo cumplía con los criterios de un episodio depresivo mayor con características psicóticas congruentes del estado de ánimo e intentos de suicidio (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad resultan importante profundizar en ellos para comprensión del caso clínico. Según Gawda y Czubak (2017) muestran los siguientes porcentajes de prevalencia respecto a trastornos de personalidad en población general dentro una muestra analizada: el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad con 9.6%, el trastorno narcisista de la personalidad con 7% y el trastorno limítrofe de la personalidad con 7%. Se describe al trastorno narcisista de la personalidad como un patrón generalizado de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que comienza en la adolescencia y para instaurarse en la edad adulta afectando diversas áreas de la vida de un individuo y sus relaciones (APA, 2013), así mismo el DSM-5 define el trastorno antisocial de la personalidad como un patrón generalizado de violación

y negligencia de los derechos de otras personas. Aunque el paciente no cumplió con los criterios necesarios para ser diagnosticado con el trastorno antisocial de la personalidad, él presenta diversas características pertenecientes al estilo de personalidad al punto de ser un rasgo principal de su personalidad.

Los estilos de personalidad narcisista y antisocial, en este caso clínico, indican un estilo de personalidad psicopática. Siendo acuñado el término de “psicopatía” por Pinel (1809), como una explicación a los comportamientos conflictivos con las normas sociales, morales y legales que no estaban vinculados con el funcionamiento intelectual de una persona (Belloch, Sandín & Ramos, 2009). La psicopatía se puede entender como un constructo complejo que denota una frialdad e indiferencia a la vinculación interpersonal, así como propensión a comportamientos riesgosos carentes de preocupación por el bienestar de otros individuos (Conradi, Boertien, Cavus & Verschuere, 2016), siendo un elemento primordial en estas personas la capacidad de establecer relaciones ~~con otras personas~~ sin llegar a vincularse auténticamente.

En la actualidad se puede entender a la psicopatía como una configuración de rasgos de personalidad los cuales están relacionados a la baja afabilidad y escrupulosidad, una alta extraversión combinada con neuroticismo ya sea depresión o ansiedad, así como impulsividad y vulnerabilidad al estrés (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

En el caso del cliente, su episodio depresivo mayor se describe bajo los lineamientos del DSM-5 (APA, 2013) con los siguientes criterios: un periodo de al menos dos semanas en el cual hay una marcada falta de interés y sensación placentera al realizar actividades, baja energía, sentimiento de culpa y de “no valer”, disminución de habilidad cognitiva y en la capacidad de concentración, así como un historial de intentos suicidas.

Este episodio tiene características psicóticas en forma de delirios congruentes con su estado de ánimo; estas características se experimentan como sensación de retraso, apatía y ansiedad con sentimientos auto-punitivos y de culpa, todos estos teniendo un componente delirante relacionado a elementos distorsionados que son parte de la percepción del cliente (Stahl, 2008).

El cliente también presentó tres intentos de suicidio, en distintos periodos de su vida, lo cual se encuentra asociado a la depresión presente. El componente de “desesperanza” está vinculado a la depresión, ideación e intento suicida y se explica como una sensación de “no poder sobrellevar una situación”. Se asociada a eventos de vida adversos que pueden surgir por vulnerabilidades cognitivas, procesos de inferencias negativas respecto a los eventos de vida que le rodean entre otros factores (Liu, Kleiman, Nestor y Cheek, 2015).

Los objetivos de este proceso terapéutico siguieron una formulación gestáltica, los cuales buscan:

- Desarrollar la responsabilidad consigo mismo y su entorno para el entrenamiento de actitudes de autocuidado, como salud física y psicológica, por ejemplo, trabajar el apego al tratamiento psiquiátrico y terapéutico mediante la psicoeducación.
- Propiciar el equilibrio entre el Yo y el pseudoYo lo que favorecer el aumento de la conciencia, logrando incrementar el Yo, en detrimento del pseudoyo (aspectos no conscientes del individuo).
- Trabajar en el respeto a sí mismo y hacia los demás, buscando la adaptación a los diversos contextos en que se desenvuelve el cliente.
- Desarrollar la honestidad consigo mismo y con los demás para favorecer el contacto emocional y potencializar la toma de decisiones.

- Incrementar la autoestima para mejorar el autoconcepto, favoreciendo la disminución de expectativas, devaluaciones e idealizaciones de sí mismo y de su contexto.

### **Datos de Identificación**

Luis (pseudónimo) de 37 años estudiante de posgrado en derecho. Laborando como intendente para PEMEX desde hace varios años, cumpliendo labores de pintura, limpieza, albañilería y demás trabajos que le soliciten. Como estado civil refiere estar casado y con dos hijos; viven en la ciudad de Puebla.

