Universidad Iberoamericana Puebla

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

Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia Tesis

Manejo del dolor emocional en la personalidad antisocial: estudio de caso desde una perspectiva gestáltica

Flores Flores, Antonio Salvado

2017

http://hdl.handle.net/20.500.11777/3359

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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

MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL EN LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL: ESTUDIO DE CASO DESDE UNA PERSPECTIVA GESTÁLTICA

DIRECTOR DEL TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

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

Presenta

ANTONIO SALVADOR FLORES FLORES

Puebla, Pue. 2017

MANEJO DEL DOLOR EMOCIONAL EN LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL: ESTUDIO DE CASO DESDE UNA PERSPECTIVA GESTALTICA

Universidad Iberoamericana Puebla
Maestría en Psicoterapia
Antonio Salvador Flores Flores

1.- RESUMEN

El presente estudio, la configuración emocional de la personalidad antisocial de un joven que asiste al departamento de Orientación, PsicoTerapia y Aprendizaje Significativo, de la Universidad Iberoamericana, Puebla, (IBERO). Solicita ayuda por "ataques de pánico", hecho que posteriormente dio paso a la exploración de personalidad, haciendo hipótesis de trabajo sobre él, por lo cual, se diseñó un plan de trabajo terapéutico, cumpliendo solo 07 sesiones antes de abandonar el tratamiento. Estas sesiones proporcionan mucha información acerca de la estructura de personalidad antisocial y de cómo es que esta se comporta ante determinados estímulos que le hacen "sentir" y reconocer sus emociones, además de evaluar las circunstancias y posible motivo de deserción.

Se emplearon instrumentos establecidos en el marco de entrenamiento de la IBERO; Escala Global de Satisfacción (Moreno, 2012), Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999), Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, & Varela, 1998) e Inventario de Ansiedad de Beck (Varela, Jurado y Páez, 2001). Además, la esquematización de su entorno familiar-social: el Genograma (McGoldrick y Gerson, 2003) y el Ecomapa (Hartman, 1978).

El resultado del tratamiento, además de permitir el reconocimiento de la personalidad del paciente, es la aplicaron las técnicas Gestalticas propuestas que se alinean con la temática de trabajo para esta configuración psicológica. Por otro lado, también se toma en cuenta la resistencia a los cambios en su vida y el momento existencial por el que cursa, ya que decidió no continuar con el tratamiento, alejándose de su comodidad.

Palabras clave: Dolor emocional, Emociones, Estudio de caso, Gestalt, Personalidad antisocial, Psicoterapia.

2.- INTRODUCCIÓN

- Personalidad antisocial

La personalidad antisocial, está definida dentro de los manuales diagnósticos (DSM 5 y CIE-10) con los siguientes criterios, observados durante la evaluación, de los cuales debe cubrir la mitad (04) más 1 para considerarse como tal según estos manuales:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta versión (APA, 2015) (301.7)

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización.

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Dentro de la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (OMS, 2000) (F 60.2)

Se caracteriza según el CIE 10 (2000) por desprecio hacia las obligaciones sociales y cruel despreocupación por los sentimientos de los demás. Existe una gran disparidad entre las normas sociales vigentes y su comportamiento. El comportamiento no es fácilmente modificable por experiencias adversas, incluido el castigo. Hay una baja tolerancia a la frustración y un bajo umbral para descargas de agresividad, incluido el comportamiento violento; hay tendencia a culpar a otros o a presentar racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo con la sociedad.

Entre las características específicas que debe reunir para ser considerado trastorno antisocial de acuerdo a la OMS, en el CIE- 10 (2000) encontramos los siguientes:

1. Cruel despreocupación de por los sentimientos de los demás.
2. Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación e Incapacidad para mantener relaciones personales.
3. Muy baja tolerancia a la frustración y bajo umbral para descargas de agresividad, incluyendo reacciones violentas.
4. Incapacidad para sentir culpa y para aprender, en especial del castigo.
5. Marcada predisposición a culpar a los demás o a presentar racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

El trastorno antisocial de la personalidad, tiene características como vivir al máximo y al límite, acción donde encuentra su recompensa, no se preocupan por la consecuencia de sus actos, ni necesitan la aprobación de los demás ya que tienen fe en sí mismo.

Caballo (2004a), menciona que “los factores ambientales ponderan el desarrollo de un estilo de personalidad antisocial”, por lo que la exploración familiar ha sido un papel importante en el que se busca relacionar las emociones e identificación de estas con factores propios de su familia, bloqueos de energía, cambio de paradigmas y aceptación de

las circunstancias familiares vividas, estableciendo dentro de sus estudios que este trastorno tiene una incidencia del 3-30% en muestra clínicas.

Kernberg (1975), consideró que el trastorno antisocial de la personalidad comparte una semejanza con el trastorno límite de la personalidad, existiendo una comorbilidad en cuanto a la etiología de la configuración de personalidad. Al respecto, Zanarini (1996) menciona que "estos pacientes informaban con alta frecuencia que no estaban emocionalmente vinculados con sus padres".

- ¿Qué son las emociones?

Las emociones son un componente innato de todo ser humano, estas, tienen una finalidad y se adaptan según a las necesidades y vivencias de cada ser humano, influyendo desde su comportamiento cotidiano hasta la manera en hacer frente a la serie de problemáticas diarias que se presentan en todo circunstancia social o de manera muy personal.

