

# Conflicto en las pautas relacionales con amigos y familia

Lozano Espinoza, Estefania

2020

---

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4530>

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

# UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



## **CONFLICTO EN LAS PAUTAS RELACIONALES CON AMIGOS Y FAMILIA**

DIRECTOR DEL TRABAJO  
DR. RAÚL JOSÉ ALCAZAR OLÁN

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

Presenta

**ESTEFANIA LOZANO ESPINOZA**

Puebla, Pue.

2020

## ÍNDICE

CONFLICTO EN LAS PAUTAS RELACIONALES CON AMIGOS Y FAMILIA.....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
Datos de Identificación del Paciente.....	9
Instrumentos de Evaluación .....	10
<b>1. Escala global</b> .....	10
<b>2. Escala de Enojo Rasgo</b> .....	12
<b>3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)</b> .....	14
<b>4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b> .....	15
Formulación del Caso Clínico .....	16
Elección del Tratamiento.....	19
Técnicas Aplicadas.....	21
<b>1. Silla Vacía</b> .....	21
<b>2. Narración de cuentos metafóricos</b> .....	21
<b>3. Reencuadre</b> .....	22
Implementación del Tratamiento.....	23
Resultados del Tratamiento .....	29
Factores Asociados al Terapeuta .....	34
Discusión.....	35
Referencias.....	36

# **CONFLICTO EN LAS PAUTAS RELACIONALES CON AMIGOS Y FAMILIA**

Psic. Estefanía Lozano Espinoza  
*Universidad Iberoamericana Puebla*  
Maestría en Psicoterapia

## **INTRODUCCIÓN**

El presente escrito expone el trabajo realizado bajo el modelo de supervisión sistémica del último semestre en la maestría en psicoterapia, y presenta un paciente de 21 años con conflictos en las pautas relacionales con sus amigos y familiares. Inicialmente se exponen los conceptos más relevantes de dicho enfoque, para entender el caso y la intervención que se implementó. Más adelante se abordará el proceso por el cual fue llevado el paciente para la solución del conflicto, los instrumentos aplicados y las técnicas que se llevaron a cabo.

Nardone y Watzlawick (1977) mencionan que la “Terapia sistémica individual” les parecerá a algunos oscura o contradictoria, mientras que a otros podrá sugerirles significados aparentemente claros pero diferentes entre sí. Durante el trabajo de la terapia sistémica individual se propone el tratamiento de problemas centrados en el individuo, por ejemplo el sentimiento de soledad o el aislamiento, la ansiedad, el miedo, la dificultad en determinadas situaciones, el insomnio, entre otros. Se refieren a una concepción *interaccional* de los problemas que consideran la característica fundamental de toda terapia sistémica.

Nardone y Watzlawick (1977) explican dos premisas fundamentales que caracterizan el modelo sistémico en el tratamiento de diferentes situaciones sobre las cuales se basa la concepción interaccional. La primera premisa trata sobre la distinción de la terapia sistémica del resto de los enfoques psicoterapéuticos y de gran parte del tratamiento

bioquímico. Consiste en aceptar los problemas en la forma en que se presentan, es decir, consisten en comportamientos descritos por el paciente en la presentación de su malestar tan perturbados o tan perturbadores, o bien aparentemente no tratables, que inducen a la persona a buscar una ayuda profesional para cambiarlos y no, por el contrario, como la manifestación de algún desorden más profundo de la persona o de la familia.

Ahora bien, ya que la interacción normal entre el “paciente identificado” y los demás sujetos implicados es el factor principal de la formación y del mantenimiento del problema, es también el factor principal para el cambio y la solución del mismo. Los fundamentos o las razones que nos llevan a sostener esta concepción no tienen una importancia crucial, ya que esta basa en primer lugar en el criterio pragmático de la utilidad; una consideración de peso es que el presente es lo único que podemos trabajar a diferencia de aquellos enfoques que han subrayado la importancia de la experiencia anterior y de la historia de vida.

La concepción interaccional, sostiene que las situaciones presentes, por difíciles y estresantes que sean, se perpetúan sin cambios a través de los comportamientos individuales de los miembros de cualquier sistema. Resulta obvio que la segunda premisa es un colorido de la primera. De forma muy sencilla podríamos decir que si la interacción entre los miembros de un sistema social se considera como determinante para la formación de un comportamiento actual, de ello se sigue que una modificación del comportamiento de cualquier miembro de ese sistema conduce a una modificación consiguiente del comportamiento de los miembros del sistema. Por tanto aplicando la interacción sistémica, debería ser posible influir directamente en el comportamiento de cualquier miembro de un sistema dado si se influye, de forma apropiada, en el comportamiento de otro miembro.

En sus orígenes, el modelo de Milán implicaba la asistencia a terapia de todos los miembros de la familia nuclear. En su evolución permite que el sistema familiar “elija” al paciente que será tratado en la terapia, así como los requisitos para los terapeutas sistémicos que pueden llegar a ser complejos, ya que se podrán desenvolver en un contexto familiar y/o individual (Haley y Hoffman, 1984). En el presente caso, se trabajará terapéuticamente y de manera individual con base en el enfoque sistémico.

Las dos primeras sesiones de trabajo se logró establecer el motivo que lo trajo a consulta, el cual se expresó como el deseo de no tener una dependencia afectiva en sus relaciones de pareja y trabajar el duelo de la muerte de su padre. Consecutivamente se trabajó el tema de su familia de origen y su familia nuclear en donde se recabó información sobre los vínculos relacionales que se tenían en el allá y entonces para poder trabajarlos en su aquí y ahora.

Para el modelo experiencial en la terapia sistémica la negación de los impulsos y la supresión de los sentimientos son las raíces de las diferentes problemáticas familiares. En la descripción del caso podremos observar como el paciente tras la muerte de su padre comienza a tener dificultades en sus relaciones familiares, así como el aumento de su agresividad ante parejas sentimentales y amigos. Las familias disfuncionales tienden adherirse rígidamente a rituales con tal de evitar las inseguridades que causa el enfrentarse a nuevas situaciones, los conflictos refieren a factores que se oponen entre sí.

