Universidad Iberoamericana Puebla

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

Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Tesis

Adolescente: empatía y adaptación social

Segura López, Ubaldo

2018

http://hdl.handle.net/20.500.11777/3714

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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

ADOLESCENTE: EMPATÍA Y ADAPTACIÓN SOCIAL

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCAZAR OLÁN

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

Presenta

Ubaldo Segura López

Puebla, Pue. **2018**

RESUMEN

El propósito de este estudio es presentar el proceso terapéutico de un adulto de 21 años que acude al servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla, a quien se le ha designado el pseudónimo de Fabián. El motivo de consulta es aumentar la confianza en sí mismo en los contextos sociales y disminuir su ansiedad. El tratamiento se dio a lo largo de ocho sesiones desde un enfoque gestáltico, obedeciendo a un método mixto de investigación en el que se aplicaron técnicas del modelo cognitivo conductual y de la psicología positiva. Desde la perspectiva cuantitativa se utilizó la Escala de Enojo Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala Global. En la metodología cualitativa y desde el enfoque Gestalt. En función de los objetivos, los resultados reflejan una mejoría de los síntomas de Fabián, así como cambios en comportamientos que mejoraron su adaptación a los contextos sociales.

Introducción

Este trabajo tiene como objetivo, mejorar el desarrollo de la empatía, disminuir la ansiedad y lograr un mejor nivel de auto aceptación de un paciente adolescente.

Se afirma que el ser humano desde niño va siendo programado por la cultura y la educación, se da la respuesta esperada a situaciones determinadas, sin detenerse a pensar que hay de cierto en la situación. Así mismo, De Mello (2010) menciona que los adolescentes van modelando su comportamiento hacia lo que personas importantes para ellos, ya sea padres, maestros o amigos consideran adecuado, con la única finalidad de lograr su aceptación, nuevamente dejando de ser ellos mismos para colocarse una o varias máscaras.

Carl Rogers (1980), observaba en sus pacientes una tendencia a no aceptarse y a denigrarse, por lo que resalta que la aceptación del paciente por el terapeuta es importante, ya que le puede enseñar al primero a amarse y aceptarse a sí mismo, esto lo va confirmando en sus terapias, en las cuales creaba un clima de aceptación, dado que él consideraba a sus clientes como personas dignas de confianza, capaces de dirigir su vida, eso les permitía a ellos comenzar a aceptarse, a confiar en ellos mismos y así valorarse de una mejor manera.

Por otro lado, la empatía es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales. De acuerdo al modelo Gestalt, la competencia emocional de empatía se logra cuando combinamos a nivel intelectual la escucha activa, a nivel emocional la comprensión y a nivel conductual la asertividad. Quien es empático desarrolla la capacidad intelectual de vivenciar la manera en que siente la otra persona, lo que le facilita la comprensión del porqué de su comportamiento y le faculta para mantener un diálogo con el otro con un estilo de interacción positivo para ambos, respetando lo que piensa y siente cada uno y buscando acuerdos de mutuo beneficio. Por ello, las personas empáticas suelen tener más éxito social, ya que la empatía facilita las relaciones interpersonales, la negociación, la capacidad de persuadir y el desarrollo del carisma (Balart, 2007).

Salama (2007) menciona dos puntos importantes en Gestalt, en el primero el individuo se visualiza como un ser creativo en continuo crecimiento, con la posibilidad de guiar su comportamiento y encontrar por sí mismo las soluciones a sus problemáticas, una persona capaz de asumir la responsabilidad de su propia vida. En el segundo punto, las conductas inadecuadas se perciben como señales dolorosas creadas por polaridades, es decir, la persona desarrolla y utiliza determinada polaridad con la finalidad de adaptarse al medio en el que se desenvuelve.

Latner (1999), menciona los siguientes fundamentos teóricos de la Gestalt: autorregulación del organismo, la relación del organismo y el ambiente, la formación de la Gestalt, indiferencia y atención dividida, la destrucción y la agresión, excitación, la diferenciación y la dialéctica de las polaridades. Todos estos como elementos fundamentales que constituyen al ser humano en su interacción con el medio ambiente.

