Universidad Iberoamericana Puebla

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

Maestría en Psicoterapia Tesis

Travesía interior hacia mi independencia emocional. Estudio de caso con un abordaje integrativo

Herrera Lasso Mijares, María Isabel

2021

https://hdl.handle.net/20.500.11777/5075

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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

TRAVESÍA INTERIOR HACIA MI INDEPENDENCIA EMOCIONAL: ESTUDIO DE CASO CON UN ABORDAJE INTEGRATIVO

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

DIRECTORA DEL TRABAJO

DRA. MARÍA DE LOURDES CARRILLO ÁRCEGA

presenta

MARIA ISABEL HERRERA LASSO MIJARES

Puebla, Pue. 2021

ÍNDICE GENERAL

Índice

Contenido	Pág.
Resumen	1
Abstract	1
Introducción	2
Objetivos generales y específicos	10
Ficha de identificación	11
Motivo de consulta	11
Técnicas e instrumentos de evaluación	14
Instrumentos cualitativos	14
Instrumentos cuantitativos	18
Diagnóstico del paciente	21
Formulación del caso clínico	26
Formulación del tratamiento	30
Implementación del tratamiento	36
Resultados	49
La persona del terapeuta	53
Discusión	54
Referencias	58

Índice de tablas

Tabla	Contenido	Pág.
1.	Ciclo de la experiencia	17
2.	Evaluación Multiaxial	26
3.	Implementación del tratamiento en el enfoque Sistémico	37
4.	Implementación del tratamiento en el enfoque Humanista Gestalt	42
5.	Resultados cuantitativos de la Escala Global	51
6.	Interpretación de los resultados	52

Índice de figuras

Figura	Contenido	Pág.
1.	Ecomapa	24
2.	Genograma	25
3.	Resultados Finales	51

Resumen

El objetivo de este trabajo es la presentación sistematizada de un estudio de caso del proceso psicoterapéutico brindado en el Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo, del programa de maestría de la Universidad Iberoamericana Puebla, a una mujer de 40 años, a quien llamaremos Luz. El motivo de consulta se refiere a episodios de crisis de ansiedad, miedo a la enfermedad, miedo al engaño y/o abandono y resentimiento con sus padres. El proceso terapéutico se lleva a cabo en un modelo integrativo, en una primera etapa con el enfoque Sistémico (18 sesiones), y en la segunda con Humanista Gestalt (15 sesiones). Los resultados obtenidos son del orden cualitativo y cuantitativo; éste último consta de las siguientes escalas: Escala Global, Enojo-Rasgo, Inventario de Depresión II de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck. Como resultado del proceso, se puede observar una mayor conciencia del origen de su ansiedad, sus miedos, su dependencia emocional y de la utilidad de un apoyo psiquiátrico, así como, disminución en síntomas de depresión y ansiedad.

Palabras claves: Dependencia emocional**,** Ansiedad, Terapia Sistémica, Terapia Gestalt, Proceso Psicoterapéutico.

Abstract

The objective of this work is the systematized presentation of a case study of the psychotherapeutic process provided in the "Servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo", of the master's program of the Universidad Iberoamericana Puebla, to a 40-year-old woman, whom we will call Luz. The motive for consultation is episodes of anxiety crisis, fear of illness, fear of deception and / or abandonment and resentment with her parents. The therapeutic process is carried out in an integrative model,

in the first stage with the Systemic approach (18 sessions), and in the second stage with Humanist Gestalt (15 sessions). The results obtained are of qualitative and quantitative order; the last one consists of the following scales: Global Scale, Anger-Trait, Beck's Depression Inventory II and Beck's Anxiety Inventory. As a result of the process, it can be observed a greater awareness of the origin of her anxiety, her fears, emotional dependence, and the usefulness of psychiatric support, as well as a decrease in anxiety and depression symptoms.

Key words: Emotional Dependence, Anxiety, Psychotherapeutic process, Systemic Therapy, Gestalt Therapy.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como principal objetivo, presentar la sistematización de un estudio de caso clínico, realizado en la Clínica de Orientación psicológica, psicoterapia y aprendizaje significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla (UIA), durante los periodos otoño 2020 y primavera 2021. El motivo por el cual la paciente solicitó apoyo psicológico fue que experimentaba tristeza, llanto fácil, se sentía desesperada, sobre todo en esta época, provocada por la contingencia sanitaria. No quiere repetir la historia de su madre. Resentimiento con su padre y, además, se da cuenta que tiene problemas en las relaciones de pareja.

Para entender con mayor claridad el objetivo de este trabajo, es pertinente explicar que la sistematización en la práctica clínica de la psicoterapia ayuda y facilita el aprendizaje, mediante la exposición de los casos clínicos, y la relación que se puede dar entre las intervenciones y las conductas, y los objetivos y logros durante los procesos de tratamiento psicoterapéutico. Es la interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su

ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de esa manera. Nos permite descubrir aciertos, errores, formas de superar obstáculos y dificultades o equivocaciones repetidas, de tal forma que los tomamos en cuenta para el futuro (Hernández, 2014).

De acuerdo con el mencionado autor es recomendable que los estudios que pretenden describir un caso clínico empleen una metodología que permita guiar a los autores en proporcionar un orden lógico y congruente con la presentación del caso de interés, para lo cual nos podemos apoyar en la sistematización. Sin duda, la publicación de un caso clínico o de un reporte de caso es una de las herramientas más útiles desde el punto de vista de la práctica terapéutica, pues permite que los clínicos transmitan sus experiencias de una forma sistemática y jerárquica para que otros profesionales de la salud puedan conocerlas y discutirlas, lo que sin duda contribuye al acercamiento entre la teoría, la práctica y la cercanía con los pacientes.

Por otro lado, la supervisión clínica no solo provee retroalimentación al trabajo técnico, sino que promueve una práctica ética, el cuidado y bienestar del paciente, la actualización constante del psicoterapeuta y su autoobservación (Villafuerte, 2016, p.43). O‘Donovan, Halford y Walters (2011), (citados en Villafuerte, 2016, p. 44), hablan de una “función restauradora”, en relación con la supervisión, ya que se vuelve un medio para que el supervisado obtenga bienestar y crecimiento personal a través del apoyo que se le brinda, siendo esta una base fundamental en la formación del psicoterapeuta.

Este estudio de caso fue abordado, en el marco de un modelo integrativo, bajo la supervisión tanto de un equipo terapéutico como de un psicoterapeuta especializado en

supervisión para cada uno de los enfoques aplicados (Sistémico y Gestalt). Salama define la supervisión como un proceso en el que una persona calificada por su experiencia en la investigación y la didáctica revisa una sesión de terapia que tiene lugar entre un terapeuta y su socio terapéutico o usuario. La supervisión estimula la detección de errores de procedimiento, conducta o modelo teórico y provee los conocimientos específicos para resolver cualquier error metodológico o conductual del terapeuta en su trabajo. (Salama, 2010, p. 229).

Con relación a la terapia integrativa, ésta implica el uso de más de un modelo terapéutico para trabajar con el paciente. El Gran Debate Psicológico de los 50, planteado por Rogers y Skinner en 1956, prevalece hasta la actualidad. Es un debate entre humanismo y conductismo que enfrenta al grupo que afirma que las personas son únicas e inmensurables, contra los que afirman que la conducta puede medirse, predecirse y controlarse. Lo plantean como el debate de los poetas contra los pragmáticos. También tuvieron efecto las escuelas no directivas y conductistas que terminaron generando un sinfín de teorías y enfoques terapéuticos alternativos.

Comenzaron a mezclarse las ideas de Freud con las de Skinner y los conductistas y con la escuela de Rogers, centrada en el cliente; todo esto generó un crecimiento de la práctica terapéutica y la posibilidad de trabajar con un mismo paciente diferentes enfoques.

Así tres de los teóricos modernos surgidos del psicoanálisis, Frederick y Laura Perls y Eric Berne aportaron dos modelos psicoterapéuticos que son los pilares de la psicoterapia (Suck, 2020).

En este caso en particular se utilizaron el enfoque sistémico y el modelo Humanista Gestalt. En la actualidad, afortunadamente, ya se puede observar la apertura tanto de los psicoterapeutas, como de los modelos, para poder hacer una integración de ellos, con los que se brinda una oportunidad para alcanzar los objetivos de los usuarios y/o terapeutas, y en el que el interés común es el bienestar y crecimiento del ser humano.

Como menciona el humanista mexicano Lafarga, (citado en Penhos, 2012, p. 22): “Todas las terapias son útiles, en tanto tienen como objetivo el bien del ser humano”.

El enfoque sistémico o Terapia Familiar Sistémica es un proceso de acompañamiento a las personas en sus dificultades para encontrar alternativas a las mismas. Este trabajo psicoterapéutico requiere la adopción de una nueva manera de ver el mundo y lo que sucede en él, a través de la integración del enfoque sistémico (Ortiz, 2008, p.13).

La terapia Sistémica se guía a partir de la formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad. La función de las hipótesis es vincular la información entre lo que se ve y lo que se escucha; la circularidad es la capacidad del terapeuta de conducir su terapia basándose en las retroacciones sobre la información que obtiene, haciendo correlaciones de diferencia y de cambio. Por último, es importante asumir una posición de neutralidad para evitar que el cliente adopte ciertos valores morales y sociales; al respecto, el terapeuta debe abstenerse de guiar una determinada trayectoria para el cliente (Boscolo y Bertrando, 2008, p. 122).

El objetivo del terapeuta sistémico es ayudar a la persona o familia a construir una "narrativa", diferente, desarrollando nuevos patrones de sentimientos, acciones, interacciones y/o formas de percibir la realidad, que hagan innecesario el problema o

síntoma por e1 que consultan y abrir nuevas perspectivas y posibilidades de acción en consonancia con sus sistemas de creencias, recursos, características personales, valores o prioridades. (Moreno, 2014, p. 218).

Por otro lado, la psicoterapia Gestalt pertenece a la corriente humanista de la Psicología, y 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 inconclusos consigo mismo y con los demás, dentro de un contexto único, mediante técnicas de diálogo y vivenciales que favorecen la comprensión súbita. (Salama, 2012, p. 21).

La facilitación por parte del terapeuta para la comprensión súbita y el cierre de cuestiones no resueltas en el paciente es un objetivo básico, para lograr una existencia auténtica y que aprenda a apoyarse en sí mismo y así evitar la dependencia y lograr vivir mejor su vida. (Penhos, 2012, p. 22).

La terapia gestáltica es una filosofía de vida que se basa en la apreciación de la actualidad, el estar consciente y asumir la responsabilidad. En base a lo anterior se induce al paciente a vivir el presente, con la finalidad de darse cuenta y hacer conciencia de sí mismo. En este modelo de comprensión vital o experiencial, se generará la confianza para hacer del proceso terapéutico una comunicación profunda más que un juego de palabras. (Naranjo, 2011, p. 19).

Con relación al diagnóstico al que se llegó en este caso de estudio, sin la idea de patologizar las condiciones, y en apego a la postura del enfoque sistémico en este sentido, tocaré brevemente los temas de dependencia emocional o afectiva, trastorno de ansiedad generalizada, síntomas obsesivo-compulsivos de la personalidad, los cuales le generan

ansiedad y dependencia emocional, así como celotipia, con el fin de integrar la información necesaria para su mejor comprensión.

Los primeros aportes sistemáticos sobre dependencia afectiva (DA) fueron realizados por Bowlby, 1980 (citado en Castelló, 2005; Joel, MacDonald & Shimotomai, 2010), para quien el apego se entendería como el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus cuidadores o figuras de apego (caregivers) el cual proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. Bowlby describió la ansiedad de separación que algunos niños presentan y la similitud que esta guardaba con un tipo particular de vinculación inadecuada: el apego inseguro. Entre dichas similitudes están: a) temor a la pérdida de la figura vinculada, b) búsqueda de proximidad y c) protesta por la separación.

Los estilos de apego son elementos comunes en las relaciones importantes durante toda la vida. Se manifiestan en la concepción del amor romántico, en la confianza en sus parejas y en su propia validez personal. Todo esto influirá las reacciones del adulto en sus relaciones de pareja en opinión de Hazan & Shaver, 1987 (citados en Fernández, 2019, p. 38).

Como mencionan Espínola, Ortega, Moreno y Gamboa en 2017, cuando se constituye una pareja, se establece un nuevo sistema, y de manera inevitable contará con características propias de cada uno, a través de las cuales se podrán relacionar y al mismo tiempo diferenciar de los sistemas iniciales de las familias de origen. Cada integrante de la pareja traerá mitos, creencias y expectativas establecidas a lo largo de su vida, muchas de ellas desarrolladas en la convivencia con su familia de origen. Cuando se llega a la edad adulta y a la vida de pareja resulta de gran valor el poder diferenciarse de la propia familia, y así no cargar lo que no corresponde. (Espínola et al, 2017).

Vetere & Dallos, 2012 (citados en Fernández, 2019, p. 39), consideran que las relaciones de pareja estarían moduladas por el grado de confianza y seguridad que cada miembro percibe de sí mismo y del otro, en lo que esperamos de los otros y en lo merecedores de amor y afecto que nos sentimos.

Framo, 1985 (citado en Espínola, 2017) plantea que cada integrante de la pareja posee agendas secretas basadas en sus expectativas, las cuales se enfrentan con la realidad y son sobrepasadas. Un ejemplo de lo anterior es el mito de que "un cónyuge tiene o debe hacer feliz al otro", que la felicidad completa existe y es responsabilidad de la pareja lograr que el otro la disfrute plenamente. Partiendo de ese supuesto, es cuando se hace presente la dependencia emocional de alguno de los dos miembros de la pareja.