Otros aspectos relacionados al caso son la familia de Luis: su padre es un médico jubilado quien ejerce un importante rol debido al apoyo económico que brinda a sus hijos (no solo a Luis) y es con quien Luis tiene una relación conflictiva. Él busca la aprobación de su padre y siente como éste le manipula por el apoyo económico que proporciona a Luis, respondiendo él con otro tipo de juegos manipulatorios, formando así esta dinámica.

Su madre es una enfermera jubilada con quien Luis no tiene una buena relación, principalmente por lo que él describe como “hablar con una pared”. Él menciona que ella siempre ha sido indiferente a todo; cuando él busca presentarle sus problemas para sentirse acompañado, ella responde con frases indiferentes o que no le ofrecían consuelo alguno, lo cual conduce a peleas y reproches por parte de Luis.

## Motivos de consulta

Luis refiere que buscó atención psicológica debido a “tres intentos de suicidio que ha presentado y no quiere seguir por ese camino”. En el primer intento, tomó un cuchillo con “curiosidad morbosa”, según él describe, haciendo un corte en el antebrazo, al ser de poca profundidad, él mismo pudo atender su herida sin que nadie notara lo ocurrido; esto sucedió aproximadamente cuando tenía 11 años. En el segundo intento ingirió muchas aspirinas, describiendo que no le ocasionaron ningún efecto negativo y no recuerda específicamente qué le llevó a tomar esta acción.

Para el tercer intento, tomó diversos medicamentos (en palabras del paciente “medicamentos de prescripción”) del botiquín de su padre. Fue a decirles a sus padres lo que había hecho y acto seguido ellos lo hospitalizaron para atenderlo y lavarle el estómago. Fue llevado con un psiquiatra con quien no mantuvo adherencia al tratamiento y “ni siquiera recuerda quien era el médico ni qué le recetó”, ya que sus recuerdos de ese entonces son difusos.

Ese último intento surgió de la separación temporal entre él y su esposa, a causa de la infidelidad de Luis. Al verse en esta situación, después de pasar un tiempo indefinido deprimido, él atentó contra su vida. Refiere haber asistido después de estos eventos a un retiro de “cuarto y quinto paso”, en el cual contactó con “la naturaleza de sus acciones” al darse cuenta de que ha hecho mucho daño a sus seres queridos, por lo que decidió dar vuelta a su vida y comenzar un proceso terapéutico.

## Técnicas e instrumentos de evaluación

En esta sección se describirán los instrumentos utilizados para la evaluación clínica del paciente así como el procedimiento para establecer el diagnóstico psicológico.

Es importante remarcar que la aplicación de las pruebas son parte del protocolo clínico implementado en el OPTA, salvo el MMPI-2, todas las demás pruebas son respondidas por el paciente en la sesión 1, 5, 10 y 15 como una forma de observar lo percibido durante el proceso terapéutico. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- 1) El **Inventario de Depresión de Beck** (Beck et al., 1961), el cual fue diseñado para medir las manifestaciones conductuales de la depresión en pacientes clínicos. Los aspectos que se evalúan en esta prueba están divididos por categorías, las cuales buscan medir síntomas relacionados con: estados de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, baja satisfacción, sensación de culpa, sensación de ser castigado, odio, auto-acusaciones, deseos auto-punitivos, episodios de llanto, irritabilidad, retraimiento social, indecisión, imagen corporal, inhibición al trabajo, distorsiones al dormir, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y pérdida de libido. Un ejemplo de los reactivos de la prueba aplicada en la clínica es: “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)”. Se marca con una “X” la respuesta que más represente la experiencia del cliente en los últimos 15 días. El inventario consta de 21 reactivos y fue estandarizada para su uso en una población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998); su consistencia interna alfa de Cronbach es de .78. Sus puntajes tienen el mismo significado que en la versión original de la prueba.

2) El **Inventario de Ansiedad de Beck** (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) el cual detecta sintomatología y conducta ansiosa, lo cual ayuda a diferenciar los síntomas de ansiedad de los depresivos. Algunos ejemplos de los elementos que analiza este inventario son síntomas clave de la ansiedad como es adormecimiento, dificultad para respirar, elementos afectivos y síntomas de pánico, por ejemplo, incapacidad para relajarse y nerviosismo. La prueba cuenta con 21 reactivos los cuales evalúan esta sintomatología experimentada en la última semana en la cual se marca con una “X” la respuesta que más represente la experiencia del cliente. Un ejemplo de la prueba aplicada en la clínica es: “¿Cuánto te ha molestado cada síntoma la última semana, inclusive hoy?: entumecimiento, hormigueo: Poco o nada (0), más o menos (1), moderadamente (2), Severamente (3).” Esta prueba fue adaptada para población mexicana (Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001) y se obtuvo la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach de .83.

