

"Yo no necesito de mi depresión, le hago un favor". Sistematización de un estudio de caso con trastorno narcisista de la personalidad y trastorno depresivo persistente

Pacheco Silva, Isidro Antonio

2019-09

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4377>

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



“YO NO NECESITO DE MI DEPRESIÓN, LE HAGO UN FAVOR” SISTEMATIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO CON TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD Y TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE

DIRECTOR DEL TRABAJO
DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

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

Presenta

ISIDRO ANTONIO PACHECO SILVA

Puebla, Pue.

2019

Índice

Resumen	5
Abstract	5
Palabras clave/Key words:	6
Introducción	6
Objetivos:	7
General:	7
Específicos:	7
Marco teórico	7
Personalidad	8
Trastorno de la personalidad y trastorno mental	9
Trastorno narcisista de la personalidad	10
Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de personalidad narcisista 301.81 (F60.81)	13
Trastorno depresivo persistente	13
Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente en el DSM-5 (distimia) 300.4 (F34.1)	14
La intervención psicoterapéutica	15
Modelo gestáltico	16
Ciclo de la experiencia en la Gestalt.....	18
Terapia cognitivo conductual	19
Formulación del caso clínico	19
Ficha de identificación:	19
Técnicas empleadas:	20
Tabla 1. Recopilación de técnicas gestálticas empleadas en el proceso psicoterapéutico.....	20
Estructura familiar de María	21
Genograma	21
Ecomapa	22
Estructura de la intervención psicoterapéutica bajo la supervisión Gestáltica para el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno depresivo persistente.	23
Tabla 2. Esquema de la intervención psicoterapéutica por sesiones	23
Sesión modelo	24
Transcripción de un fragmento significativo de la sesión	24
Resultado obtenido:	25
Justificación:	25
Factores asociados al terapeuta:	26
Evaluación y medición de resultados	26
Protocolo Clínico del OPTA	27
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, 1988)	28
Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999)	29
Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1988)	31
A continuación, se muestra la escala de depresión de Beck (BDI)	31
Escala Global (Alcázar, 2010)	38
Resultados	40
Tabla 3.1. Gráfica de resultados de las aplicaciones de la Escala global	40
Tabla 3.2. Gráfica de resultados de las aplicaciones del Inventario de Beck para la Depresión	41

Tabla 3.3. Gráfica de resultados de las aplicaciones del Inventario de Beck para la Ansiedad	42
Discusión	42
Conclusión	43
Bibliografía:	45

El autor del estudio es un estudiante de la maestría en psicoterapia de la Universidad Iberoamericana de Puebla, Puebla; hombre de 27 años con preparación en el área clínica de la psicología, quien ha concluido los estudios necesarios en dicha universidad, iniciando su preparación académica en la Universidad Hispana de Puebla, donde cursó su licenciatura en psicología; para posteriormente, concluir el grado de maestría en la Universidad Iberoamericana de Puebla. Durante este periodo de preparación profesional, ha tenido la fortuna de participar en el área clínica de la carrera; área en donde ha encontrado su vocación y el gusto por la misma, dándole como resultado una formación rica en experiencia y conocimiento.

El caso mostrado a continuación ha sido elegido para ser mostrado en dicho estudio al haber representado un reto para el terapeuta, en el cual se vio necesitado de enriquecer su preparación como psicoterapeuta, llevándolo a consultar nuevas y mejores formas de trabajo. Así mismo, fue necesario el trabajo conjunto con un especialista del área psiquiátrica.

No obstante, el mismo caso ha resultado ser de relevancia para la formación del psicoterapeuta, ya que, como se podrá observar más adelante, no se trata de un caso exitoso. Ya que, como en su mayoría de ocasiones, es posible aprender más de un fracaso que de un logro.

Resumen

La personalidad es el resultado de dos componentes: el temperamento y el carácter. De tal modo, podemos apreciar que la personalidad es tanto biológica, como social y psicológica. Sin embargo, como en todo aspecto de la vida, existe la salud y la enfermedad; y la mente sufre igual que todo el cuerpo, ésta también enferma y adopta formas de ser que no siempre son las adecuadas. El presente estudio trata sobre una joven con lo que se denomina trastorno de personalidad narcisista.

El trastorno de personalidad narcisista, entendido como un patrón de grandeza, necesidad de admiración y falta de empatía, es una condición que es más comúnmente encontrada en hombres que en mujeres y su inicio no está determinado por la edad, aunque se ha encontrado mayor predominancia entre los 20 y 25 años de edad.

Este trastorno presenta alta comorbilidad con el trastorno depresivo persistente. Segundo trastorno abordado en el estudio del presente caso; y que es caracterizado por ser una depresión que la persona lleva consigo por mucho tiempo.

El tratamiento de estos trastornos se ha realizado bajo la supervisión del modelo gestáltico, aunque así mismo, se realizan técnicas cognitivo-conductuales para atender la sintomatología depresiva. Cabe mencionar que, además del trabajo realizado en el área de psicoterapia de la universidad, a la paciente se le canalizó a psiquiatría, donde recibió tratamiento.

Abstract

Personality is the result of two components: temperament and character. Therefore, we can appreciate that personality is biological, social and psychological. However, just as all aspect of life, there's health and illness; and the mind suffers just the same as the whole body, it becomes ill too and adopts behaviors that are not always proper. The present study is about a young woman with what's called a narcissistic personality disorder.

Narcissist personality disorder is a pattern of greatness, need for admiration and the lack of empathy; it is frequently found in men rather than women and its origin is not determined by age, although it has been found more frequently between 20's and 25 years old.

This disorder has comorbidity with the persistent depressive disorder, second disorder we are going to talk about in the present case; it is characterized by a long-lasting depression.

The treatment for this disorder has been done under the Gestalt model supervision, as well as some techniques from the cognitive-behavioral model to give the patient a better care. It is worth mentioning that the study done in the psychotherapy area from the university was complemented with psychiatry, area in which the patient was referred to.

Palabras clave/Key words:

Personalidad, trastorno, depresión, psiquiatría, narcisismo, tratamiento, Gestalt, cognitivo conductual, ansiedad.

Personality, disorder, depression, psychiatry, narcissism, treatment, Gestalt, cognitive behavioral, anxiety.

Introducción

El presente estudio de caso se elaboró con la supervisión en el modelo humanístico Gestalt, para mostrar algunas de las características del trastorno de personalidad narcisista y el trastorno depresivo persistente, así como algunas de las formas de intervenir en este tipo de trastornos.

La práctica clínica fue realizada por un alumno estudiante de maestría, con experiencia en el área clínica y siempre en el área de trabajo conocida como Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA), en la Universidad Iberoamericana de Puebla. Área diseñada para dar asistencia psicoterapéutica a la población interesada y a la vez, fungir como un área de aprendizaje para los estudiantes de maestría; destacando la necesidad de establecer una sistematización para la práctica clínica tanto supervisada, como particular.

De tal forma, cabe recalcar la importancia del estudio al tratarse del abordaje de uno de los trastornos mentales con mayor índice de epidemiología mundial; la depresión.