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

Para trabajar con las polaridades, bloqueos y conductas inadecuadas, se utilizan los experimentos que comprenden técnicas específicas para lograr que la persona pueda desarrollar nuevas conductas a través de la creatividad y alinearlas a una nueva visión de sí mismo.

Zinker (2000) considera a los experimentos, los cuales son técnicas vivenciales aplicadas en terapia, como la intervención característica del modelo gestáltico que permite alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos: Expandir el repertorio de conductas de la persona, crear condiciones donde el individuo pueda ver su vida como su propia creación, estimula el aprendizaje experimental y la elaboración de nuevos conceptos de sí mismo a partir de creaciones en el plano del comportamiento, completa situaciones inconclusas y supera bloqueos, integra las compresiones intelectuales con expresiones motrices y descubre polarizaciones de la que no se tiene conciencia.

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

Köleer, Koffka y Wertheimer (citados en Latner, 1999) exponían que la figura es lo que se destaca de un fondo difuso. En este sentido, la persona al experimentar la sensación puede encontrar la figura, es decir, lo que le interesa y llama su atención, diferenciándolo de lo que le resulta indiferente. En cambio, en las personas disfuncionales existe una confusión entre la figura y el fondo.

Zinker (1980) considera que estar en el aquí y ahora implica contactar con la sensación. Explorarse es un proceso activo en el que se enfoca la atención en la descripción sensorial, esto otorga un sentido de realidad, dado que estar en el presente es lo único real que se experimenta. Estar en el aquí y ahora permite también darse cuenta de la figura y el fondo.

La Gestalt propone vivir en el momento, atender las necesidades emergentes, y ser auténticos con nosotros mismos en nuestro ambiente. Esta visión otorga el principal objetivo terapéutico a alcanzar para cualquier persona que se encuentre trabajando bajo este modelo. Por lo que se desglosan los objetivos particulares que Latner (1999) plantea en el modelo gestáltico:

a) Examinar el funcionamiento del yo e incrementar sus recursos,
b) descubrir los recursos de nuestro yo para desarrollar nuevas alternativas de solución,
c) sustituir los sueños y fantasías por un funcionamiento total del organismo en el aquí y ahora,
d) expandir la conciencia para que el funcionamiento natural se pueda restablecer y,
e) establecer formas más adecuadas para satisfacer las necesidades.

La Gestalt se centra en el sí mismo y en su relación con el ambiente. Se enfoca en la consciencia, en la experiencia y su fenomenología. La metodología que utiliza es la experimentación en el campo, para descubrir los recursos que servirán para enfrentarse a las

situaciones de conflicto, y lograr la satisfacción. Lo que se busca es integrar nuevas formas de relacionarse con el ambiente en la congruencia de la sensación y la experiencia.

El déficit de empatía juega un papel importante en algunos trastornos de la personalidad, específicamente en el trastorno de personalidad esquizoide del grupo A, así como en los trastornos del grupo B (funda-mentalmente, en el trastorno narcisista, antisocial y límite), también denominado grupo “emocional”. Entre las manifestaciones más características del trastorno de personalidad esquizoide se encuentran el aislamiento social y la empatía deficiente (Barlow & Durand, citado por Fernández et al 2008). El tratamiento suele comenzar destacando la importancia de las relaciones sociales, y en muchos casos es necesario enseñar habilidades de empatía a estas personas (Beck & Freeman, citado por Fernández *et al* 2008).

Los individuos con un estilo esquizoide de la personalidad son fundamentalmente sujetos asociales que no necesitan a nadie más que a sí mismos. Son independientes de los demás, a los que consideran como "reemplazables". Su soledad no es una forma de evitar ciertas situaciones o personas porque les causen ansiedad, sino que es producto de su propia elección, ya que donde encuentran el verdadero placer es en su interior. Lo que pierden estos sujetos en sentimientos e intimidad lo ganan en lucidez, en claridad para observar lo que ocurre a su alrededor. Son indiferentes a los vínculos emocionales que por lo general unen a las personas, por lo que es poco probable que formen una pareja o una relación estrecha de amistad. Su escaso interés por las personas hace que no experimenten la necesidad de atraerlas hacia una relación íntima (Caballo, 2004).