3) La Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999), el cual evalúa la forma en que una persona reacciona ante el enojo según los eventos de vida que experimenta cotidianamente. El cliente responde con un formato de respuesta tipo Likert que van del 1 al 4, en la cual 1 es “casi nunca”, 2 es “algunas veces”, 3 es “frecuentemente” y 4 es “casi siempre”. Algunos ejemplos de reactivos son: “soy muy temperamental (enojón)”, “me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado” o “me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos”. En México, la confiabilidad interna del instrumento puntuó con una alfa de Cronbach de .83, lo cual permite su uso en población adecuado para nuestra población (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011).

4) La **Escala Global** (Moreno, 2014), es un instrumento que permite evaluar el estado general de funcionamiento, dividiéndose en diversas áreas de vida como son la laboral, escolar, relaciones de amistad, pareja, familia, salud física y sexualidad. Estas áreas son puntuadas según la experiencia del individuo durante las últimas dos semanas y cómo se han visto afectadas durante este periodo de tiempo; los clientes marcan con una escala numérica del 1 al 6, significando 1 = “nada”, 2 = “casi nada”, 3 = “poco”, 4 = “regular”, 5 = “mucho” y 6 = “muchísimo”. Ejemplos de la formulación de los reactivos serían: “mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado...”, “mi salud física está siendo perjudicada...” y “mi relación de pareja está siendo perjudicada...”.

5) El **Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)**. Este instrumento desarrollado por la Universidad de Minnesota en los años 40’s, tiene la función de medir características psicopatológicas globales y específicas de un individuo, lo cual ayuda a orientar al clínico en cuanto a los trastornos psicosomáticos, aspectos de personalidad y elementos clínicos importantes que surgen en las escalas estructuradas de este inventario. Algunas de las escalas que mide esta prueba están relacionadas a la defensividad, mentira, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia, ansiedad, obsesividad, conductas antisociales, problemas familiares entre otras. Estas escalas están diseñadas para ser interpretadas según las puntuaciones “T”, lo cual indica una medida estandarizada para una población en particular en cuanto a probabilidad de presentar elementos patológicos.

## Diagnóstico clínico

El proceso de diagnóstico en este caso siguió la línea del sistema multiaxial del DSM-IV-TR, el cual maneja una serie de ejes los cuales incluyen aspectos psicopatológicos, trastornos de personalidad, enfermedades médicas, problemáticas psicosociales y ambientales, así como una escala de evaluación de actividad global.

- **Eje I** F32.3 Trastorno depresivo mayor con características psicóticas.  
[296.24]
- **Eje II** F60.81 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81] con rasgos de personalidad antisociales.
- **Eje III** No hay enfermedades médicas.
- **Eje IV** Problemas relacionados al grupo primario de apoyo, problemas laborales, problemas económicos, otros problemas psicosociales y ambientales (intentos de suicidio).
- **Eje V** EEAG= 31-40, por lo menos 5 años.

Por otra parte, la hipótesis diagnóstica desde la línea de trabajo gestáltico, donde se encontró un bloqueo en el ciclo de la experiencia en las fases de sensibilización, formación de la figura, movilización de energía, pre-contacto y post-contacto. Las figuras cristalizadas en el caso de Luis son la manipulación, el enojo, el miedo y la victimización.

## Formulación del caso

El trabajo con el paciente se realizó bajo la modalidad de caso continuo en cámara Gesell durante el horario de la asignatura de supervisión.

Desde el enfoque gestáltico usado en esta intervención y partiendo desde la hipótesis diagnóstica descrita previamente, se describe que la problemática que Luis presenta, se orienta a presentar bloqueos en el ciclo de la experiencia en ciertas fases en particular (Salama, 2007).

En la etapa de sensibilización se puede apreciar el uso del mecanismo de defensa llamado “desensibilización” el cual la persona bloquea su sensación o sentimientos cayendo en la intelectualización y racionalización. En la etapa de formación de la figura presenta el mecanismo de defensa llamado “proyección” en el cual atribuye a los demás actitudes o emociones propias con lo cual no asume responsabilidad propia de estos.