No obstante, presenta como principal limitación, al ser un estudio de caso, enfocado en una sola persona y realizado por un solo investigador, destacando que el abordaje ha sido personalizado y no es posible generalizarlo en la población. Además, cuenta con la limitación de la duración del tratamiento, pues éste ha sido muy breve para observar un cambio significativo en la paciente.

Objetivos:

General:

Exponer sistemáticamente el abordaje terapéutico desarrollado bajo el modelo humanístico Gestalt para el tratamiento del trastorno de la personalidad narcisista y el trastorno depresivo persistente.

Específicos:

- Mostrar las características individuales de la paciente
- Evaluar la mejora de los síntomas de la paciente
- Demostrar lo trabajado a lo largo del tratamiento planteado
- Identificar las fortalezas y las áreas de oportunidad del terapeuta
- Exponer ejemplos de las técnicas empleadas

Marco teórico

El estudio de caso expuesto a continuación trata de una mujer adulta de 21 años de edad, que ha sido diagnosticada con trastorno depresivo persistente y trastorno narcisista de la personalidad simultáneamente y ha sido partícipe del proceso psicoterapéutico con el modelo Gestalt y técnicas del modelo cognitivo-conductual.

A la hora de hacer psicoterapia hay que saber que existen múltiples modelos y enfoques de abordaje, sin embargo, no existe una sola respuesta “correcta” ni en terapia gestáltica, ni en psicoanálisis para dar tratamiento a una persona con un trastorno de la personalidad. Asimismo, menciona que la terapia gestáltica no es ni puede ser tomada como una especie de receta, “requiere que el clínico tome contacto con la persona única que es el cliente vía una apertura basada en centralizar, poner entre paréntesis, enfocar, dialogar. Requiere arte y diálogo, no aplicación de técnicas o dogmas”. (Yontef, 2009)

Mencionamos que la terapia no debe de ser una especie de receta pues, ésta debe de ser adaptada a las necesidades y características del paciente; y todas las personas somos distintas. Por tanto, la intervención debe de ser adaptada al contexto, a la situación, al sistema y a las características propias de la persona. Es importante tomar en cuenta la comprensión de los antecedentes de la persona, pero además, es igual de necesario fijarse en las características del terapeuta con el fin de establecer una relación de diálogo y confianza.

No obstante, es sabido que todo clínico que se hace llamar responsable de su labor, sigue algunas pautas a la hora de trabajar. Entre éstas, encontramos la de realizar un diagnóstico adecuado, la selección del modelo o de la forma de trabajo y claro, determinar si es que el paciente en cuestión se vería beneficiado del trabajo en conjunto con un médico psiquiatra o algún otro especialista. “Esto debe hacerse, y si los detalles no están elaborados en la literatura de la terapia gestáltica, el terapeuta gestáltico debe usar cualquier conocimiento profesional a su alcance. Esta discriminación de la calidad de la organización global de la personalidad es vital y siempre relevante, al margen del diagnóstico formal”. (Yontef, 2009)

Debido a esto, será importante aclarar los trastornos mencionados, empezando por definir lo que habremos de entender por personalidad y por trastorno de la personalidad.

Personalidad

Antes de hablar de los trastornos de la personalidad y del caso en cuestión, es conveniente entender qué es la personalidad; y aunque existen muchos planteamientos y opiniones al respecto, parece haber un acuerdo en algunas características generales de ésta. Por ese motivo, tomaremos la proposición encontrada en C. (2004), la

cual dice que es un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones.

Es importante notar que la personalidad se encuentra compuesta por dos factores: el temperamento, que son influencias innatas, genéticas y constitucionales que influyen sobre la personalidad; y el carácter, factores psicosociales, aprendidos, que influyen sobre la personalidad. (Caballo, 2004). Entendiéndose pues, que la personalidad es un cúmulo de influencias y construcciones sobre la persona, de manera tanto innata, como aprendida.

Trastorno de la personalidad y trastorno mental

Habiendo definido lo que es personalidad, hay que mencionar que no todas las formas de ser de una persona son sanas, o bien, adecuadas. Estas formas insanas de ser de la personalidad, se conocen como trastornos. Sería imposible hablar de un trastorno de la personalidad, sin antes haber esclarecido lo que es un trastorno mental. Para ello, tomaremos la definición que nos brinda el DSM-5:

Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.

(American Psychiatric Association, 2014)

Las alteraciones del carácter o los denominados “trastornos de personalidad”, comprendidos desde la Gestalt, son formas de ser de las personas con perturbaciones en un nivel de organización comprendido entre lo neurótico y lo psicótico, pues, aunque no tienen alteraciones tales como las de la psicosis, tienen otras funciones

alteradas, como el ego o la capacidad de hacer insight, en especial cuando viven una situación de tensión o conflicto. Es característico de estas personalidades una marcada diferencia en la habilidad para ejercitar las funciones de auto-regulación del ego, contener, canalizar, asimilar e integrar distintas intensidades de emoción y deseo, aliviar, calmar, centrarse y apoyar la total absorción en una figura emergente espontánea en el campo actual. Por lo que tienen especial dificultad para formar una Gestalt que tome en cuenta a otros y a sí mismos. Esto a la vez les dificulta mucho mantener un sentido coherente de su ser y de la confianza tanto en el apoyo de su ambiente como de ellos mismos. “Los desórdenes de la personalidad presentan una dicotomía de un déficit en la habilidad para integrar polaridades en totalidades” (Yontef, 2009)

A menudo sus percepciones y cogniciones no miden adecuadamente la situación actual y las posibilidades de ajuste creativo. A menudo su darse cuenta centrado en el presente es deficiente, la figura actual se conecta a y emerge del pasado y experimentalmente se dirige hacia posibilidades futuras emergentes, pero aún no claras. (Yontef, 2009)

Ya definido lo que conoceremos como trastorno de personalidad, necesitamos conocer uno de los múltiples trastornos encontrados en esta gama: el trastorno de la personalidad narcisista.

Trastorno narcisista de la personalidad

Al escuchar la palabra “narcisista” nos viene a la cabeza una persona ególatra, creída y que no ve importancia en las otras personas, sin embargo, lo que éstas piensen, sí les afecta, por lo que cuidan mucho su imagen. Sin embargo, no debemos quedarnos con lo que creemos que es, por ello es importante definirla. La personalidad narcisista es un “patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos.” (American Psychiatric Association, 2014).

“El narcisista está centrado en sí mismo, pero no es verdadero sí mismo” (Yontef, 2009). Algunas de las características que encontramos en esta personalidad son: la necesidad de apoyo externo para mantener la apariencia de equilibrio, la tendencia a ser confluentes y dependientes del campo, auto-imagen inflada y constante alienación de sí mismos y de los otros; lo que les dificulta hacer insight. Además, tienen una visión de sí mismos

distorsionada, que puede estar idealizada o bien, desvalorizada. Todo esto lo hace estar constantemente debatiéndose entre la vergüenza que cree causar en la gente y la idea fantasiosa de ser superior, de tener una misión especial que cumplir y de que todo y todos están a su disposición, sin importar las necesidades de los demás.