Para cerrar, es importante hablar de la forma de trabajo, que, por razones de pandemia, se ha adoptado en el OPTA y en general para la atención de pacientes. Esta modalidad de trabajo, que ha sido denominada en línea, ya sea por videollamada o consultorios virtuales mediante la plataforma Zoom, ha requerido un esfuerzo importante, tanto por parte de los terapeutas, como de los usuarios.

Al respecto Anderson. 2009, citado por Universidad de Guanajuato (UG), 2020, establece que:

> En el caso de la psicología clínica, el comienzo del uso de las TICs se sitúa desde que Wittson, Affleck y Johnson (1961) emplearon la videoconferencia por primera vez; posteriormente Weizembaum (1966) diseñó el programa ELIZA y su aplicación DOCTOR que ayudaba en el campo clínico del estudio del comportamiento humano. Actualmente, una de las áreas que más se abre camino en

> el uso de las TICs es el trabajo como terapeuta. Algunos sostienen que se está presenciando el nacimiento de una nueva forma de tratamiento: la intervención mediante internet.

El referido autor, menciona que las y los psicólogos clínicos, universidades, agrupaciones y colegios profesionales deben incorporar y difundir los éxitos y bondades de las ciber-terapias de modo que sus beneficios impacten en la población general; es decir, un desafío próximo es traspasar los resultados investigativos en ciber-terapias a la clínica habitual y cotidiana.

La mayor preocupación de los terapeutas de las nuevas tecnologías es crear una buena alianza terapéutica.

> Un estudio realizado por Rees y Stone en 2005, refleja que no hay diferencias significativas entre la alianza terapéutica desarrollada en terapia presencial y la obtenida en tele terapia, especialmente en la modalidad de videoconferencia. La APA, 2013, (citada en González-Peña, y Torres, Ramón y del Barrio, Victoria y Olmedo, 2017, p.82), ha hecho recomendaciones específicas para la atención en línea a través de internet, para los psicoterapeutas, que incluyen temas de ética, confidencialidad, conocimiento de legislación, consentimiento del usuario, entre otros.

Existen diferentes opiniones en relación con las ventajas y desventajas, así como los beneficios y resultados o no, de la atención en línea, sin embargo, desde mi punto de vista, ha sido un gran apoyo para continuar nuestra formación, además de poder brindar el

servicio a las personas que lo solicitan y tener mayor alcance, al llegar a poblaciones que más lo necesitan.

Objetivos

El **objetivo general** de este trabajo es, a partir de la experiencia brindada por la práctica psicoterapéutica en el OPTA de la UIA:

Sistematizar un estudio de caso, a través de encuadrarlo dentro de una estructura, con un contenido lógico, que cubra los requisitos didácticos que se desprenden del trabajo realizado, el cual se llevó a cabo en la práctica psicoterapéutica supervisada bajo un modelo integrativo que incluye el enfoque Sistémico y el Gestalt.

Los objetivos específicos con la paciente en el modelo sistémico son:

- Fortalecer seguridad, confianza y autoestima.
- Hacer conciencia de sus recursos para afrontar situaciones y generar el cambio.
- Aceptación de su historia familiar.
- Diferenciar la historia de su madre de la suya.
- Trabajar apego inseguro.
- Afrontar el miedo a la soledad.

Los objetivos específicos en el modelo humanista Gestalt son:

- Reducir los niveles de ansiedad.
- Identificar sus introyectos.
- Reconocer lo no expresado.
- Contrarrestar pensamientos obsesivos.

- Centrarse en el aquí y el ahora. Responsabilizarse.
- Equilibrar sus tres zonas

Ficha de Identificación

El caso de estudio que nos ocupa se trata de una mujer de 40 años, a quien llamaremos Luz (por confidencialidad), originaria y residente de la ciudad de Puebla. Como características personales se observa de edad aparente a la cronológica, tez morena clara, ojos cafés, ligeramente rasgados, usa lentes, cejas bien dibujadas, cabello castaño. Es expresiva con sus ojos, mantiene buen contacto visual, sonriente y con actitud amable y abierta.

Estudió Licenciatura, sin embargo, no se tituló por haber empezado a trabajar. Actualmente labora en una universidad privada en el área administrativa. Comenta que le gusta mucho su trabajo y se siente bien en ese ambiente. Luz es independiente económicamente. Refiere tener buena relación con los compañeros de trabajo y amigos en la universidad. Actualmente ella vive en unión libre con su pareja, 11 años menor, quien trabaja como administrador en un antro (esto le genera ansiedad). Su familia nuclear consta de su mamá, quien está cuidando a la abuela, y una hermana de 35 años, soltera, que por cuestiones laborales reside en otro estado. La relación con su padre fue distante, se sintió abandonada. Con su madre es cercana, pero con algunas dificultades. Con su hermana se lleva y comunica bien. Con su pareja lleva buena relación y es funcional, aunque ella se siente insegura y con miedo a que la abandonen.

Motivo de Consulta

Muñoz y Novoa (2012), citado en Vargas, 2017, definen el motivo de consulta como el reporte inicial que hace el paciente de las razones por las que solicita consulta psicológica,

las cuales se asocian a los problemas, que él mismo percibe en su vida cotidiana (p. 79). Se han descrito clasificaciones y definiciones según los autores y las corrientes. Basándose en el trabajo de investigación realizado por Vargas (2017), se puede hablar de motivo de consulta manifiesto o latente, primario o secundario, emergente, demanda y queja. El motivo manifiesto se remite a lo que el paciente dice de su padecimiento, lo que interpreta y entiende de su propio malestar, que se ve influenciado por sus experiencias previas y su contexto sociocultural, además de la información que ha obtenido del médico o del psicólogo. El motivo de consulta latente se relaciona con las representaciones sociales que se tienen de las problemáticas por las cuales se asiste a un proceso psicológico (Quesada, 2003, citado en Vargas, 2017)). Y como menciona Rosi (2010), se refiere a la percepción subjetiva del paciente y es de manera inconsciente. El primario o secundario es en relación con la jerarquía que le da el paciente a su malestar y qué tanta afectación hay en su vida cotidiana. Por último, está la demanda que se refiere al reconocimiento del paciente de la necesidad de ayuda y la queja que es el sufrimiento o malestar con el que llega el consultante (Vargas, 2017).

Al psicoterapeuta le corresponde hacer su interpretación dependiendo del modelo de trabajo que lleva y buscar las explicaciones pertinentes de lo que aqueja al paciente, el cuál acude para disminuir su malestar y sufrimiento (Vargas, 2017).

Los motivos de consulta que llevaron a Luz a solicitar apoyo psicológico, en un principio fueron manifiesto y latente, y conforme fue avanzando el proceso transitaron a demanda y queja, basándonos en la clasificación antes mencionada.

Por un lado, se sentía triste, lloraba fácilmente, se sentía desesperada, sobre todo en esta época de encierro. Tiene mucho miedo de enfermarse, ya que se sabe vulnerable por

algunos problemas de salud que padece, como son alergias, sistema respiratorio y vascular sensible. Por el otro, le genera conflicto parecerse a su madre: “ser tan buena” que le toleró todo a su padre, y no quiere repetir la historia, ni aceptar ser engañada y no poner límites. Está resentida con su padre, quien murió hace 13 años, y engañó a su madre, además de haber sido muy distante con ella y su hermana. Se da cuenta que tiene problemas en las relaciones de pareja y que su historia familiar le afecta en este sentido, por los patrones de conducta que hubo en su padre y abuelo.

Ha tenido ataques de ansiedad, que se desencadenan cuando no tiene el control de su pareja y piensa que la puede engañar. El motivo de consulta manifiesto es que Luz ya no quiere sentir ansiedad ni miedo cada vez que su pareja sale. El motivo latente es el introyecto que tiene con relación a su historia familiar, pues cree que su pareja va a repetir la misma conducta de su padre y ella actuará de la misma forma que su madre. Lo anterior se empezó a trabajar en el modelo sistémico, sin embargo, sus resistencias han sido elevadas para poder aceptar que sus pensamientos y miedos son responsabilidad de ella y no de otros.

Con el modelo Gestalt se espera lograr situarla en el aquí y el ahora y que se haga responsable de lo que dice y hace.

Esta es la primera vez que Luz está en un proceso terapéutico. Anteriormente había recibido acompañamiento de un sacerdote y es quien le recomienda buscar apoyo psicológico.

Luz inició el trabajo terapéutico con el modelo sistémico en otoño 2020 y posteriormente, en primavera 2021 se continuó el proceso, con el modelo humanista Gestalt. Al término del otoño, se le comentó acerca de su ansiedad y la pertinencia de consultar un psiquiatra para

controlar los niveles de ansiedad, sin embargo, a pesar de que en esa misma semana otras tres personas le comentaron lo mismo, ella muestra una gran resistencia al uso de medicamentos. Empezó a usar flores de Bach, con lo que disminuyó ligeramente la ansiedad (efecto placebo), pero no lo suficiente para alcanzar un equilibrio emocional sostenido.

Técnicas e instrumentos de evaluación

A efecto de documentar las formas de recolectar la información y evaluar el caso de estudio, tanto en su aspecto cualitativo como cuantitativo, se presentan aquí las diferentes herramientas utilizadas. Los instrumentos para obtener la evaluación e intervención cualitativa fueron: entrevista clínica, observación y protocolo del OPTA (genograma y ecomapa) y el ciclo de la experiencia Gestalt o ciclo Gestalt de Salama (CGS). A nivel cuantitativo se aplicó la batería de pruebas psicológicas que consta de: Escala Global, Escala de Enojo Rasgo, Inventario de Depresión II de Beck (BDI) e inventario de Ansiedad del mismo autor (BAI). Esta batería se aplicó en la sesión 1, 5, 10 y 15, con lo cual podemos obtener datos comparativos desde el inicio hasta el término del proceso y observar los cambios que el paciente fue presentando.

Instrumentos cualitativos

La entrevista es una de las herramientas más útiles con las que se cuenta en psicoterapia, siendo el primer contacto que se tiene con el paciente. A través de ella se obtiene información de gran valor, para conocer a la persona, nos revela algo de sus emociones y de su vida personal. A través de la práctica se aprende qué preguntar y cómo dirigir la conversación para obtener la información necesaria para ayudar al paciente de la mejor

manera (Morrison, 2015, p. 1). La entrevista ayuda a obtener información desde una perspectiva dinámica, biológica, social y conductual del paciente. Como psicoterapeuta es de gran valor recibir un adecuado entrenamiento y práctica, para obtener los mejores resultados de la entrevista. Algunas de las características indispensables del entrevistador son: escucha, observación, atención, rapport, conocimientos suficientes para llegar a un diagnóstico, apertura y neutralidad, entre otras.

El protocolo del OPTA, es una herramienta de gran valor, que se utiliza adicionalmente a la entrevista, el cual nos ayuda a ordenar la información obtenida a través de la entrevista y de las sesiones subsecuentes, de mayor relevancia para tener una estructura, claridad y poder plantearnos los objetivos terapéuticos. Para lograr su objetivo, este protocolo, cuenta con apartados específicos como son: datos de identificación, motivo de consulta, padecimiento actual, tratamientos previos, datos significativos recientes, historia de enfermedades médicas, datos sociodemográficos, historia familiar, familia de origen, antecedentes familiares patológicos, familia actual, familiograma trigeneracional, situación académica, ajustes durante la vida adulta en 5 ámbitos, descripción del problema, examen mental, funciones del yo, diagnóstico descriptivo, diagnóstico diferencial, objetivos terapéuticos y abordaje terapéutico.

El genograma es una representación gráfica de la información básica, trigeneracional, de la familia. La información registrada es en relación con su estructura, datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De este modo, podemos darnos una rápida idea del paciente, su familia y las inter e intrarrelaciones que se dan en la misma. Partiendo del genograma se puede empezar a realizar una primera hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del

tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc. El genograma familiar se compone de tres fases: 1) trazado de la estructura familiar; 2) información básica sobre la familia; y 3) esquematización de las relaciones familiares (Compañ, Feixas, Muñoz y Montesano, 2012). Esta herramienta se utiliza principalmente cuando se trabaja bajo el enfoque Sistémico.

Ecomapa. Este instrumento de evaluación, diseñado en 1978, por Ann Harman, ha sido utilizado, principalmente, por médicos familiares, y personal de salud, con la finalidad de obtener información acerca de la relación del paciente y/o familia con los diferentes contextos con los cuales tiene contacto y así reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares. "El Ecomapa representa un panorama de la familia y su situación gráfica, conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y privaciones. El procedimiento de dibujar el mapa destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar". (Suárez, 2015, p. 72).

Ciclo de la Experiencia. Es una herramienta diseñada y utilizada en el enfoque Humanista Gestalt, la cual sirve para identificar en qué etapa se encuentra la persona, dentro de su propio ciclo, con relación a algún asunto o situación que quiera trabajar. La experiencia de los conductistas, posteriormente tomada por los primeros gestaltistas nos indican que el ciclo Gestalt de Salama (CGS) es un octograma que nos aporta y explica elementos como fases, frases, bloqueos, temores, emociones, características negativas y positivas, mensajes y actitudes negativas y positivas, además de los valores y frases por medio de los cuales se

pueden identificar los bloqueos en el aquí el ahora, con lo que se puede brindar un psicodiagnóstico del paciente en tiempo presente. (Penhos, 2012).