La emoción la define kleinginna y kleinginna (1981) como:

> "Un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que: (a) pueden dar lugar a experiencias afectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado: (b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones y procesos de etiquetado: (c) generar ajustes fisiológico y (d) dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa" (Fernández-Abascal et al. 2010a, p.39).

Por otra parte, según Reeve (1994), menciona que las funciones de la emoción deben cumplir con las siguientes características (Fernández-Abascal et al. 2010b, p. 80):

1. Función adaptativa: la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada a cada situación.
2. Función social: comunica nuestro estado de ánimo.
3. Función motivacional: facilita las conductas motivantes.

De acuerdo a Mestre y Guil (2012) algunos llegan a considerar que la incapacidad para la autorregulación de las emociones, un ejemplo de mala interacción intrapersonal, puede evidenciar en sí mismo un mayor desorden mental, como puede ser una depresión mayor.

- Las emociones

Las funciones de las emociones sociales según Mosher (1998), tienen connotaciones interpersonales. Y la culpa, al estar asociada con otras emociones, presenta también una amplia variedad de efectos. En el lado positivo, la culpa actúa como un factor inhibidor desde la agresividad hasta la sexualidad, pasando por la adicción o por las conductas antisociales. Por el lado negativo, la ausencia de culpa aumenta estas conductas dependiendo la intensidad y motivación presentes al momento (Mestre y Guil, 2012).

Durante el trabajo con el paciente, que de aquí en adelante se nombrará como "Luis" para mantener su anonimato, se identificaron una serie de emociones recurrentes, que tenían la función de defensa o resistencia y que al confrontarlas y provocar la incomodidad daban paso a otras más las cuales no permitían atravesar la coraza que protege las emociones primarias que al salir a la superficie causaban dolor, ejemplo de estas son:

La ira, según Pallares (2010), "es una demostración de fuerza que aparece en momentos puntuales, que busca la intimidación del oponente, esté o no presente, y que sólo nos beneficia en contadas ocasiones." Suele aparecer en condiciones de máximo estrés y se manifiesta con una enorme agresividad hacia la persona que creemos causante de nuestra desgracia. Continúa diciendo que la crisis de pánico, se presenta como sensación de terror, miedo o malestar intenso e inesperado, teme morir o perder el control.

El miedo, como las describen Öhman, Dimberg y Óst (1985), es un sistema predatorio de defensa y un sistema social de sumisión, evolucionando para producir respuestas adaptativas, soluciones conductuales al problema de supervivencia, detectar y responder al mismo. De igual manera señala Fernandez-Abazcal (1997c, p. 174) que es una señal de que se aproxima un daño físico o psicológico.

Según Lewis: “La tristeza, es el decaimiento en el estado de ánimo habitual de la persona, acompañada de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual” (como se cita en Stein, N. L., Trabasso, T., & Liwag, M., 1993).

La ansiedad según Sterling (2003) toma todas las formas conocidas del miedo, del estrés, el sistema de elicitación y afrontamiento, con el objetivo de prevenir a la persona de posibles daños, físicos o psicológicos, del cual supone una duplicación de recursos ineficientes, calificándose como una actitud emocional cognitiva, en condiciones extremas imposibilita el actuar de la persona (Fernández-Abascal et al. 2010d, p.344).

La hostilidad, tiene relación directa con la ira y la agresividad, es decir, forman una triada que a su vez se retroalimenta creando un sistema el cual no puede fraccionarse sin causar un desequilibrio emocional importante. La naturaleza claramente cognitiva de este tema y la naturaleza conductual de tendencia a la acción subraya la dificultad en derivar definiciones conceptuales distintas de ira, hostilidad y agresión (Smith 1994).

Buss (1961) dice que es una actitud que implica la evaluación negativa y aversiva hacia los otros. Plutchik (1980) considera la hostilidad como una mezcla de ira y disgusto, asociada con indignación, desprecio y resentimiento.

El dolor emocional, es todavía más complicado que el dolor físico, puesto que del último podemos conocer con mayor facilidad su etiología, contrario al emocional que gira en muchos factores que muchas veces no pueden ser conocidos con facilidad, bloqueando su exploración a través del desarrollo de mecanismos de defensa que no permiten acceder a ellos.

Caso contrario, otras personas encuentran una utilidad en este al captar la atención de los demás y vivir en un estado de relativa invalidez, siendo el chantaje la manera de interrelacionarse con sus similares.

En esta situación, reprime sus emociones por temor a acceder al material que provoca mayor dolor y sufrimiento momentáneo, poniendo barreras como la negación o dispersión para no llegar a estas emociones.

Caballo (2004b) dice que para evaluar la personalidad, hay que tomar en cuenta los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, cerrando de esta manera las esferas de actuación e influyendo en el comportamiento en cada ambiente que se desarrolle.

3.-CASO CLÍNICO

- Datos de identificación

El paciente que por cuestiones éticas y profesionales no se dará a conocer su nombre, refiriéndonos a él como "Luis", es un hombre joven, hijo único de 22 años de edad, soltero, oriundo de la ciudad de México, aunque desarrolló su infancia y adolescencia en la ciudad de Córdoba, Veracruz (1-15 años), también en la ciudad de México (15-18 años) y finalmente la ciudad de Puebla (18-22 años), delgado, tez morena, cabello largo, de aproximadamente 1.55 de estatura, que regularmente viste el mismo tipo de ropa (pantalón de mezclilla, playera y chaleco tipo salvavidas) en condiciones regulares de aliño, ocupación estudiante de licenciatura en esta misma ciudad, teniendo empleos esporádicos que generalmente son eventos de entretenimiento donde abunda el alcohol y en ocasiones drogas. Proviene de un hogar católico aunque él se reconoce como tal, no es practicante.