En la etapa de movilización de energía se presenta el bloque en forma de “introyección” en el cual el individuo actúa desde el “debo o tengo que” actuando desde viejos constructos rígidos aprendidos. En la etapa de pre-contacto, el bloqueo se muestra en el individuo a manera de “deflexión”, esta forma tiene la función de eludir el contacto para evitar la angustia de la confrontación, redirigiendo su energía y atención a otra “alternativa aparente”. Finalmente en la etapa de post-contacto, el individuo hace uso del mecanismo de “fijación” el cual orienta a la persona a recordar experiencias trucas de manera repetitiva, lo cual puede traducirse en temor a correr riesgos y enfrentarse al presente.

Estos bloqueos son apreciables a lo largo de las sesiones de terapia en las cuales Luis va describiendo sus vivencias e interacciones con las personas de su entorno; en algunos casos van asociados a su propia familia con los cuales puede tener una relación ambivalente en la cual su padre y Luis caen en patrones de manipulación mutua haciendo uso de la culpa y la situación económica donde ambos buscan el dominio.

Por otro lado, un ejemplo recurrente dentro de los problemas que enumera Luis está relacionado a sus compañeros de trabajo, con los cuales menciona tener diversas dificultades ya que ellos “lo agravan y molestan constantemente”, siendo también que a Luis le desagrada ~~completamente~~ la forma en que ellos se dirigen a él, así como por la manera en que realizan sus labores.

Constantemente Luis menciona generar “escenarios imaginarios” en los cuales él dice o hace cosas de manera que “salga airoso” de la situación, a la vez de que busca imponer su voluntad ante los demás a manera de establecer “su superioridad” sobre otros, usando su intelecto y argumentos como herramienta. Por otra parte, Luis tiene una baja tolerancia a la frustración la cual se manifiesta en su lenguaje corporal cuando alguna idea rivaliza con su percepción de la realidad o se instauran límites.

### **Elección de tratamiento**

A continuación, se describen algunas de las técnicas usadas en el tratamiento terapéutico con base en los bloqueos del ciclo de la experiencia, sus funciones terapéuticas y la razón por las que fueron elegidas.

La mayoría de las técnicas gestálticas se dividen en tres tipos: 1) técnicas supresivas que ayudan al individuo a dejar de hacer alguna acción, 2) técnicas expresivas que ayudan al “darse cuenta” de elementos de sus acciones y 3) las técnicas integrativas, las cuales combinan elementos de las previamente descritas (Salama, 2007). La aplicación de alguna técnica se denomina “experimento”, la cual tiene la función de trabajar sobre el darse cuenta del cliente.

El bloqueo de desensibilización fue trabajado por medio del “contacto con cuerpo y mente” y “expresión emocional”. Ambas técnicas constan de trabajo corporal y mental para contactar aspectos reprimidos del individuo. Pueden ejecutarse desde cambiando la posición del cuerpo, pedir que la persona preste atención a sus sentidos, buscar que haga vinculación emocional respecto al aquí y ahora con frases como “ahora me doy cuenta de...” a la vez de que se va haciendo mención de las emociones vinculadas a estas experiencias con las que va contactando el individuo.

Este tipo de técnicas expresivas e integrativas sirven al individuo que cae en la intelectualización al negar el malestar que le produce el contacto emocional, de ahí que esta técnica busca propiciar el contacto a manera que se pueda continuar con las demás fases del ciclo de la experiencia y no se estanque en la rigidez (Salama, 2017).

Respecto a la proyección, las técnicas empleadas en este caso fueron “manejo de responsabilidad” y “manejo de polaridades” apoyándose con “hablar en primera persona”. Estas técnicas tienen la función de fortalecer el “sí mismo”, lo cual permite al individuo diferenciar lo que es propio de lo ajeno y le apoya para enfrentar sus culpas. Las técnicas constan de comenzar a modificar la forma en que se expresa el individuo, inicialmente con invitarlo a hablar en primera persona y poco a poco revisar de qué cosas “él es responsable”, mientras que el manejo de polaridades consta del trabajo con las “características negativas y positivas” y buscando el diálogo entre estas dos partes se puedan reconocer características no aceptadas (en este caso la responsabilidad).

Se eligieron éstas técnicas en gran parte debido a las necesidades del individuo, las referidas dentro del mismo proceso terapéutico así como en la prueba psicológica MMPI-2. El narcisismo característico de Luis es expresado de manera en la que él siente que los de-

más deberían acotarse a la manera en que él percibe al mundo y Luis a su vez busca influenciar en otras personas con su discurso altamente intelectualizado, cuando las demás personas discrepan y entran en conflicto con él. Esto es un reflejo de cómo Luis “pone en los demás” la culpa por las cosas que han salido mal en su vida así como las dificultades actuales en su área laboral y familiar, por lo que estas técnicas buscan trabajar sobre esta proyección rígida y constante.

