

Estudio de caso de un paciente con trastorno narcisista de la personalidad con trastorno depresivo persistente desde un abordaje gestáltico

Vázquez Chávez, Aldo

2019-09

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4379>

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD CON TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE DESDE UN ABORDAJE GESTÁLTICO

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

ALDO VÁZQUEZ CHÁVEZ

Puebla, Pue.

2019

Resumen

Este documento es la sistematización de una intervención psicoterapéutica de tipo Gestalt que abordó el caso de un joven de 24 años de edad con un trastorno narcisista de la personalidad y un trastorno depresivo persistente, en el servicio de Orientación Psicológica y Aprendizaje significativo de la Universidad Iberoamericana Puebla correspondiente al periodo académico de primavera 2019 durante 11 sesiones y supervisado por la Dra. Nora Gurrola Sánchez. Para evaluar el proceso se hizo uso de La escala Global (Alcázar, 2012), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) y la Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999). Como resultado se observa que para la sesión número 10 hay una disminución de todos los síntomas evaluados.

Palabras clave: Estudio de caso, Gestalt, psicoterapia, trastorno de la personalidad narcisista, trastorno depresivo persistente, distimia

Abstract

This document is the systematization of a Gestalt-type psychotherapeutic intervention that addressed the case of a 24-year-old young man with a narcissistic personality disorder and a persistent depressive disorder in the Psychotherapy and Meaningful Learning Orientation service of the Universidad Iberoamericana Puebla in the academic period of spring 2019 that has been maintained for 11 sessions and has been supervised by Dr. Nora Gurrola Sánchez. To evaluate the process, the Global Scale (Alcázar, 2012), the Beck Depression Inventory (Beck, 1988), Beck Anxiety Inventory (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) and the Angry Scale were used. Trait (Moscoso, 2000; Moscoso and Spielberger, 1999). For session number 10, a decrease of all the evaluated symptoms is reported.

Keywords: Case study, Gestalt, psychotherapy, narcissistic personality disorder, persistent depressive disorder, dysthymia

Índice de contenido

Resumen	2
Palabras clave:	2
Abstract	2
Keywords:	2
Introducción	6
La sistematización de la práctica clínica	6
La supervisión en psicoterapia	7
Características del terapeuta	10
Enfoque terapéutico elegido	11
Trastornos y síntomas abordados: antecedentes en el trabajo con el trastorno narcisista de la personalidad	14
Tipo de estudio	15
Objetivos	16
<i>Objetivo general.</i>	16
<i>Objetivos terapéuticos.</i>	16
Definición de variables	17
Método	17
Sujeto	17
Motivo de consulta	17
Antecedentes personales del paciente	18
<i>Sociales.</i>	18
<i>Académicos.</i>	18
<i>Médicos.</i>	18
<i>Estructura familiar.</i>	18
<i>Genograma.</i>	19
<i>Ecomapa.</i>	19
Diagnóstico	20
Instrumentos utilizados para evaluar al paciente	22
Procedimiento	23
Resumen de sesiones	23
<i>Sesión 1.</i>	24
<i>Sesión 2.</i>	24
<i>Sesión 3.</i>	24
<i>Sesión 4.</i>	24

<i>Sesión 5.</i>	25
<i>Sesión 6.</i>	25
<i>Sesión 7.</i>	25
<i>Sesión 8.</i>	26
<i>Sesión 9.</i>	26
<i>Sesión 10.</i>	26
<i>Sesión 11.</i>	26
Sesión modelo	27
Descripción física del sujeto	27
Objetivo de la sesión	27
Técnica empleada	27
Justificación del uso de la técnica	28
Desarrollo de la técnica	28
Transcripción de un fragmento de la sesión	30
Reacción del examinado	35
Reacción del terapeuta	35
Factores asociados al terapeuta	36
Resultados	36
.....	36
Resultados cuantitativos	37
Resultados cualitativos	40
Discusión	41
Conclusiones y recomendaciones	42
Referencias	42

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: <i>Modelos evolutivos de supervisión en psicoterapia</i>	8
Tabla 2: <i>Modelos de supervisión en psicoterapia basados en la relación entre supervisor y supervisado</i>	9
Tabla 3: <i>Fases del ciclo de la experiencia según Salama (2012)</i>	12
Tabla 4: <i>Bloqueos en el ciclo de la experiencia</i>	13
Tabla 5: <i>Diagnóstico multiaxial de C</i>	20
Tabla 6: <i>Criterios del trastorno de la personalidad narcisista presentes en C</i>	20
Tabla 7: <i>Criterios del trastorno depresivo persistente que se encuentran presentes en C</i>	21
Tabla 8: <i>Descripción de los instrumentos de evaluación utilizados</i>	22
Tabla 9: <i>Descripción del desarrollo de la técnica según las fases del experimento</i>	29
Figura 1: <i>Resultados en las puntuaciones en el instrumento de Escala Global a lo largo de 11 sesiones</i>	37
Figura 2: <i>Resultados en las puntuaciones en el instrumento de Enojo Rasgo a lo largo de 11 sesiones</i>	38
Figura 3: <i>Resultados en las puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck a lo largo de 11 sesiones</i>	39
Figura 4: <i>Resultados en las puntuaciones en el Inventario de Ansiedad de Beck a lo largo de 11 sesiones</i>	40

Introducción

En este documento se describe la sistematización de una intervención psicoterapéutica realizada en el periodo académico primavera 2019 en el servicio de Orientación Psicológica y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla, llevado a cabo y supervisado desde el modelo gestáltico con un paciente diagnosticado con trastorno narcisista de la personalidad y trastorno depresivo persistente cuyo motivo de consulta es el duelo no resuelto por el fallecimiento de su padre.

La sistematización de la práctica clínica

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española (ASALE, 2019) la sistematización hace referencia a organizar algo o ponerlo dentro de un sistema. En el contexto de la psicoterapia la sistematización implica ordenar la información que arroja la intervención psicoterapéutica de modo que haya “claridad sobre el objeto y objetos de estudio e instrumentos de análisis” (Zohn Y Gómez, 2018, p. 251).

La sistematización de la práctica clínica cobra su relevancia en el quehacer del psicoterapeuta por los nexos que tiene con la ética y los aspectos legales de la psicoterapia. En cuanto a lo ético, la sistematización constituye un aspecto fundamental para la eficacia de la psicoterapia de modo que sea posible observar su evolución, plantear intervenciones adecuadas o replantearlas si es necesario en el momento más oportuno (Mariana, 2011) o someterlas a procesos de supervisión y por mediante el cual se ofrece un servicio de salud mental de alta calidad en tanto que se cuenta con un sistema de trabajo que permite la replicación de sus procedimientos, es decir que cuenta con consistencia, y por lo tanto permite asegurar intervenciones de calidad (Peterman y Müller, 2001). Por lo que respecta a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 77 BIS. 9 plantea la obligatoriedad de integrar expedientes clínicos de todos los pacientes atendidos para lo cual es necesario que el

profesional de la psicoterapia sea capaz de ordenar y sistematiza la información de su labor. Por lo tanto, la sistematización de la práctica clínica ha de ser aprendida por el profesional de la psicoterapia en orden de cumplir con su obligación con la ley, con su disciplina y con la sociedad.

La supervisión en psicoterapia

En el contexto de la psicoterapia la supervisión consiste en: “una intervención mediante la cual se evalúa el desempeño del terapeuta en formación. Este tiene varios propósitos: “mejorar el trabajo de los terapeutas, dar seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a los consultantes, y ayudar a que los terapeutas aprendan a cuidarse a sí mismos“(Fernández-Álvarez, 2008 en Zohn 2016, p.117).

En la actualidad la supervisión en sí misma implica un campo de estudio en la psicología clínica y existe una amplia diversidad de modelos. A continuación, se citan dos clasificaciones, la primera de ellas corresponde a los modelos evolutivos que estructuran su forma de actuar según el nivel de dominio que el terapeuta va adquiriendo a lo largo de su vida profesional que se desarrolla en la tabla 1, en tanto que la segunda se estructura de acuerdo al tipo de relación que se establece entre supervisado y supervisor la cual se describe en la tabla 2.

