

Caso clínico la desconfianza : un patrón predominante en el trastorno de la personalidad paranoide

Pérez Castellanos, Luz Olaya

2018

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3712>

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



UN ENCUENTRO CON LOS RECURSOS DE LA EXPERIENCIA

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCAZAR OLÁN

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

Presenta
Coral Martínez Osorio

UN ENCUENTRO CON LOS RECURSOS DE LA EXPERIENCIA

Coral Martínez Osorio

Universidad Iberoamericana Puebla

Maestría en Psicoterapia

2018

Resumen

El objetivo de la presentación de este estudio de caso clínico es hacer una revisión sobre las metas alcanzadas a partir de la valoración de la paciente de 35 años de edad, originaria de Oaxaca que acude por segunda ocasión al servicio de Orientación Psico Terapia y Aprendizaje Significativo. En esta ocasión solicitó durante el proceso terapéutico pudiera encontrarse a ella a modo de re identificarse a partir de su divorcio, mejorar su papel de madre y habilitarse para la búsqueda de una nueva pareja que la aceptara con su hija de 8 años. Al finalizar el tratamiento de 12 sesiones, identificó introyectos que rigen su vida, expresó emociones y necesidades que previamente se le dificultaban y aprendió a través de la respiración y su postura corporal a autorregular sus emociones brindándole claridad y conciencia sobre lo que desea para su futuro.

Introducción

La psicoterapia Gestalt tiene la finalidad de que la persona pueda pensar con la mente y sentir con las emociones, haciendo que la integración de la polaridad, mente con cuerpo promueva el desarrollo del potencial humano. De esta forma, el objetivo es que el cliente realice con la ayuda del terapeuta, la transición de depender del medio en el que se encuentra, para transitar al autoapoyo que necesita (Castanedo, 2008).

El método para lograr el autoapoyo, según Yontef (2002) es a través del diálogo

existencial que ocurre entre -paciente y terapeuta- que se encuentran como personas, impactándose y respondiendo a una relación yo-tú. Dicha relación existencial promueve el proceso del *darse cuenta*. Este proceso se convierte en una forma de vivenciar y estar en contacto con lo que sucede los campos de la persona como el emocional, el cognitivo, energético y particularmente en el sensorio-motor.

El mismo Yontef (2002) refiere que la persona al *darse cuenta*, retoma el control y la responsabilidad de sus elecciones, sentimientos y emociones mediante la exploración de los mismos, fortaleciendo el crecimiento y la autonomía, en el cual el punto medular de la terapia es la toma de conciencia en lugar de la modificación de la conducta.

En la terapia gestalt, lo que se busca primordialmente es que, la persona exprese la historia de su experiencia con el propósito de que vaya entendiendo el significado real que tiene para ella y le abra la oportunidad de ir creando nuevas experiencias dentro de ese mismo contexto o en otros, sin la necesidad imperante de conocer las causas, antecedentes o significados que le llevaron a vivir la experiencia, sino el cómo la vivió, la comprendió y el aprendizaje que obtuvo para emplearla en otro momento. Para ello, se confía en la premisa de que el paciente podrá guiar sus experiencias futuras a partir de adquirir un sentido claro de lo que ocurre dentro de él y tomar las decisiones sobre el rumbo que quiere transitar (Polster, 2008).

Robine (2002) establece que contactar con el entorno se consigue a partir de lo fisiológico a lo psicológico, como una de las funciones necesarias para la supervivencia del sujeto y por ende al crecimiento. El contacto con el ambiente conduce a la realidad viviéndola desde la experiencia.

Para establecer contacto además requiere de formas de relación o interacción con el mundo. Estas formas pueden ser funcionales o disfuncionales que pueden ser evaluados, de

acuerdo con Muñoz, M (2014) al grado de flexibilidad, intensidad o frecuencia con la que se realiza dicha interacción. En caso de que la información, la energía, la atención y las relaciones se manejen adecuadamente la persona podrá desarrollarse. Sin embargo, en caso de emplear la rigidez de forma continua la persona se conduce por la vida sin asumir la responsabilidad de lo que está viviendo.