Los conflictos interpersonales surgen de la interacción social como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella, por lo que el conflicto se encuentra en cualquier interacción humana. Este tipo de terapia que se abordará en el siguiente caso tiene como objetivo que se comprenda la conducta individual a través

de las interacciones familiares y sociales, examinando los patrones de interacción entre los distintos miembros de la familia (López Avendaño, 2004).

El presente caso se ejecutó en la dinámica familiar y acompañada con la intervención en el proceso de duelo (Meza Dávalos et. al., 2008), el cual se describe como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución. Se tiende a pensar en el duelo sólo en el contexto de la muerte de un ser querido, pero también suele producirse como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> edición, American Psychiatric Association, 2014) DSM-5 menciona que el trastorno de duelo complejo persistente se diferencia de la pena normal por la persistencia de reacciones de dolor intensas que persisten al menos 12 meses (o 6 meses en los niños) tras la muerte del fallecido. Sólo se diagnostica un trastorno de duelo complejo persistente cuando persisten las respuestas de dolor intensas que interfieren con la capacidad del individuo para funcionar durante al menos 12 meses tras la muerte. En las características diagnósticas el Trastorno de duelo complejo persistente se diagnostica sólo si han transcurrido al menos 12 meses (6 en los niños) desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana (Criterio A). Este marco temporal discrimina entre el duelo normal y el duelo

persistente. La afectación típicamente conlleva un anhelo/añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), o con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3). El individuo también puede estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4).

Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1) (p. eje., prepararle la comida), incredulidad de que haya fallecido (Criterio C2), recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultades para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). La naturaleza y la gravedad de la pena deben ser mayores de lo normal esperable para el entorno cultural, el grupo religioso o la etapa de desarrollo concretos (Criterio C). Aunque hay variaciones en cómo se manifiesta la pena, los síntomas del trastorno de duelo complejo persistente aparecen en ambos géneros y en diversos grupos sociales y culturales.



Algunos individuos con trastorno de duelo complejo persistente presentan alucinaciones del fallecido (auditivas o visuales), en las que de manera temporal perciben la presencia del difunto (p. eje., ver al fallecido sentado en su silla favorita). También pueden experimentar diversas quejas somáticas (p. ej., molestias digestivas, dolor, fatiga), incluso los síntomas que padecía el fallecido. En el desarrollo y curso del trastorno de duelo complejo persistente puede aparecer a cualquier edad, a partir de la edad de un año. Los síntomas habitualmente comienzan en los primeros meses tras la muerte, aunque puede haber una demora de meses o incluso de años hasta que aparece el síndrome completo. Aunque las respuestas de dolor habitualmente aparecen inmediatamente tras la pérdida, éstas no se diagnostican como trastorno de duelo complejo persistente salvo que los síntomas superen los 12 meses (6 meses en los niños).

Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes fases: (Meza Dávalos et. al., 2008).

1. El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardiaco, náuseas o temblor. La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa

inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

2. Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido. Existe una depresión que se instala rápidamente después de acaecido el fallecimiento y que va a durar desde meses hasta años (en el caso de complicaciones en la elaboración del duelo). El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos.

El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo del estado depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.

3. Etapa final: es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.

La intención de trabajar el proceso de duelo fue para resolver cada etapa del mismo con mi paciente y poder sanar su pérdida, independientemente del tiempo estimado de doce meses como el tiempo aceptable para concluir este proceso.

## **Datos de Identificación del Paciente**

Paciente identificado masculino de 21 años de edad, mide aproximadamente 1.65 cm, tez morena clara, cabello corto negro y ondulado, ojos grandes color café, cejas pobladas, nariz romana, labios gruesos, de complejión media, hombros y espalda ancha, su vestimenta durante las 15 sesiones fue casual jeans de color azul, playeras, sudaderas y tenis, usualmente en la muñeca derecha llevaba un reloj y en su muñeca izquierda llevaba 2 pulseras de hilo una de color rojo y otra de color negro.

Soltero, estudiante universitario del octavo semestre de psicología, oriundo de Tamaulipas quien cambia de residencia desde hace 2 años 6 meses a otro Estado y con intentos previos en consultas psicoterapéuticas en el Estado de Tamaulipas por diferentes motivos, de los cuales se abordarán en este caso clínico.

El paciente asiste a su proceso de psicoterapia mencionando como motivo de consulta lo siguiente: "Quisiera ya no ser tan dependiente en mis relaciones de pareja y trabajar el duelo de la muerte de mi padre". El problema a resolver son las pautas de relación con sus iguales así como también el duelo inconcluso de su papá.

## **Instrumentos de Evaluación**

### **1. Escala global**

Esta escala mide el funcionamiento en las diversas áreas de la vida tales como lo laboral/escolar, relaciones de amistades, actividades en los ratos libres (diversión, dispersión), relación de pareja, relaciones familiares, salud física en general y vida sexual.

En dicha escala el paciente indica cómo se siente en una puntuación de 1 a 6, donde los valores son:

1. Nada,
2. Casi nada,
3. Poco,
4. Regular,
5. Mucho y
6. Muchísimo.

Confiabilidad: Alfa de Cronbach =.84, (Alcázar, 2010).

**Instrucciones:** Responde todas y cada una de las preguntas. Indica con una “X” la opción que mejor te describa.

<b>Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas...</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
	<b>Nada</b>	<b>Casi nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchísimo</b>
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.						

## **2. Escala de Enojo Rasgo**

La muestra de validación se formó de 503 estudiantes universitarios (221 varones y 282 mujeres) con edades entre 18 y 30 años (Alcázar et al., 2011). La validez de constructo se obtuvo mediante análisis factorial exploratorio.

Enojo-rasgo (10 reactivos,  $\alpha = .83$ ), que se divide en Temperamento de enojo (5 reactivos,  $\alpha = .83$ ) y Reacción de enojo (5 reactivos,  $\alpha = .78$ ).

En el presente trabajo se aplicó la sub-escala Enojo- Rasgo con 10 reactivos, que medirá la predisposición de la persona a experimentar enojo. En dicha escala el paciente indica cómo se siente en una puntuación de 1 a 4, donde los valores son:

1 Casi nunca, 2 Algunas veces, 3 Frecuentemente, 4 Casi Siempre

<b>¿Cómo me siento generalmente?...</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Casi siempre</b>
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.				