Dentro de las técnicas clínicas, Beck en 2008 menciona que el trastorno esquizoide de la personalidad representa un arduo desafío para el terapeuta, porque lo típico es que el paciente

entre en tratamiento a causa de un trastorno del Eje I y en gran medida carezca de motivaciones para modificar las características de su personalidad. El terapeuta tiene que llegar a un equilibrio, tratando los problemas primarios del paciente mientras se gana su cooperación para la tarea de modificar pautas disfuncionales más duraderas. Es importante señalar que, si bien muchas de las pautas duraderas del esquizoide son la antítesis del estilo de vida de los otros, para el propio sujeto no todas sus pautas son disfuncionales. Por ejemplo, la mayoría de las personas desean tener relaciones con otros, pero el esquizoide no, y la falta de relaciones no provoca en él ningún efecto nocivo; para él, no tratar de establecer una red social amplia es una elección razonable. Cuando el aislamiento es extremo y disfuncional, la estrategia primaria en el tratamiento del esquizoide consiste en reducir ese aislamiento y en crearle un sentido de intimidad con los otros. Al principio, sólo la relación con el terapeuta genera un mayor sentido de conexión social, pero a continuación esto permite realzar el valor de las relaciones.

El terapeuta - paciente examinan el papel funcional y disfuncional del aislamiento en la vida del paciente. Ese análisis permite motivar al esquizoide para que se cree una red social. Si un esquizoide está de acuerdo en trabajar para relacionarse con los otros, una primera estrategia consiste en ayudarle a encontrar relaciones que en alguna medida lo refuercen. En tal sentido puede ser útil empezar de modo que el paciente se muestre a los demás de forma limitada, para lo cual resulta particularmente adecuada la terapia de grupo. En ese encuadre se tiene fácil acceso a la retroalimentación de los otros sobre la interacción social; de hecho, esa retroalimentación puede ser un objetivo central del grupo. Además, en la terapia grupal un esquizoide puede tener la experiencia de encontrarse regularmente con gente que se interesa por él.

En un grupo cada paciente puede revelar algún elemento de información sobre sí mismo, y después realizar un comentario sobre otro miembro. Cuando el paciente ya se siente más cómodo en la interacción social, el terapeuta o el grupo pueden simular reacciones positivas, negativas o neutras para ellos. Entonces se le puede enseñar al esquizoide a responder a las diversas formas de retroalimentación social. Una vinculación social acrecentada puede ser una meta del tratamiento en la que coincidan el terapeuta y el esquizoide en algún momento de la terapia, pero al principio es importante abordar los problemas y síntomas que llevaron al paciente al consultorio (Beck, 1995).

Objetivos Generales:

- ✓ Mejorar la adaptación del paciente a su contexto familiar y social, mediante el desarrollo de habilidades sociales y la expresión de sus emociones, como el enojo, de una manera funcional con la aplicación de técnicas expresivas e integrativas del modelo Gestalt.
- ✓ Mejorar el nivel de empatía mediante el manejo del cuerpo,

Objetivos terapéuticos:

- ✓ Sensibilizar y disminuir la racionalización.
- ✓ Desarrollar la empatía y la auto aceptación.
- ✓ Lograr la expresión de la emoción usando como recurso el cuerpo, la verbalización y el dibujo.

CASO CLÍNICO

Datos de identificación

Fabián (pseudónimo) es un varón de 21 años, estudiante de la carrera de Diseño de Animaciones en la Universidad Iberoamericana Puebla. Es originario de Xalapa, Veracruz. Tiene dos hermanos mayores y actualmente vive en Puebla., mide aproximadamente 1.75 m. Es de tez blanca, complexión corporal muy delgada, brazos y piernas largas, su rostro es delgado, pómulos ligeramente prominentes, ojos y cejas medianos, y nariz afilada. Fabián realizó sus estudios básicos y medio superior en el estado de Veracruz, ha tenido un desempeño de regular a bueno, sus relaciones sociales se caracterizan de pocos amigos, no ha pertenecido a clubs o grupos recreativos, le llama la atención los videojuegos y le gusta dibujar animes. En Xalapa asistió por primera vez a atención psicológica por una sensación de depresión, solo asistió a cuatro sesiones e interrumpió por su cambio de residencia.