Los pacientes narcisistas están doblemente alienados: alienados de otras personas, debido a su excesivo egocentrismo, y alienados de su verdadero sí mismo, porque están más centrados en su auto-imagen que en quienes son realmente y en lo que realmente vivencian. También tienden a estar más en contacto con la imagen de otros que con la persona. Generalmente el narcisista estará en contacto con lo atractiva (o no atractiva), prestigiosa (o no prestigiosa) que es la otra persona. El desprecio o la idealización caracterizan el lente a través del cual los narcisistas ven a los demás.

(Yontef, 2009)

C. (2004) nos habla de una propuesta útil para relacionarse con personas con esta personalidad. Nos dice que, para que la relación con una persona narcisista sea más satisfactoria es sugerible adoptar una serie de comportamientos, entre los cuales están ser leal, no criticarles, no competir con ellos ni esperar que el narcisista comparta sus méritos.

De igual modo, nos comparte sus hallazgos en cuanto a la epidemiología y el origen del trastorno, notándose en éstos que “los porcentajes ofrecidos por el DSM-IV-TR para este trastorno van de 2 a 16% de la población clínica y menos del 1% para la población general.” (Caballo, 2004). Este trastorno, al parecer, se diagnostica tres veces más en hombres que en mujeres.

La historia de estos pacientes, generalmente tiene un historial de haber sido utilizados para satisfacer las necesidades de los padres, sin considerar a los hijos como seres individuales. En cuanto al origen del trastorno, se encontró que “los rasgos narcisistas comienzan a manifestarse a finales de la adolescencia, a partir de los 20 años de edad, constituyendo el incremento de edad y las limitaciones propias del envejecimiento.” (Caballo, 2004). Estas personas parecen destacar los atributos de belleza, fuerza y juventud, a los que se aferran de manera errónea generándoles problemas para adaptarse. “Las experiencias infantiles tempranas de todo paciente narcisista, se caracterizan por una falta de contacto auténtico con los padres”. (Yontef, 2009)

Por otro lado, aunque no está claro un factor determinante o que dé origen al trastorno, los autores Millon y Everly, citados en C. (2004); señalan la presencia de factores que se han encontrado en los ambientes de personas con este trastorno que, actuando en solitario o en conjunto, parecen relacionarse con el desarrollo de la personalidad narcisista aún en edades tempranas. Éstos son:

- a) Indulgencia parental y sobrevaloración
- b) Conductas explotadoras aprendidas
- c) Estatus de hijo único

Yontef (2009) nos comparte que en sus hallazgos notó que las personalidades narcisistas se encuentran con las cuatro “D”, que son las emociones habituales entre las que oscila. Frustración, conflicto, fracaso, privación, dificultad, crítica y vergüenza, todo lleva al narcisista a las cuatro d: deflación, depleción, depresión y desesperación. En las alteraciones narcisistas, la confrontación, interpretación, sugerencias de experimentación o incluso exposición al contacto producen generalmente una deflación que derrota el equilibrio, un total sentimiento de depleción, depresión y desesperación. Pierden el sentido de sí mismos, de relativa seguridad, bienestar, coherencia estructural y estabilidad temporal.

Parece ser, que los niños con personalidad narcisista relatan dos tipos de historias: la del niño que no era tratado como alguien especial y la del joven príncipe. Aquí notamos que desde muy pequeños hacen contacto con la devaluación y la idealización, respectivamente. No está claro qué vertiente de la historia sea “mejor”, sin embargo, es notable que ambas llevan al desarrollo de esta personalidad y que se mantiene a lo largo de los años.

Otro dato significativo de la investigación es que se ha encontrado que el trastorno narcisista de la personalidad presenta mayor comorbilidad con depresión mayor y disitmia, seguido por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y el trastorno bipolar, otros estudios recientes han mostrado además, relación con la anorexia nerviosa. Así mismo, presenta comorbilidad con trastornos de la personalidad, se encuentran solapamientos con el histriónico, el límite, el paranoide, el evitativo, el pasivo-agresivo y el antisocial. (Caballo, 2004).

Conozcamos ahora los criterios que el DSM-5 nos brinda para identificar este trastorno en la población.

Criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de personalidad narcisista 301.81 (F60.81)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado
3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

(American Psychiatric Association, 2014)

Trastorno depresivo persistente

Este es el segundo trastorno abordado en el estudio de caso. El trastorno depresivo persistente es una depresión que ha estado presente por un largo tiempo. Anteriormente en la literatura se le denominaba como distimia, pero el cambio de nombre se ha efectuado desde la salida del DSM 5; manual que se ha tomado para realizar el diagnóstico de María.

Las personas con trastorno depresivo persistente muestran síntomas propios de los episodios depresivos mayores, aunque no siempre se encuentren en ese grado; tales como: abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse, problemas con el apetito y con el sueño.

“Los pacientes distímicos sufren en silencio, y su discapacidad puede ser sutil: tienden a invertir gran parte de su energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida.” (Morrison, 2015). Estos pacientes representan cierta dificultad para ser diagnosticados, puesto que muestran discapacidades evidentes, por lo que, rara vez buscan tratamiento. No es hasta que se convierte en un episodio depresivo mayor que acuden a consulta.

“A lo largo de la vida, quizá 6% de los adultos padece distimia, a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar a cualquier edad, es rara su aparición tardía” (Morrison, 2015).

A continuación se mencionan los criterios DSM-5 para el trastorno depresivo persistente.

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente en el DSM-5 (distimia) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

(American Psychiatric Association, 2014)

La intervención psicoterapéutica

El plan que se ha aplicado para darle tratamiento a María ha consistido en una combinación de dos modelos: el modelo gestáltico y el modelo cognitivo conductual. Es necesario mencionar que, para efectos del funcionamiento del programa psicoterapéutico planteado, se requirió de la canalización a psiquiatría, donde se le brindó medicamento para su sintomatología depresiva.

Modelo gestáltico

Martín (2006) menciona que la psicología de la Gestalt considera que no percibimos sensaciones aisladas que posteriormente vamos integrando en totalidades, sino que más bien tenemos una sensación de totalidad. Esta sensación es necesaria para entender a las personas y al evento como un todo, no como un conjunto de elementos, ya que, como la autora lo menciona, tratar de comprender la totalidad de una estructura partiendo desde las partes que la conforman, sería imposible. “Ya que las características de las partes quedan definidas por sus relaciones entre sí y por sus relaciones con el sistema del cual forman parte, y el estudio por separado de estas partes destruye el fenómeno observado.”

Por otro lado, retomando la conducta anormal, Martín (2006) menciona que ésta depende de la capacidad que tiene el organismo para satisfacer sus necesidades sin oponerse de una forma radical y violenta a las demandas del mundo externo.

De este modo, Martín propone dos fundamentos para la psicoterapia gestáltica:

1. "Es la organización de hechos, percepciones, conductas y fenómenos, y no los elementos individuales de los que se componen, lo que les define y les da su significado específico y particular".
2. Homeostasis.