### 3. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (Internacionalmente conocido como BDI), es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas.

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 el futuro.....( )
	2, Me siento que no debo esperar nada 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 más que las personas en general.....( )
	2, Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.....( )
	3, Siento que soy un completo fracaso como persona.....( )

#### 4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

La escala se validó por Robles, Varela, Jurado y Páez en el 2001, consta de 21 ítems que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad.

Este inventario mide los niveles de ansiedad y los síntomas físicos de la misma en una escala de: Poco o Nada, Mas o Menos, Moderadamente y Severamente

	<b>Poco o Nada</b>	<b>Mas o Menos</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleada de calor				
3. Debilitamiento de piernas				
4. Dificultad para relajarme				
5. Miedo a que pase lo peor				

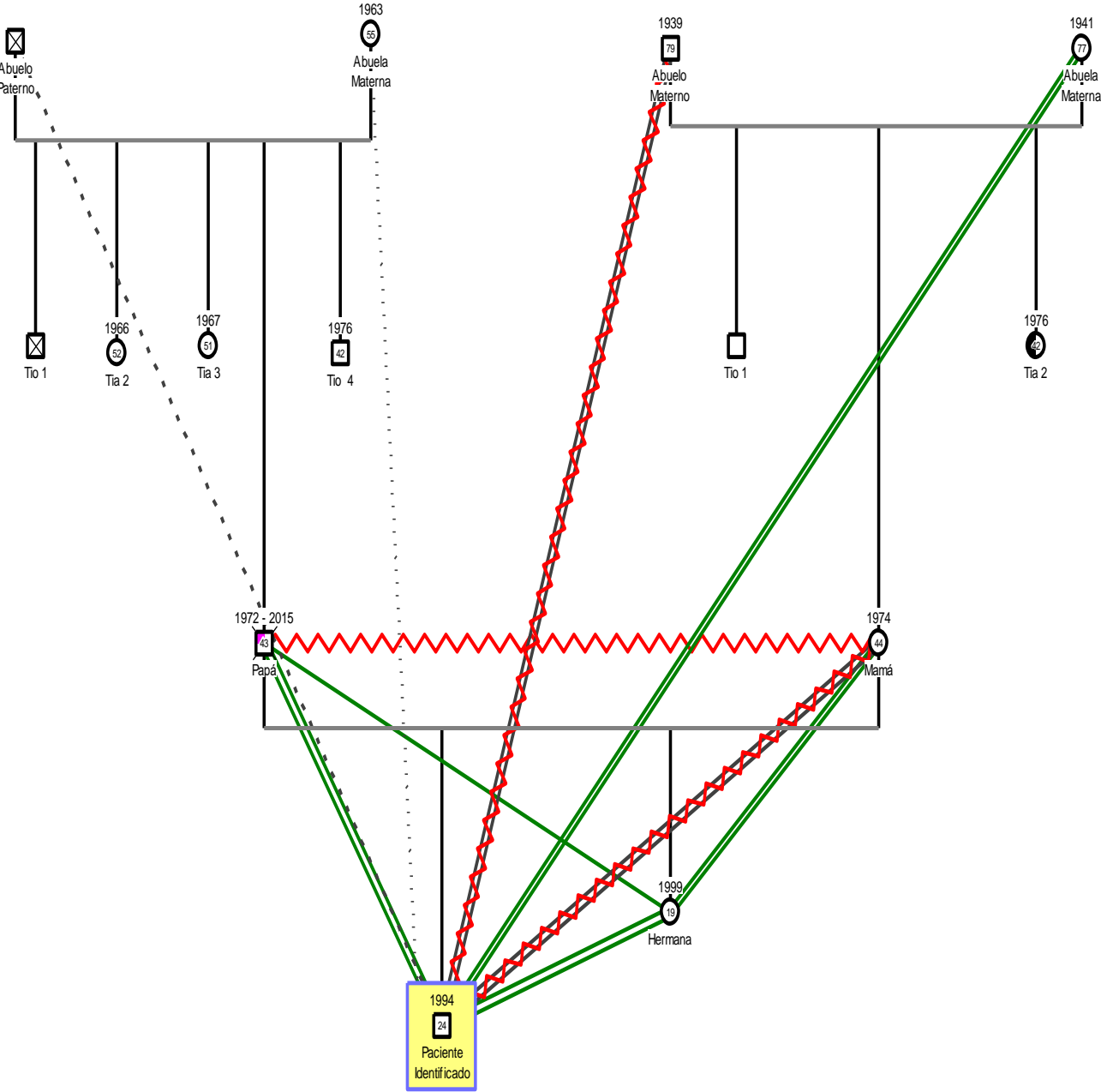
## **Formulación del Caso Clínico**

El paciente es aceptado en una universidad fuera del Estado de Tamaulipas a la edad de 19 años, su padre de 41 años en ese mismo tiempo es diagnosticado con cáncer pulmonar, el paciente menciona que estando consciente de lo que su padre estaba por cursar, refiriéndose al tratamiento de quimioterapias, decide irse a estudiar fuera del Estado de Tamaulipas pero estar pendiente de su familia mediante llamadas telefónicas, video llamadas y visitas que él haría sin especificar fechas. Menciona que durante los dos años siguientes de manera intermitente estuvo pendiente de los tratamientos e indicaciones que los médicos daban para su papá, quién paso por quimioterapias y radioterapias, dos años más tarde el padre fallece, el paciente refiere sentirse enojado y triste por no haber estado con su padre cuando él pasaba por sus difíciles tratamientos, tras el sepelio de su padre el paciente regresa a la universidad para continuar con sus estudios, tras esto, al momento de asistir a un proceso psicoterapéutico nota que su vida social se ha visto deteriorada desde hace 1 año 6 meses por conflictos con compañeros, amigos, familia y maestros. Tras solicitar el proceso de psicoterapia en agosto de 2016 menciona que 4 meses previos a solicitar el servicio, los conflictos con su pareja ya habían comenzado, pero ahora se intensificaban mediante ofensas verbales y añade que él no logra ser asertivo y agrede verbalmente a las personas con quien convive.