Por otra parte, la autorregulación del organismo es la sabiduría implícita en la conciencia, de tal modo que satisfacer las necesidades es algo que urge cuando éstas existen, y por ello no es un proceso automático. Dicha autorregulación da por sentado que los organismos se regularán de acuerdo con sus capacidades y los recursos del ambiente (Latner, 2007).

Para que la persona se sostenga con actitud explorativa y responsable de sí misma (Zinker, 1977), la terapia Gestalt ocupa el experimento como una técnica que le brinda al paciente la oportunidad de:

- Aprender
- Completar situaciones inconclusas
- Superar bloqueos del ciclo de la experiencia
- Integrar mente, cuerpo y fuerzas personales en conflicto
- Descubrir polarizaciones
- Percibir su vida como un proceso creativo
- Tomar conciencia
- Promover el desplazamiento de introyectos al lugar de origen

a través de emplear el repertorio de experiencias tanto del terapeuta como del paciente.

Polster (2008) propone que el propósito del experimento terapéutico es conducir al paciente a que los gestos, la voz, los movimientos, etc. se conviertan en mecanismos conscientes, y que esta toma de conciencia que soporte al paciente, lo oriente en la detección y expresión de sus necesidades y lo impulse a actuar a partir de propio sentido natural de ser.

Kepner (2000) en su obra *Proceso corporal: un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*, refiere que la experiencia del cuerpo es la experiencia del sí mismo, y que la metáfora es la línea de la propia historia que brota de las experiencias de la vida interior en su forma más vívida, retomada para crear una obra o un drama a partir del cual el paciente podrá reorientar la visión que tiene de sí mismo. Sin embargo, si la persona separa su identidad de la experiencia corporal, permanecerá fuera de control, fragmentado y disociado; perdiendo contacto con el mundo y consigo mismo.

Salama (2007), así como los sueños en gestalt son mensajes de inconsciente que buscan cerrar asuntos inconclusos o brindar un mensaje a la persona; la estrategia terapéutica de la metáfora se convierte en una herramienta para que la persona proyecte y asimile nuevos significados y mensajes que las resistencias a experimentar o contactar no se lo permiten y pueda generar nueva formas de interacción con su mundo real.

En este estudio de caso, se requirió de un trabajo de movilización de la energía promoviendo el proceso del *darse cuenta*, el manejo y expresión de sentimientos, emociones, cogniciones, decisiones, etc, respondiendo a la necesidad de la paciente, quien acudió a terapia con la finalidad de encontrarse consigo misma, tener una nueva pareja y ser una buena madre.

Datos de identificación de la paciente

María (pseudónimo) es una mujer de 35 años de edad, de tez morena clara, mide 1,60cm aproximadamente de estatura, complexión mediana, cadera ancha, cabello largo, oscuro y lacio, ojos cafés, tono y volumen de voz moderado.

La paciente es originaria de Oaxaca, donde se casó y embarazó. En búsqueda de mejores condiciones de vida y laborales se mudó a Puebla con su pareja con la intención de radicar ahí permanentemente.

En el año 2015 asistió a terapia en el servicio de Orientación Psico Terapia y Aprendizaje (OPTA), para la transición hacia el divorcio, el término de su empleo y búsqueda de uno nuevo.

En la actualidad vive con su hija de 8 años de edad y ambas conviven con el papá durante los fines de semana. Labora en una empresa embotelladora de refrescos, en el área de capacitación del departamento de recursos humanos y es comunicóloga de profesión.

Motivo de consulta

María acudió a consulta por segunda ocasión al OPTA con el objetivo de volver a ser ella misma, llevar a cabo lo que desea, ser la mejor tanto en el trabajo como en su familia sin equivocaciones y conseguir una pareja. Sin embargo, esta última la ha evitado por miedo a que su hija se lo reproche en el futuro o que se suscite un problema similar al que experimentó durante su infancia. El problema fue que su madre contrajo segundas nupcias cuando ella tenía 8 años de edad y su esposo no la aceptó ni involucró con la nueva familia que estaban formando. Por lo antes expuesto, el hecho de que su hija cumpliera 8 años de edad evocó los pensamientos de su infancia.