Motivo de consulta

Fabián decidió asistir a psicoterapia porque se sentía triste, desmotivado e inseguro, lo que estaba afectando su desempeño escolar y sus relaciones sociales. Además, Fabián (hermano menor) tenía problemas con el segundo de sus hermanos, lo cual ha afectado su autoestima y seguridad en sí mismo, pues es descalificado o devaluado constantemente. Fabián mostraba enojo hacia su hermano, ya que éste cuestionaba constantemente su elección de carrera y su forma de ser; también el paciente reportó sentirse inseguro y callado. Habla también sobre la aparente alianza que su hermano tiene con su padre, quien no responde ni lo defiende ante las descalificaciones de su hermano. Se observa enojo, frustración y una descalificación del *self* de Fabián, lo cual daña su autoimagen.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron del modelo Cognitivo-Conductual, y tienen como objetivo, desde lo cuantitativo, medir la frecuencia de síntomas a lo largo del tratamiento Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

A. **Escala de Enojo Rasgo:** Esta escala de 10 reactivos fue creada por Spielberger (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) para medir el grado en que es fácil que una persona reaccione con enojo de manera frecuente, ya sea ante la menor provocación o en su vida en general. Ejemplos de algunos reactivos: exploto fácilmente, me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado, tengo un carácter irritable. Las opciones de respuesta van desde 1 = "Casi nunca", hasta 4 = "Casi siempre". Mayor puntaje indica mayor enojo rasgo. En México, La escala tiene validez de constructo (Alcázar, Deffenbacher & Byrne, 2011) y confiabilidad aceptable, Alfa de Chronbach de .83, la puntuación a partir de 24 puntos ubica a las personas con un enojo rasgo por arriba del percentil 75.

B. **Inventario de Depresión de Beck:** Es un instrumento de 21 reactivos que mide la intensidad de sintomatología depresiva, en cada reactivo la persona elige en un conjunto de cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor le describe durante las últimas dos semanas, incluyendo el día que contesta el instrumento. La consistencia interna es aceptable, de .87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, & Varela, 1998). Al calificar el inventario, los puntos de corte son: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (más de 30 puntos).

C. **Inventario de Ansiedad de Beck:** Está conformado de 21 reactivos que evalúan y miden la intensidad de los síntomas específicos de la ansiedad. Los reactivos están claramente relacionados con los criterios diagnósticos de ansiedad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV y 5 (APA, 2014; APA 1993). Se pide a los pacientes que respondan en qué grado han sentido síntomas como nerviosismo o terror durante la última semana. Las opciones de respuesta son: 0 = "Poco o nada", 1 = "Más o menos", 2 = "Moderadamente" y 3 = "Severamente". El inventario fue validado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Su confiabilidad está arriba de .80. Su calificación se divide en cuatro: ansiedad mínima (0-5 puntos), leve (6-15 puntos), moderada (16-30) y severa (31-63).

D. **Escala global de afectación**: Se usó una escala global de afectación para evaluar en un sentido más general y amplio a los pacientes, lo cual brindó un panorama de mayor amplitud sobre sus vidas. La escala tiene siete reactivos que evaluaron el grado de afectación o perjuicio en el funcionamiento del paciente debido a sus conflictivas. La escala mide en diversas áreas de la vida: social, escolar, laboral, ratos libres, relación familiar, pareja, salud física y vida en general. Los pacientes responden a: "Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas…" y luego aparecían los reactivos: 1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada; 2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado; 3, Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas; 4, Mi relación con mi familia está siendo perjudicada; 5, Mi relación de pareja está siendo perjudicada…; 6, Mi salud física está siendo perjudicada; y 7, Mi vida en general está siendo afectada. Los pacientes respondieron en una escala de intensidad,

donde 1 = Nada, 2 = Casi nada, 3 = Poco, 4 = Regular, 5 = Mucho y 6 = Muchísimo. Mayor puntaje indica mayor afectación. La escala tiene confiabilidad aceptable, Alfa de Chronbach de .84 y los reactivos tienen correlación moderada con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck en una muestra clínica (Moreno, 2012).