El CGS consta de 8 fases dependiendo del trayecto de la energía que se va dando durante el ciclo y así mismo nos plantea los bloqueos que pueden estar presentes en cada fase.

Tabla 1.
*Ciclo de la Experiencia***.**

Fases	**Descripción**	**Bloqueo**	**Descripción**
Reposo	Surge de la indiferenciación creativa, buscando el equilibrio y una nueva experiencia.	Postergación	Se caracteriza por dejar asuntos pendientes, evita el proceso de asimilación de la experiencia.
Sensación	Es la identificación en la zona interna al sentir físicamente algo aún desconocido.	Desensibilización	Negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente.
Formación de figura	Se establece la figura de la necesidad y se hace conciencia de la sensación.	Proyección	Consiste en atribuir a otro lo que le pertenece a sí mismo y negándolo en él.
Movilización de la energía	Se reúne la energía para llevar a cabo lo que requiere la necesidad.	Introyección	La persona incorpora actitudes, ideas y creencias que no fueron asimiladas y son distónicas al Yo.
Acción	Ocurre el paso a la parte activa movilizando al organismo al objeto relacional.	Retroflexión	La persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacer a los demás.
Precontacto	Se identifica el objeto relacional a contactar. Se localiza la fuente de satisfacción y dirige su energía estableciendo un contacto parcial.	Deflexión	Se evita enfrentar al objeto dirigiendo su energía a objetos alternativos. Evitamos enfrentar lo desagradable, aunque haya que hacerlo para resolverlo.
Contacto	Se establece el contacto pleno con el	Confluencia	El paciente no distingue límite entre su sí mismo

	satisfactor y se da la unión.		y el medio. Confunde sus fronteras.
Postcontacto	Se inicia la desenergetización, buscando el reposo dentro del continuo de conciencia.	Fijación	Necesidad de no retirarse del contacto lo que lleva a rigidez de conducta.

Elaboración propia, basada en Penhos 2012, p. 40-43.

Instrumentos cuantitativos

La Escala Global, diseñada por Alcázar (2012), sirve para medir el grado de afectación del funcionamiento de la vida de una persona en los ámbitos laboral, escolar, social y salud. Es escala tipo Likert, conformada por 7 ítems que van del 1 (nada) al 6 (muchísimo). Este instrumento fue validado en México, y algunos ítems que utiliza son: -Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada… -Mi salud física está siendo perjudicada… Para interpretarla, se suman los puntos de cada respuesta. A mayor puntaje, mayor afectación en el funcionamiento cotidiano. El tipo de instrumento es un inventario de autoinforme de lápiz y papel. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos. Tiene una fiabilidad de .84 y validez de facie. La puntuación más baja sería 6 y la más alta 42, en dónde todas las áreas de funcionamiento están muy afectadas.

La Escala de Enojo Rasgo es una prueba creada por Moscoso y Spielberger en 1999 y validada en México, por Alcázar en 2011. Tiene como objetivo medir la propensión de la persona a experimentar enojo a través del tiempo y las situaciones. El tipo de herramienta es instrumental, es una medición psicológica y su objetivo es la identificación de pensamientos (palabras o frases) asociados al enojo. La escala mide tres factores: dos asociados con exacerbación del enojo (ideas de venganza y pensamientos peyorativos/denigrantes) y uno asociado al autocontrol del enojo. Es un autoinforme de

lápiz y papel compuesto por 10 ítems, de tipo Likert. Tiene una confiabilidad de .83 y validez de .34 a .79. Las respuestas se codifican del 1 casi nada, 2 algunas veces, 3 frecuentemente y al 4 casi siempre. Algunos ítems son: -Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado. -Me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos. La interpretación es la suma del valor de la respuesta. La puntuación 10 a 16 se refiere a un nivel bajo de enojo, de 17 a 22 nivel promedio y de 23 a 40 nivel alto.

Inventario de Depresión II de Beck (BDI); los autores son Beck, Steer & Brown, el año de edición fue 1996. Es una escala tipo Likert, la cual consta de 21 ítems. Su objetivo es valorar la presencia y gravedad de síntomas depresivos como la desesperanza e irritabilidad, tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimiento de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (fatiga, pérdida de peso, de apetito sexual). Se aplica a adultos y adolescentes mayores de 13 años. Algunos ejemplos de los ítems son:

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

0 yo no he perdido el interés en la gente
1 estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2 he perdido en gran medida el interés en la gente
3 he perdido todo el interés en la gente

La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. La mínima es 0 y la máxima es 63, la cual se clasifica en 4 grupos; 0-13 mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28

depresión moderada y 29-63 depresión grave. Se puede aplicar de forma individual y colectiva. Tiene una fiabilidad de .85 y una validez de 5. El tiempo estimado de aplicación es de 5 a 10 minutos. Estandarizado en la Cd de México por Jurado, et al (1988). Salud mental. 21(3) 26-31.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Los autores son Beck y Steers. Validado en España en 1988 y su última revisión en 2011. Es una escala que mide, a manera de autoinforme, el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-IV-R para su diagnóstico. Es un instrumento tipo Likert. Se aplica a adultos y adolescentes de más de 13 años. El tiempo de aplicación es entre 5 y 10 minutos. Tiene una confiabilidad de .75 y una validez de .60. Consta de 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los elementos que lo conforman están relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Algunos ejemplos son:

*Entumecimiento, hormigueo.

* Miedo a que pase lo peor.

* Dificultad para respirar.

* Inseguridad.

Se mide en una escala del 0 al 3, dónde 0 es poco o nada, 1 más o menos, 2 moderadamente y 3 severamente. El rango de puntuación va de 0 a 63 y su interpretación es: 0 a 21 ansiedad muy baja, 22 a 35 ansiedad moderada y más de 36 ansiedad severa. Estandarizado en la Ciudad de México por Robles, R. et al, (2001).

Diagnóstico del Paciente

En la psicología clínica, así como en psicoterapia y las ciencias de la salud en general, para llegar a un diagnóstico o bien al acercamiento del mismo, nos basamos en la entrevista inicial, signos y síntomas que forman un cuadro clínico, así como instrumentos que aportan datos sobre el estado del paciente, su etapa de vida, su motivo de consulta y así poder encuadrar toda la información para definir la afección del paciente, establecer objetivos y diseñar el tratamiento idóneo.

La psicología clínica, aplica los conocimientos y técnicas al estudio del comportamiento que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros. El psicodiagnóstico es el proceso por el cual se identifica el trastorno y/o la condición psicopatológica, no sólo para explicar lo que le ocurre al paciente, sino fundamentalmente para planificar un tratamiento. Este proceso implica técnicas y modelos que constituyen métodos de diagnóstico, modelos psicopatológicos que se encuentran en la base de tales modelos y procedimientos psicoterapéuticos que están a su vez vinculados con la forma en que se aborda la psicopatología (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003, citada en Mongiat, 2016, p.6).

Un sistema diagnóstico de uso oficial y por lo tanto más aceptado es el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), el cual reconoce la multicausalidad de los trastornos y logra un sistema clasificatorio, en el que se limita a diferenciar los trastornos en función de los signos y síntomas que se pueden observar, y que nos ayuda a llegar al diagnóstico de algún trastorno mental o bien a descartarlo.

A través de la entrevista se identificaron los síntomas con los que cursa Luz, como son tristeza, ansiedad, miedo y pensamientos obsesivos y negativos, y celotipia, así como preocupación por la salud, baja capacidad de concentración y temor a ser engañada por su pareja.

Según la literatura, las personas con un patrón de dependencia afectiva (DA) poseen un locus de control externo, es decir, tienen la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros (Izquierdo, 2013, p. 87), lo cual hace que la persona no se responsabilice de sí misma.

Así mismo Castelló (2012) comenta sobre la dependencia emocional y cómo las mujeres priorizan su relación de pareja por encima de ellas mismas.

En relación con la ansiedad que presenta la paciente, se puede hablar de trastorno de ansiedad generalizado y de rasgos de personalidad del estilo obsesivo-compulsivo. Con relación a la ansiedad generalizada los criterios diagnósticos que establece el DSM-V, en este caso de estudio, están presentes los siguientes: ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco e irritabilidad. American Psychiatric Association (APA), 2014.

En cuanto a los rasgos obsesivo-compulsivos, algunos de los criterios diagnósticos son: se rige por el intelecto y no por las emociones, por patrones rígidos, exagerado orden en casa, pensamientos obsesivos, recurrentes y necesidad de controlar el ambiente (Caballo,2004, p.

233), y en este caso en particular el miedo al Covid 19, con pensamientos intrusivos en forma de duda.

Los celos son una emoción que tiene su origen en un deseo desmedido por poseer algo de forma exclusiva, subyace a la idea de la infidelidad (real o imaginaria) de la persona que se ama. Los celos se encuentran condicionados por un sentido desmesurado de propiedad y de exclusividad, más allá del exclusivo deseo sexual. (Caudillo y Cerna, 2007, citados en Pacheco, Sosa y Escoffie, 2017, p. 87).

López (2002), Martínez-León, et al. (2013), (citados en Pacheco, 2017), afirman que los celos patológicos o celotipia son un trastorno, resultante de una alteración afectiva-emocional anormal, que activa conductas moldeadas por estados afectivos, donde varias funciones psicológicas se alteran profundamente.

Como mencionan Ellis y Blau (2000), citados en Pacheco, 2017, se ha visto la correlación de los celos disfuncionales con creencias irracionales, demandantes y rígidas, y están acompañados de intensos sentimientos de inseguridad, autocompasión, hostilidad y depresión; así mismo han observado que en estos pacientes puede haber manifestaciones clínicas en diversos niveles: en el plano emocional es frecuente la ansiedad y/o agresividad; en el nivel cognitivo, los pensamientos intrusivos relacionados con la infidelidad; y en el nivel conductual, las demandas de seguridad o rituales compulsivos con el objeto de controlar al cónyuge.

A través del ecomapa podemos identificar gráficamente sus relaciones y funcionamiento en las diferentes esferas de su vida.

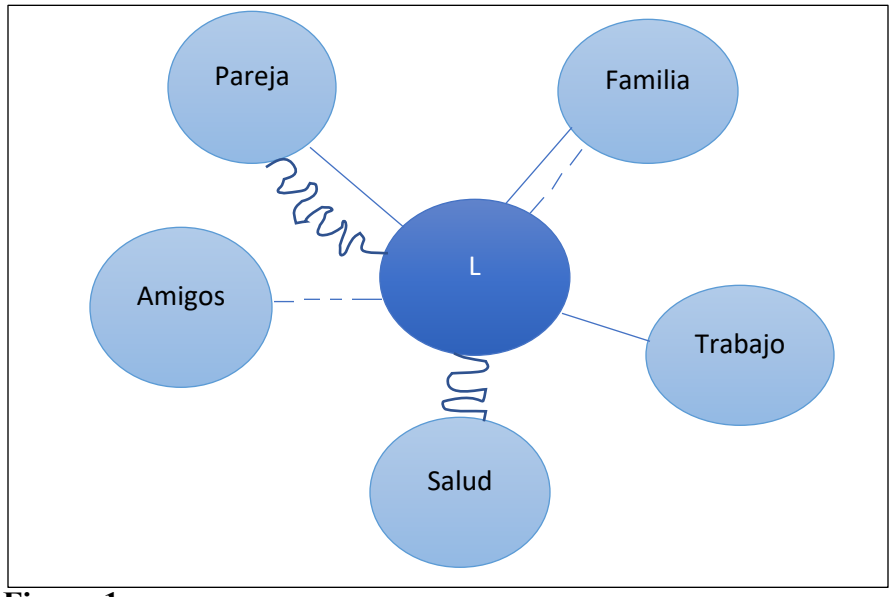

Figura 1.
Ecomapa. Muestra de forma rápida las relaciones actuales en las diferentes esferas de su vida. Elaboración propia.

Como se puede observar, la relación con su madre es buena y a la vez distante, ya que está enojada con ella y la forma en que llevó su relación. “No quiero ser como ella”. Con la hermana lleva buena comunicación, y en ella busca protección. Con su pareja puede tener una relación muy funcional, siempre y cuando él esté en casa y ella pueda tener el control de lo que hace. Luz se siente vulnerable y frágil en cuanto a su salud y tiene mucho miedo de enfermarse y más en este tiempo de pandemia, lo cual le genera conflicto y ansiedad.