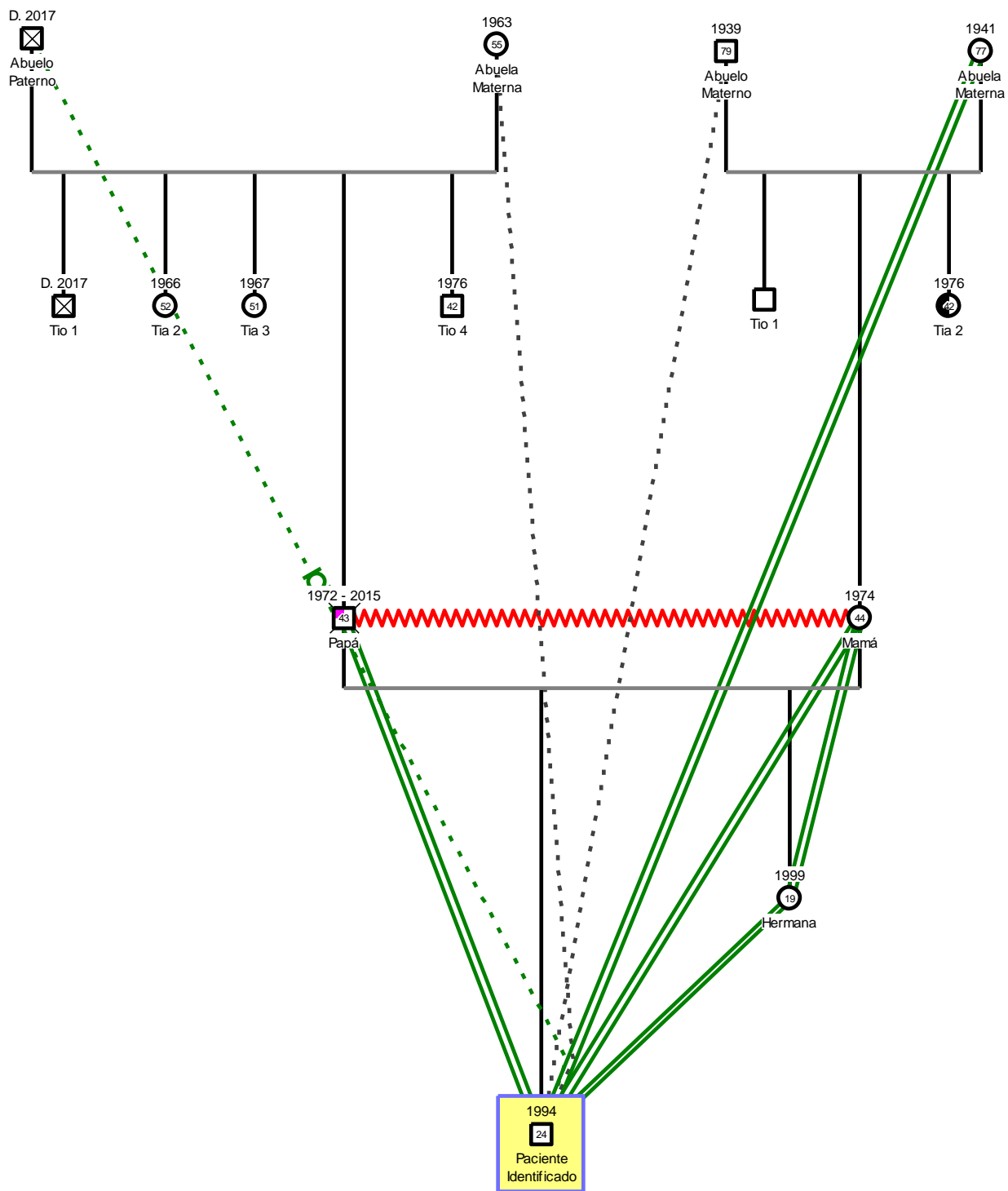
Se expresa molesto al hablar de la familia materna, en especial de los tíos, quienes deseaban imponerle el rol de hijo parental, misma pretensión que tenía la mamá.

El paciente presenta como mecanismo de defensa el desplazamiento, la racionalización y el sentido del humor.

# Genograma del Paciente al inicio del tratamiento



# Genograma del Paciente al final del tratamiento



## **Elección del Tratamiento**

La terapia sistémica se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende de elementos tanto internos como externos, la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio por lo que es conveniente tener un acercamiento con el individuo cuando se desea estudiar el campo intrapsíquico, pero sin perder de vista un foco más amplio ya que el terapeuta no puede limitarnos a la interacción de la familia.

Ortega y Gasset (citados en Minuchin, 1977) mencionan que “Yo soy yo y mis circunstancias, y si no la salvo a ella no me salvo yo” y este fragmento de la realidad circunstante forma la otra mitad de mi persona: sólo a través de él puedo integrarme y ser plenamente yo mismo.

La información, las actitudes y formas de percibir son asimiladas y almacenadas, y se convierten así en una forma de acercamiento de la persona al contexto habitual con el que se interactúa. La familia constituye un factor sumamente significativo en este proceso, es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior.

La terapia estructural de la familia encara el proceso del feedback entre las circunstancias y las personas implicadas –los cambios impuestos por una persona sobre sus circunstancias y la forma en que los feedback en relación con estos cambios afectan su acción posterior-.

Por lo que la elección del tratamiento consistió en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y

funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones en su presente y estas se verán reflejadas en el sistema familiar.

## **Técnicas Aplicadas**

### **1. Silla Vacía**

La Silla Vacía es una de las técnicas más conocidas en la Terapia Gestalt y que fue creada por el psicólogo Fritz Perls que tiene como propósito elaborar un método que permitiese reintegrar situaciones que no fueron resueltas en la vida de los pacientes. Esta técnica busca producir un encuentro con una situación o con una persona con el fin de dialogar con ella y así poder contactar emocionalmente con el suceso.