Desde la perspectiva cualitativa, y en apego al modelo Sistémico, se utilizó **el Genograma,** siendo esta una representación gráfica de la información genealógica de una persona. A partir de esta se observa información sobre la estructura de la familia, las relaciones que mantienen los miembros, los límites, alianzas, coaliciones, triangulaciones, pautas relacionales y elementos importantes desde los que se construyen hipótesis con el modelo sistémico (McGoldrick & Gerson, 2003).

DIAGNÓSTICO

Para la integración del diagnóstico se utilizó el método clínico gestáltico y el Multiaxial con el DSM-IV-TR.

El ciclo de la experiencia fue usado como recurso dentro de las sesiones terapéuticas, conociendo así, las resistencias y bloqueos presentes en el paciente.

En el presente estudio, el paciente presenta un bloqueo en Sensación (Desensibilización) y Acción (Retroflexión).

Según los criterios del trastorno esquizoide presentes en el paciente son:

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20) [Criterios CIE-10]

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia

2. Escoge casi siempre actividades solitarias

3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona

4. Disfruta con pocas o ninguna actividad

7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

SIGNOS:

- ✓ Espalda, cuello y brazos rígidos
- ✓ Pómulos pronunciados
- ✓ Rostro aplanado (no expresivo)
- ✓ Marcha lenta
- ✓ Muy delgado

SINTOMAS:

- ✓ Sensación de rareza
- ✓ Dificultad para expresar emotividad
- ✓ Falta de animo
- ✓ Apego a objetos materiales
- ✓ Racionalización
- ✓ Fantasioso
- ✓ Ansiedad

Diagnostico multiaxial del paciente:

Eje I: Síntomas de **F40** Trastorno de ansiedad generalizada.

Eje II: F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Eje III: No refiere

Eje IV: Migración, rivalidades fraternas.

Eje V: Escala de evaluación Global: 61-70

Formulación del Caso

La conflictiva del paciente es abordada a partir de un marco de tratamiento Gestáltico; a través del ciclo de la experiencia para detectar bloqueos y resistencias.

El paciente mostraba un bloqueo en el ciclo de la experiencia en *Sensación* (Desensibilización) y *Acción* (Retroflexión). El bloqueo en sensación se refiere a que el paciente no sentía sus emociones, no las podía describir y mucho menos ponerles nombre, centrándose únicamente en los pensamientos. El bloqueo en acción implica un movimiento de acercamiento hacia un objeto atractivo o un alejamiento de un objeto no atractivo, o sea, el paciente no actúa hacia el objeto necesario, siendo que ya ha identificado la necesidad de su organismo, éste no actúa para satisfacer la necesidad (Salama, 2012).

La Gestalt visualiza al ser humano como una totalidad, donde la mente, emociones y cuerpo son parte de un todo. Es el fundamento teórico del presente trabajo psicoterapéutico. Por

eso, mucho del trabajo en las sesiones consistió en enfocarse en lo que el lenguaje corporal expresaba más allá del contenido verbal que el paciente decía, la expresión corporal como recurso de adaptación, el desarrollo de posturas corporales y gestos faciales que mostraran un nivel de empatía hacia los demás.

La ansiedad presentada por el paciente se visualiza como un recurso que él mismo desarrolla a través de su historia para sobrevivir a su entorno. Perls (1969) consideraba que la experiencia es como una autorregulación para buscar la homeostasis.

La ansiedad se explicó como el resultado de la desensibilización emocional que el paciente desarrolló como recurso para subsistir en su ambiente familiar, utilizando la represión de sus emociones y la complacencia como una polaridad para interactuar con los demás.

En este caso, la ansiedad es la manifestación corporal ante el conflicto entre la expresión de la complacencia, de decir sí en todo momento y el no expresar los verdaderos sentimientos, dado que la expresión de éstos, implica para el paciente ir en contra de su yo, es preferible para él vivir bajo la ansiedad cotidiana que encontrarse con el miedo a experimentar la vulnerabilidad ante los demás.

El paciente usa el mecanismo de defensa de desensibilización para poder responder de manera complaciente en cualquier situación. Y al mismo tiempo no expresa su enojo, su frustración, lo que le genera ansiedad.