La paciente se mostró como una mujer fuerte, buena madre, empleada, hija y hermana. Sin embargo, mientras hablaba de sus fortalezas, hubo momentos en que se le entrecortó la voz, lloró y procuró reponerse rápidamente resaltando sus rasgos de personalidad obsesiva. En ella predominan el control y el perfeccionismo así como rasgos límite, caracterizados por su inestabilidad en las relaciones interpersonales y labilidad emocional. Su red de apoyo es escasa, contando únicamente con una prima en Guadalajara en quien confía y sus hermanas en Oaxaca.

Su primer tratamiento psicoterapéutico duró 22 sesiones y fue dada de alta en el OPTA. El tratamiento psicoterapéutico que se describe a continuación, tuvo una duración de 13 sesiones, en las cuales María asistió regularmente en tiempo y forma. Hacia el final del tratamiento se mostró renuente a que concluyese, no obstante, en la sesión de cierre identificó algunos cambios que facilitaron la conclusión del mismo.

Técnicas e Instrumentos para evaluar al paciente

La aplicación de instrumentos de evaluación durante el proceso diagnóstico facilita la elaboración del tratamiento. Por ello, se emplearon técnicas cuantitativas como escalas o tests.

La primera fue la escala Global, siendo un instrumento de autoaplicación que mide el funcionamiento del paciente en las diversas áreas de la vida; laboral, escolar, relacionales en la amistad, pareja, familia, salud física y salud sexual, registrando el grado de malestar que perciben que va con un puntaje del 1 al 6, donde se evalúan aspectos importantes de la persona y detectar las áreas donde presenta dificultad en la vida diaria.

La escala de enojo rasgo (Moscoso, 2000) mide la predisposición de la persona al expresar enojo, cómo se siente o suele reaccionar generalmente y cómo controla su

carácter, como lo suele expresar y qué hace para relajarse. El Dr. Raúl Alcázar Olán (2011), validó esta escala para México.

Finalmente el inventario de ansiedad de Beck valora la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad, síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos. Cuenta con 21 ítems que miden la gravedad de la ansiedad actual de la persona. Este inventario se califica del 0 al 3, fue validada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001).

Y finalmente el inventario de depresión de Beck mide la severidad de la depresión, cuenta con 21 ítems relacionados con síntomas depresivos, desesperanza, irritabilidad, culpa, síntomas físicos relacionados con la depresión durante los últimos 15 días. Este inventario se califica del 0 al 3 y fue validado para México por Samuel Jurado (1998).

Diagnóstico

El diagnóstico del paciente previo a la elección del tratamiento es primordial para establecer las bases del proceso terapéutico. Éste se conformó por el modelo gestáltico además de los criterios diagnósticos del DSM IV-TR durante la entrevista clínica.

El diagnóstico gestáltico, de acuerdo con Salama (2007), se realiza por medio de la evaluación de la fase en donde se encuentra el bloqueo de la energía, por el se cual interrumpe el proceso del ciclo de la experiencia que se identifica por: a) necesidades, b) frases, c) mensajes y d) temores, además de la identificación de la figura cristalizada y las polaridades a trabajar, a fin de coadyuvar a la integración de la persona. En el caso de María, presentó bloqueos en las fases de sensación, movilización de la energía y pre-contacto, aunado a sentimientos de culpa como figura cristalizada.

Para el ejercicio del diagnóstico multiaxial, deben contemplarse no sólo los

trastornos sino los rasgos que presenta en cada uno de los ejes.

Eje I No hay diagnóstico

Eje II F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo [301.4]

Frecuente uso de negación, devaluación, idealización y omnipotencia

Eje III No hay diagnóstico

Eje IV Problemas con el grupo primario de apoyo y problemas laborales

Eje V EEAG = 55 (en el ingreso)

EEAG = 70 (en el alta)

Formulación del caso clínico

María emplea mecanismos de defensa que impiden la sensación, son distónico con el yo y evitan la situación. Por tanto, los bloqueos se encuentran en las fases de sensación, movilización de la energía y de pre-contacto.