Vive solo, pagando la renta a través del apoyo de sus padres. Se considera un estudiante promedio y dice que al concluir sus estudios buscará trabajo en el extranjero, aunque al preguntarle de cómo lo logrará, la respuesta no es clara y con falta de sustento real para alcanzar su objetivo.

Mientras vivía con su familia en Córdoba, el padre enferma gravemente, por lo que a la edad de 5 años es dejado a cargo de la familia de su mejor amigo sin notar la ausencia de los padres, al regresar al hogar (8 meses después) menciona que su padre ya no es el

mismo, lo que le provoca profundo dolor y tristeza de ver al hombre que admiraba totalmente cambiado y débil, dejando de ser símbolo de su admiración.

A la edad de 15 años y por problemas económicos, viaja toda la familia a la ciudad de México para buscar oportunidades laborales, lo que él refiere como la peor época de su existencia, ya que no le gusta la ciudad, la gente y el estilo de vida, por lo que a la edad de 18 años, al concluir la preparatoria decide estudiar en Puebla.

Es importante mencionar que habla acerca de una chica de su misma edad, la cual deja en Córdoba y que identifica como su pareja, aunque estos nunca realizaron un compromiso o sostuvieran contacto físico de cualquier tipo, únicamente por el trato agradable y cariñoso que mantenían.

Acude al servicio del OPTA porque dice sufrir de ataques de ansiedad muy fuertes que imposibilitan su actuar en el momento que se desarrolla, durando alrededor de 30 minutos y el cual pasa al platicar con una amiga que aparentemente lo contiene.

- Motivo de consulta

"Llevo rato que tengo problemas de ansiedad y he tenido crisis… quisiera trabajarlo…"

Durante la entrevista inicial narra una serie de acontecimientos que identifica como ansiedad, por lo cual solicita ayuda, de igual manera menciona que le es necesario un comprobante de que está asistiendo a psicoterapia mencionando que solo es para unos trámites escolares y que si pudiera ser un documento con formalidades sería mucho mejor.

Menciona el consumo de marihuana para disminuir los estados de ansiedad los cuales han sido menores en un lapso de 6 meses hasta la fecha de asistencia al OPTA, de igual manera el consumo de alcohol como ayuda para no sufrir los ataques de ansiedad, sin explicar cómo es que estas acciones reducen esos ataques, simplemente justificando que es por recomendación de un amigo.

También habla acerca de que ha asistido con numerosos médicos especialistas, sin poder mencionar las especialidades de estos, por motivo de un dolor de cabeza que desapareció al poco tiempo de llegar a vivir a Puebla. No ha recibido atención psicológica o psiquiátrica.

4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Instrumentos cuantitativos

Parte importante de este trabajo, tiene que ver con la objetividad arrojada a través de los instrumentos de medición de distintos factores que nos hacen referencia de ciertos aspectos de la vida del evaluado, si bien es cierto que existen más cuyos datos pueden ser todavía más específicos en información, para fines de este trabajo se contemplaron los siguientes:

La Escala global de satisfacción (Moreno, 2012), es un referente de las conductas y relaciones en su entorno diario. Está construida a través de siete ítems, los cuales, miden cuanto está comprometido algún aspecto de su vida en sus diferentes categorías de acuerdo a la conflictiva en que esta se desarrolle. Los aspectos que cubre este instrumento son los siguientes: vida social, escolar y/o laboral, ratos libres, relación familiar, relación de pareja, salud física y vida en general. La consigna para poder responder el cuestionario, se basa en hacer un resumen de las dos semanas últimas a la aplicación de este instrumento, algunos ítems son los siguientes: Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas; Mi relación con mi familia está siendo perjudicada y Mi vida en general está siendo afectada. La manera de calificar se basa en un esquema Likert, en el cual los valores están dispuestos a continuación: 1 equivale a Nada, 2 equivale a Casi nada, 3 equivale a Poco, 4 equivale a Regular, 5 equivale a Mucho y 6 equivale a Muchísimo, a razón que entre mayor puntaje, mayor es la afectación del rubro que se contesta. Este instrumento tiene la categoría de aceptable en cuanto a la confiabilidad, y respecto del Alfa de Chronbach, es de .84, lo que nos indica que es un instrumento aplicable y con sustento científico para la consideración clínica.

El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo, elaborada por el Dr. Charles D. Spielberger (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999), está construido por 10 ítems

tipo Likert, los cuales miden la tendencia de una persona a utilizar la emoción del enojo de manera recurrente en su interacción diaria consigo mismo y los demás. De esta escala podemos encontrar algunos reactivos como los siguientes: Soy muy temperamental (enojón), Tengo un carácter irritable y Me pongo furioso cuando cometo errores estúpidos, teniendo como calificaciones (1) Casi nunca, (2) Algunas veces, (3) Frecuentemente y (4) Casi siempre, a razón de una escala ascendente, en la que a mayor puntaje, refiere mayor nivel de enojo. La validez de esta escala (constructo en México, Alcázar, Deffenbacher y Byrne, 2011) y la confiabilidad son adecuados a los estándares clínicos y tiene un Alfa de Chronbach de .83.