En este caso, el paciente se muestra complaciente ante los demás, debido a que él encuentra más reconfortante percibirse en control de la situación al no dar a conocer lo que siente, que en la vulnerabilidad de mostrar sus emociones a otras personas.

Elección del tratamiento:

El método utilizado en este proceso terapéutico fue la terapia Gestalt para trabajar con las polaridades, bloqueos y conductas inadecuadas. Se utilizan los experimentos que comprenden técnicas concretas para lograr que la persona pueda desarrollar conductas nuevas a través de la creatividad y alinearlas a una nueva concepción de sí mismo.

En este proceso psicoterapéutico se utilizaron los tres tipos de técnicas supresivas, integrativas y especialmente las expresivas, que permitieron el trabajo con las polaridades de la paciente para desarrollar una nueva forma creativa de expresarse. Dentro de la técnica expresiva, la técnica principalmente usada fue "expresar lo no expresado", que consiste en facilitar en el paciente el darse cuenta de algún tipo de evitación que quiera hacer. Las técnicas supresivas consisten en que el paciente deje de hacer lo que está actuando, con el objetivo de descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad, disminuyendo la racionalización e intelectualización que el paciente tendía a hacer. Las técnicas integrativas consisten en reunir las partes alienadas del paciente, poniendo a negociar las funciones del Yo interno, con esto el paciente logró desarrollar una visión más realista y equilibrada de sí mismo (Salama, 2012).

La práctica de enfocarse en el aquí y ahora fue fundamental para disminuir la ansiedad del paciente, perpetuada por sus pensamientos anticipatorios y anclados en el pasado. Claudio Naranjo menciona que la terapia Gestáltica pone énfasis en el aquí y el ahora para poder ver de primera mano los fantasmas o conceptos erróneos que el paciente tiene de sí mismo (Ramírez, 2011).

Para desarrollar la capacidad de decisión y el sentido de responsabilidad del paciente se cambió su narrativa del "debo" al "quiero".

Implementación del tratamiento

A continuación, se muestra una transcripción de un fragmento de la sesión 7 que refleja la implementación del tratamiento. El objetivo en esta sesión consistió en flexibilizar la actitud del paciente y aprender una nueva forma de generar empatía en su entorno. Se utilizó la técnica de espejear y la técnica supresiva de no hablar para evitar la racionalización.

Paciente: La semana pasada murió una tía cercana y no sentí tristeza, eso me hace sentir raro estando en el velorio, pues todos estaban tristes y yo no.

Terapeuta: Hagamos un ejercicio aquí y ahora de las diversas formas en que puedes expresar empatía ante una situación así.

Paciente: De acuerdo

Terapeuta: Muéstrame con una postura corporal, como es sentirse divertido.

Paciente: - (relaja su cuerpo y sube ambos pies al sofá cruzándolos, inclina la espalda hacia el frente, con una ligera sonrisa en el rostro-.)

Terapeuta: Bien, ahora muéstrame una postura en que estés aburrido, usa tu cuerpo.

Paciente: - (se inclina en un descansabrazo del sofá, recarga su cabeza en una mano, se hecha hacia atrás con el rostro alargado-.)

Terapeuta: ahora muestra una postura en que estés en un sepelio de alguien cercano.

Paciente: - (Se sienta recto en el sofá, baja un poco la cabeza, entristece el rostro-.)

Terapeuta: ¿De qué te das cuenta?

Paciente: Me doy cuenta de que puedo estar en cualquier lugar sintiéndome parte de los demás al usar mis posturas corporales mostrando que estoy con ellos, como en el velorio de mi tía.

En esta sesión, la técnica utilizada ayudó a que el paciente aprendiera una nueva forma de adaptarse a su entorno y generar empatía, usando su cuerpo como recurso. Además, el paciente aprendió una nueva forma de convivir y ser empático, no solo en un contexto específico, sino en la mayoría de sus contextos sociales principalmente, logrando integrarse empáticamente en sus

interacciones humanas y no ser ni sentirse rechazado por sus grupos sociales. En términos prácticos, unas sesiones después el paciente mencionó que inició una relación de noviazgo, comenzó a salir con amigos a convivencias y disminuyó su ansiedad social.