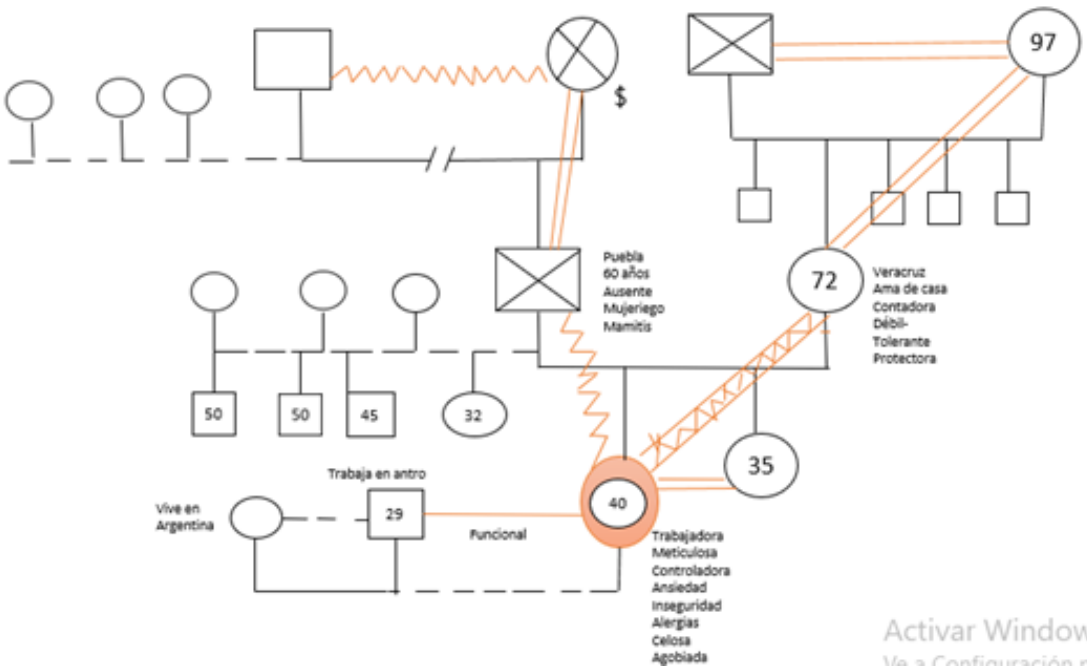

Figura 2.

Genograma de Luz. A través de éste podemos tener un panorama rápido de la estructura familiar, el tipo de inter e intra-relaciones entre sus miembros, y de la paciente con la familia, así como patrones de conducta, creencias y pensamientos heredados, comportamientos de género, etc.

En la familia de Luz se puede ver cómo las mujeres vivieron relaciones de pareja en las que los hombres tuvieron otras mujeres e hijos. Para Luz, esto ha sido un tema constante en su vida y que le afecta en su relación de pareja, ya que vive con miedo constante de que la abandonen o la engañen. Si se diera lo último, también le genera conflicto el repetir el patrón de su madre y aguantar ese tipo de relación.

Por medio de los instrumentos aplicados de manera periódica para evaluar el enojo, el funcionamiento en la vida diaria, la depresión y la ansiedad, se pudieron corroborar los diagnósticos a los que se llegó en los 6 ejes axiales del protocolo OPTA.

El diagnóstico clínico se realizó a partir de la evaluación multiaxial (DSM -IV), la cual ayuda a identificar las áreas del paciente que requieren de mayor atención:

Tabla Número 2.
Evaluación multiaxial

EJE I	**300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada**: Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses. Al individuo le es difícil controlar la preocupación. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. Irritabilidad. **Síntomas obsesivo-compulsivos**: Se rige por el intelecto y no por las emociones Patrones cognitivos rígidos Exagerado orden en su casa Pensamientos obsesivos, recurrentes y miedo al contagio de Covid. Necesidad de controlar el ambiente
EJE II	**301.6 (F60.7) Trastorno de personalidad dependiente** (emocional) Le es difícil tomar decisiones cotidianas Necesita que otros asuman la responsabilidad en áreas importantes de su vida Dificultad para expresar desacuerdo por temor a perder su apoyo Sentimiento de malestar al encontrarse sola, por miedo a cuidarse a sí misma
Eje III	Alergia al ambiente, a medicamentos. Insuficiencia venosa. Sistema respiratorio sensible.
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Ha tenido algunos problemas con su pareja por querer controlar lo que hace, e inseguridad en la relación (que la vayan a engañar, como lo hacía su padre con su madre y que ella lo tolere).
EJE V	60-51 síntomas moderados
Eje VI	Estructura neurótica por sus pensamientos obsesivos y sus miedos a la enfermedad y al abandono.

Elaboración propia, basada en APA (2002)

Formulación del Caso Clínico

Luz es una mujer de 40 años, en quien, desde el enfoque sistémico, podemos observar que viene cargando una historia familiar, la cual le ha generado la presencia de miedo y ansiedad en su relación actual de pareja. Ella se describe en su infancia como una niña que nunca dio problemas, no le gustaba hacer enojar a sus papás, en la escuela le iba muy bien,

era como la niña buena, comparada con su hermana (5 años menor) que era la que daba muchos problemas y había que estar encima de ella para que cumpliera con sus obligaciones. El sistema parental, además de que era intermitente, era inconsistente, lo cual se vio reflejado en sus relaciones filio parentales. El papá tenía otras mujeres y otros hijos, y en casa sólo estaba los fines de semana, lo que generaba un sistema conyugal endeble e incierto. No había una comunicación abierta y la mamá tuvo una postura sumisa y de aceptación, por miedo a ser abandonada. Para Luz, la relación con su padre, únicamente los fines de semana, la vivió como abandono, distancia, falta de interés y por más que ella se portara muy bien, no lograba la cercanía del padre, que era lo que ella deseaba. Tenía sentimientos encontrados, ya que lo quería cerca, pero a la vez le tenía miedo y no se atrevía a mirarlo a los ojos. La relación de su madre hacia ella fue de protección y presencia y tratando de justificar la ausencia del padre. Una vez que Luz fue creciendo y se entera de la vida que ha llevado su padre, su reclamo lo direcciona a la madre, por permitir el ser tratada de esa manera. En cuestión de género, se observa un patrón machista que viene desde el abuelo y se repite en el padre, y por parte de las mujeres, una actitud sumisa. Esta historia familiar, de creencias y conductas ha generado en Luz inseguridad, miedo al abandono, a ser engañada y dificultad para diferenciarse de su madre y no repetir el mismo patrón. Como comenta Satir (2002), el resentimiento y la hostilidad son el resultado natural de las personas que actúan para satisfacer a los otros y quedar bien, lo cual conlleva a una relación de dependencia, de apego negativo y de dificultad para tomar decisiones propias y asumir la responsabilidad de sí misma en la vida adulta. Luz se encuentra en un proceso de descubrimiento del origen de sus miedos, inseguridades y de reconocimiento de depositar la responsabilidad de su bienestar en los otros, ya sea su pareja, su mamá, o su hermana. Según la literatura, las personas con un patrón de dependencia afectiva (DA) poseen un

locus de control externo, es decir, tienen la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros (Izquierdo, 2013). Durante el trabajo en el enfoque sistémico se fue logrando que Luz identificara el papel que ha jugado su historia familiar en su vida actual y eso ha sido un avance, para más adelante lograr cambios que la lleven a la aceptación de su historia y poder diferenciarse de ella.

En el transcurso del proceso terapéutico, se han podido observar síntomas de ansiedad generalizada, relacionados a dos motivos específicos: por un lado, el miedo al abandono y ser engañada y por el otro a contagiarse de Covid 19, en este tiempo de pandemia. En Luz podemos ver que hay una relación de ambos, ya que, si su pareja sale, ella sufre de ataques de ansiedad, que incluyen sudoración de manos, taquicardia, opresión en el pecho, problemas de concentración para su trabajo, dolor de cabeza y miedo, por perder el control sobre él y lo que hace. Piensa que no se va a cuidar como ella cree que se debe hacer y se puedan enfermar, además del pensamiento intrusivo y recurrente de que la pueda engañar. A finales del 2020, ambos se contagiaron de Covid, sin que esto haya implicado atención hospitalaria o uso de oxígeno.

La relación de pareja es funcional, siempre y cuando él permanezca a su lado y ella tenga control de todos sus movimientos. En el último año de encierro, él le ha demostrado su amor e interés por permanecer en la relación, sin embargo, sí le hace ver que se siente perseguido y que le incomoda que no confíe en él. Estas situaciones la llevan a sentirse triste, decepcionada de sí misma, frustrada por no poder actuar de otra manera. Su seguridad y estabilidad están depositadas en la pareja y ella no se responsabiliza de sí misma.

Luz refiere que siempre ha tenido problemas de salud, alergias y que es vulnerable a enfermarse fácilmente. Desde el punto de vista del enfoque sistémico, la alergia es un síntoma de su inseguridad y autoestima baja, ya que, al enfermarse logra llamar la atención de su pareja en el momento actual y de su familia cuando era más joven.

Con Luz se trabajaron 17 sesiones con el modelo Sistémico Familiar y a partir de enero de 2021 se continuó el proceso, que se abordó con enfoque Humanista Gestalt. Desde la visión de este modelo, los motivos de consulta se modificaron, ya que se tomó la decisión, apoyada por la supervisora, de recomendarle ver a un psiquiatra para reducir los niveles de ansiedad y que se pueda seguir avanzando. Los motivos de continuar con el proceso de Luz son: “perdonar a mis papás”, “perdonarme a mí misma”, “aceptar mi historia”,” aceptarme como soy”. Se siente frustrada y decepcionada.

Hipótesis: Luz no tuvo relaciones de apego sanas, principalmente con su padre. Se sintió abandonada. En la actualidad ella ha depositado la responsabilidad de su bienestar en la familia y su historia. Es una mujer insegura y con miedo de que se repitan los patrones familiares. Esto le genera gran ansiedad y dependencia emocional.

El beneficio de haber cambiado de enfoque es llevar a Luz a que aprenda a hacer contacto con ella misma y sus emociones, ya que eso ha sido un obstáculo para lograr cambios y poder alcanzar un crecimiento personal. Retomamos el tema de su padre y se dio cuenta que lleva cargando una herida grande, polaridad de sentimientos, miedo a aceptarlos y reconocerlos, así como aceptar lo positivo y lo negativo que recibió de él y así liberarse del enojo y la tristeza que le genera pensar en él.

Hipótesis: Luz se encuentra en un nivel de perfeccionismo con necesidad de castigarse, a través de sus pensamientos negativos (posibles secuelas, volver a contagiarse, miedo a los medicamentos). Así mismo, tiene introyectos de su familia de los qué no logra deshacerse, es importante que los pueda ver, aceptar y reconocer para entonces poder soltarlos y regresarlos y asumir su propia responsabilidad.

Formulación del tratamiento

El tratamiento elegido para trabajar con Luz está directamente relacionado con los motivos de consulta y los objetivos terapéuticos planteados al inicio de cada uno de los procesos.

En el enfoque sistémico, los motivos fueron, por un lado, tristeza, desesperanza, miedo a ser engañada y a repetir el patrón de su madre y por otro, temor a ser contagiada de Covid y no ser lo suficientemente fuerte para soportarlo.

En la segunda etapa, en el modelo Gestalt, fueron reducir los niveles de ansiedad, reconocer sus introyectos, expresar lo no expresado, responsabilizarse y centrarse en el aquí y el ahora.

Las técnicas son los procedimientos específicos de intervención de cada modelo. Su uso requiere de sensibilidad para poder identificar el momento preciso para su aplicación, así como creatividad y libertad para jugar con ellas. (Ortiz, 2008). En muchos casos, los consultantes perciben que los resultados obtenidos en la psicoterapia están directamente relacionados con las tareas que llevan a cabo. No obstante, es la interrelación cliente-terapeuta, la que determina el efecto de las técnicas psicoterapéuticas como factores de cambio, desvaneciendo la creencia de que la técnica es el principal factor que explica el cambio. Si bien es un factor relevante, su influencia es menor que la esperada.

Etapa 1 Enfoque Sistémico Familiar

En el modelo Sistémico Familiar, se han visto buenos resultados utilizando la terapia breve, lo cual implica un promedio de 10 a 15 sesiones y enfocándose en temas específicos a trabajar, sin necesidad de prolongar por más meses o años de terapia; así es como surge el enfoque de centrarse en la resolución de problemas en el menor plazo.

El nombre de Terapia Estratégica Breve (TEB) resulta del trabajo de Weakland et al. (1974) para llegar a la resolución de problemas en el menor tiempo posible, y a partir de éste, se genera la disponibilidad de técnicas que permitieran resolver problemas, eliminar síntomas y modificar la realidad del paciente. (García, 2013)

El modelo de intervención terapéutica denominado terapia sistémica breve, incorpora los aportes de la terapia estratégica breve, la terapia breve centrada en la solución y la terapia narrativa, con el objeto de trabajar en forma cooperativa terapeuta-paciente, para lograr cambios oportunos (nivel 1) y perdurables (nivel 2) a partir del refuerzo de los recursos que el paciente va descubriendo.

No hay un modo protocolizado de hacer terapia, únicamente poner en práctica una metodología y un proceso que se ajusta a la individualidad del problema y del sujeto, con su lenguaje, valores, creencias, expectativas y motivaciones. (Schaefer, en García, 2013).

Técnicas

Reencuadre

Para Watzlawick (1999) el reencuadre significa reubicar la situación experimentada en otro marco conceptual y/o emocional, el cual resulta igual o más adecuado que el anterior, modificándose con ello todo su sentido. El objetivo de esta técnica es recuperar la

información que proporciona el paciente y modificar la visión de una realidad, para tratar de cambiar su sentido y ver que esta construcción puede ampliarse o modificarse, de tal manera que pueda ver su historia de otra manera. Es un proceso a través del cual se asocian nuevos significados a hechos similares, mostrando una realidad alternativa. Los reencuadres pueden ser, a grandes rasgos, de dos tipos:

Directo: connotación positiva o redefinición.

Indirecto: se entrega en forma indirecta a través de metáforas, analogía, historias, etc. Se potencia la posibilidad de hacer asociaciones y re-asociaciones inconscientes. (García,2013).