Tabla 1

Modelos evolutivos de supervisión en psicoterapia

Enfocados en terapeutas principiantes	Enfocados en terapeutas intermedios	Enfocados en terapeutas avanzados
<p>El supervisor de este tipo ha de procurar no mostrarse como “terapeuta estrella” luciéndonse frente a los supervisados ya que esto estimula la dependencia, la idealización y tiende a acrecentar los temores de esta etapa.</p> <p>En este tipo de supervisión se prioriza la estructura y la claridad respecto al camino a seguir de las técnicas.</p> <p>El perfil de supervisor de terapeutas principiantes tendrá que ser paciente, con una alta capacidad de tolerancia a la frustración, humildad, capacidad para dar acompañamiento y poder dar información bibliográfica e instrucciones concretas.</p>	<p>La supervisión de este tipo el énfasis se pone más en comprender las complejidades del paciente y en cómo los terapeutas se pueden perder en los ritmos del mismo. Los temas predominantes a trabajar son la inseguridad, descubrir los límites de su propio accionar, sus ambivalencias, las dudas de su proyecto vital y laboral. Emergen con mayor regularidad las interacciones conflictivas y las implicaciones de su biografía y estilo personal en su práctica.</p> <p>El supervisor de este tipo de terapeutas requerirá de ser flexible, atento de los conocimientos que los terapeutas ya poseen y puede ser más crítico en sus intervenciones.</p>	<p>En este nivel de supervisión la flexibilidad y la creatividad aumentan notablemente y por lo tanto la supervisión no se centra en guiar intervenciones sino en la atención al proceso terapéutico.</p> <p>Se requiere del supervisor en este punto mucha humildad, mucho respeto a la experiencia y miradas diversas, capacidad para el diálogo puesto en debilidades y fortalezas del supervisado.</p>
<p>Recuperado de Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. <i>Revista Argentina de Clínica Psicológica</i>, XVII (3), 215-224</p>		

Tabla 2

Modelos de supervisión en psicoterapia basados en la relación entre supervisor y supervisado

No.	Modelo	Objetivo	Naturaleza de la relación entre supervisor y supervisado
1.	Conferencia	Transmitir esquemas conceptuales generales y demostrar técnicas	El supervisado puede escoger el nivel de involucramiento con el conferencista.
2.	Maestro	Presenta objetivos específicos y contenidos dentro un currículum estructurado para el dominio de ciertas competencias.	Relación entre superior y subordinado
3.	Revisión de casos	Revisar casos enfocándose en reconocer los eventos durante las sesiones y guiando interacciones futuras.	Relación entre experimentado y novato
4.	Entre colegas	Consultar entre pares para ganar apoyo en la intervención o para buscar una revisión crítica que no ponga en peligro la propia carrera.	Entorno de confianza e intimidad
5.	Monitor	Mantener estándares y asegurar el seguimiento de una dirección específica	El monitor censura y corrige las prácticas que no se apegan a los estándares o líneas guía
6.	Psicoterapéutico	Ayudar al estudiante de psicoterapia a aprehender la perspectiva y tareas del cliente.	Entorno de seguridad y confianza en el cual las dudas y esperanzas pueden ser expresadas sin consecuencias externas
7.	Coach	Enfocarse en relacionar entre conocimiento semántico con conocimiento procedural mientras se construye la confianza y esperanza y se corrige de forma benévola.	Viejo experimentado que ha atravesado el camino que el estudiante transita; puede ser un coterapeuta.
8.	Educador	Permitir al estudiante alcanzar o construir ciertas habilidades superiores de	Rol superordenado que tiene cuidado de ver que el crecimiento

juicio y establecer la
 identidad como
 psicoterapeuta

emocional y cognitivo vaya a la par
 del desarrollo de habilidades

Nota. Recuperado y traducido de K. Hess (2008) *Psychotherapy supervisión*. Estados Unidos de América: Wiley

La supervisión tiene por objetivo mejorar el trabajo de los terapeutas, dar seguimiento a la calidad de la atención que se brinda a los consultantes y ayudar a que los terapeutas aprendan a cuidarse a sí mismos (Bernard y Goodyear, 1998 citados en Zohn 2016). Una de las razones por las cuales la supervisión toma tanta relevancia en el buen ejercicio de la psicoterapia son los factores inespecíficos que influyen en ella, estos factores son el “conjunto de fenómenos que se asocian con las condiciones interpersonales y contextuales que componen el dispositivo terapéutico” Oblitas (2008) y dentro de ellos se encuentran aquellos relacionados con la persona del terapeuta y se incluyen la experiencia vital y los estilos de comunicación que al integrarse con la teoría practicada constituyen el estilo del terapeuta. Es preciso mencionar que la supervisión no pretende adoctrinar el estilo del terapeuta sino ayudarlo a poner sus cualidades personales al servicio del bienestar del paciente.

Características del terapeuta

Si bien los enfoques terapéuticos se pueden observar hasta cierto punto como constantes en la práctica clínica es preciso observar y darse cuenta de que siempre existirá algún grado de variabilidad en el tratamiento que es causada por las características particulares del terapeuta que lo lleva a cabo. Para explorar el tema Oblitas (2008) retoma el concepto de Estilo Personal del Terapeuta de Castonguay (1993 citado en Oblitas 2008) al que define como “el conjunto de condiciones singulares que conducen al terapeuta a operar de un modo particular en su tarea”. Para este autor el estilo personal del terapeuta está mediado por tres elementos, el primero de ellos es la posición socioprofesional es decir por las particularidades del lugar en el que ejerce la

profesión y la manera en cómo es generada la relación terapéutica por lo tanto se entiende que la relación terapéutica variará por parte del terapeuta dependiendo de si este labora en una institución, en un consultorio privado, en una clínica, en un hospital y también de la manera en que llegan los pacientes a su consulta. El segundo de ellos es la situación vital del terapeuta que implica los procesos vividos en el ciclo vital que puede ser individual, de familia o de pareja y que tendrán impacto sustancial a la hora de comprender e intervenir en las problemáticas que el paciente traiga a consulta, en otras palabras, este aspecto enfatiza la influencia que tiene la experiencia de vida del terapeuta en el proceso. Finalmente Oblitas (2008) menciona que el factor personal que aporta más matices particulares a la intervención son los modos de comunicación del profesional de la salud en las diferentes funciones comunicativas que se dan en la psicoterapia.

Enfoque terapéutico elegido

Como se ha mencionado anteriormente el proceso terapéutico que se reporta en este documento se ha llevado a través del modelo gestáltico. La psicoterapia Gestalt está englobada dentro de las psicoterapias de corte humanistas que surgen con la psicología existencial humanista aproximadamente en los años sesenta (Yonteff, 2005). Concretamente esta psicoterapia inicia como una escuela de percepción y posteriormente integra elementos del budismo, del taoísmo y del existencialismo para desarrollar su práctica clínica (Salama y Villareal, 1998).

Si bien existe bastante literatura en torno a lo que la psicoterapia Gestalt es, en este trabajo se retoma principalmente la perspectiva del Dr. Héctor Salama Penhos por ser un modelo que se ha desarrollado principalmente en México y por contar con publicaciones que describen aunque de forma no detallada una sistematización del trabajo psicoterapéutico gestáltico.

A continuación se plantea la definición de esta psicoterapia por parte del Dr. Salama:

Perteneciente a la corriente humanista de la Psicología, sirve de base al tratamiento mental en el que se concede importancia decisiva al desarrollo del autoapoyo del ser humano a través del cierre de asuntos pendientes consigo mismo y con los demás, dentro de un contexto único, mediante técnicas de diálogo y vivenciales que favorecen la comprensión súbita. (Salama, 2012)

Así mismo, este modelo plantea que el ser humano funciona como un todo que se organiza para resolver sus necesidades tanto psicológicas como fisiológicas, a estas necesidades se les denomina figura o Gestalt (Salama, 1998) y han de atravesar todo el proceso que engloba a todo el organismo entre que son detectadas, se hace lo necesario para resolver la necesidad, se tiene la conciencia de la satisfacción y se regresa al estado de reposo, a este proceso se le llama ciclo de la experiencia que diversos autores gestaltistas han abordado y modificado (Salama y Castanedo, 1991), a continuación se presenta una descripción del mismo basada en Salama (2012) :

Tabla 3

Fases del ciclo de la experiencia según Salama (2012)

No.	Fase	Descripción
1	Reposo	Estado de vacío fértil. Punto de inicio de una nueva experiencia
2	Sensación	La necesidad provoca sensaciones pero no se hacen conscientes.
3	Formación de figura	Se toma conciencia de la necesidad que representa la sensación.
4	Movilización de energía	Se reúne la energía para satisfacer la necesidad.
5	Acción	Se moviliza el organismo para satisfacer la necesidad.
6	Precontacto	Se identifica el objeto a contactar para la satisfacción.
7	Contacto	Se establece contacto con el satisfactor.
8	Postcontacto	Se procede a la desenergetización.

Nota: Elaborado a partir de Salama Penhos, H. (2012). Gestalt 2.0. México D. F: Alfaomega.