El Inventario de Depresión de Beck, creado por el Dr. Aaron T. Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, & Varela, 1998), está construido con base en 21 ítems tipo Likert. Los rangos que se establecen son los siguientes: ausencia de depresión (0-9 puntos), leve (10-18 puntos), moderada (19-29 puntos) o grave (30 puntos o más). En cada ítem hay tres afirmaciones a las que se les ha asignado un valor del 0 al 3. Al final se suman las opciones elegidas y el total dará el grado de depresión que presenta. Un ejemplo de ítem es el siguiente: (0 puntos) puedo trabajar tan bien como antes, (1 punto) requiero de más esfuerzo para iniciar algo, (2 puntos) tengo que obligarme para hacer algo y (3 puntos) yo no puedo hacer ningún trabajo.

El Inventario de Ansiedad de Beck, del mismo autor, validado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), también está conformado por 21 ítems tipo Likert, los cuales miden la presencia de ansiedad a través de una serie de aseveraciones. Algunos ejemplos de ítems son los siguientes: entumecimiento, hormigueo, sentir oleadas de calor y miedo a perder el control, los cuales se califican en intensidad ascendente (0 puntos) poco o nada, (1 punto) más o menos, (2 puntos) moderadamente y (3 puntos) severamente. La confiabilidad es superior a .80, la manera en que se califica es de acuerdo a la suma general, obteniendo las siguientes categorías: ansiedad mínima, de 0 a 5 puntos; leve de 6 a 15 puntos, moderada de 16 a 30 y severa de 31 a 63.

- Instrumentos cualitativos

La Entrevista semiestructurada (Conxa, 2012), es una técnica cuya finalidad es la captación de información específica, dando la libertad al entrevistado de exponerlo con sus propios recursos, lo cual permite una evaluación integral respecto de los objetivos que antes y durante vayan surgiendo. La adaptabilidad tomando en cuenta la formación personal así como la individualidad, es tan importante y esencial que el éxito de la entrevista tiene que ver con el manejo y pericia con que se desarrolle, así como el material arrojado para la elaboración de un plan y manejo de trabajo terapéutico.

El Genograma (McGoldrick y Gerson, 2003), es una estructura representativa de un árbol familiar, que representa los siguientes aspectos de los miembros familiares: miembros, edades, parentesco y tipo de relación, así como también da elementos para desarrollar una hipótesis del problema clínico dentro del contexto familiar y patrones recurrentes en la historia familiar.

El ecomapa, es una herramienta ideada por la Dra. Ann Hartman (1978), complemento del genograma en distintos ámbitos psicológicos y sociales, el cual permite observar las redes de apoyo con las que cuenta el individuo o la familia y reconocer las relaciones que existen entre estas, muestra la forma de dinamismo entre el sistema ecológico que rodea al individuo o familia, además de mostrar un panorama de la naturaleza e intensidad de las relaciones con cada sistema externo.

- Procedimiento

La aplicación de los instrumentos y técnicas empleadas, se desarrollaron de la siguiente manera:

1. Se lleva a cabo la aplicación de los 4 instrumentos siguientes: La Escala Global de Afectación, la escala de Enojo Rasgo, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck en los periodos de la primera y quinta sesión.
2. Durante la primera sesión se llevó a cabo una entrevista semiestructurada en la cual se recaban datos familiares, sociales, culturales, laborales, escolares, etc., los cuales

sirven para la elaboración del genograma y ecomapa, instrumentos que amplían las perspectiva de su vida, y que a través de su análisis e interpretación, dan pautas para el trabajo psicoterapéutico, los cuales fueron propuestos durante la elaboración de este caso y que durante el transcurso de las sesiones se iban enriqueciendo y proporcionando información sustancial que era importante de manera subsecuente e inclusive las que se estaban desarrollando hasta obtener el resultado actual.

5.- FORMULACIÓN DEL CASO CLÍNICO CON BASE EN EL ENFOQUE GESTALT

- Elección del tratamiento

La implementación del enfoque Gestalt, tiene que ver con la formación-entrenamiento que en ese momento se estaba realizando dentro del OPTA, además de que este modelo de psicoterapia se presta para el manejo del tipo de personalidad antisocial, así como para atender la conflictiva que presentó, ya que además de las emociones, ideas y conductas, también involucra el trabajo del cuerpo como parte holística de la terapia.

- Formulación Gestáltica del caso

Luis proviene de una familia integrada, siendo hijo único, quien pasó de vivir cómodamente a un periodo de carencias el cual califica como “pésimo” en su vida, ya que su padre enfermó y él es separado de la familia para poder ser cuidado, regresando un año después a su hogar, encontrando a la figura paterna débil, frágil e inválida, cosa que le causa gran dolor y controversia puesto que siente lástima por él pero no quiere sentirla.

De igual manera narra que su malestar primario (ataques de ansiedad) los ha tratado con muchos especialistas en la ciudad de México, de los que no recuerda el nombre o la especialidad que ostenta.

Asimismo, habla del consumo frecuente de marihuana a y alcohol para mitigar los ataques de ansiedad, que también puede controlar hablando con alguna persona de la cual

no quiso proporcionar el nombre, ataques que por dichos de él, duran entre 30 y 45 minutos, volviendo a la calma cuando platica.

Un dato interesante es que durante la tercera sesión, manifestó un ataque de ansiedad, por lo cual se le pidió hacer lo necesario para que se relajara, sin alarmarnos y pidiendo que mantuviera la calma o hiciera lo que siempre hace para que bajara la ansiedad. Optó por sentarse y continuar hablando, sin que tuviera síntomas que advirtieran una crisis de la magnitud que estaba mencionando.