Elkaïm define esta técnica como la posibilidad de modificar el contexto conceptual y /o emocional de una situación, o el punto de vista según el cual es vivida, situándola en otro marco. (Psicólogos en Madrid, 2017).

El diálogo estratégico

Nardone y Portelli (2006) señalan que el diálogo estratégico es un instrumento de intervención y discriminación que implica el uso del lenguaje, la relación y la lógica de la intervención, con una continua orientación hacia el cambio. Permite el descubrimiento conjunto, favoreciendo con ello la relación y cooperación, haciendo que las prescripciones posteriores sean mejor aceptadas. El método, según los autores, es un continuo descubrimiento autocorrectivo (García, 2013).

Proyección a futuro, Pregunta Milagro

Consisten en invitar a los consultantes a que se imaginen un futuro en el que el problema por el que consultan está ya resuelto y lo describan con detalle (García, 2013).

Pregunta Milagro: «Suponga que esta noche, mientras está durmiendo, sucede una especie de milagro y el problema, tal como se ha presentado, se resuelve, no como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, sino de repente, de forma milagrosa. Como está durmiendo no se da cuenta de que este milagro se ha producido. ¿Qué cosas va a notar diferentes, mañana, que le permitan darse cuenta de que este milagro se produjo?». (Morejón, 1994). La pregunta final es «qué vas a notar diferente» o «cómo te darás cuenta». Y no, «cómo te sentirías» o «qué pasaría», pues estas últimas obtienen respuestas muy obvias y de escasa utilidad terapéutica.

La razón por la cual seleccioné estas técnicas deriva de la forma de ser de Luz, de los objetivos, así como lograr que haga contacto con ella misma y lograr la introspección. (García, 2013)). A través de éstas, se replantea el problema, se cambia la narrativa y se busca lo positivo. La selección de estas técnicas fue en base empírica, ya que en la literatura no hay trabajos específicos de investigación que demuestren su utilidad, sin embargo, en la teoría, los autores muestran sus resultados, a través de su experiencia y con sus casos clínicos, con lo cual se pueden observar los cambios generados en los consultantes con el uso de las diferentes técnicas.

Etapa 2 Modelo Gestalt

Las técnicas gestálticas pueden ser: expresivas, las cuales se utilizan para expresar lo que se está suprimiendo, supresivas, que se utilizan para suprimir lo que se está expresando, como temores, culpas, vacíos existenciales, etc., e integrativas, las cuales se aplican para integrar lo suprimido o lo expresado ya resuelto. (Penhos, 2012). Su finalidad es hacernos conscientes de nuestros sentimientos, emociones y conductas.

Técnicas

Expresar lo no expresado

Cuando es obvio que el paciente está reprimiendo su material por algún temor y se le invita a que lo exprese dentro de un ambiente de seguridad y confianza.

Silla vacía

Ésta es una de las técnicas por excelencia de la terapia gestáltica. Consiste en hacer dialogar a las distintas partes que se oponen en el individuo, y en poner en contacto aquéllas otras que negamos o rechazamos. Sirve para que la persona en proceso tome asiento en una de las sillas (la caliente) y realice un trabajo de confrontación con alguna persona fantaseada a la que "pone" en la otra silla frente a él/ella (vacía). Lo importante es rescatar lo proyectado por el paciente. A través de esta experiencia, el paciente va adquiriendo la habilidad, no sólo de reincorporar partes suyas proyectadas en los otros, sino también la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Esto le da una nueva perspectiva y percepción del otro, con una visión nueva que puede ser enriquecedora para él/ella y para la relación entre ambos, pudiéndose dar una forma de diálogo nueva y más creativa. (Martín,2011, p.160).

Arrinconamiento positivo

Se le pregunta al paciente ¿Qué es lo mejor que te puede pasar si haces o dices lo que temes? Se repite la frase las veces que sean necesarias hasta que la persona reúne valor para resolverlo. (Penhos, 2012, p.32).

Arrinconamiento negativo

La pregunta que se le hace al paciente es: ¿Qué es lo peor que te puede pasar si haces o dices lo que temes? Se repite tantas veces como sea necesario, hasta que la persona llega a entender que no cree que vaya a pasar tantas penurias para lograr lo que desea. (Penhos, 2012, p.32)

Vacío Fértil

Se invita al paciente a crear la fantasía de entrar en el vacío y a medida que penetra en él, descubrir de que está compuesto y llenarlo con algo agradable que desee. La idea es convertir el vacío estéril en vacío fértil. (Salama, 2010).

Esta técnica favorece que la persona enfrente sus sensaciones desagradables o vacíos existenciales, y reconozca lo que es molesto y hacerse responsable. Permite hacer contacto con el dolor y aprender de él, además de lograr expresar sus emociones.

Túnel del tiempo

Es una fantasía guiada que lleva al paciente a escenas desagradables y no resueltas o resueltas parcialmente de su pasado y un encuentro con el niño interior a quien el adulto acoge. (Penhos, 2012, p.33).

Asuntos pendientes

Son todos aquellos sentimientos y emociones no resueltos, que no han podido ser expresados porque la persona no se ha atrevido o no ha tenido oportunidad de expresarlos en el momento en que surgieron o tomó conciencia de ellos. Para trabajar los asuntos pendientes hacemos una especie de encuentro con la persona con la que el paciente se encuentra enganchado. Para ello le pedimos que exprese los sentimientos que guarda hacia esa persona y que no pudo expresar todavía: rabia, dolor, resentimiento, amor, etc. Una vez que la persona siente que ya no tiene más cosas que expresarle, le preguntamos si se siente

preparado para despedirse. Si es así, comienza el proceso de despedida. Por el tono de voz, por la postura y por lo convincente de sus palabras podemos ver si realmente puede decirle adiós o si todavía no está preparado. A veces, esto último sucede porque todavía quedan asuntos pendientes y resentimientos no expresados. (Martín, 2011, p. 164).

Me hago responsable

Cuando un sujeto expresa algo que le está sucediendo, se le puede decir que añada a esa percepción: "Y me hago cargo de ello". Resulta así: "Me doy cuenta de que mi voz es tranquila, y me hago responsable de ello". "Me doy cuenta de que estoy nervioso e intranquilo, y me hago responsable de ello". Con esta fórmula, el paciente deja de echar la culpa al mundo de sus estados, y tiene la oportunidad de hacer algo por sí mismo para cambiar o disminuir sus consecuencias. Este juego le permite ser más activo en el cambio de su conducta y asumir el poder que esto le proporciona. A partir de esta experiencia tendrá que aceptar que lo que le ocurre es porque hace o deja de hacer algo, y el resultado es el producto de sus acciones u omisiones. (Martín, 2011, p. 165).

Implementación del tratamiento

Cómo ya he mencionado, el proceso terapéutico con Luz se llevó a cabo bajo un modelo integrativo, por lo que lo he divido en dos etapas. Etapa 1 modelo Sistémico y etapa 2 modelo Humanista Gestalt. En el modelo Sistémico, supervisado por la maestra Teresa Badia Julián, estuvo conformado por 18 sesiones, semanales, que iniciaron el 12 de septiembre del 2020, con un descanso de 3 semanas, por vacaciones de Navidad y Fin de Año, retomando el 6 de enero y cerrando esta etapa el 20 de enero del 2021. En la segunda

etapa, bajo la supervisión de la maestra Nora Guadalupe Gurrola Sánchez, con el modelo Humanista Gestalt, se inició el 27 de enero del 2021, con la misma frecuencia semanal, hasta el 28 de mayo, con un total de 14 sesiones.

Cabe destacar que la paciente se presentó a todas las sesiones en tiempo y forma y con buena disposición.

Tabla 3

Implementación del tratamiento en Enfoque Sistémico

SESIONES	TEMAS Y CONTENIDOS ABORDADOS EN LA SESIÓN	TÉCNICAS UTILIZADAS	SIGNOS Y SÍNTOMAS	RESULTADOS
Sesión 1: 12-9-2020	Motivo de consulta, proporcionó información de su sistema familiar, expectativas de la terapia.	Encuadre Escucha activa	Ansiedad y enojo	Inicio de relación apertura y confianza. Mostró disponibilidad.
Sesión 2: 16-9-2020	Relaciones con sus papás y abuelos	Información trigeneracional	Enojo, miedos	Reconoce lo que no le gustó de su padre.
Sesión 3: 23-9-2020	Historia de enfermedades y alergias. Relación con la hermana, celos. Construcción de genograma Relación de pareja.	Escucha activa	Tristeza, enojo, celos, ansiedad.	Logra identificar de que le servía estar enferma y el llanto. Reconoce que le cuesta trabajo expresar sus sentimientos.
Sesión 4: 3-10-2020	Miedo al contagio, su vulnerabilidad. Miedo a la soledad. Relación con el abandono.	Supervisión en vivo Información de género, usos y costumbres y patrones aprendidos	"Revuelta", menos ansiedad.	Se da cuenta que su forma de comunicar no ha sido la mejor y que el problema está en ella.

Sesión 5: 7-10-2020	Expresión de sentimientos. Honestidad vs mentira. Silencio=mentira.	Reencuadre Confrontación	Pensativa, confundida.	Exploración de dificultad para hablar de ella y expresar sus sentimientos. Relacionado a su infancia y aceptación.
Sesión 6: 14-10-2020	Resistencia para soltar, flexibilidad, control.	Diálogo estratégico para el cambio	Inseguridad, enojo	Reconocimiento de obsesividad y rigidez. Se va más tranquila
Sesión 7: 21-10-2020	Dificultad para el control de pensamientos negativos	Reencuadre. Modificación y control de pensamientos	Ansiedad, crisis, angustia, miedo, frustración.	Es difícil llevarla a la introspección. Rechazar los pensamientos negativos.
Sesión 8: 28-10-2020	Crisis de ansiedad. Silencio y el riesgo.	Cambiar la narrativa, psicoeducación	Ansiedad, sudoración, gestos de angustia. Desesperación.	Se da cuenta de lo que hace, de sus miedos y la dificultad para enfrentarlos.
Sesión 9: 4-11-2020	Miedo a ir al trabajo. Despedida de la hermana.	Reencuadre positivo. Estratégica.	Miedo, tristeza, pensativa	Asumir el autocuidado. Empieza a hacer conciencia de que responsabiliza a otros de su bienestar.
Sesión 10: 11-11-2020	Ansiedad por tener que ir a la universidad y exponerse. Relación con su pareja. Roles en la pareja.	Identificación de pensamientos Polaridades y roles Cuestionamiento sobre su proceso	Miedo, angustia, vulnerable	Se siente escuchada, reconoce que el avance ha sido lento. Se da cuenta de su rol de mamá en la relación.
Sesión 11: 18-11-2020	En el trabajo le comentaron que la veían callada, deprimida, retraída. Le recomiendan	Diálogo estratégico	Sensible, triste, ansiedad. Continúa el miedo a ser engañada.	Se da cuenta que está ansiosa y deprimida. Identifica patrones de conducta como los de su mamá.

	consultar un psiquiatra.			
Sesión 12: 25-11-2020	Comenta que le falta mucho para sentirse bien. Resistencia para crecer.	Psicoeducación Reforzamiento positivo	Miedo al contagio, ansiedad, inseguridad en la relación	Identifica lo que le desencadena la ansiedad: enfermarse e inseguridad con su pareja.
Sesión 13: 2-12-2020	Tiene mucho trabajo y lo posterga. Duelo de su padre.	Narrativa familiar y diferenciación	Poca concentración, dificultad para dormir.	Disminución de la ansiedad y angustia. Cambios significativos en ella.
Sesión 14: 9-12-2020	Habló de su aniversario con su pareja y sus pensamientos negativos al respecto e inseguridades.	Confrontativa para identificar su rol en la relación y a qué está dispuesta.	Desilusionada de sí misma, triste, "rara"	Se da cuenta que necesita cambiar su forma de comunicarse.
Sesión 15: 15-12-2020	Se siente animada por ver a su mamá y pasar Navidad con ella. Se empieza a adaptar a la nueva normalidad. Planteamos la terminación del proceso.	Reforzamiento de avances y darse cuenta de que depende de ella.	Menos ansiedad, preocupada por el viaje, de mejor ánimo.	La sesión anterior la movió mucho. Se percata de que está cambiando sin esfuerzo, va fluyendo en lo cotidiano. El temor a ser engañada ha disminuido. Planteamos el cierre.
Sesión 16: 6-1-2021	Contrajeron COVID su pareja y ella. Crisis con la pareja por mala comunicación, su postura egoísta y de control de parte de ella.	Revisar cómo está y lo trabajado en relación con la enfermedad y vulnerabilidad. Valorar lo que tiene.	Miedo, vulnerable, ansiosa. El miedo se volvió realidad.	Se siente agradecida, y valora lo trabajado en este tiempo para enfrentar la enfermedad. Actitud positiva.
Sesión 17:	Le cuesta trabajo el estar enferma.	Manejo de la enfermedad.	Desanimada, miedo a los	Logra hablar con el monstruo.

13-1-2021	Pensamientos negativos. Dificultad para estar con ella misma.	Analogía con el monstruo.	medicamentos. Se siente triste, frustrada, apagada.	Agradece a los medicamentos la ayuda. Depende de ella estar bien, ella es su propio alimento.
Sesión 18: 20-1-2021	Hoy haríamos el cierre. Ella pide continuar, dice;" no he hecho nada por mí o para mí",	Recapitulación del tiempo de terapia	Dispersa, poca concentración, frustración, coraje "quiero despertar"	Valorar los avances que ha tenido. Reconoce que todavía no está lista para cerrar.