En el caso de la introyección se realizó un trabajo con los debeísmos, lo cual consiste en hacer uso de ejercicios de contacto como algunos previamente descritos (mental y corporal) y también el uso de trabajo de polaridades orientándose a trabajar los constructos rígidos que actúan desde el “tengo que” y “debo de”, los cuales funcionan como reglas distónicas del yo y las cuales no son necesariamente congruentes con la realidad actual del individuo.

El trabajar con debeísmos sirve para apoyar al individuo a formar nuevas figuras, pudiendo sobrepasar las viejas órdenes rígidas que mantienen al individuo atemorizado a ser rechazado. La persona ejecuta acciones con tal de no ser alejado o negado por otras personas, de manera rígida busca actuar con base a sus reglas, aunque no sean congruentes con el contexto, cayendo en una generalización distónica del yo y el “aquí y ahora”.

Sobre las técnicas usadas para el mecanismo de deflexión se hizo uso de la “confrontación”, “resumen de respuestas” y la pregunta “¿de qué te das cuenta?”. Estas técnicas consisten en aclarar la figura confusa del individuo cuando este por temor a enfrentar y evitar el rechazo, redirecciona su energía en hacer cosas que no necesariamente necesita. La confrontación busca expresar las necesidades encubierta por medio de preguntas. El resu-

men de las respuestas, por otro lado, propician el “darse cuenta” y aclaran así la necesidad real no expresada detrás de una acción.

Estas técnicas fueron implementadas desde la premisa teórica de que la deflexión implica la evitación de contactar una vez iniciada una acción lo cual no propicia al cierre de la figura. Esto, desde las necesidades de Luis, es importante ya que él refiere constantemente tener la necesidad de “salir adelante” y buscar “establecerse con mayor seguridad económica”.

Su energía se divide en “diversas actividades” que él dice están orientadas a este fin. Sin embargo, también reporta contradictoriamente que él constantemente teme al fracaso y por lo mismo actúa de una manera dominante con otras personas. Esto le encamina a situaciones en las que “él pierde oportunidades favorables”. Constantemente echando la culpa a los demás sobre esto, la confrontación y búsqueda de “cerrar la figura” tiene la función de responsabilizar y redireccionar los esfuerzos de Luis a elementos “congruentes” en el aquí y ahora.

Finalmente, para el bloqueo de la fijación se usó la “validación de sentimientos” y “asimilación de lo que nutre y desechar lo tóxico”. Estas dos técnicas se orientan hacia las situaciones truncadas que continúan influenciando en la actualidad sin facilitar un cierre de la experiencia para poder avanzar a nuevas figuras.

La validación de sentimientos consiste en que la persona pueda apreciar como “permitidos” los sentimientos que surgen sin necesidad de minimizarlos o justificarlos, reconociendo que el individuo puede ser libre. El asimilar lo que nutre, mientras se desecha

lo tóxico, permite al individuo identificar las cosas que puede integrar de una experiencia y que cosas dejar pasar, fortaleciendo su identidad y creando figuras alternativas.

Estas técnicas fueron elegidas debido a la naturaleza de Luis de repetir patrones de comportamiento y manteniendo líneas de pensamiento rígidas las cuales se originaron en algún punto de su desarrollo y han permeado gran parte de sus experiencias de vida. En repetidas circunstancias, él hace referencia de que “no siente que pertenezca” en él elementos como “ser tolerante” o “comprender a otros”. Al resolver él mismo situaciones distintas con la misma respuesta rígida, perpetúa el “no avanzar” y mantenerse estancado en lo que “él conoce”. Luis teme enfrentar una realidad que le es incierta y atemorizante, de aquí la necesidad de validar las emociones negadas y racionalizadas, asimilando y discerniendo cuáles nutren nuevas maneras de vivir su realidad.

### **Informe de Sesión**

En la sesión 5 Luis trabaja sobre la crisis que vive en el trabajo con sus compañeros y jefes inmediatos. El menciona las agresiones que siente por parte de estas personas en su ambiente laboral y las acciones que ha tomado para afrontar esta situación. Por otra parte, él menciona en esta sesión que no ha sido responsable en su vida de sus decisiones y acciones, siendo él quien ha generado “una cadena de frustraciones” lo cual le hace sentir culpable, a la par de que puede admitir que ha habido algunos elementos que han tenido “buenos resultados” en cuestión de su avance terapéutico. Finalmente, en esta sesión, Luis acepta

iniciar un tratamiento farmacológico en interconsulta con un psiquiatra, esto a raíz de los resultados obtenidos en sus pruebas psicológicas.