Narra que al desarrollarse en su adolescencia, creó una relación de pareja con una chica de Córdoba. En sesiones posteriores se corrobora que en ningún momento llegaron al punto de hablar de ser una pareja o tener contacto físico, únicamente la considera así por el buen trato que le dio, lo que se identifica como ideas deliroides. Además que de que sesiones posteriores se sabe que esa joven se encuentra estudiando en la ciudad de puebla y que Luis con frecuencia la busca, teniendo arranques de enojo por no poder verla o satisfacer su necesidad de estar cerca.

Se muestra a sí mismo como una persona fuerte y de emociones estables, aunque en la entrevista no es congruente el estilo de vida que narra con las interrogantes planteadas, por ejemplo, nombrar a amigos o personas (mujeres) con quien haya salido, o lugares que frecuenta ocasionalmente y/o de costumbre.

Luis, a través de la entrevista inicial y hechos manifiestos durante la misma, se observa que cumple con los ítems A (siete puntos), B, C y D, ya que su conducta refleja la transgresión de normas socialmente establecidas, sin que hasta el momento se haya producido una detención a causa de esta acción. Toma ventaja de la situación para conseguir sus fines económicos, sexuales o materiales, manifestando impulsividad y agresividad, aprovechando de ser posible, la amistad, posición económica o social de los otros, además de reflejar inestabilidad en sus relaciones interpersonales y afectivas, desafiando las figuras de autoridad, comportamientos que inician en su adolescencia e incrementan e intensifica conforme pasa el tiempo y experiencia.

Además, de acuerdo a los aspectos conductuales característicos del Trastorno Antisocial de la Personalidad descritos por Caballo (2004c), Luis cumple, los siguientes aspectos conductuales y cognitivos, observados en el trabajo clínico:

- Mantiene un comportamiento agresivo, temerario, precipitado y espontaneo.
- Mantiene conductas impulsivas dirigidas hacia un objeto.
- Se muestra arrogante de forma continua.
- No mantiene las promesas ni los compromisos de honor.
- No suele decir la verdad, como tampoco se puede confiar en él.
- Estimula la compasión de los demás diciéndoles lo que quieren escuchar.
- Es vengativo y beligerante con quien considera su enemigo.
- Busca sensaciones nuevas constantemente.
- Tiene una conducta oposicionista que dificulta las relaciones interpersonales de larga duración.
- Reacciona mal ante la derrota.
- Es resistente ante la figura de autoridad.
- Tiene alta confianza en sí mismo y desconfianza hacia los demás, a los que considera equivocados.
- Creencias que carecen de valores éticos o morales
- Suspicaz ante la compasión y el altruismo de los demás.
- Alta necesidad de controlar el medio en el que se desenvuelve.

Ejemplo de lo antes mencionado es la asistencia a fiestas tipo “rave party”, en las cuales narra consumir drogas, relaciones sexuales ocasionales, situaciones en los cuales se mantiene como observador, y en sus propias palabras dice “me doy cuenta quien puede darme lo que deseo en ese momento”, haciendo uso de la seducción y en ocasiones el engaño o la fuerza.

- El ciclo de la experiencia

Para fines prácticos, y por afinidad a la teoría, se elige el ciclo de la experiencia de Salama, el cual a continuación se describe en las 8 fases conocidas, así como también los bloqueos que cada una de estas fases puede presentar (Salama, 2014a, p. 77-80):

1. Reposo

Representa el equilibrio y punto de inicio de una nueva experiencia. Se asume el estado de vacío fértil en el cual están presentes todas las potencialidades para que emerja una nueva Gestalt. Es el punto de partida en el cual se genera una necesidad y se busca satisfacer. El bloqueo se conoce como postergación, se refiere a la interrupción del cierre de la Gestalt posponiéndola.

2. Sensación

Determina la identificación en la zona interna al sentir físicamente algo que todavía no se conoce. Es el surgimiento de una necesidad que provoca una tensión aun no conocida. Es el darse cuenta de la sensación aunque la figura no se ha formado. En este punto la persona "siente" que algo sucede. El bloqueo corresponde a la desensibilización, es decir, evitar sentir emociones y sensaciones en su cuerpo para continuar con la siguiente fase.

3. Formación de figura/fondo

Se establece la figura de la necesidad y se concientiza el objetivo de la sensación. En esta etapa el organismo ha diferenciado lo que pertenece y necesita satisfacer. Es aquella ideación acerca de lo que necesito para satisfacer mi necesidad. El bloqueo en esta etapa se conoce como proyección, perdiendo los límites con sí mismo y extendiéndolos hacia los demás.

4. Movilización de la energía

Se reúne la energía indispensable (energitazación), para llevar acabo lo que la necesidad demanda. Se potencia la energía planteando hacia la acción. Disponer de los medios (energía) para llevar a cabo la siguiente fase. El bloqueo se conoce como introyección,

enunciando palabras como “debo” y/o “tengo”, sin lograr moverse y ser consciente de sus deseos reales.

5. Acción

En esta etapa ocurre el paso a la parte activa movilizando al organismo hacia el objeto relacional. Son las acciones necesarias para que algo ocurra. El bloqueo en esta fase se conoce como retroflexión, donde la persona no expulsa la energía, sino más bien la lleva para dentro de sí.

6. Precontacto

Se identifica el objeto relacional para contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y de dirige hacia ella. Se es consciente de qué es lo que se desea, acercándose de manera oportuna y concreta para obtener su objetivo. El bloqueo se identifica como deflexión, evitando llegar al objetivo real, encontrando substitutos parciales.