Elaboración propia.

Nota: El resultado de las sesiones casi siempre se remonta a lo que ella tiene que cambiar, eso la confronta mucho. Quizás por eso se da la resistencia a la terapia, por un lado, quiere que sea diferente, pero por otro a veces es como si no estuviera dispuesta a tomar el riesgo.

Sesión modelo 6 (Enfoque Sistémico)

Objetivo de la sesión: cambiar la narrativa de su historia. Descubrir lo que ella necesita para "estar en paz".

Técnica empleada; diálogo estratégico para el cambio.

Desarrollo de la técnica: Esta técnica implica el uso del lenguaje, la relación y la lógica de la intervención, con una continua orientación hacia el cambio.

T: Hola, ¿Cómo estás?

L: -Agobiada, con mucho, con muchos pendientes, muchos encargos, entonces ahorita sí es, no sé…, como concentrarme en todo mi trabajo, bastante. Pues ahí la llevo.

T: ¿Qué te desconcentra de tu trabajo?

L: -Se queda pensativa. Pues que G salga (se sonríe nerviosa), este, eh, y no sé, como que me pasa mucho que a pesar de que tenga mil cosas abiertas y mil cosas pendientes, pues las dejo y me pongo a taruguear o a ver otras cosas. Que eso es la procasinación o ¿eso?, no sé y después cuando me dan las 5 es cuando me pongo otra vez a hacer cosas.

Cambiamos del tema del trabajo a ella

T: ¿Qué pasaría si un día no tuvieras angustia ni miedo?

L: - Estaría feliz y contenta

T: ¿Cómo crees que llegaste a eso, ¿qué pasó para que tú pudieras sentirse de esa manera?

L: - Pensativa…eran los miedos, que no tuve miedo, no tuve angustia, este…probablemente, como en el supuesto caso, pues de que no eh…pues de que no tuviera el miedo o la angustia de que G estuviera fuera o de que G estuviera trabajando y así, este…pues nada mas así. Algo que me gustaría mucho, que esta como dentro de mis must o algo así, pues despertar un domingo en la mañana, después de haber dormido y descansado, como reactivada, salir a andar en bici con G…, pero no se puede. Sería muy ideal que eso pasara

T: Para que eso pasara ¿tuvo que haber cambiado algo?

L: - ¿Mío? Creo que no, bueno sí. ¿Mío?, los miedos, hacer a un lado los miedos. El tema como superar mis miedos de que estoy…, de que G no está. Yo, yo tendría que haber cambiado todo eso, superar mis miedos o mis ansiedades angustias, sobre todo el que me genera que G esté trabajando. Ya, digo, que dependan de mí, quitarme los miedos.

T: ¿Y cómo podría suceder eso?

L: -Pensativa… -Híjole, pues aprendiendo, tener más seguridad.

T: Seguridad, ¿en qué o en quién?

L: - Aja, estar más segura de que…pues creo, bueno no creo, estoy segura de que el tema de celos o de miedos, pues es de uno mismo, ¿no? de que tú no estás segura de ti, porque al final la persona, en este caso G pues sí me estaría siendo infiel a mí, pero más a él. Sí me estaría engañando más a mí y creo que eso como que no lo he podido aterrizar en mí, o aceptar en mí.

T: ¿Qué es lo que te afecta a ti?

L: -A mí me afecta. A mí me afecta el miedo y la ansiedad que tengo de que me engañe, de qué me ponga el cuerno, de que le pase algo, de que esté ahí, en ese ambiente tan feo, o sea. -Ya mira, creo que, el que esté expuesto al ambiente del alcohol y eso, es un tema más superado, que no es un tema que llegue borracho, ni mucho menos, como que eso si lo tiene muy claro que es su chamba y que solo fue una etapa en la que sucedió eso y fue bastante claro y justo el ahorita es lo que me dice, si extraño ese ambiente, pero no extraño la fiesta…

T: En esa parte tú le tienes confianza, entonces qué otro tema hay. Lo importante es que tu identifiques, aceptes y reconozcas que es lo que te causa tanto miedo y ansiedad.

L: -Pues eso, que me ponga el cuerno, que me mienta, y que le llegue a pasar algo.

T: y todo eso es algo que tú traes cargando. ¿De qué manera crees que te podrías liberar de eso?

L: -Gesto afirmativo. Se queda pensativa

T: ¿Él conoce tu historia de tus miedos, a que te engañe y que te mienta?

L: - Ah no. Bueno a que me engañe y me mienta sí, pero de que me ponga el cuerno como tal, no.

T: ¿Cómo puedes recuperar la confianza? ¿Lo hablarías con él?

L: Pensativa – Prefiero no hablarlo, para tener una relación en "paz".

Resultado de la sesión

- A través del diálogo estratégico y regresando la información que proporciona, se logró que Luz reconozca, identifique y acepte que tiene miedo y ansiedad, causada porque su pareja salga a trabajar al antro y lo que eso implica: posible infidelidad = mentira y la relación que tiene con su historia de familia. Así mismo, llevarla al cuestionamiento de su silencio, para evitar problemas en la relación.
- Reconoce su dificultad para comunicarse y correr riesgos.
- El quedarse pensativa, es un avance, para acercarse a ella misma y no pensar únicamente en lo que hacen los demás y no asumir su responsabilidad del sentirse bien o mal.

En la segunda etapa, bajo la supervisión de la maestra Nora Gurrola, con el modelo Humanista Gestalt, se inició el 27 de enero del 2021, con la misma frecuencia semanal, hasta el 28 de mayo, con un total de 14 sesiones.

Tabla 4

Implementación del tratamiento en Enfoque Humanista Gestalt

SESIONES	TEMAS Y CONTENIDOS ABORDADOS EN LA SESIÓN	TÉCNICAS UTILIZADAS	SIGNOS Y SÍNTOMAS	RESULTADOS

Sesión 1: 27-1-2021	Encuadre, cuestionario de Covid, explicación del modelo Gestalt, motivo de consulta	Escucha activa De qué te das cuenta Psicoeducación a medicamentos	Vulnerable, ansiosa, triste, miedo	Se da cuenta que debe aprender a identificar lo que siente. Se siente emocionada. Quiere darse espacios a sí misma.
Sesión 2: 3-2-2021	Su salud. Control de su pareja. Dependencia emocional	Hacer contacto con ella misma Connotación de su cuerpo y su fortaleza. ¿En dónde lo sientes?	Rara, extraña, miedo a tomar decisiones. Tristeza, llanto, frustración.	Se siente más tranquila, relajada, sacó lo que traía. Se da cuenta que necesita actuar.
Sesión 3: 10-2-2021	Reconocimiento y agradecimiento a los medicamentos. Celos, ansiedad, inseguridad. Consulta con psiquiatra.	Resaltar el valor de los pensamientos positivos y su repetición. Estar en el aquí y el ahora.	Menos ansiedad (7). Miedo al abandono. Frustración. No se responsabiliza.	Se da cuenta que está en sus manos cambiar el pensamiento. Nivel de ansiedad 7. Retomar la idea de consultar psiquiatra.
Sesión 4: 17-2-2021	Carga de trabajo-postergación. Ella es la responsable de su malestar y no los otros. Pienso mucho y no hago nada.	Confrontación a su actitud infantil. Si tus manos hablaran… Sensibilización y respiraciones	Ansiedad, sudoración de manos	Logró bajar la ansiedad. Reconocer sus limitaciones de control. Se permite sentir.
Sesión 5: 26-2-2021	Autobiografía. Hacerle notar lo positivo de hablar de sus sentimientos, identifica que es bueno. Relación con su papá. Polaridad de sentimientos.	Sesión en vivo. Aquí y ahora Expresar lo no expresado Experimento: si tus ojos hablaran, que te dirían	Ansiedad, nervios, emoción, tristeza, dolor, desesperación. Mucho llanto. Rabia, coraje.	Se dio cuenta que habló de sus sentimientos y los dejó salir. Logró hacer contacto con ella. Reconoce que está herida y logra tocar la misma.
Sesión 6:	No se da el tiempo de sentir.	Asuntos pendientes	Enojo, rencor	Empieza a sentirse liberada.

3-3-2021	Identifica hacia quien es el reclamo y coraje. Se atreve a preguntarse si odia a su padre. Resistencia al psiquiatra.	Polaridades	Culpa, miedo al abandono, llanto, ansiedad	Se da cuenta que vuelve a tapar la herida. Diferenciar a su pareja de su padre.
Sesión 7: 10-3-2021	Comenta que ha estado menos ansiosa, mejor comunicación con su pareja. Dificultad para trabajar su herida	Repetición de frases positivas Escucha activa, silla vacía	Satisfacción, contenta. Llanto, enojo, reclamo, coraje, rabia	Se da cuenta que de ella depende que su vida pueda cambiar.
Sesión 8: 17-3-2021	La posible maternidad. Sentimiento de soledad.	Túnel del tiempo con ella de pequeña.	Miedo, tristeza, llanto.	Se da cuenta del poder de decir las cosas. Introspección.
Sesión 9: 24-3-2021	Consulta y medicamentos del psiquiatra. Que quisiera decidir.	Confrontación	Largos silencios, pensativa	Reconoce que no se hace responsable ni toma decisiones.
Sesión 10: 7-4-2021	Habló con su mamá y hermana temas importantes (maternidad, estabilidad emocional). Crisis de ansiedad por miedo al engaño.	Arrinconamiento Escucha activa ¿De qué te das cuenta?	Callada, ligera ansiedad. Dificultad para responsabilizarse	No ha vuelto a llorar. Ya inició el tratamiento farmacológico Se va menos ansiosa
Sesión 11	Medicamentos y el efecto. Pensamientos negativos. Fortalezas	Escucha activa Sensibilización Respiración y movimiento Psicoeducación	Preocupada, dispersa. Abierta y atenta	Reconocimiento de avances. Contacto con ella misma.
Sesión 12	Regreso al trabajo. Vacuna.	Sensibilización ¿Cómo te sientes?	Polaridad emoción y miedo a la vacuna.	Reconoce su egoísmo.

	Como expresar lo que le da tranquilidad.	Silla vacía con su pareja		Deseo de ser el centro de atención. Dificultad para hablar. Se va animada.

Elaboración propia.

Sesión 5 en supervisión en vivo. Sesión modelo. (Enfoque Gestalt)

Objetivo de la sesión: Qué Luz pueda darse cuenta de que tiene mucho guardado y pierda el miedo a sacarlo, aunque sea doloroso. Hacer contacto con ella misma.

Técnica empleada: Expresar lo no expresado

Desarrollo de la técnica: Se invita a la paciente a expresar lo que tiene dentro y teme decirlo y escucharse, en un ambiente de confianza y seguridad. Hay poca intervención, y constantemente preguntar cómo se siente con lo que va expresando y sintiendo.

T: Cuéntame, ¿cómo estás?

L: -Nerviosa, ansiosa. Va a llegar un perrito a casa. Es una decisión importante, creo, por los temas de convivencia, del tema del orden o desorden.
-Me da nervios, pero también emoción.
T: ¿Cómo ves esta experiencia que vas a vivir?

L: -Estoy feliz, pero con ansiedad, ahorita, por ejemplo, ya me sudan las manos, me dan ansias, porqué siento que va a ser algo muy bonito, pero tengo mucho temor de que genere más conflicto o más fricción con G, de que…no sé, no sé, me da mucho miedo, que emoción, pero miedo de que pueda ser algo más complicado.

T: ¿Cómo sería si te quedas en el aquí y el ahora y no pensar en el futuro y que va a pasar?

L: Pensativa, busca respuestas con los ojos. -Viéndolo así pues creo que sería bueno, bueno sería…
T: ¿Cómo es una vida con tantas ideas…

L: Se ríe, se muerde el labio, se queda pensativa…No sé, me gusta tener todo ordenado, planeado…tener todo bajo control, no me detengo.

T: Respira, siéntate derechita, toma aire profundo, sopla despacio por la boca, otra vez tomamos aire y soplamos lentamente. ¿Cómo te sientes aquí y en el ahora?

L: -Bien, me cuesta trabajo concentrarme en el aquí y en el ahora. Estoy emocionada.

T: ¿Hace cuánto que no te sentías así?

L: - Mucho, muchísimo tiempo

La tarea fue la autobiografía.
Empieza el relato y al llegar a hablar de sus amigas…

L: - Estudié en escuela privada hasta tercero de secundaria, donde forjé grandes amistades (se le quiebra la voz), después me cambié… (Llora con mucha tristeza).

T: ¿Qué pasó ahorita en ti? (Llora con mucha tristeza). ¿Qué está pasando?

L: - No sé, creo que en este tiempo he descubierto que esas amistades, son las que más han valido la pena de toda mi vida. Que han estado ahí, ahorita están presentes, diario me preguntan, han estado ahí todo el tiempo, no sé, es como mi segunda familia (continúa llorando). Me da mucha emoción…

T: ¿El llanto es de emoción? ¿cómo lo identificas?

L: -Como nostalgia, es como ir recordando y removiendo toda mi historia.

T: Ahorita que me dices, me da mucho gusto ver que estás hablando de tus sentimientos, es un gran avance.

L: Se queda pensativa y dice gracias.

T: ¿Tú cómo lo ves?

L: -No lo identifiqué así. No, no lo noté. Creo que es algo muy bueno.

T: ¿Lo notas?