La desensibilización se refleja cuando menciona que hay pocas cosas que la hagan sentir bien, presenta incapacidad para expresar sus sentimientos y en ocasiones incluso no identifica qué emoción es la que siente y lo refiere diciendo “no sé qué siento, es como si..”

Elección del tratamiento

Los objetivos que se establecieron para el tratamiento psicoterapéutico, fueron: a) la sensibilización de las emociones, b) la movilización de la energía, a través de la análisis de los introyectos y pensamientos automáticos y c) el pre-contacto, promoviendo la identificación consigo misma y la honestidad. Lo anterior, fue efectuado a través de 3 estrategias terapéuticas gestálticas, propuestas por Salama.

La respiración y los apoyos de movilización del cuerpo, postura y alineación se

emplearon para llevar a la paciente al “aquí y al ahora” y que sostuviera ese estado de permanencia en la realidad, suprimiendo pensamientos automáticos, estímulos externos, resistencias, entre otros. Esta técnica es fundamental para poder comenzar con el proceso del darse cuenta, que una vez integrado con otras herramientas, conlleva al autoapoyo.

Por ello, también se empleó la técnica del enfoque corporal en cada una de las partes del cuerpo derivado de la narrativa que estaba empleando la paciente. De esta forma, fue haciéndose consciente de sus respuestas corporales y cómo desde el énfasis en ellas podía sentir, proyectar y actuar diferente.

Hacia el final del proceso terapéutico, se utilizó la metáfora con la intención de que la persona pudiera integrar y asimilar lo proyectado y, por tanto, hacerse responsable de sus acciones y omisiones que la condujeran a la aceptación, identificación, reconocimiento de emociones y valores propios.

Al emplear estas técnicas, la resistencia apareció y se trabajó mediante la confrontación, la responsabilidad depositada en sí misma y hablar en primera persona. Como parte del proceso terapéutico, hubo tareas que también permitieron que la paciente durante el transcurso de la semana continuara trabajando en el proceso del *darse cuenta*, de tal forma que los cambios se reflejaran en su vida especialmente en el campo laboral y familiar.

Implementación del tratamiento

Las doce sesiones con la paciente, se guiaron por los objetivos y temas que solicitó trabajar. Durante la sesión diez, el objetivo fue que estableciera contacto consigo misma y sus emociones, mediante la identificación de sus necesidades. Para ello se empleó la técnica de la metáfora. Ésta fue acerca de una mariposa que se ha posado sobre la mano de una

persona que iba en una camioneta en la carretera, donde las posibilidades de que la mariposa entrara por la ventana y se posara durante unos minutos, eran escasas.

A continuación se describe textualmente un breve diálogo, en el cual la terapeuta empleó la metáfora a fin de que la paciente pudiera proyectarse en la misma y se promoviera el *darse cuenta*. Durante la descripción de la sesión se empleará la “T” para indicar los diálogos de la terapeuta, en tanto que la “M” para la paciente. Se marca énfasis a través de las líneas marcadas con **negritas**.

T- Técnica de la metáfora ¿No sé si a ti de pronto esto te suena a algo?

M- (Tras una breve pausa y tomar aire) Sí, si me quedo estática puede ser que llegue a pasar. Que se pose una mariposa, puede pasar, pero para quedarme estática, o sea ahorita lo pensaba, **tendría que buscar un contexto donde haya muchas mariposas, pero estando en movimiento naturalmente llegue a pasar**, lo vi como; estando en movimiento, **muévete y haz algo, para que suceda**, a lo mejor, tú venías justamente en un camino propenso de...abejitas, whatever, varias especies, entre de ellas mariposas. No es lo mismo que vengas en la misma camioneta, misma hora del día, en una avenida urbana, **entonces sí puede ser que en esta fluidez, de hacer, de buscar pero sin obsesión** ¿no?, como tú venías y a lo mejor fue así (chasquido dedos). Y estabas en búsqueda, no estabas portándote natural y la mariposa dijo aquí mejor no me paro, entonces sí tiene que ser así [hace un silencio]. **A veces no es fácil.**

T: ¡A veces no es fácil que una mariposa se pose en una mano, no es fácil!. ¿Qué te llevas hoy?