Estos dos fundamentos resumen lo que se ha mencionado anteriormente. El primero remarca la importancia de la totalidad. Y el segundo, la verdadera confianza de que el sistema o el individuo siempre encontrará su orden, su propio equilibrio.

Teniendo en cuenta estos dos fundamentos, entonces es comprensible que la tarea de la terapia gestáltica será proporcionar herramientas al paciente para su vida y ampliar la capacidad de darse cuenta de lo que vivencia.

Es importante notar que todas las intervenciones psicoterapéuticas serán individualizadas y personalizadas. Sin embargo, en la revisión de la literatura se encontró que lo que nos debe causar especial interés y debe ser lo primero a tomar en cuenta al hacer terapia con sujetos con trastorno de personalidad, es respetar y confiar plenamente en su realidad fenomenológica, aceptando como son y lo que dicen sentir.

Con este tipo de paciente, es importante que el terapeuta tenga una actitud que enfatice con mesura la inclusión o respuesta empática más que la expresión personal, insistencia activa en un diálogo abierto,

sugerencia de experimentos y actuaciones, interpretación o enseñanza del enfoque fenomenológico. Se debe presenciar, verificar y acreditar la experiencia del paciente en cada momento. (Yontef, 2009)

Hay que recordar algo importante además de todo, y es que, es muy probable que “la relación con un terapeuta empático puede a veces ser la primera vez en su vida que sienten que alguien realmente los escucha, que escucha el mensaje de su verdadero sí mismo, comprendiendo cómo experimentan el mundo-alguien que no les dice que deberían sentir algo distinto a lo que realmente sienten.” (Yontef, 2009).

Los pacientes narcisistas necesitan que el terapeuta se ocupe de sus experiencias, de los significados que tienen para ellos y de las experiencias evolutivas relevantes. Durante las fases iniciales de la terapia, es más importante explorar qué significan estas desilusiones para el paciente, que construir un darse cuenta más preciso o hacer afirmaciones más explícitas acerca de cómo el paciente afecta al terapeuta.

(Yontef, 2009)

Por otro lado, encontramos que el trabajo con las personalidades narcisistas presenta algunas dificultades, una de ellas es la que se encuentra en una de las tareas que deben de abordarse en la terapia y es “convertirlo en algo común”. Ser capaces de permanecer centrado frente a la inflación o deflación, mantener una perspectiva: ser competentes, aunque no los mejores; seguir amando aunque la persona amada falle; ser amados sin la auto-imagen de perfección (Yontef, 2009).

Pero recordemos que en toda intervención existe el riesgo del fracaso y la desilusión, lo que además, es posible en cualquiera que sea la relación establecida. “En los pacientes narcisistas, esto producirá un vívido despliegue de su falta de cohesión e integración, manifestado con estados de rabia intensa, pánico, desprecio, destrucción y envidia” (Yontef, 2009).

La situación generalmente empeora si hay una reacción defensiva del terapeuta, manifestada como interpretación, confrontación, eliminación del carácter o juicios negativos. Esto a menudo se disfraza bajo la forma de humor, de una sugerencia para un experimento, una confrontación acerca de la “responsabilidad” o atención al límite de contacto.

(Yontef, 2009)

Por último, es importante mencionar que Y (2009) encontró que en gran parte de la discusión en la literatura psicoanalítica, se habla de una frecuencia de tratamiento mínima de tres o incluso seis veces por semana,

lo que puede durar dos años en llegar a la mitad del tratamiento, que en psicoanálisis significaría 300 horas de tratamiento. Si el tratamiento se da en un contexto de una vez por semana, o incluso dos, esto se debe tomar en cuenta para asimilar cualquier afirmación.

Ciclo de la experiencia en la Gestalt

En la Gestalt, la experiencia es el núcleo de la vivencia humana y del trabajo psicoterapéutico en sí. El llamado “ciclo de la experiencia” es una sucesión interminable de procesos que las personas hacemos constantemente ante las situaciones de nuestras vidas. En este ciclo además, es importante analizar los bloqueos en los que se encuentran las personas.

El ciclo de la experiencia se compone por:

1. Fase de reposo o retraimiento: la persona se encuentra satisfecha, su Gestalt ha sido resuelta, no hay ninguna necesidad.
2. Fase de sensación: la persona abandona la fase de reposo e identifica en sí una sensación de necesidad. Es una experiencia sensorial que aún no define, pero conoce.
3. Fase de formación de figura: Aquí, esa sensación se concientiza.
4. Fase de movilización de la energía: en esta fase, la persona junta la fuerza necesaria para satisfacer esa necesidad y se prepara para pasar a la acción.
5. Fase de acción: aquí la persona realiza lo necesario para satisfacer su necesidad.
6. Fase de precontacto: esta fase es muy rápida, casi fugaz. Es el momento previo al contacto con el objeto deseado.
7. Fase de contacto: Esta es la fase en la que culmina el proceso, en la que se ha satisfecho la necesidad y viene el gozo de haberlo logrado.
8. Fase de poscontacto: El sujeto en este punto pierde la energía que necesitó para su proceso y se encamina hacia el reposo y hacia una nueva Gestalt.

(Ríos, 2005)

Terapia cognitivo conductual

El segundo enfoque empleado en este estudio de caso ha sido el modelo cognitivo conductual. Por motivos del uso de los inventarios de Beck para ansiedad y depresión, se ha elegido utilizar el modelo que propone Beck para darle tratamiento a los trastornos depresivos.

Para este connotado psiquiatra, la depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. La gente que se deprime posee cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro). (González, 2009).

Estas cogniciones negativas son el objetivo de la terapia; se les denomina esquemas y son creencias básicas de un individuo para darle sentido a su visión de sí mismo, el mundo y su historia. “Las cogniciones, o sea, los “eventos” verbales o gráficos en la corriente de conciencia de la persona, se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores”. (González, 2009).

Formulación del caso clínico

Ficha de identificación:

Sujeto femenino de nombre María, de 21 años de edad, soltera, católica, estudiante de licenciatura, originaria de Puebla, proveniente de un nivel socioeconómico medio-alto. Refiere acudir a buscar ayuda debido a que dice tener una personalidad obsesiva y evitativa. Además, menciona que padece microtia, razón por la cual ha sido operada varias veces, entre ellas, varias cirugías reconstructivas de la oreja y una correctiva de la nariz. María menciona que se ha enterado del servicio del OPTA por recomendación de una maestra suya. No ha tenido intentos previos de solución y es la primera vez que acude a terapia.

María ha sufrido microtia desde el nacimiento, por lo que ha sido sometida a cirugías múltiples veces. En consulta se observan otros problemas, entre ellos, el más reciente es el duelo por una relación de pareja que ya ha

terminado. Así mismo, durante la entrevista se sospecha de la presencia de rasgos depresivos persistentes a lo largo de su vida, sin una fecha de inicio clara, ni duración medible.

Desde el punto de vista del modelo Gestáltico, podemos observar que María tiene un bloqueo significativo en la fase del post-contacto. Es decir, se encuentra fijada en la relación anterior y el dolor que ésta le causó, por lo que no puede dejarle ir y se mortifica por ello con pensamientos como: “¿cómo si él es un fracasado, me dejó ir y no yo a él?”.