A lo largo de este proceso de satisfacción de las necesidades se pueden producir interrupciones o bloqueos generados por polaridades. Estos conflictos pueden ser de naturaleza interna al individuo o pueden manifestarse en la relación interpersonal entre dos individuos (Salama 1998). A continuación se describen los bloqueos que pueden aparecer en el ciclo de la experiencia:

Tabla 4

Bloqueos en el ciclo de la experiencia

Fase	Bloqueo	Descripción
Reposo	Postergación	Sirve para impedir la continuidad natural de cada momento. La postergación evita el estado de reposo.
Sensación	Desensibilización	Negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad que emerge.
Formación de figura	Proyección	Atribuir a algo externo lo que pertenece a sí mismo. Negar la figura en mí.
Movilización de energía	Introyección	Autoimposición de actitudes, ideas o creencias que no fueron asimiladas. Tragar palabras ajenas sin saborearlas.
Acción	Retroflexión	Hacerme a mí mismo lo que quisiera hacer a otros. Principalmente agresión.
Precontacto	Deflexión	Evitar entrar en contacto con el objeto de la satisfacción. Se dirige a objetos alternos.
Contacto	Confluencia	Desvanecer los límites entre el yo y los otros o el ambiente.
Postcontacto	Fijación	Evitar dejar ir el satisfactor. Impide la desenergetización.

Nota: Elaborado a partir de Salama Penhos, H. (2012). Gestalt 2.0. México D. F: Alfaomega.

Para ayudar al paciente a superar los bloqueos que se han expuesto la psicoterapia gestáltica se sirve del diálogo y de técnicas vivenciales y su aplicación es llamada experimento. No obstante dentro de estas dos formas de proceder se encuentran tres tipos de técnicas que se describen a continuación:

- Técnicas supresivas que ayudan al individuo a dejar de hacer alguna acción.
- Técnicas expresivas que ayudan al “darse cuenta” de elementos de sus acciones.
- Técnicas integrativas, las cuales combinan elementos de las dos anteriores y tienen por objetivo que el paciente se reconcilie con partes alienadas de sí mismo (Salama, 1998).

A continuación, se describe la secuencia que ha de llevarse a la hora de realizar un experimento que Salama (2002) retoma del Dr. Joseph Zinker:

1. Caldeamiento inespecífico: Se establece contacto con la zona interna a través de la respiración y relajación.
2. Caldeamiento específico: Se favorece el contacto con la zona de fantasía, lo que implica buscar, aclarar y energetizar la figura.
3. Acción: Se establece el contacto pleno con el satisfactor.
4. Retroalimentación: Se le pide al paciente que comparta la experiencia y con qué se queda de ella.
5. Cierre: Se pregunta cómo se siente con lo que acaba de ocurrir y cómo le sirve para su vida.

Trastornos y síntomas abordados: antecedentes en el trabajo con el trastorno narcisista de la personalidad

El tratamiento de los trastornos de la personalidad (TP) siempre ha supuesto un problema para la psicoterapia, en general cualquier terapia propuesta se ha mostrado complicada, de larga duración y a grandes rasgos poco eficaz (Caballo, 2009). Uno de los principales obstáculos a tener en cuenta a la hora de plantear el tratamiento de un TP es la gran dificultad que la persona diagnosticada con TP tiene para las relaciones interpersonales dado que el procedimiento psicoterapéutico sin importar de qué tipo sea supone siempre el contacto interpersonal. A

grandes rasgos los teóricos de la personalidad coinciden en que los tratamientos de los TP han de ser prolongados, amplios, coherentes en su teoría y centrados en la adhesión de los pacientes a los mismos (Caballo, 2009).

En lo que se refiere a los tratamientos de corte gestáltico en general, existen pocos de estudios que aborden esta forma de trabajo desde el enfoque de la psicoterapia basada en evidencias que ha tenido bastante incidencia en Estados Unidos desde los años noventa y se ha esparcido al resto del mundo en los últimos años (Rodríguez, 2004). Ni qué decir tiene la psicoterapia gestáltica, respecto a investigaciones que avalen su eficacia, enfocada a un trastorno de la personalidad que, si bien parecen ser inexistentes, sí existen abordajes planteados más o menos sistematizados y estandarizados para el tratamiento de estas psicopatologías que se encuentran en el trabajo de Yonteff (2005) quien menciona respecto del trastorno narcisista de la personalidad que carece de la capacidad para experimentarse de forma auténtica ya que oscila entre la devaluación y la exaltación de sí mismo sin poder contactar con el yo auténtico; Shub cuyo trabajo se enfoca en el trastorno de la personalidad límite (2001) y Salama y Castanedo (2001) quienes refieren que el trastorno narcisista de la personalidad tiene su principal problemática en la proyección ya que pone fuera todo aquello que no acepta de sí mismo. No sobra decir que la mayor cantidad de información respecto al tratamiento psicoterapéutico de los TP basada en evidencias se encuentra en los enfoques cognitivos conductuales, como se puede apreciar en la revisión de Echeburúa y Corral (1999), y la de Quiroga y Errasti (2001).

Tipo de estudio

La sistematización se realizó a través de un estudio de caso el cual constituye un estudio minucioso de un paciente en concreto (Kazdin, 1980 citado en Oblitas, 2008). Si bien, el estudio

de caso puede fungir como un acercamiento para producir conocimiento de primera línea también permite estudios más complejos como lo son el metanálisis o la revisión sistemática.

Objetivos

Objetivo general. Sistematizar la aplicación de un tratamiento psicoterapéutico de tipo gestáltico en un caso de trastorno narcisista de la personalidad con trastorno depresivo persistente.

Objetivos terapéuticos. Los objetivos terapéuticos de esta intervención se han formulado en términos gestálticos, Salama (2012) plantea que se ha de perseguir a corto plazo el cierre de asuntos urgentes mientras que a largo plazo se ha de buscar favorecer la adquisición de una filosofía de vida auténtica con la que el paciente mejore considerablemente su calidad de vida al incrementar su autoapoyo y su autoestima.

A continuación, se enlistan los objetivos terapéuticos que se siguen en la intervención a partir de la formulación gestáltica

Apoyar en:

La elaboración del duelo del padre

La resignificación de la figura paterna

El desarrollo de empatía

El desarrollo de un autoconcepto realista

El fortalecimiento del autoapoyo para lograr la autodirección

Definición de variables

En este estudio la variable independiente consistió en la aplicación del modelo gestáltico del Dr. Héctor Salama Penhos mientras que la variable dependiente, fueron los síntomas y rasgos disfuncionales del Trastorno de personalidad narcisista.

Método**Sujeto**

Nombre: C (pseudónimo)

Edad: 24 años

Género: Masculino

Lugar de nacimiento: Ciudad de México. Ha radicado también en el estado de Veracruz y en la ciudad de Guadalajara.

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Actualmente se encuentra cursando los últimos semestres de la carrera de diseño industrial

Ocupación: Estudiante

Domicilio: Radica en la ciudad de Puebla

Motivo de consulta

C acude al servicio de OPTA por decisión propia debido a que siente que no ha terminado de resolver el duelo por el fallecimiento de su padre. Como antecedente, aproximadamente dos años atrás cuando había fallecido su progenitor, acudió al OPTA por la misma situación. Además de darle continuidad a su duelo el paciente también manifestó que quiere poner en orden su vida.

Antecedentes personales del paciente

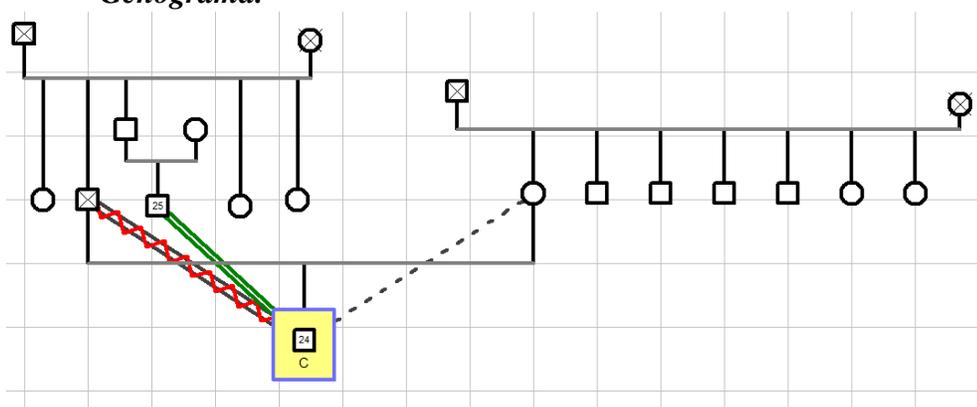
Sociales. C reporta que durante la mayor parte de su vida ha sido una persona que suele estar en soledad, sin embargo aunque dice disfrutar de la soledad y la tristeza también dice anhelar el contacto social y sobre todo el reconocimiento.