7. Contacto

En esta fase, se establece el contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo obtiene placer ante la necesidad que está satisfaciendo, estando en la cumbre del logro obtenido. El bloqueo se conoce como confluencia, que significa que el paciente pierde los límites con los demás.

8. Poscontacto

En esta etapa se inicia la desenergetización, buscando el reposo junto con los procesos de asimilación y alienación de la experiencia dentro del continuo de la consciencia. El bloqueo, es la fijación, caracterizado por no poder evitar que la energía continúe su recorrido y se desernergetice.

Una vez concluido el ciclo Gestalt, se remite a un estado de equilibrio o en indiferencia creativa, el cual permite estar listo para generar una siguiente Gestalt y continuar con el crecimiento personal.

- Neurosis

F. Perls (1969) hace referencia a las neurosis como trastorno del crecimiento y entendía los mecanismos neuróticos como mecanismos de evitación de contacto.

Para Shub (2002) son una interrupción de la fluidez de la persona para experimentarse a sí misma y al mundo, provocada por la asimilación de introyectos que se negativizan en el individuo.

Luis, en términos de neurosis y trastorno del contacto, refleja lo siguiente:

- Figura/fondo: refleja dolor/agresividad
- Fijación por recuerdos pasados y catastróficos del porvenir en cuanto a su salud.
- Racionalización, intelectualización y justificación de sus conductas para omitir las emociones negativas.
- Resistencia al cambio, lo que evita un desequilibrio en los sistemas intra e interpersonal.
- El deseo de no tocar el tema, evitando racionalizarlo o pasar por la negación.

En lo que respecta a la manifestación de energía, se identifica la etapa de Atolladero, que se refiere a que dos pensamientos de igual intensidad y sentido opuestos se enfrentan, emergiendo un estado de angustia en el Yo, anulando la elección, la decisión y la acción (Salama, 2014b).

Cuando las sensaciones son perturbadoras y no es posible evitarlas actuando sobre la fuente ambiental de la perturbación o escapando de ella, una manera de enfrentarlas es alterar la percepción de la sensación. Los seres humanos somos capaces de amortiguar el impacto de las sensaciones ya sea reduciendo su calidad de atención o disminuyendo la capacidad de sus órganos de percepción. Este proceso de enfrentarse a las sensaciones perturbadoras alterando la capacidad de percepción es llamado desensibilización. (Kepner 1987, p. 98).

- Objetivos de la intervención

Se basa principalmente en que Luis opte por estar en el aquí y el ahora, dejando a un lado la idea de mostrarse fuerte, sino más bien, aceptando su condición como ser humano único e irrepetible, lleno de emociones que reprime, por lo cual, las técnicas empleadas dan pie a lo siguiente:

1. Hacer consciencia de las emociones reprimidas
2. Identificar como estas emociones se manifiestan en su cuerpo
3. Aceptar su realidad y hacer uso de ella
4. Permitirse no distorsionar la realidad y mirarse por un momento tal cual es
5. Sentir el dolor que guarda y que le genera la idea de propensión a ser lastimado
6. Incorporar nuevos conocimientos sobre sí mismo a su vida
7. Darse la libertad de experimentar y hacer un cambio en sus conductas
8. Darse cuenta de lo que significa el aquí y el ahora
9. Permitir sentir la tristeza y aceptar que esta duele
10. Generar una nueva Gestalt a partir de su aprendizaje

6.- TÉCNICAS EMPLEADAS DURANTE EL TRATAMIENTO (Salama, 2012)

1. Técnicas Supresivas: Se aplican para suprimir lo que se está expresando como muletillas, tics, actitudes desagradables, sentir vergüenza, culpas, temores, vacíos existenciales, etcétera.

Vacío interior. Se hace un rastreo para saber los antecedentes de su sensación, se le pregunta en qué parte de su cuerpo lo siente y se le facilitan dos procesos:

a) Que llene el vacío con lo que le sea agradable.

b) Trabajar con sus introyectos hasta que el paciente cierre su asunto pendiente.

2. Técnicas Expresivas: que se dé cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que ha percibido.

3. Técnicas Integrativas: Se aplican para integrar lo suprimido o lo expresado ya resuelto.

Se realizan con base en el momento existencial del paciente, aplicando el proceso propio del Ciclo Gestalt de Salama. Es de vital importancia tener presente que toda técnica expresiva implica el desarrollo de una técnica supresiva y viceversa.

7.- IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO

Durante la sesión número 4, se trabaja con las emociones y su relación con el cuerpo, atendiendo el ciclo de la experiencia de Salama (2014a, p. 77-80), realizando la identificación del bloqueo emocional en el tema emergente. La finalidad de esta dinámica, es que Luis pueda darse cuenta de sus emociones y cómo estas, conscientes o inconscientes, tienen una relación directa con su pensamiento y por ende el comportamiento dirigido. A continuación se muestra un fragmento de la dinámica realizada donde se emplean las técnicas descritas anteriormente.

T.- En este momento te pido que por favor cierres tus ojos y adoptes una posición lo más cómoda para ti, dejando por un momento que tu cuerpo hable acerca de lo que siente. Por favor respira profundo… y exhala… nuevamente respira profundo y contén un instante la respiración, que tus pulmones sientan como se llenan de aire expandiéndose hacia todos lados… ahora exhala por la boca de una manera suave… nuevamente respira profundamente y exhala… relájate.

T.- ahora, por favor revisa tu cuerpo y dime ¿qué sientes?