La paciente ha acudido a 10 sesiones, mismas que ha sido semanales, durante 4 meses; en las cuales, durante la sesión 1, 5 y 10 se ha sometido a evaluación con los instrumentos propuestos para el desarrollo de la supervisión realizada por la maestra Nora Gurrola.

Técnicas empleadas:

Tabla 1. Recopilación de técnicas gestálticas empleadas en el proceso psicoterapéutico.

Técnica	¿En qué consiste?	¿Por qué se eligió?
Vacío fértil	Se lleva al paciente de un “vacío estéril” a un “vacío fértil”	Hacer contacto con la depresión que María estaba negando.
Desarrollo	Se le pide a la persona que desarrolle el tema que lo lleva a consulta	Hablar de lo que ocurre, su problemática
Asimilación de proyecciones	Se le pide al paciente que vivencie como propias las proyecciones que emite de los demás	Buscamos que María integre en sí misma lo que proyecta en otros.
Repetición	Se le pide al paciente que repita algunas frases o	Que María escuche por sí misma las frases

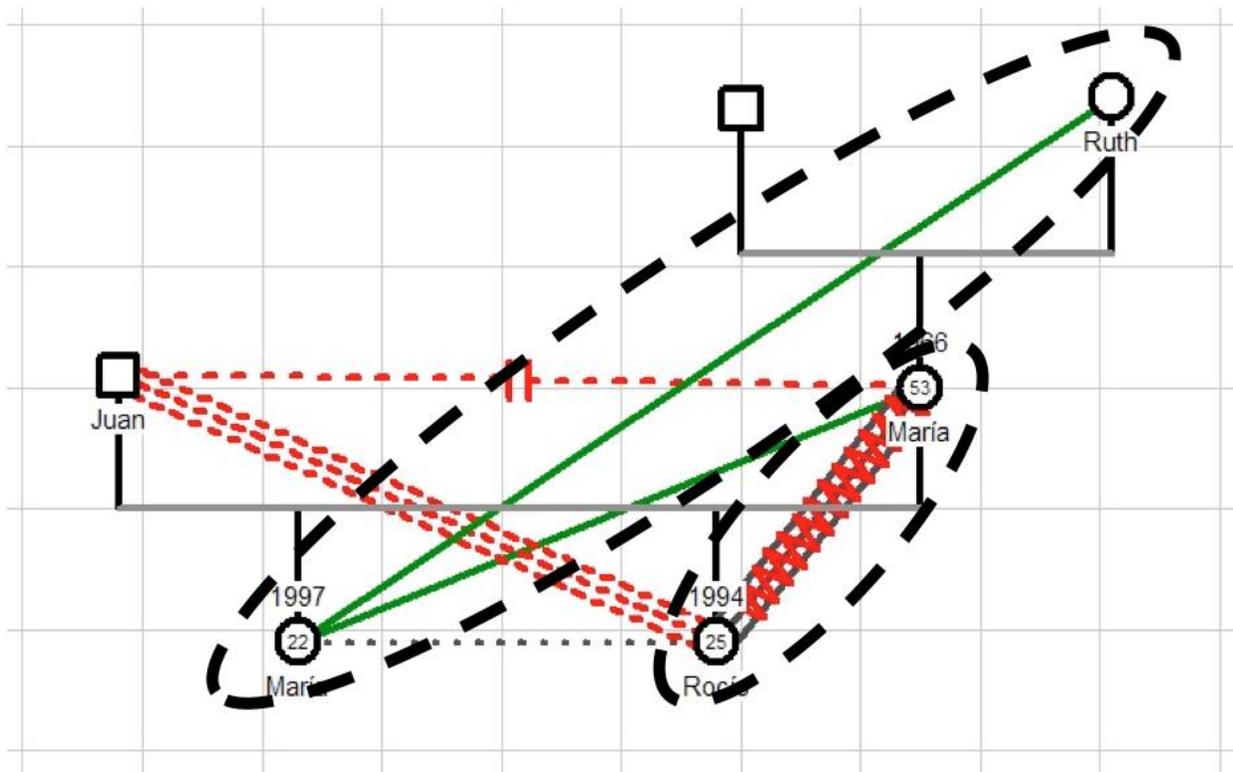
	palabras significativas	significativas de su diálogo
Exageración	Se le pide al paciente que exagere conductas o diálogos significativos	Intensificación de los síntomas que María refiere
Traducción	Se le pide al paciente que imagine que su cuerpo habla. “Si tu cuerpo hablara, ¿qué te querría decir?”	Identificación corporal de los síntomas que presenta María

“Elaboración propia”

La tabla muestra las técnicas gestálticas empleadas en la intervención psicoterapéutica con María durante el estudio de caso. Se mencionan los nombres de las técnicas, el objetivo y la metodología de la misma.

Estructura familiar de María

Genograma



“Elaboración propia”

Estructura de la intervención psicoterapéutica bajo la supervisión Gestáltica para el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno depresivo persistente.

Tabla 2. Esquema de la intervención psicoterapéutica por sesiones

Número de sesión	Fecha	Tema a tratar
1	07/09/18	Establecimiento de encuadre y firma de contrato. Exploración de la personalidad
2	14/09/18	Exploración de las relaciones familiares y sintomatología
3	21/09/18	Continuación de la exploración de sintomatología
4	28/09/18	Trabajo con las relaciones de pareja. Énfasis en el conocimiento y expresión del enojo
5	05/10/18	Exploración de la relación materna. Exploración de la historia de María. Canalización con el psiquiatra
6	12/10/18	Observación del proceso psiquiátrico, exploración del impacto causado por la canalización
7	19/10/18	Seguimiento del proceso psiquiátrico
8	26/10/18	Revisión del genograma
9	09/11/18	Adherencia al tratamiento. Revisión del genograma y de las pautas familiares
10	23/11/18	Reestructuración de ideas, exageración de malestar, observación de patrones familiares

“Elaboración propia”

La tabla muestra la cronología y el esquema de intervención por sesiones y objetivos de las mismas.

Sesión modelo

Sesión número 6 del día 12/10/2018 llevada a cabo en el consultorio del OPTA de la Universidad Iberoamericana de Puebla, Puebla.

María acude a sesión ansiosa y molesta. Narra haber disfrutado de su fin de semana, aunque no como lo esperaba. Dice que el fin de semana invitó a muchos amigos a quedarse con ella y en especial a su expareja, por quien no siente cariño, pero aun así mantiene relaciones sexuales con él por la certeza que tiene de que él estará siempre para ella cuando ella lo quiera. Menciona, asimismo, que llevó a su casa amistades para que así ella no tuviera la necesidad de salir de fiesta y que hizo todo esto respaldada en el pensamiento "si estoy ya loca, pues haré lo que quiero", tras haber sido informada de la necesidad de medicamentos y psiquiatra.