Académicos. A lo largo de sus estudios C ha llevado un desempeño que se puede clasificar como promedio o promedio bajo. No es sino hasta la formación superior y concretamente después del fallecimiento de su padre que C comienza a desarrollar mayor interés en las actividades académicas con miras a un aspecto profesional.

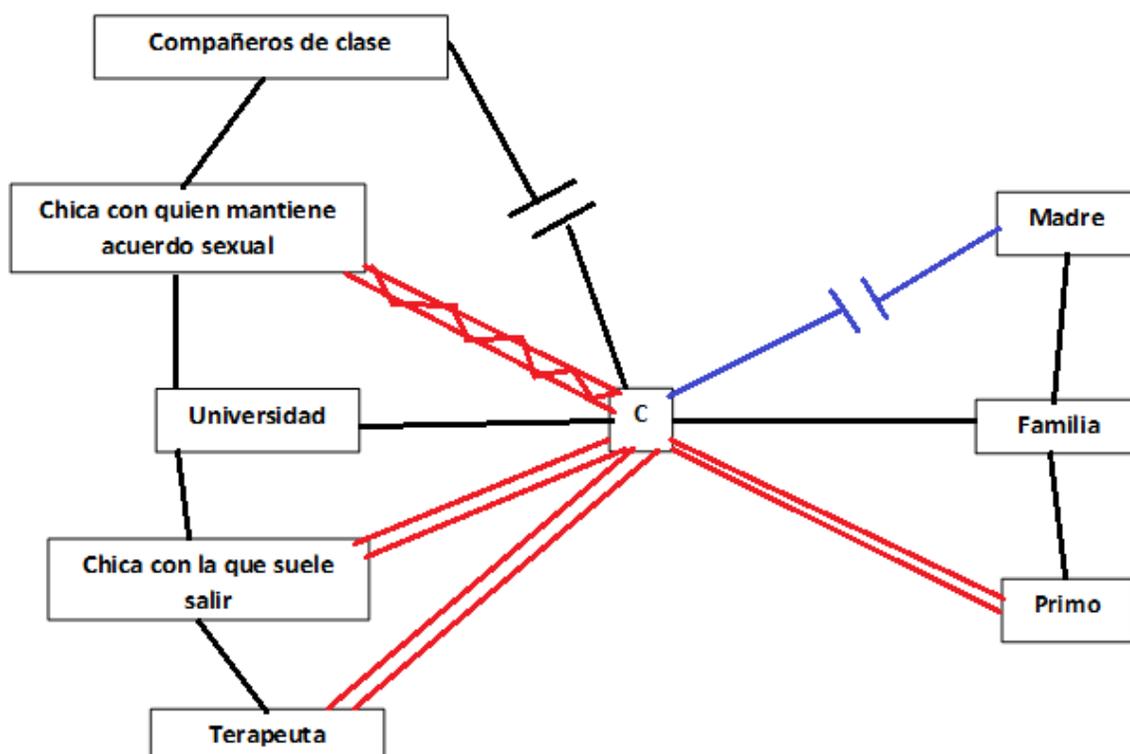
Médicos. C no reporta antecedentes médicos significativos más allá de una rinoplastia y dos lesiones en la clavícula durante la infancia que cabe aclarar que no estuvieron relacionadas maltrato infantil

Estructura familiar. Durante la mayor parte de la vida de C su familia no ha estado reunida, si bien sus padres permanecieron casados hasta que su padre falleció su madre casi nunca se encontraba en casa debido a que trabaja como sobrecargo y por lo tanto la mayor parte del tiempo se encuentra viajando. No obstante durante el tiempo en el que su familia se encontraba reunida eran frecuentes las peleas y los exabruptos por parte de su padre quien con frecuencia se encontraba alcoholizado. Actualmente la relación que C mantiene con su madre es constante pero distante, él refiere no saber cómo relacionarse con ella incluso cuando se encuentra en casa.

Genograma.



Ecomapa.



Diagnóstico

Siguiendo el modelo multiaxial del DSM-IV-TR el diagnóstico de C se presenta en la tabla 5:

Tabla 5

Diagnóstico multiaxial de C

Eje	Descripción
I	F34.1 Trastorno distímico [300.4]
II	F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.50]
III	No presenta
IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas relativos al ambiente social
V	60-51 Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar

Nota: A pesar de que ya se encuentra publicado una nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el cual ya no aparece el modelo de diagnóstico multiaxial se ha empleado por la capacidad que tiene para describir otras áreas de la vida del paciente. Elaboración propia.

Siguiendo la clasificación más reciente del DSM-5, C cumple los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad narcisista 301.81 (F60.81) de los cuales a continuación se señalan los que C presenta. No está demás mencionar que se considera la presencia del trastorno a partir de cinco criterios consistentes o más.

Tabla 6

Criterios del trastorno de la personalidad narcisista que se encuentran presentes en C

Criterio	Presencia
Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia.	
Está absorto en fantasías de éxito.	X
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.	X
Tiene una necesidad excesiva de admiración.	X

Muestra un sentimiento de privilegio	
Explota las relaciones interpersonales	
Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.	X
Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.	X
Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.	

Nota: Elaboración propia

Por otra parte en la nueva clasificación, el trastorno distímico se denomina trastorno depresivo persistente 300.4 (F34.1) que se describe en la tabla 7:

Tabla 7

Criterios del trastorno depresivo persistente que se encuentran presentes en C

Criterio	Presencia
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.	X
Presencia durante la depresión de dos o más de los síntomas siguientes:	X
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	
Durante el periodo de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los dos anteriores durante más de dos meses seguidos	X
Los criterios para un episodio depresivo mayor pueden estar presentes durante dos años	X
Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco y no se cumplen los criterios para un trastorno ciclotímico	X
La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.	X
Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia	X
Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento	X

Nota: Elaboración propia

Instrumentos utilizados para evaluar al paciente

Antes y durante el proceso terapéutico se aplicaron cuatro instrumentos que son La Escala Global (Alcázar, 2012), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) y la Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) que se describen en la tabla 8 a continuación:

Tabla 8

Descripción de los instrumentos de evaluación utilizados

Instrumento	Descripción
Escala global (Alcázar, 2012)	Evalúa el funcionamiento del sujeto en distintos ámbitos de la vida: escolar, laboral, relaciones interpersonales y sexualidad. Cada una de las áreas se puntúa entre 1 y 6 de la siguiente manera: 1 Nada afectada 2 Casi nada afectada 3 Poco afectada 4 Regularmente afectada 5 Muy afectada 6 Está siendo afectada muchísimo
Depresión de Beck (Beck, 1988)	Valora la presencia de síntomas de depresión dentro de los últimos 15 días en los aspectos de estado de ánimo, sensación de fracaso, satisfacción, sentimientos de culpa, odio, auto-acusaciones, pensamientos auto lesivos, llanto, irritabilidad, retraimiento, indecisión, percepción de la imagen corporal, inhibición, dificultades en el sueño, fatiga, fluctuaciones del apetito y el peso, somatización y pérdida del deseo sexual. Se califica del siguiente modo: 0 a 9 depresión mínima 10 a 16 depresión leve 17 a 29 depresión moderada 30 a 63 depresión severa
Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988)	Mide la presencia de síntomas de ansiedad dentro de los últimos 15 días. Es una prueba de 21 reactivos que se califican entre 0 y 3. Los aspectos que valora son: dificultad para relajarse, nerviosismo, dificultad para respirar, sudoración, ideas de daño inminente. Se califica del siguiente modo:

	0 a 15 ansiedad mínima
	6 a 15 ansiedad moderada
	31 a 63 ansiedad severa
Escala de Enojo	Valora la predisposición del sujeto a atravesar estados de enojo.
Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999)	Ocupa un tipo de respuesta Likert entre 1 y 4 del siguiente modo
	1 casi nunca
	2 algunas veces
	3 casi siempre
	4 casi siempre
	Se califica del siguiente modo:
	10 a 16 bajo
	17 a 22 promedio
	23 a 40 alto

Nota: Elaboración propia

Procedimiento

El proceso inicia cuando C fue asignado al terapeuta en el contexto de la Maestría en Psicoterapia de la Universidad Iberoamericana Puebla por medio del OPTA en el cual se realiza un seguimiento por medio de evaluaciones periódicas que se realizan en las sesiones 1, 5, 10 y 15 con los instrumentos descritos anteriormente. A lo largo del proceso terapéutico el caso fue supervisado por la Dra. Nora Gurrola Sánchez a través de la materia de Supervisión en modelos humanistas con una periodicidad de una vez por semana. Por otra parte el seguimiento de la sistematización de la información arrojada por la intervención terapéutica fue coordinado por la Dra. María de Lourdes Carrillo Árcega surante las asignaturas de Sistematización de intervenciones en psicoterapia y Seminario de titulación.