Esta técnica es utilizada para poder hacer frente a pérdidas traumáticas o bien, como en el caso de mi paciente, en el proceso de elaboración del duelo. Sin embargo, su aplicación no se limita a esos ámbitos ya que también puede emplearse para trabajar la percepción de limitaciones y discapacidades. A pesar de que esta técnica ha mostrado su utilidad para el desbloqueo emocional, la autoaceptación y la resolución de procesos de duelo, su aplicación puede quedar dificultada por una serie de resistencias.

### **2. Narración de cuentos metafóricos**

El uso de la metáfora es muy amplio y data desde hace siglos, por ejemplo en la poesía, las parábolas de la Biblia, en los cuentos y leyendas de las diferentes culturas. En el campo terapéutico se puede considerar a Milton H. Erickson, citado por Haley (1980), como el maestro o padre de esta herramienta debido a la facilidad y creatividad que tenía para utilizarla dentro de sus intervenciones. La metáfora, aunque no todos le han dado el sentido que tuvo en su origen, se pretende utilizarla no sólo como una herramienta más, o un relleno en la sesión terapéutica, sino rescatar todo lo valioso que ésta tiene. A través de ella se envía un mensaje sin decirlo de manera literal, pero que llega al cliente mediante el



lenguaje percibido por el hemisferio derecho, ocasionando en el cliente posibles cambios actitudinales y/o de conducta.

Si bien una metáfora es una figura del lenguaje, tiene mucho en común con la comunicación analógica; en las dos se pretende establecer una semejanza entre la imagen y lo que se trata de expresar, su finalidad es informar, educar, curar y estimular el crecimiento interno y su principal objetivo es mandar mensajes de solución.

Debido a la naturaleza misma de la metáfora, puede usarse en cualquier situación en la que el terapeuta quiera transmitir información a su cliente. Esta información puede ser muy específica o muy general, tal y como lo menciona Navarro et al. (1995). Una de las principales ventajas, quizás la de mayor relevancia, es la flexibilidad que tiene en sí, ya que puede ser moldeada de acuerdo con la situación o persona a la que esté dirigida y, como menciona Thompson, citado por Zeig et al., (1994) hay metáforas aplicables a diversas situaciones, sólo es cuestión de adaptarlas.

### **3. Reencuadre**

La técnica del Reencuadre consiste en modificar el contexto conceptual y/o emocional de una situación, o bien el punto de vista según el cual es vivida, situándola en otro marco. Un ejemplo de Reencuadre fue trabajar con el paciente el personaje Tom Sawyer, que transformó el castigo de pintar la valla en un placer, convirtiendo así la conducta de sus amigos, que en lugar de mofarse de él insistieron en su derecho a pintar también. Esta técnica durante las sesiones fue utilizada para poder describir a la figura materna en donde mi paciente designaba una connotación positiva de la misma resaltando el nuevo rol de protección que ella tenía dentro del sistema.

### **Implementación del Tratamiento**

El tratamiento con el paciente tuvo una duración de 15 sesiones las cuales se llevaron a cabo todos los días jueves en un horario de 7:00 a 8:00 p.m. asistiendo siempre puntual. En dos ocasiones el paciente asistió al trabajo de supervisión en vivo en donde al finalizar las sesiones se tuvo una retroalimentación por parte del equipo psicoterapéutico y el supervisor dirigido hacia lo que ellos podían observar en el paciente.

Al finalizar la segunda sesión en vivo, resulta evidente plantear como objetivo de la siguiente consulta, el trabajar la despedida del padre a través de la técnica de la silla vacía, y lograr contactar con sus emociones, tal como se describe a continuación:

Terapeuta: ¿Cómo te sientes hoy?

Paciente: Hoy me siento triste, al salir de clase me tope con mi asesor y me pregunto cómo iba en mi proceso terapéutico, y sólo verlo me pone muy triste porque recuerdo a mi papá. Yo iba con una amiga e intento no llorar hasta llegar a la sesión.

Terapeuta: ¿Qué observas en tu asesor que trae a tu recuerdo a tu padre?

Paciente: Se parece mucho a mi papá, no físicamente, pero si en lo que él hacía que era dedicarse a la investigación, además recordé que mi papá jamás me conoció a una novia, sólo una vez le conté acerca de una relación que tuve con un chico, se supone que los padres te deben querer en las buenas y en las malas así que decidí contárselo sólo para calarlo y pues se cagó.

Terapeuta: ¿A qué te refieres con que se cagó?

Paciente: Pues todos en la casa se enojaron

Terapeuta: ¿Quiénes son todos?

Paciente: Mi mamá se enojó, pero después lo aceptó y el trato con ella no cambio, incluso veo que el trato con ella mejoró, pero con mi papá fue diferente.

Terapeuta. ¿Cómo fue con él?

Paciente: - Suspira- Pues le conté un día que íbamos en la camioneta, que salía con un amigo, que nos habíamos besado y que estuvimos juntos un rato, en ese momento yo supe que él ya estaba enojado porque solían ponerse sus ojos rojos y lo primero que me dijo fue “me decepcionas hijo” y eso yo no me lo esperaba, esperaba que hubiera un poco de comprensión, después de eso me dejo de hablar por tres días.

Terapeuta: ¿Cómo te sientes de escuchar esto que me cuentas?

Paciente: Me siento enojado, porque pienso que a partir de ahí nuestro hilo de comunicación se rompió,

-Claro, podíamos seguir platicando, pero ya no era esa misma escucha activa que tenía con él. Luego le platicaba de alguna chica y él sólo me contestaba con un “ok”, yo creo que ya se había dado por vencido, supongo que era porque tenía cáncer, yo que sé.

- Regresé a la universidad. La comunicación iba mejorando pero decidí ya no contarle cosas porque él no aguanta. Y pues ya se murió.

Terapeuta: ¿Qué dejaste de contarle?

Paciente: Pues mi vida amorosa

Terapeuta: ¿Qué pasa cuando él te dice “me decepcionas”?

Paciente. Pues sí duele

Terapeuta: ¿Qué le dirías ahora a tu papá?

Paciente: Le preguntaría ¿Qué te pasa? Somos humanos. Mi paciente – comienza a decir groserías- Me quedé con ganas de decirle muchas cosas y reclamarle otras.

Terapeuta: ¿Qué te parece si traemos a tu papá a la sesión y le expresas este malestar que estas sintiendo?