P.- siento un vacío en mi pecho… es algo así como un hueco

T.- muéstrame por favor con tu mano donde se encuentra ese hueco, (tocándose por encima de la zona del plexo solar)

P.- aquí.

T.- dime ¿qué forma tiene ese hueco?

P.- es como un círculo que tiene otro circulo dentro

T.- ok, ¿de qué color es? ¿Qué consistencia tiene?

P.- es de color negro y al centro es como gris… es como una piedra, es dura y duele…

T.- ¿Cómo es ese dolor?

P.- es frio, hace que me duela el pecho y la garganta…

T.- ¿de dónde viene?

P.- detrás de la forma oscura

T.- ¿Para qué crees que está ahí? ¿Cuál es el motivo de que este ahí ese dolor?

P.- no lo sé… no se para que esta ahí, solo sé que me duele y me lastima

T.- si este tuviera una función en tu cuerpo ¿Cuál sería?

P.- está bloqueando mi respiración… siento que no puedo respirar, me duele si me pongo a pensar en esto. (Hace gestos de dolor y lleva la mano a su pecho)

T.- ok, ¿Por qué aparece ahí?

P.- creo que tiene que ver con el hecho de que no quiero morir, no quiero que me olviden, no quiero sentirme como mi papá…

T.- ¿Cómo se siente tu papá?

P.- mal, el ya sufrió mucho, yo quiero que el siempre este ahí y nunca olvidarme de él…

T.- ¿cómo relacionas lo que sientes con tu padre?

P.- no quiero sentirme mal, enfermarme, no tengo a nadie que me pueda cuidar o que sepa cómo me siento, no quiero morir…

T.- te pido por favor que respires y visualices esa forma que se encuentra en tu pecho.

T.- ahora, dime un color que te guste…

P.- el morado, me gusta el morado, me gusta y me hace sentir tranquilo

T.- quiero que le cambies el color y me digas que sientes

P.- me siento más tranquilo, siento que algo cambia, que ya no duele tanto

T.- hazla más pequeña

P.- (apretando los ojos) es más pequeña, no es del todo morada, parece que tiene partes que son oscuras

T.- ¿Qué sientes?

P.- me siento mejor, aunque no del todo bien

T.- ¿Qué te hace falta?

P.- creo que trabajar mis emociones, no me siento del todo cómodo hablando de esto, siento que me cuesta mucho trabajo y me pone muy sensible.

T.- ¿cómo te sientes?

P.- más tranquilo, me siento como si algo supiera más acerca de lo que me sucede.

T.- ahora, despídete de esa forma que hay dentro de tu cuerpo, deja que continúe su labor y dale oportunidad que nuevamente se acomode dentro de ti y puedas identificar lo que a partir de hoy sucede contigo.

Respira profundo y mantén la respiración… exhala por la boca y nuevamente respira y exhala, por tercera vez respira y exhala y cuando te sientas listo abre tus ojos y regresa al aquí y ahora.

9. RESULTADOS

- Desde la Gestalt

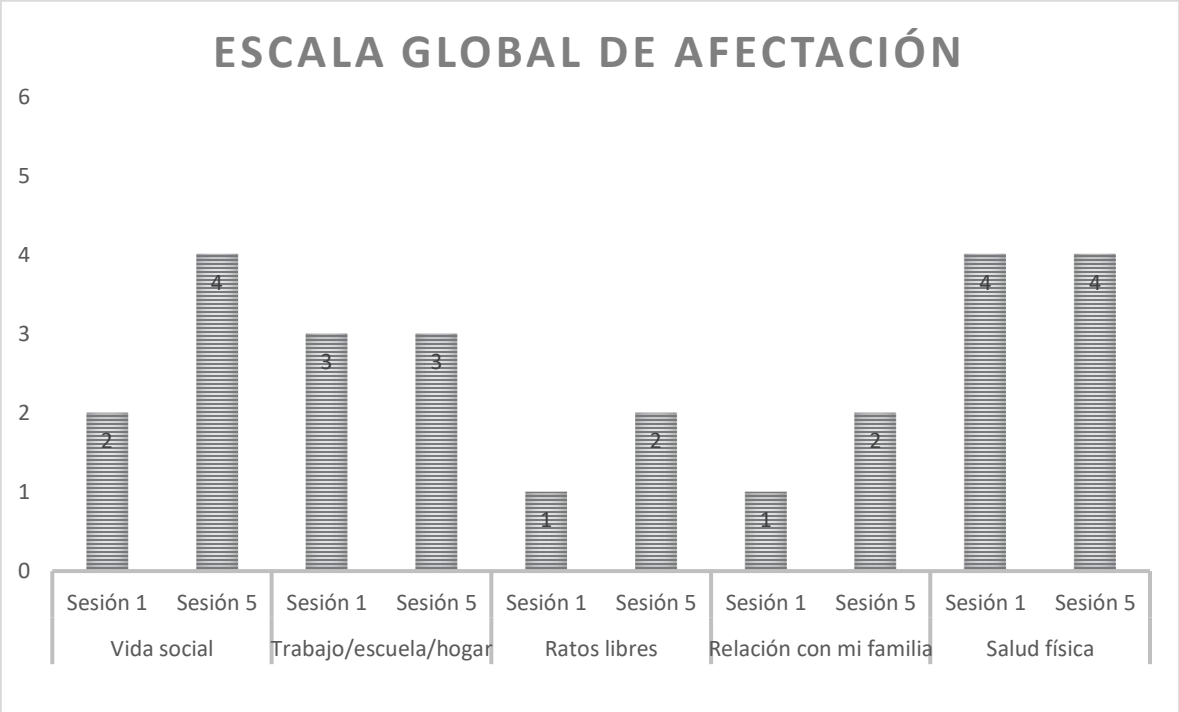
Las técnicas empleadas, permiten a Luis hacerse consciente de sus emociones suprimidas, y que estas a su vez emerjan para trabajar con ellas a través de un experimento en el cual, se le da forma, textura y color a las emociones para su manejo simbólico, lo cual permite por un momento tener control de estas y llevarlas hasta un lugar donde no hagan daño, más aun, a una forma de conocerlas y saber que existen dentro de él y que estas a pesar del dolor que causan son parte de su sistema de vida, pudiendo darles otro enfoque y contexto a las mismas, resignificando los momentos dolorosos e incómodos a nivel emocional.