M: Primero me llevo que había una puerta que no pensaba abrir, de este tema, que yo sabía que lo traía y todo, pero es como paso a pasito. No es que no fuera importante, pero ya me había dado cuenta...¿Qué me llevo? la anécdota de la mariposa, con la habilidad aprendida,

para emprender mi semana en la parte laboral. También es como **aplicar el ejemplo de la mariposa, donde ella fluye y en algún momento se posará como un acierto a él**, a lo mejor en mi semana con las auditorías que tengo. **Y en la tarea que tengo que ver con (híjole no), con la humildad de pedir.**

T: ¿Podrás cambiar el tengo por el quiero?

M: Ay sabes, es que no me sale natural.

T: Cuando empezamos a hablar tampoco nos sale tan natural

M: Me gustaría...

T: Es algo que necesitamos decir en presente, me gustaría es un tiempo allá en el tiempo muy muy lejano.

M: No sale tan fácil, quiero practicar la humildad para poder tener, para poder, quiero poder practicar la humildad para pedir lo que necesito.

T: Y si en este quiero pedir algo que necesito con humildad...

M: (Paciente repite): Quiero pedir lo que necesito con humildad, ok (lo repitió dos veces).

T: ¿Hay algo que tú ahorita me quieras pedir?

M: (Indica que no con la cabeza y posteriormente menciona) Bueno sí un abrazo.

Este cierre junto con la metáfora, sirvió para que la paciente pudiera identificar sus necesidades y las expresara. Además, lograrlo tuvo cierta dificultad, tanto que su pensamiento y discurso se desorganizó hasta que nuevamente al estructurarse se dio la oportunidad de decir claramente lo que necesitaba y quería, siendo congruente tanto en cuerpo y mente. Así mismo se dio cuenta que en su medio familiar, laboral y social puede practicar la humildad, la comunicación directa y la expresión de sus emociones.

María cotidianamente posterga la satisfacción de sus necesidades por miedo a sufrir y a ser rechazada, sin embargo el sufrimiento aparece como una profecía autocumplidora.

Los temas que se abordaron durante el proceso terapéutico fueron:

Sesión 1. Se efectuó la presentación de la terapeuta, el encuadre, lectura de contrato, establecimiento de modelo de trabajo, rapport e historia clínica. Hipótesis de la paciente de rasgos obsesivos de personalidad, búsqueda de control y ansiedad generalizada.

Sesión 2. La paciente habló de su dinámica familiar, en especial con su hermana y su madre. Logró establecer como objetivos terapéuticos el ser ella misma a través de ser adaptable, fluir y aceptarse. Presentó dificultad para contactar con sus emociones y describe los acontecimientos por medio de ensoñaciones pesimistas y catastróficas, permaneciendo en el pasado.

Sesión 3. Reportó tristeza por la pérdida de un compañero de trabajo, situación que le hizo sentir sensible ante su propia muerte. A su vez identificó que suele exigirse de acuerdo a sus expectativas que son altas y por tanto siente miedo de no poder cumplir sus objetivos. La paciente mencionó que utiliza elementos externos para compensar sus carencias, como es el caso de los tacones para aparentar mayor estatura. Maneja culpas e introyectos que no identifica.

Sesión 4. Presentó un cambio en el ámbito laboral, escuchando la retroalimentación de su jefa en cuanto a su desempeño, a través de sostenerse a ella misma empleando su postura y la respiración, misma que se practicó en sesiones previas.

Sesión 5. Ahondó sobre su relación actual con su ex esposo, describiendo que salen seguido como familia, durante los fines de semana y se dio cuenta que posterga hablar los temas importantes con su padre y su ex esposo con respecto a la educación de su hija.

Sesión 6. Logró expresar que se siente asustada, sola y tiene miedo de no poder tomar decisiones importantes en su vida y que su vez su red de apoyo es escasa. Mostró signos de ansiedad y dificultad para admitir sus emociones.