Paciente: Si, me parece bien

Terapeuta:

-Acerco una silla y le pregunto a mi paciente

- ¿En dónde te gustaría que estuviera sentado tu papá?

Paciente: Frente a mí.

Terapeuta: ¿Qué está haciendo tu papá en este momento?

Paciente: Está sentado igual que Yo, con esta misma postura

Terapeuta: ¿Igual que Tu?

Paciente: Sí con la pierna cruzada

Terapeuta: Bien, ahora que ya lo tienes sentado frente a ti, puedes decirme ¿cómo esta vestido?

Paciente: siempre fue una persona formal, ahora usa una camisa azul celeste con un pantalón de mezclilla y unas botas como las que traigo ahora.

Terapeuta: Ahora que lo vez ahí sentado frente a ti, regresa a ese día en el que te dijo que se sentía decepcionado y dile que ahora que lo estás trabajando en sesión puedes expresarle mejor el cómo te estás sintiendo ahora.

Paciente: Entonces lo sentaría junto a mí.

Terapeuta:

-Mi paciente mueve la silla a un costado de él

¿Qué te dice?

Paciente: Más bien yo le diría, ¿cómo es que te decepciono? Somos humanos, sólo quiero a otra persona, por mí no existe un problema, el único que queda mal en todo esto eres tú.

Terapeuta: ¿Cómo quedó mal él?

Paciente: él quedó mal conmigo porque yo esperaba comprensión.

Terapeuta: Díselo

Paciente: Yo siempre esperé comprensión de tu parte y no comprendo tu reacción, me gustaría que me preguntaras si tengo algún problema y que en realidad no, solamente que lo intenté un tiempo con chavas y no funcionó así que decidí probar con los chicos y las cosas salieron bien. Más bien ahora soy yo quien se siente decepcionado porque jamás me mostraste afecto.

Terapeuta: ¿Jamás te mostró afecto?

Paciente: Sí, sí lo hizo

Terapeuta: Podrías decirme en que te apoyó

Paciente: En realidad fue en todos proyectos, deportes, calificaciones, consejos que sí me funcionaban, en mis estudios, me defendía de los problemas de la escuela, bueno en realidad sólo fue esa ocasión en la que no sentí su apoyo.

Terapeuta: bien, ¿Qué podrías agradecerle ahorita?

Paciente: Te agradezco que me siguieras alentando, también te agradezco los viajes, las pláticas, los buenos consejos porque mucho de lo que soy ahorita o bien la manera de pensar que tengo no la tendría si nunca te hubiera escuchado. Gracias

Terapeuta: ¿Qué te diría él?

Paciente: Posiblemente lloraría porque es muy sentimental. Y yo lo abrazaría.

Terapeuta: ¿Cómo sería el abrazo?

Paciente: Muy fuerte (El paciente llora)

Terapeuta: ¿Qué más le agradeces?

Paciente: Gracias por ser un papá que siempre estuvo conmigo, y no fuiste como otros papás que nunca los veían o que tenían otra mujer. Que siempre estuviste con mi mamá, que siempre me alentaste a superarme y a no tenerle miedo a las cosas y si existía miedo, hacerle frente. Que nunca me dejaste solo

- Te dejé, no estuve ahí (Mi paciente llora y repite, lamento no haber estado ahí)

Terapeuta: ¿Qué te dice él ahorita?

Paciente: Él llora y me dice que estuve con él, que él sabía que la universidad necesitaba tiempo, que él se siente orgulloso, pero yo me siento mal porque por estar metido en mis calificaciones deje el proceso de mi papá.

Terapeuta: ¿Cómo estas ahorita con él, que está sentado junto a ti?

Paciente: Papá recuerdas que te llamaba por teléfono e iba a verte en ocasiones, pues ahora sé que te di lo que tenía y no dejaré de ver a las demás personas porque sé que aún están.

- No puedo creer que ya no estarás conmigo, pero puedo entender que ahora estás bien y que nos diste siempre lo mejor, sé que me quieres.
- Terapeuta: ¿Crees que puedas decirle ahora adiós y traerlo de vuelta a ti cuando lo necesites?

Paciente: Si, adiós papá y gracias por estar siempre que te necesité.

### **Resultados del Tratamiento**

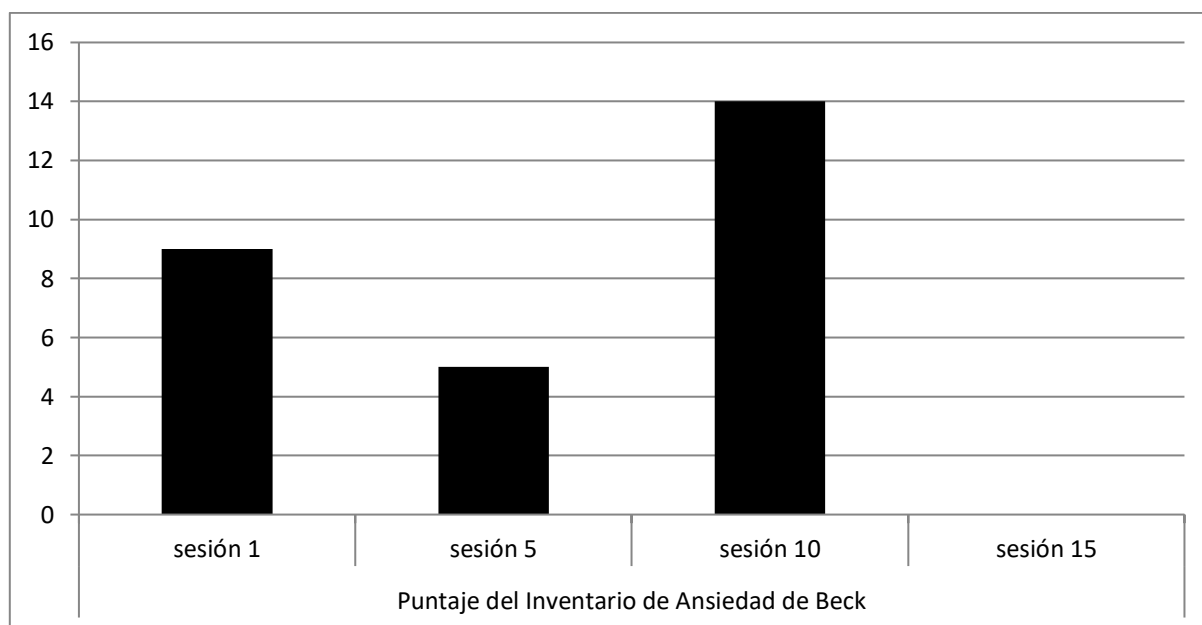
En relación con las escalas aplicadas al paciente, puede encontrar los siguientes resultados. El cambio más importante que puede observar es en los síntomas de ansiedad leve a ansiedad mínima durante las primeras sesiones se pudo observar por ejemplo, como el paciente en su lenguaje no verbal movía constantemente su pierna derecha al hablar del tema relacionado con su padre, este comportamiento duró hasta la sesión número 6, posteriormente su ansiedad disminuyó al dejar de mover su pierna al hablar de las dificultades que presentaba al relacionarse con su familia, amigos y maestros.