Implementación del tratamiento

A continuación, se describen aspectos clínicos relevantes de cada una de las sesiones:

Sesión 1: Presentación, encuadre, establecimiento de rapport, entrevista en la que se observaron síntomas de ansiedad, desmotivación y auto devaluación, observación de la figura cristalizada y cierre.

Sesión 2: Se indagaron los aspectos contextuales que detonaron su ansiedad pudiendo detectar una rivalidad con su hermano mayor, se observaron también áreas de su vida que son funcionales.

Sesión 3: El paciente describió como son sus relaciones familiares y con amigos. En el ciclo de la experiencia se observó su desensibilización ante las devaluaciones constantes de su hermano, su bloqueo en acción al no dirigir la energía ni actuar al ya haber detectado la conflictiva.

Sesión 4: Se observó enojo y desensibilización en la figura cristalizada. El paciente mostró represión de sus sentimientos, aislamiento, auto devaluación. Se concretó un diagnóstico y se inició el experimento Gestalt.

Sesión 5: Se aplicaron técnicas supresivas y expresivas. En el experimento se hizo uso de su cuerpo para expresar sus emociones, técnicas de respiración profunda para manejo de la

ansiedad y establecimiento de contacto en el aquí y ahora. En esta sesión se dio el inicio de una manera de usar nuevos recursos sin la necesidad de racionalizar.

Sesión 6: Ante la devaluación y la búsqueda de aceptación que presentaba el paciente, se trabajó a partir de metáforas, experimentos como vaciar la tasa y fantasías dirigidas que ayudaron a ver de manera diferente la conflictiva y generar formas nuevas de pensamiento.

Sesión 7: Se concluyó el protocolo clínico con información completa acerca de la infancia del paciente y su vida actual. El paciente mencionó los cambios que ha obtenido hasta la sesión actual, como: manejo de la ansiedad, expresión de sus emociones, uso de su cuerpo como recurso, detectar pensamientos distorsionados, manejarse a partir del quiero y no del debo y ser empático.

Sesión 8: Mediante un experimento Gestalt, se reafirmó el uso de su cuerpo como recurso para generar empatía y adaptación a los contextos sociales y así trabajar sus aspectos esquizoides.

Sesión 9: Se observó el cierre de su ciclo de la experiencia al lograr diferenciarse ante la rivalidad fraterna, usar su cuerpo para no reprimir sus emociones y pasar a la acción, usando el quiero como premisa para la toma de sus decisiones. El paciente inició una relación de noviazgo, misma que fue una etapa que marcó su vida, según sus propias palabras.

Sesión 10: Terminación del proceso terapéutico. Se revisó el cumplimiento de los objetivos, se dio una retroalimentación general, se mencionaron los nuevos recursos aprendidos y se invitó a continuar en un proceso psicoterapéutico.

Resultados

Con el enfoque Gestalt se obtuvieron resultados cualitativos, y con los instrumentos aplicados durante las sesiones 1 y 5 se obtuvieron resultados cuantitativos.

De manera cualitativa, se observó una mejoría considerable en cuanto a los objetivos establecidos, como mejorar el nivel de adaptación en diversos contextos, desarrollo de la empatía, manejo del enojo, manejo postural de su cuerpo como recurso de adaptación y generador de empatía. A continuación, en la Tabla uno se muestran los resultados de las mediciones realizadas:

Tabla 1. Puntajes por sesión de las escalas utilizadas

ESCALAS	SESION 1	SESION 5
Escala Global		
1, Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada	2	3
2, Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/hogar está siendo perjudicado	4	4
3, Mis actividades en ratos libres están siendo perjudicadas	3	1
4, La relación con mi familia está siendo perjudicada	5	3
5, Mi salud física está siendo perjudicada	3	2
6, Mi vida en general está siendo perjudicada	3	2
7, Mi relación de pareja está siendo perjudicada	2	2
Puntaje de la Escala de Enojo Rasgo	21	25
Puntaje del Inventario de Depresión de Beck	12	11
Puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck	13	7

En la tabla uno se muestran los resultados de la Escala global, donde se observa en el reactivo uno un aumento en la afectación de la vida social, de la sesión uno a la cinco, esto debido a un incremento de las resistencias propias de las primeras sesiones terapéuticas, el reconocimiento del enojo y los intentos de liberación, observado también en la escala de enojo rasgo en que de 21 pasa a 25. En los demás ítems y escalas, observamos una leve disminución que muestra el progreso gradual del paciente, excepto en la escala de ansiedad, la cual muestra una considerable disminución de sintomatología, habiendo sido este uno de sus motivos de consulta.