La paciente muestra en todo momento su personalidad narcisista y su molestia ante la decisión del equipo terapéutico de canalizarla a psiquiatría. María exhibe lo que parece ser un acting-out. Por otro lado, el terapeuta actúa con aceptación y curiosidad, realizando preguntas sobre los sucesos de ese fin de semana para entender la conducta impulsiva de María.

Transcripción de un fragmento significativo de la sesión

-T: María, ¿qué tema traes hoy a sesión?

-M: El fin de semana mis padres no estuvieron en casa. Me quedé sola e invité a varios amigos a casa porque si ya estoy loca, pues me iba a divertir.

-T: ¿Y qué pasó?

-M: Pues, estoy molesta, y muy ansiosa. Disfruté mi fin de semana, pero no como lo esperaba. Invité a mi ex, por quien no siento nada. Sólo tuvimos sexo, aunque sé que él me quiere para más; yo sólo sé que tengo la certeza de que él estará siempre que yo lo quiera.

-T: ¿A quién más invitaste?

-M: Fueron mis amigos, porque así yo no tendría la necesidad de salir de fiesta si ellos iban. Si estoy ya loca, pues haré lo que quiero.

-T: ¿Qué estás haciendo con tus ex parejas y amigos? ¿te das cuenta?

-M: Creo que los controlo. Como mi mamá me controla

-T: ¡Repíteme eso que me acabas de decir!

-M: ¿Qué cosa? ¿Que los controlo como mi mamá a mí? ¡Pues sí!

-T: ¿De qué te das cuenta?

-M: De que actúo como mi mamá. ¡No quiero actuar como mi mamá!

-T: ¿Para qué controlas a tus ex parejas?

-M: Mi mamá me controla para saber siempre qué hago. ¡Ella quiere siempre saber dónde estoy o con quién estoy!

-T: ¿Es tu mamá la que quiere saber dónde están tus ex parejas? Te pregunté por tus ex parejas y respondiste con tu mamá

-M: Bueno, sí, pero no quiero ser como ella

-T: no eres ella. Tú eres tú. Vuelve a ti.

Resultado obtenido:

Como resultado de la combinación de las técnicas, María fue capaz de darse cuenta de la conducta impulsiva que llevó a cabo y de que tiene conductas controladoras similares a las de su madre. Llevándola a decir: “¡Yo no quiero ser ella, no quiero ser como mi madre!”.

Justificación:

La sesión anterior, María fue canalizada a psiquiatría, razón por la cual, ese fin de semana presentó un acting-out. Sin embargo, no reconoce el motivo por el que ha actuado así, por lo que, durante la sesión, se aplican las técnicas de repetición y expresar lo no expresado. Con el objetivo de que ella haga conciencia de sus actos.

- Objetivo de la sesión: Expresar el malestar sentido y el conflicto con la madre
- Técnica empleada: Expresar lo no expresado, repetición

- Desarrollo de la técnica: Durante la entrevista se le solicitó a María que expresara su malestar, revelando la conducta de acting out que tuvo el fin de semana. Por otro lado, reveló el descontento que tiene con su madre.

Factores asociados al terapeuta:

El terapeuta es un estudiante de maestría que ha tenido práctica clínica tanto dentro de la maestría como fuera de ésta. El terapeuta es un hombre de 26 años de edad, originario de Puebla, ciudad en la que radica.

En términos de fortalezas, cuenta con las variables edad, aceptación, empatía, honestidad, credibilidad, comportamiento ético, respeto; de acuerdo a algunas de las variables del terapeuta según lo menciona Oblitas (2013).

Por otro lado, se encuentran 3 principales áreas de desarrollo: flexibilidad, conocimiento de sí mismo, y preparación y experiencia. Cabe destacar que, conocimiento de sí mismo y preparación y experiencia, son variables esperadas dentro del ámbito educativo, puesto que éstas son las principales características que se trabajan durante la maestría en los estudiantes, aparte de la parte teórica.

Así mismo, entre las fortalezas, encontramos que, aunque todas se relacionan y han servido para el desarrollo óptimo de la terapia, el factor edad, aceptación y credibilidad, han resultado de mucha ayuda al tratarse de una paciente de edad similar, aunque menor a la del terapeuta, lo que ha permitido que la paciente tenga más rápido confianza. La aceptación y la credibilidad fueron en especial importantes a la hora de canalizarla al área de psiquiatría, pues el acompañamiento durante este proceso le dio suficiente confianza y fuerza para aceptar la decisión del equipo de supervisión y del terapeuta.

Evaluación y medición de resultados

Se emplearon 3 diferentes escalas para evaluar el desarrollo de la paciente durante el proceso, además de la entrevista elaborada en el consultorio del OPTA de la Universidad Iberoamericana.

Protocolo Clínico del OPTA.

La entrevista dentro del campo de la psicología esta técnica es fundamental, se utiliza principalmente para recabar información y datos relevantes.

A continuación se muestra el contrato individual OPTA



Orientación PsicoTerapia y Aprendizaje Significativo

CONTRATO POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

El servicio que otorga el OPTA se realiza conforme a protocolos especificados en un marco operativo vigilado institucionalmente. La atención psicoterapéutica que ofrece el O.PT.A., se realiza exclusivamente en las instalaciones de la Ibero Puebla a cargo de practicantes de los últimos semestres de la Maestría en Psicoterapia. Todas las sesiones son sujetas a supervisión ya sea en vivo o mediante los registros audiovisuales, los cuales también son objeto de investigación y uso docente.

El consultante solicitará el servicio por su propia voluntad y a cada sesión acudirá en condiciones de sobriedad, uso de sus facultades y plena conciencia para poder ser atendido.

Es común que los servicios de psicoterapia requieran el concurso de otros especialistas, en cuyo caso el consultante se compromete a seguir las instrucciones que se deriven de ello como condición de posibilidad para continuar el proceso. Asimismo, las sesiones en las que participa el equipo de supervisión en vivo, requieren concertar la sesión en horarios alternos.

El consultante y el terapeuta se comprometen con la puntualidad, asistencia y participación comprometida durante la sesión de 50 minutos. Una falta injustificada causará la baja automática del servicio; en caso de necesidad se cancelará la cita con 24 horas de anticipación, de no salvar este plazo, se cubrirá el costo de la sesión. Ante un patrón constante de cancelaciones el equipo de supervisión valorará la conveniencia de concluir la relación terapéutica. Si en algún momento, el consultante desea declinar el tratamiento, podrá ejercer ese derecho dando aviso oportunamente para ceder el lugar a otra persona de la lista de espera en apego a la misión social del OPTA.

La cuota de recuperación es de \$100.00.

La información proporcionada durante las sesiones se mantendrá en estricta confidencialidad y rigurosa custodia. No será revelada a ninguna persona o institución, excepto bajo las siguientes circunstancias: Si usted se encuentra en cualquier emergencia médica, la información podría ser otorgada a personal médico; Si el responsable del Servicio recibe una orden judicial; Si usted revela información, que a juicio de su terapeuta, indique que usted trata de causarle daño a alguien o de lastimarse a usted mismo.