Resumen de sesiones

A continuación, se presenta el resumen de las 11 sesiones que se han realizado semanalmente a partir del día 31 de enero de 2019 y cuya última sesión ha sido el día 11 de abril de 2019, donde la sesión número 5 fue realizada bajo la metodología de sesión en vivo en cámara Gesell.

Sesión 1. Se realizó el encuadre del proceso terapéutico y se exploró el motivo de consulta el cual es el duelo no resuelto a causa del fallecimiento de su padre en 2016. Así mismo abordó la ruptura de una relación de pareja que duró aproximadamente 5 años. C mencionó que el principal problema respecto a la muerte de su padre es que se siente sin una guía para su vida. Refiere tener sentimientos de enojo y tristeza porque su padre fue un hombre alcohólico y violento y su madre estuvo ausente la mayor parte del tiempo por su trabajo.

Sesión 2. Se trabajó con la percepción que C espera que los demás tengan de él. Él comenta que sus amigas tienen una idea de él que describen como “lindo” cuando en cambio le gustaría que tuvieran una percepción más atractiva. Ante esto se realiza un ejercicio de confrontación y se comienza a conectar su comportamiento con los resultados que obtiene de él.

Sesión 3. Se aborda la búsqueda de reconocimiento por parte del paciente en la cual se observa una sobrevaloración de sus capacidades y sus actos. Por otra parte, vuelve a aparecer la necesidad de una guía en su vida y se trabaja en que él pueda ser esa guía para sí mismo.

Sesión 4. C comentó la presencia de un sentimiento de vacío, motivo por el cual se procedió a realizar un experimento de vacío fértil sin embargo C mencionó que quería llenar ese vacío por no contar con una guía. Se exploró ese contenido y señaló que precisa de una guía debido a que quiere lograr grandes cosas y le gustaría contar con un mentor que le confirmara que está haciendo bien las cosas. A continuación se realizó un experimento en el cual él confirma a sí mismo aquellas cosas por las que quisiera ser confirmado.

Sesión 5. C aborda el tema de la tristeza la cual afirma que es parte de su personalidad. Se explora dicho contenido y se le plantea identificar los elementos de la tristeza que le ayudan y aquellos que le generan conflicto y le impiden desarrollarse. A través de un experimento logra ubicar la tristeza dentro de él y se cierra la sesión dejando aquella tristeza negativa.

Sesión 6. C abordó el tema del ego a partir de preguntas al terapeuta y los conocimientos que él posee de filosofía, C logra identificar que suele tener demasiado ego o que este le puede generar bastantes problemas. Al final se le sugiere la figura de la humildad. Durante la consulta comenta que en ocasiones tiene conductas de riesgo como fumar tabaco, beber alcohol en exceso y consumir marihuana.

Sesión 7. Al inicio C realizó lo que él llamó una “confesión”. Mencionó que a los 15 años se prostituyó con un hombre mayor para obtener \$500 pesos. Cuando se indaga el tema él refirió que lo hizo para obtener el dinero y a partir de ello comentó su preocupación por no poderse valer por sí mismo al finalizar la licenciatura. Por otra parte, también comentó que se siente muy contento debido a que en la ocasión que se prostituyó no utilizó protección y recientemente se realizó una prueba de detección de SIDA la cual dio como negativa y durante todo este tiempo no se había atrevido a hacer este procedimiento. Cabe mencionar que C ha mantenido relaciones sexuales con otras personas desde aquel suceso. Posterior a C habló sobre el éxito y en conjunto con el terapeuta se llegó a la conclusión de que le tiene miedo al éxito. Finalmente el paciente cambió el tema y habló de su relación de pareja en la cual él se sitúa como salvador, dicha percepción se reestructura y se le aclara su posición de control y poder sobre ella así como la devaluación que implica ponerse en dicha posición.

Sesión 8. En esta sesión C habló de que realizó un trabajo en el cual se permitió expresarse a sí mismo y su tristeza y lo expuso ante los demás, afirmó que por medio de esto se mostró vulnerable ante los demás. Ante esto se reestructura tal afirmación y se le comenta que su tristeza es más bien una posición fuerte para él ya que es aquello con lo que suele estar en contacto y que por el contrario una posición vulnerable para él sería la esperanza. A continuación se indaga respecto a su búsqueda de conocimiento y se equipara con la búsqueda de cariño y el trabajo se enfocó en diferenciar un concepto de otro.

Sesión 9. C comentó que la mujer con la que ha estado saliendo le ha dicho que quiere mantener solo un acuerdo para tener relaciones sexuales con él lo cual le decepciona debido a que él quiere una relación en la que quiere ser querido. Se muestra frustrado; se le menciona que su frustración deviene de que su intento por conseguir ser querido a partir de mostrar su parte triste no ha funcionado y que esa es una forma inauténtica de relacionarse. Posteriormente se dialoga respecto a cómo ser auténtico en las relaciones interpersonales con lo cual finaliza la consulta.

Sesión 10. C retoma la situación frustrante en la cual buscando ser querido se le ofrece únicamente amistad y sexo. Ante esta situación se le confronta respecto a cómo no está respetándose a sí mismo ni a su pareja al querer imponer su deseo de amor y romance en la relación. Cuando se indaga respecto de la necesidad de cariño C comienza a hacer contacto con la soledad lo cual lo desestabiliza y se le indica que permanezca en ese estado.

Sesión 11. A partir de los resultados de una prueba proyectiva que le aplicó una amiga que estudia psicología, C mencionó que le genera ruido el tema de la agresividad. El

terapeuta le confirma que maneja bastante agresión sin embargo esta suele ser dirigida hacia dentro por medio de la tristeza y las conductas autodestructivas. A raíz de esto el paciente comenta que le han enseñado a ser demasiado educado y que eso no le gusta, le gustaría ser más decidido, a partir de esto se lleva a cabo un experimento para dirigir la agresión hacia afuera por medio de un saludo en el cual se le presiona para que exprese la agresividad. En la retroalimentación surge el miedo de C a ser violento y se comienza a reestructurar estas ideas.

Sesión modelo

La sesión que se describe a continuación se dio en las instalaciones del OPTA el día 11 de abril de 2019 a la cual el paciente acudió puntual, en estado de conciencia lúcida y orientado adecuadamente en tiempo, espacio y persona.

Descripción física del sujeto

C es un varón de complexión media sin llegar a ser delgado, de estatura por encima del promedio. Suele vestir con playera, jeans y botas. Tiene varios tatuajes en los brazos de los cuales dos son recientes. Facialmente, es de rasgos finos, se observan los ojos ligeramente hundidos y tiende a tener una expresión de tristeza y cansancio.

Objetivo de la sesión

Promover la expresión de la agresión de forma saludable y positiva en el paciente.

Técnica empleada

Se empleó el uso de una técnica integrativa (Salama, 1998) en la cual se busca que el paciente se reconcilie con partes alienadas de sí mismo. En este caso se observa que C maneja un nivel elevado de agresión que suele ser autodirigida, cuando manifestó que desearía ser más

determinado o expresar mayor decisión. Se aprovechó el espacio para generar un experimento (Salama, 2002) en el que se pudiera reconciliar con la expresión de la agresión hacia afuera y de este modo integrara esta parte que por su historia de maltrato en la infancia había mantenido excluida de su autopercepción.

Justificación del uso de la técnica

Como se ha mencionado anteriormente C presenta un trastorno de personalidad narcisista en conjunto con un trastorno depresivo persistente. No es raro que la personalidad narcisista presente sintomatología depresiva, como afirma Dimaggio y Semerari (2009) es parte de los ciclos interpersonales disfuncionales del trastorno y se presentan cuando el paciente no puede cumplir con las altas expectativas que se autoimpone. Por medio de la técnica propuesta se pretendió que el paciente se empoderara para incrementar la congruencia entre sus expectativas de reconocimiento y sus esfuerzos por lograrlo a partir de incrementar el nivel de confianza en sí mismo no a partir de fantasías de éxito o una autopercepción de sí mismo sobrevalorada sino de ponerlo en contacto con su propia fortaleza de forma auténtica.