Sesión 7. Se abordaron datos de la historia clínica y del protocolo. Refirió sentir pena al recibir cumplidos. Distinguió las diferencias entre las autoexigencias y la autodisciplina (que le permite desarrollar herramientas) y reconoce que ha aprendido a estar más en el presente, sentirse bien consigo misma y proyectarlo hacia los demás.

Sesión 8. Presentó miedo a ser rechazada y a enfrentar, derivado de que volvió a suscitarse una situación con el papá de su hija, con quien no consigue discutir los términos de crianza. Sin embargo, se dio cuenta de que para poder hablarlo con él requiere poner atención a las necesidades de su hija a fin de brindarle cuidado y protección.

Sesión 9. Habló sobre sus exigencias como madre y le agobia que su hija no ve todo lo que hace por ella. Sin embargo, admite que ella es capaz de ser responsable de ella misma y de su hija. Se da cuenta de que hace lo que puede con lo que tiene aceptando sus limitaciones.

Sesión 10. Retomó el tema de su red de apoyo disminuida. Se realizó el ejercicio que se describió previamente en el cual identificó sus necesidades.

Sesión 11. Se dio cuenta de que quiere el afecto de su madre mas no quiere estar cerca de ella puesto que se encuentra enferma. Por otra parte, en el transcurso del proceso terapéutico ha logrado establecer límites en lugar de confluir con los demás, de tal modo que se antepone a ella y a sus necesidades pese a los comentarios de sus hermanas.

Sesión 12. Volvió a trabajar el tema del resentimiento hacia su padre. En este sentido hay una regresión del primer momento del motivo de consulta, situación que deberá tratarse en otro momento de su vida en psicoterapia.

Sesión 13. Cierre y mención de los objetivos alcanzados, que fueron la toma de conciencia de sus actitudes y formas de enfrentar la vida, fluir y aceptarse a sí misma identificando los introyectos que hasta ese momento rigieron su vida. Cierra con el

compromiso de que buscará mantener y emplear las herramientas trabajadas durante el proceso terapéutico.

Resultados

Los resultados cualitativos obtenidos se describen en tres rubros. El primero en el proceso del darse cuenta, el segundo en los cambios de comportamiento derivados del trabajo terapéutico realizado y el tercero, lo emocional.

En términos del *darse cuenta* los resultados fueron: a) reconocimiento de sentimientos y procesos emocionales, admitiendo enojo y tristeza hacia su padre, b) su excesiva preocupación y autoexigencia asociada a la necesidad de sobresalir como madre y c) identificación de necesidades afectivas.

Los cambios comportamentales son: a) contrario a lo que ella creía, ahora sabe que tiene capacidad de sostenerse a sí misma por medio de la respiración y postura de apertura hacia la retroalimentación positiva o negativa en su medio laboral, b) evita ponerse en riesgo de perder su empleo, respetando la autoridad de su superior y c) planifica y atiende sus actividades con calidad y eficiencia.

En el tercer rubro en términos emocionales: a) disminuyó la ansiedad que le producía la fijación en el futuro. Dicha ansiedad se reflejaba en el movimiento constante de su cuerpo, ojos, manos, etc. Ésta se redujo a través de la técnica de la respiración así como el proceso de mantenerse en el aquí y ahora. Y b) la paciente comienza a expresar sus necesidades afectivas.

Los resultados cuantitativos por otra parte se expresan a continuación en la siguiente tabla, observándose mayores cambios en las escalas de ansiedad y depresión disminuyendo los puntajes durante el tratamiento. A continuación se reflejan dichos resultados en la tabla

de puntajes por escala en la primera, quinta y décima sesión.

Reactivos de escala general y escalas	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10
1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada	2	2	2
2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/hogar está siendo perjudicado	3	4	2
3. Mis actividades en ratos libres están siendo perjudicadas	3	2	1
4. La relación con mi familia está siendo perjudicada	2	3	2
5. Mi salud física está siendo perjudicada	3	3	3
6. Mi vida en general está siendo perjudicada	3	3	2
Puntaje de la Escala de Enojo Rasgo	10	13	10
Puntaje del Inventario de Depresión de Beck	10	5	3
Puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck	11	11	4

Discusión

Por parte de la terapeuta hubo elementos de contratransferencia positiva, empatía, escucha activa, asistencia puntual y supervisión del caso que favorecieron el establecimiento de la alianza terapéutica que propició la adherencia al tratamiento.