Cabe mencionar que no solamente fue en el movimiento de su pierna lo que presentaba como síntoma de ansiedad sino que también presentó problemas gastrointestinales y en ocasiones se presentaba a las sesiones con dolores de espalda por lo que se le recomendó asistir con un especialista para descartar algún problema físico, al llegar a la sesión número 15 el puntaje del paciente fue de ansiedad leve; en estas últimas 5 sesiones él lograba sentarse con los pies bien plantados en el suelo y hacer contacto con los eventos que estaban sucediendo en su aquí y ahora.

En la gráfica 1 se podrán observar las mejoras obtenidas por el paciente en la disminución de su ansiedad durante el proceso psicoterapéutico.



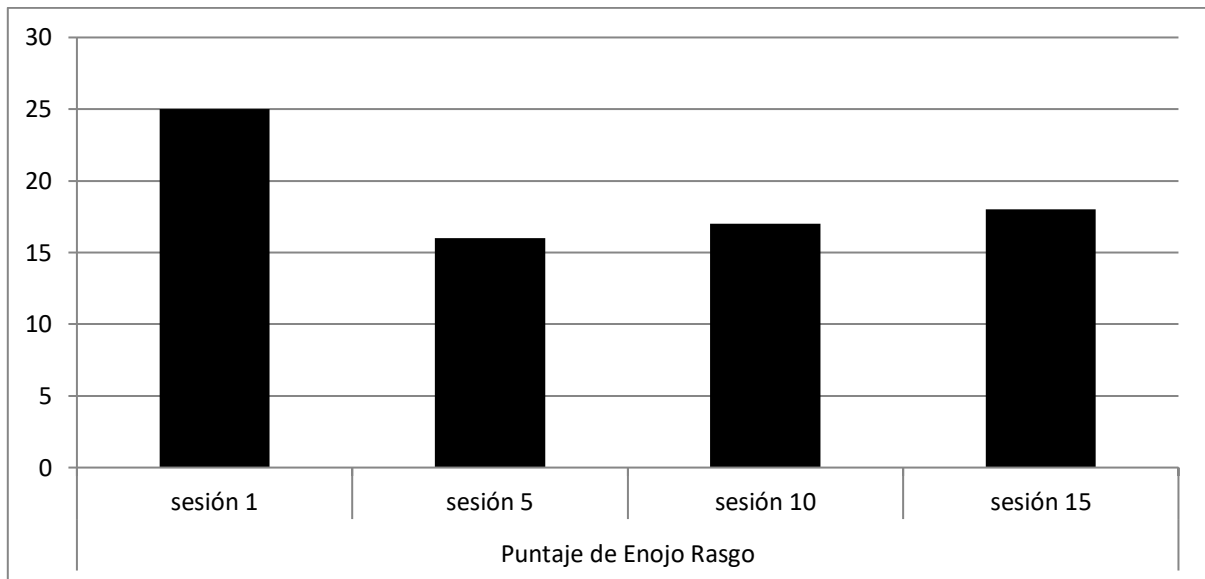
**Gráfica 1.** Inventario de Ansiedad de Beck



En la siguiente escala de enojo puede observar como su puntaje era alto y concluyó con un rango promedio gracias al trabajo de diferenciación en sus roles de hijo, hermano, amigo y compañero en donde aún se podían observar algunas dificultades en su trabajo de diferenciación con el otro por lo que se le recomendó continuar con el trabajo terapéutico, los aspectos en los que se podían evaluar fue el manejo de su lenguaje verbal hacia las personas con las que se relacionaba así como la disminución de palabras obscenas dichas en sesión. Así mismo lo puede notar en el lenguaje corporal cuando sus hombros y piernas no estaban hacia afuera y podía sentarse con la espalda pegada hacia el sillón y los pies pegados al suelo.

En la gráfica 2 se podrán observar las mejoras obtenidas por el paciente en la disminución de su puntaje de la escala enojo rasgo.