Desarrollo de la técnica

Ésta se llevó a cabo según lo planteado por el Dr. Joseph Zinker respecto del experimento el cual se describe a continuación:

Tabla 9

Descripción del desarrollo de la técnica según las fases del experimento

Fases	Desarrollo en la consulta
Caldeamiento inespecífico	Se indagó el estado en el cual el paciente llega a la sesión y las inquietudes que tiene respecto al trabajo de ese día. C le muestra al terapeuta una prueba proyectiva que le ha aplicado una amiga suya en la cual se observan varios rasgos. A continuación se le pregunta cuál de todos ellos le llama más la atención, C responde que la agresividad es la que le llama la atención ya que él se percibe como alguien bastante tranquilo. Se procede a explicarle la diferencia entre violencia y agresión.
Caldeamiento específico	Se identifica la agresividad como la figura a trabajar en la sesión. Se le comenta a C que él maneja bastante agresión pero que suele dirigirla hacia adentro por medio de las conductas de riesgo como el alcoholismo, el tabaquismo y el consumo de marihuana. Posteriormente el paciente menciona que se siente inconforme respecto a que en la infancia le enseñaron a ser muy educado y muy amable y que eso no le gusta porque suele ser complaciente.
Acción	Se plantea la acción del experimento la cual consiste en pedirle a C que de un apretón de manos con fuerza y agresividad. Al inicio C lo hace con poca fuerza y encorvado, a continuación se le pide que asuma una posición de corporal que denote fuerza y agresión y vuelva a repetir el saludo, el saludo se vuelve a sentir lánguido y se le insiste repetidas ocasiones hasta que se percibe un saludo firme y con fuerza.
Retroalimentación	Después de la acción se le pregunta al paciente de qué se ha dado cuenta con el ejercicio y comienzan a aflorar dudas respecto a si podría dañar a otros con la expresión de su agresividad, ante esto se le reestructura y se le menciona que agresividad y violencia no son lo mismo y se le explica que tiene poco contacto con ello por su historia de maltrato sin embargo la agresividad es parte de él y puede usarla de forma constructiva.
Cierre	Se le pregunta al paciente como se va de la sesión y se cierra la consulta.

Nota: Basado en Salama Penhos, H. (2002). Psicoterapia Gestalt. México: Alfaomega.

Transcripción de un fragmento de la sesión

Después del saludo habitual al recibirlo, C comenta lo siguiente:

C: A veces me siento muy amable o muy educado en la vida. Pienso de manera muy diferente por mi educación, por como fui criado, no hay nadie que me entienda. Me siento sobre educado.

Posteriormente le muestra al terapeuta los resultados de una prueba proyectiva que le aplicó una de sus amigas que estudia psicología.

T: ¿Qué te llama la atención de eso?

C: La agresividad y la hostilidad, no sé me da miedo ser agresivo o ser hostil

T: Eres bastante agresivo (esto está fundamentado en las ocasiones que C ha comentado al terapeuta del consumo de tabaco o alcohol en exceso)

C: ¿Sí?

T: Sí

C: No sé si eso es bueno o es malo

T: Lo diriges hacia ti más que a los demás, por eso fumas

C: Tiene sentido, soy hostil hacia mí *Suspira*

C: Tiene sentido

T: Tal vez eres muy amable para que no se te note la hostilidad

Posterior a este diálogo el paciente comenta que revisó el concepto de Jung respecto a la sombra y sobre todo respecto a reconciliarse con ella

C: ¿Cómo me reconcilio conmigo?

T: ¿Con tu agresividad?

T: Lo primero es aceptarlo, tú tienes una historia de maltrato

C: Sí

T: Has convivido con la agresión, sabes lo que es

C: Sí

T: Lo primero es aceptar que está ahí. Ahora, agresión no es lo mismo que violencia

C: Me cuesta separarlos

T: Agresividad es la tendencia que hay a cometer una agresión pero no toda agresión es violencia. Y uno es agresivo cuando necesita serlo.

C: Claro

T: Si estás compitiendo en algo necesitas ser agresivo para vencer al otro. La violencia sucede cuando la agresión no es necesaria. Aquello que tratas de mantener en la sombra te termina tomando por sorpresa así que hablemos de eso. ¿Cuál es tu relación con la agresión? ¿Cuándo sientes la necesidad de ser agresivo?

C: Sí lo he identificado cuando es que me siento así pero ahorita no me acuerdo o no me quiero acordar. Cuando pasa algo frustrante tal vez, recuerdo que ha pasado aquí en la escuela pero no recuerdo qué fue o cuando fue. Sólo recuerdo haber sido consciente del sentimiento

T: Y qué piensas tú de la agresión

C: Me hace sentido lo que dices respecto a ser agresivo cuando se come

T: ¿Y tú qué sientes cuando hay agresión?

C: Me retraigo a veces. No sé, me da miedo salir afectado o lastimado. O si yo llego a ser algo agresivo que sea perjudicial para mí o para otras personas.

T: Entonces te da miedo la agresión. ¿Por qué rechazas tanto la agresión?

C: No sé, tal vez por mi papá. Te conté que lloraba mucho de chiquito. No sé nunca aprendí a manejar la agresión.

T: Bueno más bien aprendiste a convivir con la agresión.

A continuación se realizó un ejercicio donde se procedió a ubicar ocasiones donde su padre era agresivo pero no violento. Posterior a esto se continúa con el siguiente diálogo.

T: Noto que tienes mucho problema para entrar en contacto con tu agresividad y para sacarla. ¿La agresividad que tú sientes es amiga o enemiga?

C: No sé. El otro día una maestra me dijo que tengo una presencia fuerte. Siento que con solo estar presente soy agresivo, sólo estando así

T: No eres agresividad, tienes agresividad, no te define, así como la historia de violencia que tienes no te define.

C: Gracias, eso quiero creer.

T: Te pregunto de nuevo, ¿la agresividad que tú sientes es amiga o enemiga?

C: A veces amiga y a veces enemiga. Amiga cuando tengo el impulso de crear algo o no sé de sobresalir, ganar o hacerme notar. Enemiga cuando me siento con ganas de voltear la mesa y explotar en medio del salón.

T: O cuando te haces daño. ¿De qué te das cuenta?

C: Que es como lo que me pasa con la tristeza tengo poca pero muy constante

T: El asunto no tiene que ver con si hay o no hay agresividad sino lo que decides hacer con ella.

C: Leí una frase que dice que un mar en calma nunca hizo un marinero experto. Siento que mi mar siempre ha estado en calma.

T: Haces como que está en calma. Tal vez por eso eres tan amable y educado.

C: Me gustaría dejar de ser amable un poco

T: ¿Qué es lo que no te gusta de ser amable?

C: A veces me siento falso

T: Tal vez no es que tengas que dejar de ser amable, tal vez es empezar a ser firme y menos blando.

C: Sí, concuerdo. Sólo que no sé cómo, me cuesta mucho trabajo pensar en cómo hacerlo.

T: Dame la mano

C le da la mano al terapeuta sin energía y con lentitud

T: ¿Qué pasó? *Instando a que el saludo sea enérgico y con fuerza*

T: Salúdame con agresividad *¿Qué fue eso? Imita saludo con postura encorvada*

T: A ver ponte derecho. Eso, vuelve a saludarme.

C vuelve a hacer el ejercicio en esta ocasión con mayor energía y fuerza

T: ¿Cuál es la diferencia?

C: No sé la actitud

T: ¿Qué estás sintiendo?

C: Impotencia o frustración

T: ¿Por qué?

C: Sé que puedo ser agresivo, sé que puedo ser firme pero no sé con qué sentido

T: Primero para que te construya.

C: No sé me da miedo imponerme o tal vez siento que se impusieron tanto a mí de chiquito que ahora no me quiero imponer a nadie

A continuación C cambia el tema del diálogo y le intenta mostrar al terapeuta unos stickers que quiere pegar en la universidad ante lo cual el terapeuta se niega.

T: ¿Te sentiste impuesto?

C: No.

T: Acabo de ser agresivo contigo, te dije que no.

C: Tienes derecho a decidir.

T: Entonces, (regresando al tema de la sesión) ahorita estas contactando con tu agresividad, no con la violencia. Violencia hubiera sido que tuvieras intención de lastimarme.

C: Tuve. Me presionaste y me cuesta trabajo mostrar o hacerlo conscientemente. Sé que puedo hacer las cosas pero no me gusta que me obliguen a demostrarlas. Pero no sé.

T: ¿Sabes qué hubiera pasado si me hubieras empezado a lastimar?

C: ¿Me habrías apretado más fuerte?

T: Te hubiera dicho que me estás lastimando y que me sueltes.

T: No eres un monstruo, que saques tu agresividad no te convierte en un monstruo, que reconozcas que tu agresividad es parte de ti no te convierte en tu papá y entre más la ocultes más falso te vas a sentir y entre más la ocultes más riesgo tienes de que te tome por sorpresa y no la regules y entonces seas violento.

C: ¿Cuando me llego a sentir violento como le hago?

T: No escapando. Hace un momento querías parar el ejercicio y no lo hiciste.

C: Tal vez es porque soy muy complaciente

T: Para eso es la agresividad

C: ¿Para no ser complaciente?

T: Para no ser complaciente cuando no quieres ser complaciente

Reacción del examinado

Se observó que el ejercicio sacó al paciente de su zona de confort y se logró que aflorara más contenido respecto a la muestra y el manejo de su agresividad. Se percibió que el paciente se encontraba incómodo al inicio sin embargo esto sirvió para explorar temas que no se habían tocado.