Factores asociados al terapeuta

En el trabajo psicoterapéutico se lograron identificar los siguientes factores asociados al terapeuta, mismos que permitieron que el proceso alcanzara los objetivos planteados: capacidad de empatía, la objetividad para el establecimiento de metas terapéuticas, la capacidad de contención, acompañamiento, correcto manejo del tiempo (timing), modulación de voz y manejo corporal. También se identificaron áreas de oportunidad del terapeuta que influyeron en el proceso como: dificultad en el manejo de sentimientos, contratransferencia y de diagnóstico.

Es importante mencionar que, en el caso del terapeuta, su historia personal, sus creencias y todo lo que conforma la cosmovisión influyen de manera importante en el dominio o no de la terapéutica clínica.

Discusión

Durante el presente proceso psicoterapéutico, desde el inicio se establecieron de manera clara los objetivos, tanto desde la perspectiva del paciente, como los objetivos clínicos, con base en la perspectiva del terapeuta. Esto permitió tener una visión clara hacia dónde dirigir dicho proceso. Un diagnóstico claro y preciso permitió también la elaboración de un plan de trabajo psicoterapéutico que estuviera acorde con las necesidades del paciente, estableciendo como premisa el aquí y ahora.

La aplicación del modelo terapéutico gestáltico y clínico, bajo la estructura del ciclo de la experiencia que se utilizó en todas las sesiones, permitió trabajar en el aquí y el ahora, y contactar con las emociones para que el paciente lograra identificarlas y así tener la posibilidad de aprender nuevas formas de expresarlas. Así conseguimos desbloquear la desensibilización para dar paso a la siguiente fase, la formación de figura, es decir, que el paciente pudiera dar nombre a su sentimiento y actuar en consecuencia usando su cuerpo como recurso, logrando también adaptarse a su contexto.

La personalidad esquizoide y los síntomas de ansiedad presentados por el paciente se trabajaron de maneras que, con el primero, se logró que el paciente hiciera uso de su cuerpo, expresión facial, uso de brazos manos, tronco y en general, para mostrar empatía con sus amigos y familiares y así lograr una mejor adaptación e integración social. Con respecto a la ansiedad generada por el pensamiento anticipado, las altas expectativas de sí mismo y los cambios propios de la adolescencia afectada por su adaptación a un contexto que no es el de su origen, se logró mediante el manejo de la respiración, equilibrio entre el “Yo” y el “pseudo Yo”, por ejemplo, el paciente mencionó que logró diferenciar las exigencias y conductas de su hermano con respecto a él, en la diferenciación entre el “quiero” y el “debo”, logró apropiarse de sus deseos y

decisiones, con respecto a la carrera que eligió, sus creaciones y preferencias, así también disminuyeron su racionalización y aumentaron su capacidad de vivir en el aquí y ahora, disminuyendo significativamente su ansiedad, aumentando su autoestima reflejada en la seguridad para hacerse de su primer novia.

Referencias

Asociacion Americana de Psiquiatría (2013) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales,* 5 Ed. Arligton, VA.

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

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

Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora.* (3° Ed.). Barcelona: Herder.

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

Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. México: Cuatro Vientos

Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología, 32,* 321-343.

Moreno, L. (2012). *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.

Ramírez, C.I. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Escuela de Gestalt Claudio Naranjo, Transformación Humana*, *10*. 287-296.

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

Salama, H. (2012). *Actualización en Psicoterapia Gestalt.* Editorial Alfaomega. México.

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

Stevens, J.O. (2003). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar*. Chile: Cuatro Vientos

Yaryura. (1997). Trastornos Obsesivo Compulsivo, *Harcourt Brace 2*, 12-22.

Zinker, J. (2000) *El Proceso creativo en la Terapia Guestáltica*. Buenos Aires. Paidós.