L: -Ahorita que me lo comentas, pues creo que sí.

T: ¿Y cómo te sientes en eso que te está pasando ahorita, el identificarlo?

L: - Pues creo que es algo muy bueno, creo que está bien.

T: ¿Si tus ojos pudieran decir palabras, ¿qué te dirían?

L: - ¿Ahorita?

T: Sí, aquí y en el ahora, veo como se mueven, van, vienen. ¿Qué te quieren decir ahorita tus ojos? Escúchalos. -Callada, -pensativa. Si tus ojos fueran palabras, ¿qué te dirían?

L: - Ah jijo!, ¡qué complicado! (se tapa la boca)

T: A ver, quita tu mano de la boca para que puedan salir las palabras. Si tus ojos te pudieran decir palabras ¿qué te dirían?

L: -Pues que ya no llore, tal vez, que no esté triste.

T: Y si le quitas el ya no…que llore, que esté triste. Y que salga lo que traes adentro

L: -Que lo saque.

T: Que lo pongas afuera y ya no entre de regreso.

L: Asiente repetidas veces con la cabeza y en silencio. -Ya.

T: ¿Cómo te sientes ahorita?

L: -Pensativa, pensativa, creo.

T: Además de pensativa, ¿cómo lo sientes?

L: -Pues extraño, como que nunca me había puesto a pensar que me quieran, o sea, escuchar a mis ojos, es algo que nunca había…

T: ¿Cómo te sientes ahorita que lo hiciste?

L: - No sé, raro, nunca lo había…no había hecho esta relación, para mí siento que es más sencillo verme y ver mis ojitos tristes, o veo mis ojitos apagados, o veo mis ojos cansados o felices o abiertos, atentos, alerta, pero escucharlos que me quieren decir, no. Creo que, si me agarraste de bajada, no, no, no, no sé. Se quita los lentes, se limpia la cara, se seca las lágrimas.

T: Es importante darte cuenta como tus ojos, lo acabas de describir, me dicen que estoy triste, me dicen que estoy contenta, que estoy cansada. ¿Qué le dirán tus ojos a los de afuera de ti?

L: Pensativa, movimiento de ojos, aprieta la boca, sube las cejas, buscando respuesta. G me sabe leer perfecto, sabe cómo me siento.

T: ¿Ahorita cómo te sientes?

L: -No sé, como que bien, pero me sigue dando vueltas en mi cabeza eso de escuchar a mis oídos, digo de escuchar a mis ojos.

T: También puedes escuchar a tus oídos. ¿Qué te dicen?

L: -No sé…no pos no

T: ¿Qué si sabes?

L: se queda pensativa, buscando con ojos la respuesta.

Cierre:

T: ¿Qué te llevas de hoy?

L: Suspira, -confirmación de lo bueno que tiene sacar las cosas. – Extrañamente tranquila.

Resultado de la sesión

- Luz logró permitirse sacar sus emociones, y darse cuenta de ello.
- Hizo contacto con ella misma, con su cuerpo.
- Autoobservación a través de las palabras de sus ojos.

- En la segunda parte de la entrevista, la cual fue muy dolorosa, hubo llanto constante con relación al tema de su padre, logró identificar y reconocer que está herida, y permitirse decir parte de lo que tiene guardado.

Resultados

Los resultados y cambios obtenidos durante el trabajo realizado en el proceso psicoterapéutico de Luz se dividen en cualitativos y cuantitativos y a su vez en los modelos trabajados, Sistémico y Gestalt. Los primeros, se refieren a la información obtenida a través de lo reportado subjetivamente por la paciente y lo observado por la terapeuta y los cuantitativos corresponden a los puntajes de las escalas aplicadas. Aunque no se ha cerrado el proceso, sí se observaron cambios, pequeños, pero significativos, que, cuando llegue el momento de Luz, se verán resultados más claros.

En relación con los resultados cualitativos, en la primera etapa (modelo Sistémico) se logró identificar el miedo a dos situaciones específicas: por un lado, al contagio de Covid y por otro, a ser engañada y/o abandonada. Luz logró encontrar el origen de ambos síntomas y comprender la forma en que durante tantos años lo ha introyectado, sin embargo, en relación con la infidelidad, aunque ya identifica el origen, todavía no logra romper con esa parte de su historia y diferenciarse de su madre. En cuanto a la enfermedad, ella se describe como una persona vulnerable y con problemas físicos, que la hacen más sensible al contagio. Por lo anterior presentaba conductas exageradas de cuidado y precauciones, que al inicio de la pandemia le funcionaron, ya que ella y su pareja estuvieron en casa mucho tiempo. En el momento que su pareja empieza a salir, ella presentó cuadros de crisis de ansiedad e inseguridad, tanto por el miedo al contagio, como al engaño o infidelidad. En la actualidad, después de haber trabajado los miedos a la enfermedad, el haberla padecido y

salido adelante, reconoce su fortaleza en el sentido físico y las bondades de los medicamentos. Desde finales de la primera etapa, se le sugirió buscar apoyo psiquiátrico a lo que ha mostrado gran resistencia, por mitos y creencias sobre los fármacos.

Por otro lado, también se ha logrado que se vaya dando cuenta, a través de sus actos y conductas, la dificultad que tiene para responsabilizarse de sí misma. Reconoce su dificultad para tomar decisiones y como delega esa responsabilidad a su pareja. Así mismo, se da cuenta de su miedo a hablar y correr riesgos.

En la segunda etapa Luz ha podido reconocer que está muy enojada con su padre, que tiene una gran herida, sin embargo, todavía le genera conflicto aceptarlo tal y como fue y atreverse a sacar todo ese enojo y resentimiento. Con relación a su madre, se está trabajando el perdón, y asumir la responsabilidad de sí misma y su felicidad, para dejar de culparlos. Del mismo modo, ha estado más atenta a lo forma de expresarse con su pareja, lo que conlleva a una comunicación más abierta.

Otro avance en el proceso ha sido que, en esta segunda etapa, ya consultó al psiquiatra. El siguiente paso, es disminuir la resistencia al medicamento, a través del trabajo de mitos y creencias del uso de fármacos. Así mismo, ya reconoce su inestabilidad emocional.

En cuanto a la ansiedad se observa una disminución, principalmente en las crisis, que como ella comenta, ya no las ha vuelto a tener, aunque todavía hay momentos de ansiedad cuando su pareja sale de casa.

Poco a poco se ha ido logrando que haga contacto consigo misma, a través de una confrontación amable, pero constante, para que se dé cuenta de lo que le sucede en el aquí y el ahora y la forma en que se sabotea.

Desde el punto de vista cuantitativo en la escala global ha presentado altas y bajas, dependiendo los momentos de la evaluación y su vida cotidiana, sin embargo, al observar la

tabla 5 se puede ver que de la primera sesión a la 15, en el modelo Sistémico, disminuyeron los puntajes, principalmente en ratos libres, vida en general, salud y pareja, habiendo pasado por un repunte en la sesión 10. En el modelo Gestalt se mantuvo la tendencia igual en puntajes, lo cual se debe a las situaciones que ha estado viviendo Luz, la distancia física con su familia y la comunicación con su pareja y que ha llegado al momento de toma de decisiones importantes.

Tabla 5.
Resultados cuantitativos de escala global

Subescalas	Sesión **1 S / 1 G**	Sesión **5 S / 5 G**	Sesión **10 S / 10 G**	Sesión **15 S / 15 G**
Vida social	4 / 5	5 / 4	5 / 5	4 /
Funcionamiento laboral	5 / 4	4 / 5	4 / 4	5 /
Ratos libres	6 / 5	5 / 5	5 / 5	5 /
Familia	2 / 2	1 / 3	4 / 3	3 /
Salud física	3 / 3	4 / 4	4 / 3	3 /
Vida en general	5 / 4	4 / 4	4 / 4	4 /
Pareja	6 / 2	4 / 4	5 / 4	4 /
Puntaje total	31 / 25	27/29	25 / 28	28 /

Nota: S / G significa Sistémico y G Gestalt La escala se aplicó en las sesiones 1, 5, 10 y 15 de ambos modelos.
Elaboración propia.

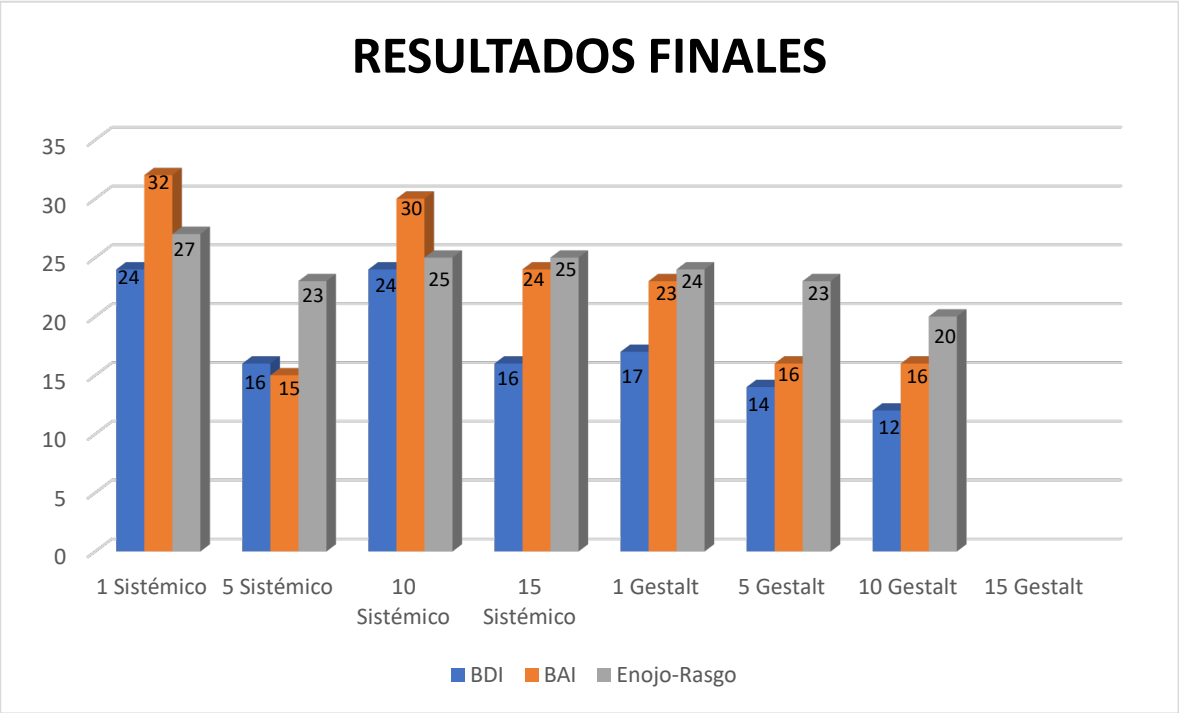

Figura 3.
Resultados finales

Tabla 6.
Interpretación de los resultados

Interpretación		
Enfoque Sistémico	**Instrumento**	**Enfoque Gestalt**
Inició con puntaje de nivel moderado, bajo a 16, repuntó a 24 y cerró en nivel leve (16).	Depresión	Se mantuvo en nivel leve 17 y en la última evaluación bajo a mínima (12).
En la primera sesión puntuó 32, nivel moderado y en la 4 evaluación 24, siendo moderado bajo.	Ansiedad	Inició con moderado bajo (23) y en la sesión 10 bajo a 16 = muy baja
El primer registro fue de 27 y en la última de 25, que corresponde a un nivel alto.	Enojo Rasgo	La primera sesión puntuó 24 y en la última se ubicó en 20, siendo un nivel promedio.

Elaboración propia

Considero importante comentar que la cuarta evaluación dentro del modelo Sistémico se llevó a cabo hasta enero, cuando terminaron las vacaciones. El repunte en esa evaluación se podría explicar debido a que ella y su pareja tuvieron Covid.

En la escala de enojo rasgo se había mantenido en un nivel alto (27) y en la sesión 10 de Gestalt pasó a nivel promedio (20). El enojo es hacia su padre y hacia ella misma, por no poder superar sus introyectos.

En el inventario de depresión de Beck, hubo mejoría, la cual se refleja en los puntajes, ya que en la primera sesión presentaba 24 (nivel moderado) y en la actualidad es de 12, colocándose en un nivel mínimo de depresión. El ítem con mayor puntaje (2) “tengo que obligarme para hacer algo” que se puede aplicar al trabajo, pero principalmente es a la toma de decisiones. Del mismo modo en el inventario de Ansiedad observamos una mejoría ya que inició con un nivel de32 (moderado) y ahora está en 16 (bajo). Esto último se traduce en el avance de cómo ha logrado esgrimir su ansiedad, a través de un mejor autocontrol y manejo de pensamientos negativos. Sin embargo, se observa un pico en la sesión 10, que se debió al incremento en el temor al contagio.

Considero importante recordar que los resultados de las escalas aplicadas reflejan el estado de ánimo del paciente durante la semana en que lo responden, por lo que los resultados pueden ir variando, dependiendo de las situaciones que va viviendo el paciente en su cotidianidad.

La persona del terapeuta

“Sobre el trabajo del terapeuta, Stolorow y Atwood (2004) hacen énfasis en que no existe el terapeuta neutral, sino aquel que interviene desde sus propios prejuicios y convicciones, interactuando con los del paciente permanentemente. El terapeuta es alguien que se presenta en la terapia con la inevitabilidad de sus sentimientos, percepciones, pensamientos

y propia biografía que lo auto develan en forma continua frente al paciente y que, a su vez, lo implican en una relación que transforma no sólo la realidad del paciente, sino la suya también (Aron, 1996) (citado en Szmulewick, 2013)".