Reacción del terapeuta

Para el terapeuta el ejercicio implicó el uso de bastante energía para poder modular la intensidad del ejercicio, posterior a la sesión se experimentaron sensaciones de cansancio y aletargamiento.

Factores asociados al terapeuta

A continuación se describen los factores que se considera que fueron los más influyentes respecto a la persona del terapeuta:

- De acuerdo con lo que plantean los modelos evolutivos el terapeuta al encontrarse en sus primeros años de formación y con corta experiencia es normal que se ciña de forma rígida a los modelos terapéuticos que practica.
- El tipo de personalidad del paciente es similar a la del terapeuta.
- El terapeuta también tiene una historia de maltrato y alcoholismo en relación al padre.

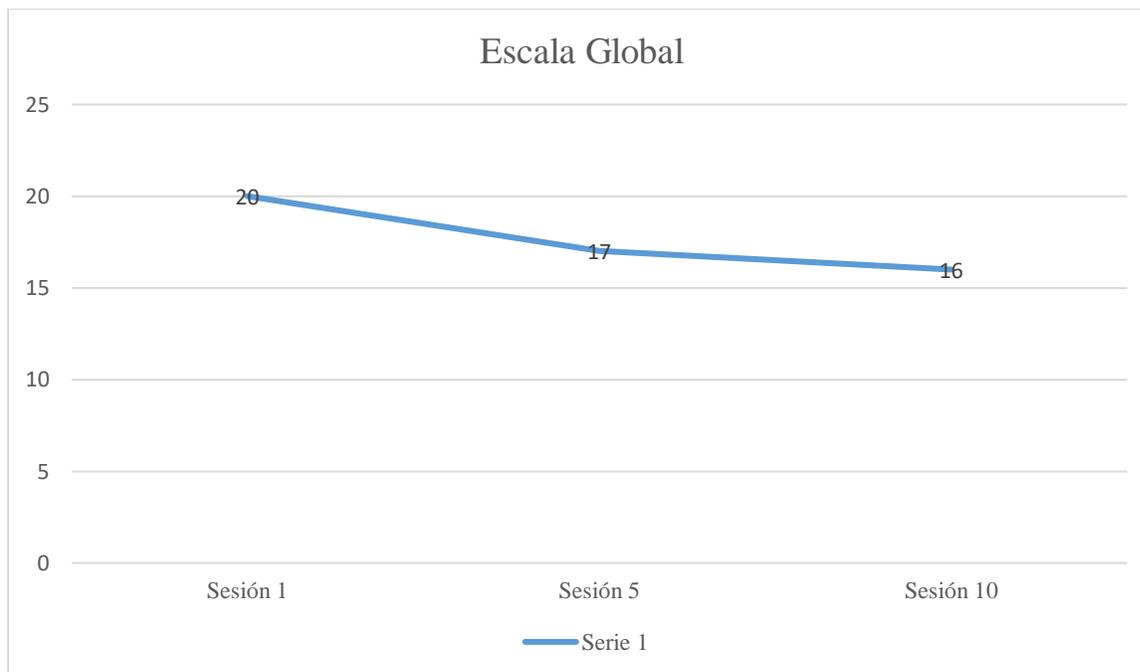
Resultados

En este apartado se presentan los resultados cuantitativos y cualitativos que se han obtenido hasta la sesión número 11. En el apartado de resultados cuantitativos se reportan las puntuaciones obtenidas en los tres instrumentos antes descritos en las tres evaluaciones que se han realizado hasta el momento como se indicó en el apartado de diseño experimental.

Resultados cuantitativos

Figura 1

Resultados en las puntuaciones en el instrumento de Escala Global a lo largo de 11 sesiones

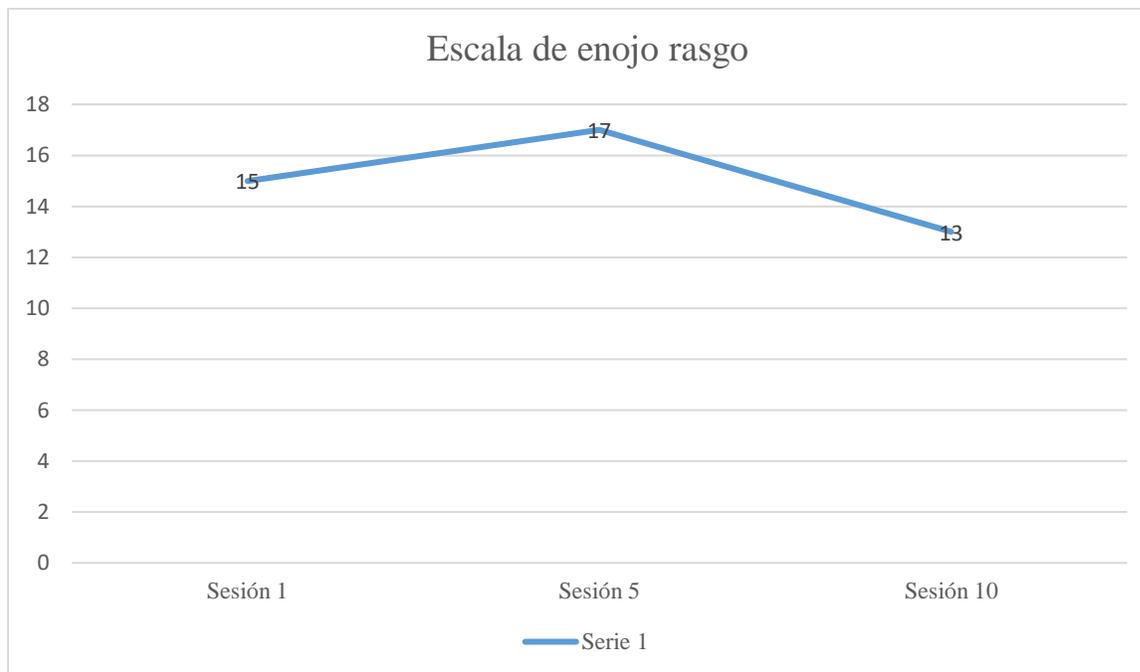


Elaboración propia

Nota. Se puede observar por medio de este grado como la percepción del grado de afectación ha disminuido un total de 4 puntos relacionados con su vida social. Si bien la línea base desde la cual se parte no es muy alta se puede observar que hay un progreso en el bienestar general del sujeto.

Figura 2

Resultados en las puntuaciones en el instrumento de Enojo Rasgo a lo largo de 11 sesiones

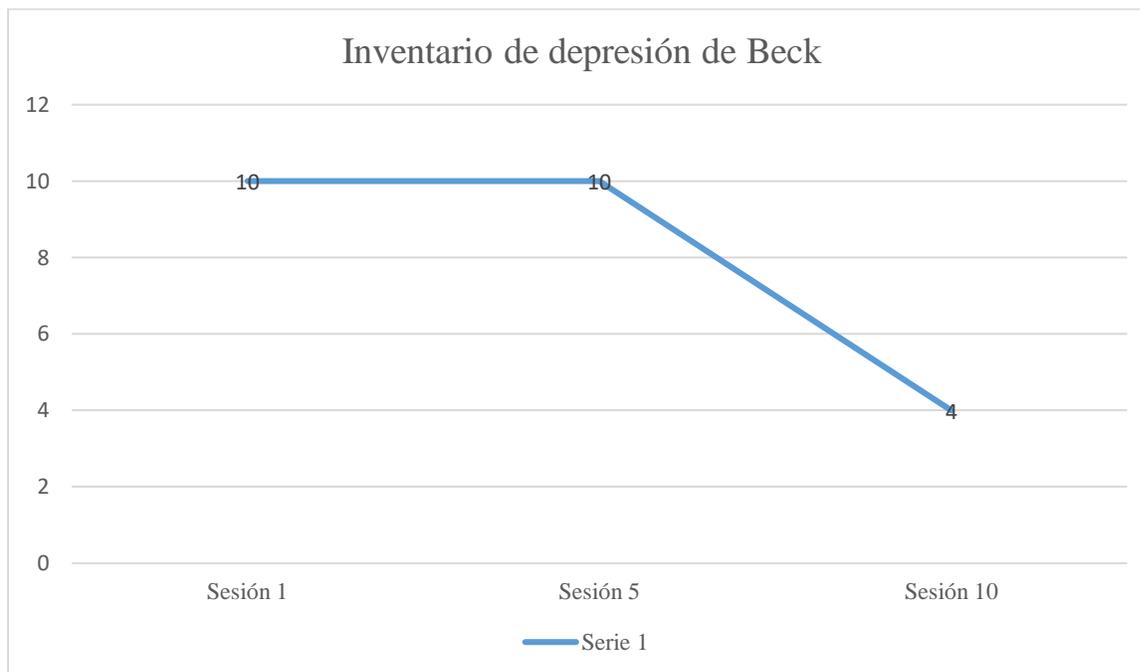


Elaboración propia

Nota: La curva que se observa en esta escala se puede explicar por la frustración que se le ha generado al paciente a lo largo del proceso terapéutico durante el trabajo con las fantasías de éxito, la búsqueda de idealización y las imágenes sobrevaloradas de sí mismo.