Al firmar este contrato, terapeuta y consultante, nos comprometemos a trabajar juntos/as con el equipo de supervisión en un proceso de psicoterapia. Todos/as estamos de acuerdo con lo siguiente:

1. Operar conforme a los protocolos institucionales.
2. Preservar rigurosamente la información revelada y observar las excepciones antes listadas
3. Participar con voluntad y compromiso observando las prescripciones del equipo de supervisión y en caso necesario las de la interconsulta con otros especialistas como condición necesaria para continuar en el servicio.
4. Cubrir el costo del servicio por sesión, incluyendo el pago de las que no hayan sido canceladas con la debida anticipación.
5. Registrar las sesiones en medios audiovisuales para efectos de supervisión indirecta, docencia e investigación. Algunas sesiones podrán ser supervisadas de manera directa con la participación en vivo del equipo de supervisión, en horarios alternos previamente convenidos.

Terapeuta Responsable
Nombre y firma _____

Consultante
Nombre y firma _____

No. Expediente: _____

Fe

	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO	_____	_____	_____	_____
11. SENSACION DE AHOGO	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTION O MALESTAR ESTOMACAL	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACION (NO DEBIDA AL CALOR)	_____	_____	_____	_____

¿Quieres agregar algún comentario? _____

Estandarizado en la Cd de México por Robles, R. Et al (2001). *Revista mexicana de psicología*. vol.18, Número 2, págs. 211-218

Escala de Enajo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999)

Consta de 10 reactivos y mide la predisposición de la persona a experimentar enojo y fue validada en México por Alcázar, 2011. Ejemplos de reactivos y sus datos de respuesta: Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás. Me enojo muy fácilmente.

Puntajes:

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

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

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

A continuación se muestra el inventario:

Como me siento generalmente...	1	2	3	4
	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Soy muy temperamental (enojón).				
2. Tengo un carácter irritable.				
3. Exploto fácilmente.				
4. Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado.				
5. Me enojo muy fácilmente.				
6. Me pongo furioso cuando me critican delante de los demás.				
7. Me pongo furioso cuando cometo				

errores estúpidos.				
8. Me pongo furioso(a) cuando hago un buen trabajo y se me valora poco.				
9. Me enojo cuando alguien arruina mis planes.				
10. Tengo un carácter enojón.				

Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 1988)

El análisis de consistencia interna arrojó un valor de $\alpha = 0.87$. (Calleja, 2011).

Ejemplos de reactivos y sus datos de respuesta

0 - Yo no me siento que este siendo castigado

1 - Siento que podría ser castigado

2 - Espero ser castigado

3 - Siento que he sido castigado

Puntajes

0 a 3 (0 =ausencia del síntoma y 3=severidad máxima) mayor puntaje más depresión.

0-9 Depresión mínima

10-16 Depresión leve

17-29 Depresión moderada

30-63 Depresión severa

A continuación, se muestra la escala de depresión de Beck (BDI)

INVENTARIO DE BECK

EN ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE ORACIONES. POR FAVOR LEA CADA UNA CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE SINTIO LA SEMANA PASADA. INCLUSIVE EL DIA DE HOY. ESCRIBA UNA "X" AL LADO DE LA ORACIÓN QUE USTED ESCOGIO. SI VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO. MARQUE CON UNA "X" CADA UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | 0 | YO NO ME SIENTO TRISTE |
| | 1 | ME SIENTO TRISTE |
| | 2 | ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO |
| | 3 | ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO |
| 2. | 0 | EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL
FUTURO |
| | 1 | ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO |
| | 2 | SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO |
| | 3 | SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS
COSAS NO PUEDEN MEJORAR |
| 3. | 0 | YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO |

- 1 SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE LAS PERSONAS EN
GENERAL
- 2 AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON
MUCHSO FRACASOS
- 3 SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA
4. 0 OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SOLIA
HACERLO
- 1 YO NO DISFRUTO LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA
HACERLO
- 2 YA NO OBTENGO LA VERDADERA SATISFACCION DE NADA
- 3 ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO
5. 0 EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE
- 1 ME SIENTO CULPABLE GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 2 ME SIENTO REALMENTE CULPABLE EN LA MAYOR PARTE DEL
TIEMPO
- 3 ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO
6. 0 YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO
- 1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO
- 2 ESPERO SER CASTIGADO
- 3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO

7. 0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO
1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO
2 ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO
3 ME ODIO
8. 0 YO NO ME SIENTO QUE SE PEOR QUE OTRAS PERSONAS
1 ME CULPO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES
2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS
3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE
9. 0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS
1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS, PERO NO LOS LLEVARIA A CABO
2 ME GUSTARIA SUICIDARME
3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD
10. 0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL
1 LLORO MAS AHORA DE LOS QUE SOLIA HACERLO
2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO
3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE LO DESEO

11. 0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR
1 ME ENOJO O IRRITO MÁS FACILMENTE QUE ANTES
2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO
3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA
HACERLO
12. 0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA
ESTAR
2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE
3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE
13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO LO HE HECHO
1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MAS QUE ANTES
2 TENGO LAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE
ANTES
3 YA NO PUEDO TOMAR DESICIONES
14. 0 YO NO SIENTPO VERME PEOR DE CÓMO ME VEIA
1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO
ATRATIVO(A)
2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA
QUE ME HACERN VERME POCO ATRACTIVO(A)

- 3 CREO QUE ME VEO FEO(A)
15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
- 1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO
- 2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO
- 3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO
16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES
- 1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO
- 2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO
 NORMAL Y ME CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR
- 3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA
 HACERLO Y NO ME PUEDO VOLVER A DORMIR
17. 0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL
- 1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO
- 2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGO ME CANSO
- 3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA
18. 0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITAL
- 1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO
- 2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA
- 3 NO TENGO APETITO DE NADA

19. 0 YO NO HE PERDIDO MICHO PESO ULTIMAMENTE
 1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS
 2 HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS
 3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS

A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS

SI_____ NO_____

20. 0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO POR MI SALUD QUE ANTES
 1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES
 COMO, DOLORES, DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACIÓN
 2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY
 DIFICIL PENSAR EN ALGO MAS
 3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS UE NO
 PUEDO PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA
21. 0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES
 POR EL SEXO
 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA
 2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA
 3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE MI INTERES POR EL SEXO

Escala Global (Alcázar, 2010)

Esta escala mide el funcionamiento en las diversas áreas de la vida; laboral, escolar, relacionales en la amistad, pareja y familia, salud física y salud sexual. *Validez de facie*.

Ejemplos de reactivos:

Mi salud física está siendo perjudicada

Mi vida en general está siendo perjudicada

Puntaje

Escala de uno a seis: a mayor valor, mayor afectación.