Los factores o características de la terapeuta en el caso clínico abordado que han facilitado el trabajo psicoterapéutico son: escucha activa, empatía, respeto, alianza terapéutica, neutralidad, experiencia de vida, adecuado manejo de la voz, compromiso y puntualidad.

"La relación terapéutica es uno de los factores que explican un mayor porcentaje de cambio en los pacientes. Es por esto por lo que en la actualidad todas las corrientes psicoterapéuticas confieren a la alianza terapéutica una importancia especial en la determinación de los cambios que se producen con la psicoterapia". (Sanz y Pérez, 2016, p. 2).

Durante todo el proceso existió el apoyo de las supervisoras de ambos modelos, y el equipo terapéutico, lo cual fue de gran valor, para el terapeuta, en el sentido de que retroalimentaron tanto lo positivo del proceso y de la interacción con la paciente, como los puntos que se pueden mejorar por parte del terapeuta durante el trabajo en las sesiones. En relación con este tema, la terapeuta logra identificar factores obstaculizantes para el avance y apoyo de la paciente: la autoexigencia, frustración, hacer juicios, no favorecer los silencios, la necesidad de querer hacer algo, aconsejar y la dificultad en respetar los tiempos de Luz. Éstos fueron identificados tanto a través de las observaciones de las supervisoras y el equipo, como en el propio proceso psicoterapéutico del terapeuta. El resultado de esta autobservación y trabajo colaborativo genera inquietudes, deseo de aprendizaje, e identificación de las áreas de oportunidad, apertura al cambio y al modelo Gestalt.

Discusión

En este estudio de caso, los objetivos principales han sido: fortalecer seguridad, confianza y autoestima, reconocer sus recursos, diferenciarse de su madre y erradicar el miedo a la soledad, así como disminuir pensamientos negativos que le generan ansiedad y angustia. Izquierdo-Martínez & Gómez-Acosta (2013) definen "la dependencia emocional (DE) como un patrón de comportamientos desadaptativos y estables de subordinación, asimetría y búsqueda de atención que afectan a las relaciones de pareja de una persona". En el caso de Luz, se observa que a pesar de su edad (40 años) y de su autosuficiencia económica, no logra establecer una relación de pareja sana y funcional. En esta condición se reconoce la influencia de la fallida relación amorosa de sus padres. No se establece simetría en la relación entre Luz, con sus padres y pareja. Lo anterior ha resultado en la presencia de celos patológicos, que está repercutiendo en su relación.

Los celos son normales y surgen como consecuencia del amor, los cuales se pueden ver en diversos grados en prácticamente todas las parejas. El origen de los celos que salen de lo "normal" es el miedo a perder a la persona que amamos. Cuando estos son desproporcionados, aparecen de forma recurrente y/o son infundados. Éstos están más relacionados con la necesidad de control y la desconfianza, que con el amor. En el caso de Luz, ella prefiere callar sus miedos por temor a ser abandonada. La consecuencia en Luz ha sido su comportamiento hostil hacia la pareja y una gran inseguridad. Así mismo, los celos de pareja esconden una dependencia emocional.

A través de los dos modelos de trabajo, se ha logrado que Luz identifique el origen de sus inseguridades, reconozca y empiece a aceptar a su padre tal y como fue, que está herida y que hasta la fecha los sigue culpando de su malestar.

En el modelo Gestalt se trabajó el reconocimiento de la herida y contactar con el enojo que lleva consigo, así como el darse cuenta de que responsabiliza a los demás de lo que le sucede.

La inestabilidad emocional que presenta Luz está asociada a los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada.

A pesar de la eficacia comprobada de los tratamientos de Terapia Cognitivo Conductual para los trastornos de ansiedad, entre el 33% y el 50% de los pacientes no responden o abandonan estos tratamientos. La terapia Gestalt ha afirmado ser una alternativa efectiva, pero hay poca evidencia empírica sobre su eficacia con la ansiedad (Herrera, 2018).

"Desde la perspectiva de la terapia Gestalt, la ansiedad es un estado holísticamente experimentado de activación del organismo, que carece de apoyo para una acción dirigida hacia la expresión de una necesidad. La ansiedad no es vista como una patología a ser simplemente eliminada, sino más bien como un signo de que la activación vital del organismo se ha interrumpido y que con el apoyo terapéutico apropiado puede ser redirigido hacia el crecimiento" (Ceballos, 2014, citado en Herrera, 2018). En el caso de Luz, su ubicación en el ciclo de la experiencia se encuentra en un bloqueo de fijación de la fase de postcontacto, en la que se da la necesidad de no retirarse del contacto, es decir que continua en su postura de inseguridad y celos y sin poder hablarlo, lo que lleva a rigidez de conducta, por lo que el objetivo es poder alcanzar la activación que la lleve hacia el crecimiento, a través del acompañamiento terapéutico.

El trabajo con dos modelos diferentes nos ha dado la oportunidad de abordar los motivos de consulta de Luz y tener mayor posibilidad de brindar el acompañamiento necesario para el ritmo y tiempos que ella va estableciendo. Como se puede ver en los resultados, los avances fueron discretos, pero importantes, ya que tenía introyectados sus miedos y no se atrevía a

verlos ni a tocarlos. Poco a poco se ha ido trabajando para iniciar el *insight* y el contacto con ella misma física y emocionalmente.

"Hay procesos que concluyen naturalmente, que se agotan; pero hay otros que pueden llevar a la autodestrucción de quien los produce y otros que pueden resultar refractarios a cualquier intervención. Según el momento o etapa del proceso, se puede intervenir con mayor o menor efectividad. En los momentos de inestabilidad es cuando resulta más fácil encontrar una apertura para intervenir. Aunque paradójicamente, también sucede lo contrario: cuando la confusión es muy grande, apenas puede escucharse algún tipo de ordenamiento. Los procesos tienen sus tiempos, lentos o acelerados. La psicoterapia, cuando es efectiva, funciona de dos maneras: acelerando aquello que estaba en espera, o lentificando cuando propone la espera, la postergación y la reflexión" (Koffman,2015).

Por otro lado, también se ha logrado que se vaya dando cuenta, a través de sus actos y conductas, de la dificultad que tiene para responsabilizarse de sí misma. Reconoce su conflicto para tomar decisiones y cómo delega esa responsabilidad a su pareja. Así mismo, se da cuenta de su miedo a hablar y correr riesgos.

Para concluir, quiero hacer notar un avance importante en Luz, que fue el darse cuenta y reconocer que todavía tiene un largo camino por recorrer y que está dispuesta a seguir trabajando tanto en terapia, como con el tratamiento psiquiátrico, por lo que todavía no podemos hablar de un cierre del proceso terapéutico. Sus asuntos pendientes se pueden resumir en la seguridad en sí misma, la maternidad y responsabilizarse de sí misma.

La posibilidad del trabajo psicoterapéutico a través de Zoom ha sido de gran valor en este caso en particular, ya que además de la conflictiva de la paciente que ya traía, se sumaba el miedo al contagio del Covid, y que, si hubiera sido necesario llevar a cabo el proceso de manera presencial, probablemente no hubiera acudido.

Referencias

Alcázar-Olán, R. (2012). *Escala Global.* Puebla: UIA (Inédito).

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. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Anguita Corbo, A. (2017). *Propuesta de intervención para la dependencia emocional: superación de la dependencia tras la ruptura de la pareja* (Tesis de Maestría). Universidad autónoma de Madrid. España.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

Boscolo, P. Bertrando, L. (2008). *Terapia Sistemica Individual.* Buenos Aires: Amorrortu

Caballo, V. E., Bautista, R., López-Gollonet, C., & Prieto, A. (2004). El trastorno de la personalidad por evitación. In V. E. Caballo (Ed.), Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesi

Castelló, J. (2012). La superación de la dependencia emocional. España: Ediciones Corona Borealis

Compañ, V., Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., & Montesano del Campo, A. (2012). El genograma en terapia familiar sistémica. Recuperado en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL%20GENOGRAMA%20EN%20TERAPIA%20FAMILIAR%20SIST%C3%89MICA.pdf

Eguiluz, L. D. L. (2004). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. México: Pax México.

Espínola, S I., Ortega Cambranis, A., Moreno Salazar, A. & Gamboa Esteves C. (2017). Aproximación al concepto de pareja. Psicología para América Latina, 29, 7-22.

Fernández, K. S. (2019, 15 abril). Desde la Teoría del Apego Adulto a los vínculos afectivos. La Autorreflexión como recurso en terapia de pareja. | Spuler Fernández | Revista REDES. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/238.

García, F. (comp.) (2013). Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones/compilaciones. Santiago: RIL editores. ISBN: 978-956-284-990-6

González-Peña, P. y Torres, Ramón y del Barrio, Victoria y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud, 28* (2), 81-91. [Fecha de Consulta 25 de enero de 2021]. ISSN:1130-5274. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180651222006

Hernández, D. L., & Fonseca, A. T. (2014). Recomendaciones para redactar, diseñar y estructurar una publicación de caso clínico. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, *19*(2), 229-235.

Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J., & Brownell, P. (2018). Researching gestalt therapy for anxiety in practice-based settings: a single-case experimental design/investigando la terapia gestalt para la ansiedad en dispositivos basados en la práctica: un diseño experimental de caso único. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *27*(II), 321.

Izquierdo Martínez, Sergio Andrés y Gómez-Acosta, Alexánder (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. Psychologia. Avances de la disciplina, 7 (1), 81-91. [Fecha de Consulta 6 de octubre de 2020]. ISSN: 1900-2386. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297226904011

Koffman, R. G. (2015). Las 4 visiones del proceso psicoterapéutico. *Rev. med. Rosario*, 74-77.

Martín, A. (2011). Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt. España. Desclée De Brouwer

Martínez, R. (s/f). Aplicación de la terapia sistémica breve integrativa en un contexto educativo multicultural. Construyendo la autoestima colectivamente. Haciendo psicología. ISSN 1870-5618

Mongiat, P. (2016) Diagnosticar en Psicoterapia. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Departamento de Psicología. Buenos Aires. Recuperado en: https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1762/Mongiat%2C%20Pablo%20Ernesto.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Morejón, A. R., & BEYEBACH, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. *M. Garrido y J. García (Comps.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-290.

Moreno Fernández, A. (2014). Manual de Terapia Sistémica: principios y herramientas de intervención. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. https://elibro.net/es/lc/iberopuebla/titulos/115880

Morrison, J. (2015). La Entrevista Psicológica. Editorial El Manual Moderno.

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

Naranjo, C. (2011*). La Vieja y Novísima Gestalt*. Cuatro vientos

Nardone, G. (2007). Miedo, pánico, fobias: La terapia breve. Barcelona: Herder. 2 edición. ISBN: 978-84-254-2007-8

Ortiz, D. (2008). *Terapia familiar sistémica*. Ediciones Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana. ISBN: 978-9978-10-044-8

Pacheco-Miranda, A. I., Sosa-Correa, M., & Escoffié-Aguilar, E. M. (2017). Intervención psicoterapéutica integrativa en un caso de celotipia. *PSICUMEX*, *7*(2), 86-101.

Penhos, H. S. (2012). *Gestalt 2.0: actualización en psicoterapia Gestalt*. Alfaomega Grupo Editor.

Psicólogos en Madrid (2017, 10 febrero). Reencuadre en Psicoterapia. Psicólogos en Madrid EU. https://psicologosenmadrid.eu/reencuadre-en-psicoterapia/

Ríos Zapata, Paula Cristina y Londoño Arredondo, Nora Helena (2012). Percepción de soledad en la mujer. El ágora usb, 12 (1), 143-164. [Fecha de Consulta 14 de octubre de 2020]. ISSN: 1657-8031. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4077/407736375009

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.

Salama, H. (2010). Psicoterapia Gestalt: procesos y metodología. Editorial AMAT

Sanz, S., Pérez, J. (2016). Alianza terapéutica y adherencia al Tratamiento: terapéutica sistémica en un varón con dependencia a opiáceos therapeutic alliance and therapeutic compliance: systematic therapy in anopioid-dependent MALE. *Revista de Patología Dual 2016; 3(1):7*

Satir, V. (2013). *Terapia familiar paso a paso* (2.ª ed.). México: Pax México.

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *51*(1), 61-69.

Suarez Cuba, M. Á. (2015). Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Revista Médica La Paz*, *21*(1), 72-74. Recuperado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242011000100010

Tena Suck, A. (2020). Psicoterapia integrativa: Una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias. Manual Moderno

Universidad de Guanajuato, (2020). Proyecto de atención psicológica en línea, ante situación de emergencia por covid-19. Campus Celaya-Salvatierra. Recuperado en:

https://www.ugto.mx/accionesug/images/pdf/informe-proyecto-atencion-psicologica-en-linea.pdf

Vargas, M. G. (2017). Particularidades de los motivos de consulta psicológica de los estudiantes que asisten a la Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, *9*(1), 75-92.

Villafuerte, A.L., (2016). La Práctica de la Supervisión Clínica en México: Una Actividad Profesional en Desarrollo. Multidisciplinary Health Research. (1)2. Recuperado de: http://ri.ujat.mx/bitstream/20.500.12107/2470/1/560-1412-A.pdf