Figura 3

Resultados en las puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck a lo largo de 11 sesiones

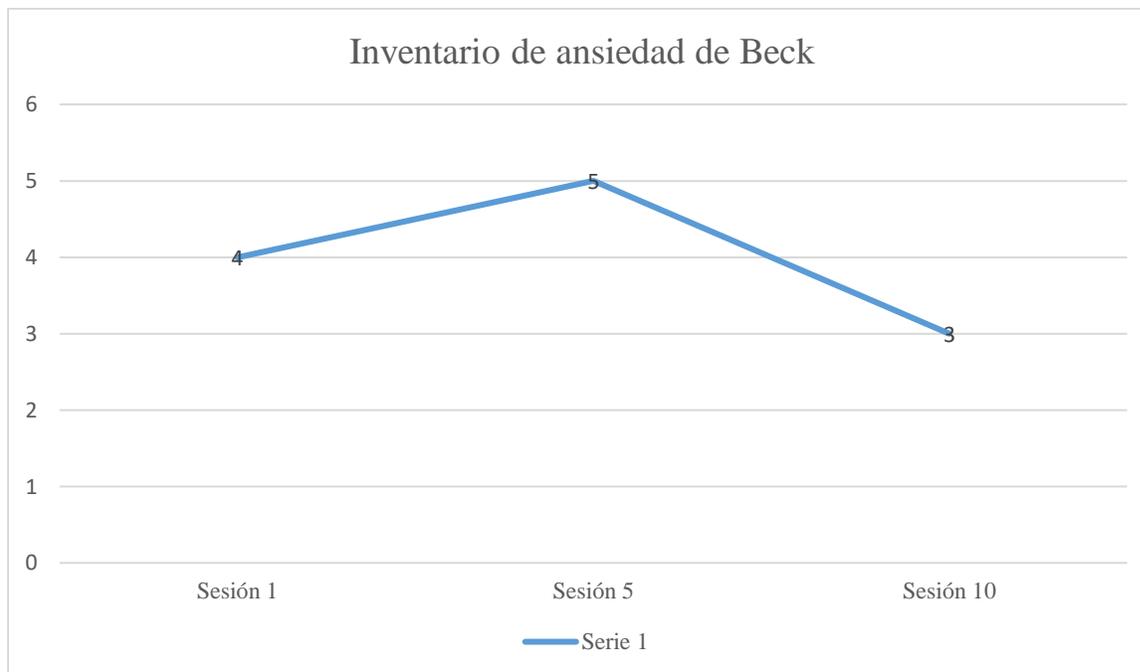


Elaboración propia

Nota: Los estados depresivos son frecuentes en la sintomatología narcisista, motivo por el cual el trabajo terapéutico se dedicó a abordar la sintomatología depresiva.

Figura 4

Resultados en las puntuaciones en el Inventario de Ansiedad de Beck a lo largo de 11 sesiones



Elaboración propia

Nota: Es posible que el pico observado en las puntuaciones de los estados de ansiedad esté relacionado con los periodos de exámenes.

Resultados cualitativos

A continuación se enlistan los resultados que se han obtenido hasta este punto del proceso terapéutico:

- Conciencia de la necesidad de reconocimiento.
- Conciencia de las fantasías y deseos de éxito.
- Conciencia de las formas de manipulación usadas en las relaciones interpersonales para obtener lo que desea.
- Conciencia de la imagen sobrevalorada de sí mismo.

- Conciencia de la incongruencia entre las expectativas de reconocimiento y la calidad y cantidad de los esfuerzos realizados para obtenerlo.
- C ha comenzado a realizar acciones para lograr éxitos y conseguir reconocimiento en lugar de solamente esperar ser reconocido.
- Se ha fortalecido el autoapoyo y la autodirección.

Discusión

El estudio de caso presentado es consistente con la literatura revisada respecto al abordaje del trastorno narcisista de la personalidad. Se observa principal similitud con lo descrito en el trabajo de Dimaggio y Semerari (2009) quienes mencionan que este desorden de personalidad presenta ciclos de mal funcionamiento que se auto perpetúan en los cuales la depresión es una de las fases que atraviesa. En términos de literatura gestáltica hay consistencia con el trabajo de Salama y Castanedo (2001) en que uno de los mecanismos de defensa más utilizados por el paciente fue la proyección. Así mismo hay consistencia con lo descrito por Yonteff (2005) respecto a que el paciente narcisista oscila entre la exaltación y la devaluación de sí mismo. Cabe mencionar que si bien hay literatura gestáltica que aborda este trastorno todavía existe escasa literatura científica con la cual contrastar este estudio de caso.

Por otra parte, si bien los resultados cualitativos y cuantitativos dejan ver un progreso en el tratamiento de la sintomatología abordada es necesario llevar a cabo un análisis estadístico para valorar si los cambios fueron estadísticamente significativos y a la vez tener en cuenta que las intervenciones efectivas en estas problemáticas requieren de tratamientos a largo plazo (Caballo, 2009).

Conclusiones y recomendaciones

El estudio que aquí se presenta pretende cumplir con varias funciones, en primer lugar con el ejercicio de la sistematización de la intervención en psicoterapia que como ya se ha revisado tiene implicaciones éticas y legales. En segundo lugar, contribuir a la investigación abordando el modelo gestáltico en los temas de narcisismo y duelo. Es importante subrayar que los resultados que aquí se reportan no han de ser generalizados a toda la población, sin embargo podrían incorporarse a una revisión sistemática o servir de guía para un estudio posterior.

Hasta el punto en que se ha desarrollado la intervención es difícil observar resultados concluyentes en las mediciones realizadas y esto puede deberse a la brevedad del tratamiento que durará únicamente hasta las 15 sesiones. Como se ha mencionado anteriormente, el acuerdo al que llegan los autores respecto al tratamiento de los trastornos de personalidad apunta a intervenciones a largo plazo, algunos casos hasta de 90 sesiones o más (Caballo, 2009). Por otra parte, comienza a haber indicios de progreso en los aspectos cualitativos lo cual indica un pronóstico alentador para C sin embargo en futuros estudios ha de contemplarse una medición específica como podría ser el inventario clínico multiaxial de Millon-IV.

Referencias

- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., y Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (5), 307-318.
- American Psychiatric Association (apa). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: masson.
- American Psychiatric Association (apa). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.

- Asale, R. (2019). «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Retrieved from <https://dle.rae.es/?w=sistematizaci%C3%B3n>
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6), 893-897.
- Beck, A., Ward, C., Medelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- Caballo, V. (2009). *Manual de trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII (3), 215-224
- Dimaggio, G. y Semerari, A. (EDS.). (2009) *Los trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento*. Recuperado de ebookcentral.proquest.com
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 25(102).
- Hess, K. (2008) *Psychotherapy supervision*. Estados Unidos de América: Wiley & sons Inc.
- Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos
- Mariana, A. (2011). Sistematización de Intervenciones Psicoterapéuticas: La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 15(1), 15.
- Millon, T. (2015). *Personality disorders in modern life*. Estados Unidos de América: John Wiley & Sons Inc.

- Moscoso, MS. & Spielberger, CD. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6, 4-13.
- Moscoso, MS. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321-343.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. Mexico: Cengage Learning Editores.
- Petermann, F., & Müller, J. (2001). *Clinical psychology and single-case evidence*. Chichester: Wiley.
- Quiroga, E., & Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (2), 211-218.
- Rodriguez Morejón, A (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del psicólogo*, 25 (87), 45-53.
- Salama P, H., & Castanedo Secadas, C. (1991). *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México: El manual moderno.
- Salama Penchos, H., & Villareal B, R. (1988). *El enfoque Gestalt*. México: El Manual Moderno.
- Salama Penhos, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt*. México: Alfaomega.
- Salama Penhos, H. (2012). *Gestalt 2.0*. México D. F: Alfaomega.

Shuub, N. (2001) Una metodología para el Tratamiento de Pacientes Borderline. Xalapa: CEIG

Yontef, G., & Olivos V, E. (2005). *Proceso y dialogo en gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.

Zohn-Muldoon, T.; Gómez-Gómez, E.N. y Enríquez-Rosas, R. (coord.) (2018). Investigación en psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión. Guadalajara, México: ITESO.