En esta sesión se hizo uso del “darse cuenta” con el objetivo de trabajar sobre las experiencias que él narra y buscar el contacto emocional con esta vivencia. Esta aproximación es parte del trabajo sobre el bloqueo del pre-contacto, con lo cual usualmente usa el mecanismo de defensa de deflexión.

A continuación, se transcribe un fragmento de la sesión en el cual se hace uso de la técnica “del darse cuenta”. En esta sesión él habló sobre su relación con los compañeros de trabajo quienes se comportan hostiles con Luis a raíz de un proceso legal que él inició en contra de ellos debido a las malas prácticas laborales. El sindicato de trabajadores al que él y sus compañeros pertenecen, le acosan laboralmente y él se siente frustrado por el poco apoyo que está recibiendo, a pesar de que su acción fue “responsable”:

- Luis: Esta labor que realicé, fue adecuada, propia y responsable... ver todo eso como alguien llega y lo tira a la basura es... (silencio).
- Terapeuta: ¿cómo te hace sentir eso?
- L: Molesto... decepcionado... enojo...
- T: ¿como si esta acción, la cual es responsable y propia ha sido devaluada por otros?, ¿esto es desagradable?
- L: así es.
- T: con esto que dices, me suena como si una acción responsable tuviese que ser agradable, ¿qué piensas de esto?

- L: como he mencionado antes, hay una gran necesidad de aprobación en mí por parte de otras personas... los adultos en mi vida cuando era pequeño, mis hermanos, mis maestros en la escuela, mis jefes...
- T: ha sido un componente predominante en tus relaciones, ¿es así?
- L: muy predominante.
- T: con esto que me dices, ¿cómo sería una manera distinta de ver la “responsabilidad” ?, ¿qué otra función tendría?
- L: la responsabilidad es hacer lo correcto, tener orden, cumplir con lo que se espera de mí.
- T: esos son elementos relacionados a la responsabilidad y a la vez me suenan relacionados al exterior, vinculados a lo que “otros” esperan o requieren de tus acciones, ¿cómo sería una función de la responsabilidad aplicada a ti mismo?
- L: (silencio)... no lo sé
- T: ¿hay algún ejemplo que podrías decir en tu actuar que es “responsable”?
- L: regresando nuevamente, la denuncia que levanté fue una acción responsable.
- T: un ejemplo más próximo, el que tu estés asistiendo a terapia, ¿qué piensas de esto?
- L: tal vez es por el momento que estoy viviendo... pero yo no percibo muchos avances...
- T: ¿hay algo que te das cuenta de este proceso que llevas y te haya sido de utilidad?

- L: (silencio)... la respiración, actualmente estoy respirando en 5 tiempos, si no en los momentos más críticos, si al menos unas veces al día... y también la frase de “a la chingada” la cual usé no como una forma de derrotarme sino de intentar y seguir avanzando.

Luis a esta altura del proceso terapéutico, usualmente menciona que “no ve propio de sí mismo” algunos elementos de cambio, usualmente desestimándolos o mencionando que “no puede verlos en sí mismo”. Al preguntarle a Luis sobre “qué se da cuenta” respecto a su proceso, en el último párrafo de la conversación, él admite elementos que está usando con mayor frecuencia y que ha sido él mismo quien los ha ejecutado por voluntad propia.

### **Resúmenes de sesiones**

Sesión 1. Encuadre y motivo de consulta, donde el paciente habló de sus intentos de suicidio, una experiencia de “violencia sexual infantil” que vivió cuando tenía 10 y 11 años. Al final de la sesión el dijo sentirse frustrado con los límites.

Sesión 2. Esta sesión trató sobre la familia y el ambiente laboral. Habló sobre una problemática en su trabajo en la cual interpuso una denuncia por “mal uso de materiales industriales” que ocasionó daños a otros compañeros. Estableció los objetivos de sesión: desarrollar autoconfianza y sobrellevar su miedo. Al final de la sesión se sintió frustrado por la falta de resultados tangibles.

Sesión 3. En esta sesión habló sobre la culpa al haber intentado quitarse la vida, también sobre su sensibilidad a la crítica. Se le hizo la invitación de hablar sobre el "aquí y ahora" respecto sus experiencias recientes en el trabajo. Luis reportó no sentir avance por lo

que se indujo a la reflexión sobre llevarse su frustración y sentirla, a manera que aprenda de ella.