A continuación se muestra la escala mencionada

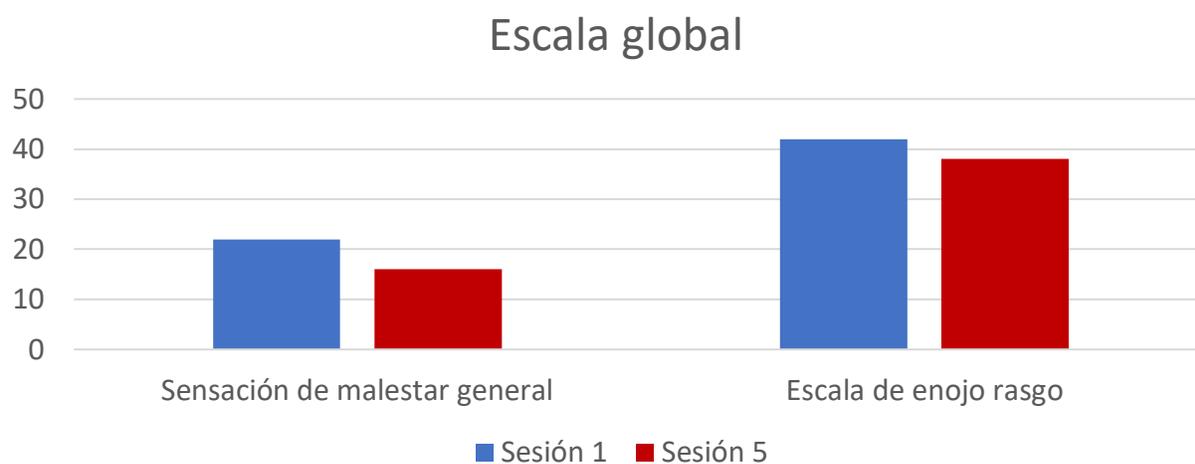
Durante las últimas dos semanas a causa de mis problemas...	1	2	3	4	5	6
	Nada	Casi nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada...						
2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado...						
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión,						

deporte) están siendo perjudicadas...						
4.Mi relación con mi familia está siendo perjudicada...						
5.Mi salud física está siendo perjudicada						
6.Mi vida en general está siendo perjudicada						
7.Mi relación de pareja está siendo perjudicada... () Yo no tengo pareja						

Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de las evaluaciones antes mencionadas:

Tabla 3.1. Gráfica de resultados de las aplicaciones de la Escala global



“Elaboración propia”

En esta gráfica se muestran los dos componentes de la escala; en donde observamos que hay mejoría en ambas. Denotando que su bienestar ha aumentado y el rasgo de enojo ha disminuido.

Tabla 3.2. Gráfica de resultados de las aplicaciones del Inventario de Beck para la Depresión



“Elaboración propia”

Es notable en esta gráfica que la sintomatología depresiva medida por la escala de Beck ha aumentado considerablemente después de la canalización con el psiquiatra y de los ejercicios de sensibilización realizados en las sesiones de terapia.

Tabla 3.3. Gráfica de resultados de las aplicaciones del Inventario de Beck para la Ansiedad



“Elaboración propia”

Podemos observar en esta gráfica una mejora significativa de la sintomatología ansiosa medida por la escala de Beck para la ansiedad.

Discusión

El estudio de caso de María ha resultado ser muy interesante y ha permitido observar lo que los expertos citados en el mismo han dicho. Primeramente, fue notorio que la relación terapéutica jugó un papel muy importante, siendo éste el primer contacto con una relación de escucha y comprensión auténtica, como Y. (2009) menciona. Se encontró además que la personalidad incluye el aspecto biológico y el aspecto social, como C. (2004) nos sugiere. La importancia de tratar a María tomando en cuenta ambos aspectos ha sido fundamental; notándose

mejoría desde la sesión en que ella comenzó la ingesta de medicamentos. Además, se comprobó la comorbilidad existente entre la personalidad narcisista y el trastorno depresivo persistente.

Por otro lado, el uso del manual DSM V resultó de gran utilidad para establecer el diagnóstico de ambos trastornos. Este diagnóstico fue un aspecto primordial para el proceso, ya que éste sirvió de guía para la elaboración de la planeación de sesiones y para la canalización con el psiquiatra. Tal como Yontef (2009) menciona, la tarea de realizar el diagnóstico adecuado ha sido una labor imprescindible para el proceso de María.

Así mismo, como menciona Morrison (2015) María sufría en silencio y su malestar era poco perceptible. Y se comprueba la prevalencia de la distimia en mujeres.

En cuanto al tratamiento, la visión totalizadora del caso, tomando a María como una totalidad y no como condiciones separadas, ha permitido que María recibiera un tratamiento completo y que, de continuar así el tratamiento, la mejora expuesta se prolongue e intensifique.

No obstante, ha sido notorio que el fracaso en este caso demuestra lo que Y. (2009) dice respecto al tiempo de las sesiones y a la desilusión que se genera en la relación terapéutica cuando ésta fracasa o bien, puede ser que no haya sido un fracaso, sino que no fue el tiempo suficiente para ver el desarrollo del plan de tratamiento, pues el número de sesiones no alcanzó a cubrir el tiempo necesario para una intervención de un trastorno de personalidad.

Conclusión

En conclusión, el abordaje con un modelo Gestalt, incorporando técnicas del modelo cognitivo conductual para darle tratamiento al trastorno depresivo persistente y al trastorno

narcisista de la personalidad, ha resultado ser efectivo, claro está que la intervención farmacológica ha resultado ser una gran ayuda para el desarrollo del proceso psicoterapéutico, razón por la cual se recomienda ampliamente la canalización de pacientes con sintomatología depresiva.

De acuerdo al tiempo que se ha tomado para el seguimiento del caso, María no se encuentra completamente recuperada. Sin embargo, es notable que ha habido mejora en ella. Esta mejora es apreciable desde la 4a sesión, en la que se le canalizó a psiquiatría para atender su problema de depresión y obsesión.

Como se observa, la canalización a psiquiatría ha sido un parteaguas para la intervención. Queda claro que el modelo de tratamiento ha sido efectivo al menos de manera aparente, pues, como se ha dicho, las sesiones con las que se ha contado han sido insuficientes y no permiten ver un cambio profundo en ella.

María menciona sentirse mejor, poder controlar sus pensamientos y gradualmente notarse de mejor ánimo. No obstante, las 10 sesiones que se han completado hasta el día de hoy son insuficientes para culminar el tratamiento, por lo que se recomienda que continúe su tratamiento en otra institución o con otro terapeuta.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*. Síntesis.
- Gallego, F. F. (2006). *El trastorno narcisista de la personalidad y su manifestación en los medios de comunicación*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- González, N. V. (2009). *Propuesta de un manual de terapia cognitiva dirigida a usuarios—sexo femenino—del SAPTEL que presentan sintomatología depresiva*. México, D.F.: UNAM.
- Guadalupe, L. A. (2013). *Psicoterapias contemporáneas*. CENGAGE LEARNING.
- Irwing G.Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal el problema de la conducta inadaptada; undécima edición*. México: Perarson, Prentice Hall.
- Martín, Á. (2006). *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. DESCLEE DE BROUWER.
- Morrison, J. (2015). *DSM5 Guía para el diagnóstico clínico*. Manual moderno.
- Ríos, P. B. (2005). *El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Guestalt*. Xalapa: Procesos Psicológicos y Sociales Vol. 1.
- Yontef, G. M. (2009). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica. Ensayos de terapia gestáltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.