Derivado del propio proceso gestáltico de la terapeuta, la práctica clínica se vio influenciada en el aprendizaje, desarrollo, creatividad y uso de técnicas del modelo.

El objetivo del proceso terapéutico fue fomentar el autoapoyo y que la paciente descubriera sus recursos para identificar sus propias necesidades. Con base en los resultados cualitativos y cuantitativos, se refleja menor ansiedad, confianza en sus decisiones, mayor atención de sus necesidades, reflexión de los deberías de su vida, disminución a las autoexigencias, autorregulación emocional, planificación estratégica y disfrute del tiempo libre. Dicha identificación de necesidades es la sabiduría orgánica que refiere Latner (2007) como un mecanismo de prudencia de satisfacción de éstas, que se convierte en la capacidad de enfrentarse a su medio y conseguir su armonía.

Dichos resultados fueron obtenidos a partir de las técnicas gestálticas para trabajar los bloqueos del ciclo de la experiencia y los mecanismos de defensa que la paciente empleaba. Para ello es que el terapeuta requiere de la habilidad de identificar hacia dónde se

dirige la energía que la persona emplea para enfrentar su medio con el afán de conseguir resultados deseados y que por no conseguirlo genera sentimientos de resentimiento, ira, frustración, ira, impotencia, etc. Dando paso a los mecanismos de defensa. En el caso de la paciente que utilizaba la introyección, se conformaba y aceptaba las cosas como venían y al deflectar inhibía su energía para obtener alguna retribución, produciendo agotamiento y sentimientos de fracaso, (Polster, 2008).

Al estimular la integración de su mente y cuerpo, se contribuyó al darse cuenta para comenzar a generar cambios de comportamientos que se reflejaron en la disminución de las escalas de ansiedad y depresión, así como la percepción de su propia vida como un proceso creativo en el cual ella va construyendo su propia realidad, la de su hija y se posibilita para comenzar a establecer relaciones interpersonales satisfactorias y de confianza. Debido a que al sensibilizar y promover el darse cuenta, la energía se moviliza para centrarse en el aquí y el ahora, ya que de otra forma la energía se canaliza hacia la fantasía del futuro o en el pasado no resuelto que le quita la energía para permanecer en contacto con su experiencia del presente según Muñoz, M (2008).

Referencias

Asociación Psiquiátrica Americana (1993) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los*

Trastornos Mentales: DSM VI TR. Panamericana (Ed.)

Castanedo, C. (2008). Seis enfoques terapéuticos. México: Manual Moderno.

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. (2000). *Proceso corporal: un enfoque gestalt para el trabajo corporal*

en psicoterapia. Recuperado

de: [https://ebookcentral.proquest.com/lib/iberopueblasp/reader.action?](https://ebookcentral.proquest.com/lib/iberopueblasp/reader.action?docID=321553)

[docID=321553](https://ebookcentral.proquest.com/lib/iberopueblasp/reader.action?docID=321553)

Latner, J. (2007). *Fundamentos de la gestalt* (2a. ed.). Recuperado

de: [https://ebookcentral.proquest.com/lib/iberopueblasp/reader.action?docID=321](https://ebookcentral.proquest.com/lib/iberopueblasp/reader.action?docID=3213179)

[3179](https://ebookcentral.proquest.com/lib/iberopueblasp/reader.action?docID=3213179)

Muñoz, M. (2008). *La sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico: desarrollo del*

potencial humano. México: Pax.

Muñoz, M. (2014). *Los ocho modos de relación o interacción* México: Instituto Humanista

de Psicoterapia Gestalt, AC.

Polster, E. (2008). *Terapia guesáltica: perfiles de teoría y práctica*. Buenos Aires:

Amorrortu.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Paéz, F. (2001). Versión mexicana del inventario de

ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18

(2), 211-218.

Salama, H. (2007). *Psicoterapia*. México: Alfaomega.