Sesión 4. En esta sesión el paciente habló sobre un proyecto que tiene en puerta y cómo lo asocia a la ansiedad e "incertidumbre". Trabajó en cómo constantemente busca la aprobación de algunas personas (ej. Su papá). Habló sobre su familia; su padre es doctor y su madre enfermera, con su padre mantuvo una relación manipulativa y con su madre, él dijo "no poder mantener conversaciones".

Sesión 5. En esta sesión habla sobre cómo se siente atacado en su ambiente laboral debido a la denuncia que presentó. Él dijo "ser el responsable de estar viviendo esta situación"; reportó dificultad para ver o aceptar que hay puntos positivos en las experiencias descritas durante el proceso. Se hizo la indicación terapéutica de comenzar un proceso farmacológico con un psiquiatra.

Sesión 6. En esta sesión habló sobre su experiencia previa con psiquiatras y como no tiene información al respecto de que tomó, a su vez menciona que fue una experiencia desagradable. Trabajó en esta sesión sobre su familia, sobre las dificultades en cada lado de la familia y como son las relaciones, las imposiciones y violencia que se desarrollaban así como las manipulaciones con aspectos monetarios por parte de su padre.

Sesión 7. Luis reportó cambio con el medicamento aunque menciona "no saber si es un efecto placebo", ya que desconfía de los medicamentos. Trabajó sobre su dificultad de habla en primera persona, cuando habla así dijo sentir que era como "un ataque" hacia los demás a manera de imponerse; surgen lágrimas al hablar sobre sus sentimientos de miedo.

Sesión 8. En esta sesión inicia comentando que no fue a trabajar para atender cosas de su familia, no desde la "irresponsabilidad" sino desde el "tomo esta decisión y estoy de acuerdo con ella". Trabajó sobre su dificultad con la autoridad, sobre todo con las reglas y su búsqueda de "imponer su propio mandato" así como el miedo a la incertidumbre de dejar las cosas que tiene mucho tiempo haciendo, en especial el control que le ha sido útil. Cierra este proceso y se le hace la invitación a continuar en otro modelo terapéutico el próximo período.

### **Resultados**

Para el final del proceso terapéutico, se pudieron apreciar en Luis ciertos cambios los cuales pueden ser separados en cambios cualitativos y cuantitativos. Comenzando por los cambios observables cualitativamente, Luis al inicio muestra aversión al formato de sesiones en vivo con el grupo terapéutico diciendo sentirse "como conejillo de indias", mientras que para el final muestra reconocimiento al grupo terapéutico al pedir por iniciativa propia conocerlos al finalizar una sesión.

Otro cambio significativo fue que a pesar de haber vivido con desagrado un proceso psiquiátrico en su pasado, Luis accede a comenzar un nuevo tratamiento, reportando que mantiene sus reservas y sintiendo a la par "ganas de seguir avanzando".

Dentro de los elementos que se pudieron apreciar que Luis usa con mayor frecuencia es el "hablar en primera persona", esto es parte del trabajo respecto al "darse cuenta", el contacto emocional e identificación de emociones, las cuales al inicio costaban significativamente más el expresarlas y al final era algo que lograba hacer, aunque él mismo reporta que "se siente todavía ajeno a esta manera de expresarse".

Respecto a los resultados cuantitativos, la tabla 1 muestra los resultados obtenidos en la sesión 1 y 5 de la escala general, escala enojo rasgo, inventario de ansiedad e inventario de depresión de Beck. Los elementos que presentaron mayor cambio fueron las puntuaciones del inventario de depresión e inventario de ansiedad de Beck, siendo que la gran mayoría de puntuaciones de la escala general se mantuvieron cerca de su puntaje inicial.

*Tabla 1.* Puntajes obtenidos de las escalas e inventarios aplicados

	Sesión 1	Sesión 5
1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada.	5	4
2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/hogar está siendo perjudicado.	5	3
3. Mis actividades en ratos libres están siendo perjudicadas.	3	4
4. La relación con mi familia está siendo perjudicada.	4	5
5. Mi salud física está siendo perjudicada.	5	5
6. Mi vida en general está siendo perjudicada	5	4
7. Mi relación de pareja está siendo perjudicada	4	4
Escala de Enojo Rasgo	34	28
Inventario de Depresión de Beck	35	25
Inventario de Ansiedad de Beck	33	17

### **Factores asociados al terapeuta**

En este proceso terapéutico, hay elementos aportados por el terapeuta que tienen efecto sobre el trabajo con el cliente. A continuación se exponen estos factores que influyeron y las áreas de oportunidad detectadas en el terapeuta.