**Gráfica 2.** Escala Enojo Rasgo



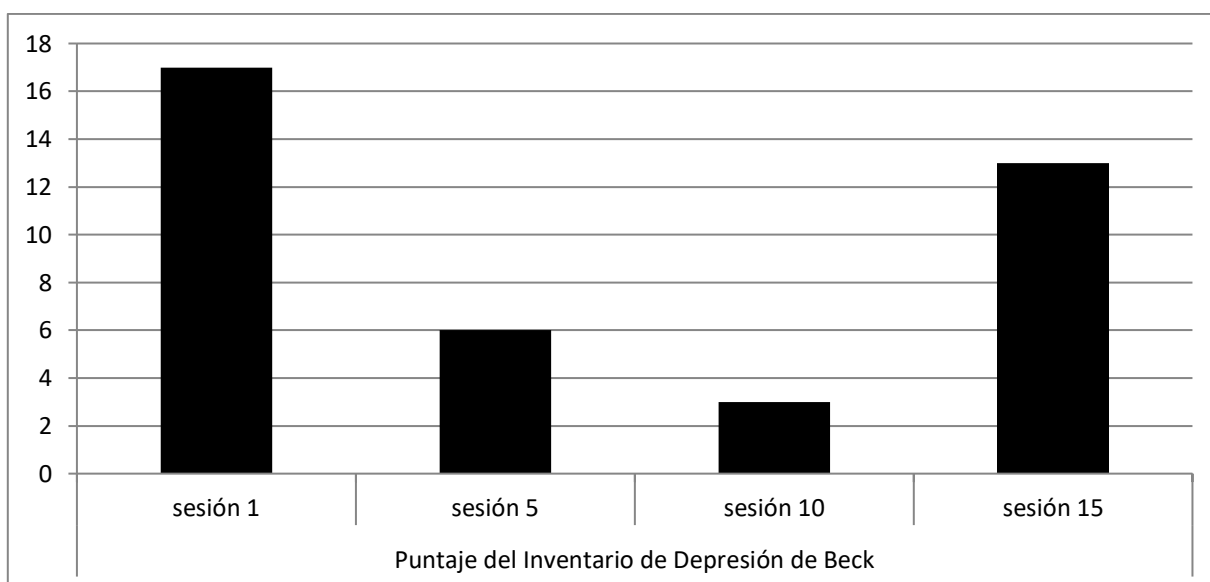
Finalmente, su escala de depresión inicial tuvo un puntaje moderado a leve el cual se considera es importante su disminución debido al cierre que pudo hacer con el proceso de duelo hacia su papá, la vestimenta se vio modificada en ocasiones ya que llevaba una playera, jeans y botas, el cambio de algunos accesorios así como el peinado, arreglo y alineo personal. Como recomendación para continuar el trabajo psicoterapéutico es importante considerar tres puntos básicos de la Terapia Gestalt que fue pilar fundamental durante este proceso, uno es el contenido verbal de lo que se expresa; segundo punto pertenece el sonido y el ritmo de la voz, y el tercero se refiere a la respiración del organismo, la postura y los gestos o movimientos corporales.

Como menciona Castanedo (1997). En su libro grupos de encuentro en Terapia Gestalt citando a Perls “La comunicación verbal es el relato de una experiencia, no es la experiencia misma. Es un mapa del territorio de la experiencia”. Es decir continuar el tratamiento con la noción del organismo como un todo implica que un organismo no es la

simple suma algebraica de sus partes, esto es mucho más, y debe ser tratado como un todo integrado.

En la gráfica 3 se podrán observar las mejoras obtenidas por el paciente en la disminución de su puntaje en la escala de depresión.

**Gráfica 3.** Inventario de Depresión de Beck



**Tabla 1.** Puntajes del paciente en la sesión 1, 5, 10 y 15

Mediciones	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10	Sesión 15
Depresión	17 (Depresión Moderada)	6	3	13 (Depresión Leve)
Ansiedad	9 (Ansiedad Leve)	5	14	0 (Ansiedad Mínima)
Enojo	25 (Puntaje Alto)	16	17	18 Promedio)
Vida en social*	3	2	2	1
Vida laboral/escolar*	3	2	1	5
Vida en ratos libres*	1	2	1	1
Vida familiar*	1	2	1	1
Salud física*	3	2	1	1
Vida general*	3	2	1	1
Vida de pareja*	N/A	N/A	N/A	N/A

- En estas escalas menor puntaje indica menor daño o afectación

### **Factores Asociados al Terapeuta**

Desde el comienzo del proceso terapéutico se tuvo una buena empatía hacia el paciente así como una buena contratransferencia que permitió llevar a término las 15 sesiones. Se observó que durante este proceso se proporcionó la información necesaria para que existiera una buena comunicación y que garantizara los niveles mínimos de comprensión hacia la problemática que presentaba mi paciente. Existió una buena capacidad de escucha, un establecimiento de metas a trabajar en cada una de las sesiones, un acompañamiento en el proceso terapéutico, contención y el manejo de sentimientos.

En la adherencia terapéutica existieron varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, y el apoyo social hacia mi paciente.

Es importante mencionar la conducta de cumplimiento con el tratamiento por parte del paciente, su motivación para la mejora de su salud emocional o bien para la adaptación a sus diferentes condiciones, sus actitudes y el desarrollo volitivo que se tiene.

## Discusión

En éste estudio de caso el objetivo fue cumplir con el cierre del proceso de duelo del paciente. Una vez identificados los síntomas y signos se hizo necesario el planteamiento del tratamiento. Por lo anterior se realizó el diagnóstico diferencial que ayudó a reflejar la expresión de algunos síntomas que pudieran variar de un paciente a otro que se encuentren en la misma situación.

Las técnicas de la terapia sistémica y narrativa ayudaron a comprender como es que mediante la saturación y externalización del problema ayuda a los pacientes a explicar los conflictos por los cuales se presentan a terapia y como hacen una “*descripción saturada del problema*” que suele ser el relato dominante de la familia, White y Epston (1993) lo llaman “*externalizar el discurso internalizante*”, lo cual permite expresar elementos de autoinculpación y falta de autoconfianza; desde esta perspectiva se trata de confrontar a las creencias y narrativas que permitan separarse de los relatos que dominan sus relaciones.

Concluyendo que el proceso llevado a cabo se buscó frustrar con habilidad al paciente en el aquí y ahora, facilitando el contacto con el medio, el autodarse cuenta de lo que significaba para el paciente lo vivido en el presente conectando con el pasado, la maduración y la autonomía, mediante los instrumentos utilizados en psicoterapia.

## Referencias

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Alcázar, R.J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *11*, 307-318.
- Castanedo Secadas, C. (1997). *Grupos de encuentro en terapia Gestalt: De la "silla vacía" al círculo gestáltico*. Barcelona: Herder
- Haley J. (1980). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. y Hoffman, L. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Argentina: Amorrortu Editors.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *21*, 26-31.
- López Avendaño, O. (2004). La agresividad humana. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, julio-diciembre.
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*.

- Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia Familiar*. Barcelona: Granica
- Moscoso, M.S. (2000). Estructura factorial del inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321-343.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1997). *Compiladores Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, España: Paidós.
- Ovejero, A. (2004). *Técnicas de negociación. Cómo negociar eficaz y exitosamente*. Madrid: Mc GrawHill.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- Zeig J. Y Gilligan S. (1994). *Terapia breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.