Al ser una modalidad de terapia en sesiones con el grupo terapéutico, el encargado de llevar el caso clínico aprovechó su capacidad de trabajo en equipo para poder enriquecer la intervención con las recomendaciones de su grupo de supervisión. Por otra parte, el terapeuta hizo uso de su capacidad empática para establecer una alianza terapéutica la cual apoyó a la adherencia al tratamiento.

El terapeuta implementó adecuadamente las técnicas y principios gestálticos para buscar el cambio en el cliente, esto gracias a sus fortalezas académicas y propia adecuación al modelo terapéutico. Finalmente, un punto notable es el compromiso del clínico respecto a su crecimiento personal, el cual se puede apreciar en la interacción con el cliente la cual fue evolucionando de abiertas agresiones y devaluaciones por parte de Luis, hasta lograr entablar una relación más cálida y receptiva.

Comenzando con las áreas de oportunidad detectadas en mi persona, un punto a continuar trabajando es la postura y modulación de voz, ya que tiende a regresar a una postura encorvada y su voz puede volverse demasiado suave o sin la energía suficiente para éste tipo de intervención.

A su vez, es importante continuar el trabajo de contratransferencias relacionado a la hostilidad y devaluación, ya que este cliente hace uso de estos elementos y como consecuencia se muestra vulnerabilidad a estas actitudes. La continuación del proceso personal es importante debido a lo previamente mencionado, así como el trabajo sobre los rasgos narcisistas del terapeuta, en particular la vinculación emocional, la cual se ve reflejada en la empatía y contacto con el cliente.

## **Discusión**

Con base en los resultados, cualitativos y cuantitativos, se observó un cambio respecto a niveles de ansiedad y depresión, los cuales pueden coincidir con el trabajo realizado respecto a la responsabilidad y el autocuidado. Para el final de este proceso, Luis mantuvo adherencia al tratamiento psiquiátrico y admite que es responsabilidad de él, reportando voluntad para seguir adelante con su trabajo personal, lo cual puede explicar la disminución en puntajes de ansiedad y depresión.

Para el final de este proceso, Luis no reportó tener ideaciones suicidas lo cual es concordante con la baja en puntuación del inventario de depresión. Esto puede ser reflejo del trabajo realizado sobre el respeto a sí mismo así como responsabilidad, ya que se enfocó en tolerar y expresar la frustración.

Al final el cliente comenzó a hablar en primera persona para expresar emociones más que pensamientos. Esto es fruto del trabajo realizado sobre la honestidad y contacto emocional, elementos que apoyan el incremento de la conciencia que permitirá al cliente poder continuar un desarrollo personal enfocado más en el “aquí y ahora” dejando las posturas rígidas que se repiten en todos sus entornos.

Debido a la complejidad del caso, el punto avanzado del semestre en el que Luis comenzó su proceso y el compromiso por continuar en su trabajo personal, el terapeuta y equipo de supervisión extendieron la recomendación de que el cliente continúe su proceso terapéutico a un mayor plazo, específicamente durante el siguiente periodo bajo el modelo sistémico.

Hay varios elementos que continúan pendientes para su trabajo subsecuente. La autoestima es uno de los elementos más sensibles para él, mostrándose en una renuencia constante por “aceptar como propios” los cambios positivos que notó al final de su proceso, adjudicándolos al medicamento o al terapeuta, esto también es identificado como un área de oportunidad sobre el trabajo de responsabilidad que es necesario seguir desarrollando, a manera de que pueda asimilar tanto sus errores como sus aciertos.

### Referencias

- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., y 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 (5), 307-318.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6), 893-897.
- Beck, A., Ward, C., Medelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen 2*. McGraw-Hill. España.
- Gawda, B. & Czubak, K. (2017). Prevalence of personality disorder in a general population among men and women. *Psychological Reports*, 120 (3), 503-519.

- 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.
- Liu, R., Klaiman, E., Nestor, B. & Cheek, S. (2015) The Hoplessness Theory of Depression: A Quarter-Century Review. *Clinical Psychology: science and practice*. 22 (4), 345-365.
- Moreno, L. (2014) *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Tesis de maestría en psicología clínica y psicoterapia. Universidad Iberoamericana Puebla. No publicada.
- Moscoso, MS. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321-343.
- Moscoso, MS. & Spielberger, CD. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6, 4-13.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (2), 211-218.
- Salama, H. (2007). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. Alfaomega Grupo Editor, 4ta edición. México, DF.

Stahl, S. (2008). *Stahl's essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications, third edition*. Cambridge University Press, New York. USA.