Hablar de la muerte, el dolor, miedos y las dificultades que se presentan al tocar las emociones, ha dado la oportunidad de conocer esta variable de sí mismo y reorganizar ideas del ¿para qué? arriesgarse a sentir la incomodidad, generando así un cierre del ciclo Gestalt, abriendo el crecimiento personal y regresando a un estado de reposo.

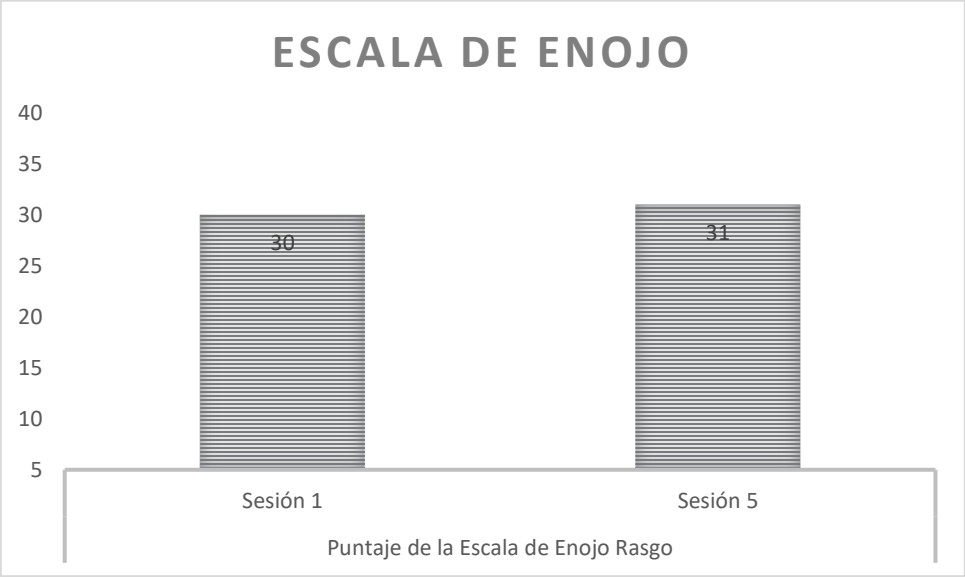
- De las pruebas

Respecto de la Escala Global de Afectación (Moreno, 2012), después de interpretar dos muestras de Luis, se observa un aumento en las áreas medibles bajo los estándares de esta prueba, notándose una afectación aumentada en la vida social. En trabajo, escuela y hogar se mantiene con el mismo resultado respecto del resultado de la primera aplicación del instrumento. Hay un considerable incremento en los ratos libres bajo la propia interpretación del sujeto, en las relaciones familiares se muestra un incremento no favorables y por último se mantiene la situación igual que en un principio de salud física.

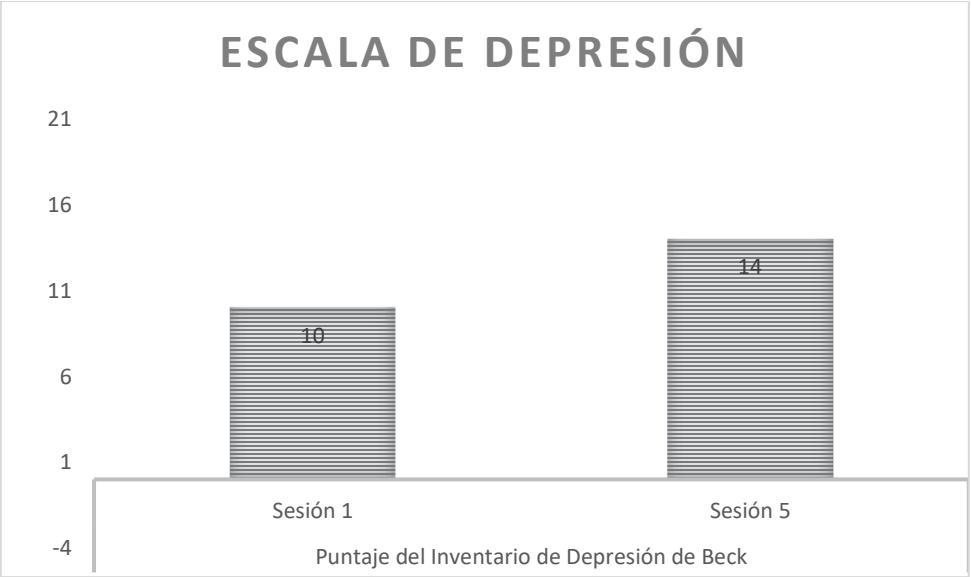
Cabe destacar que al finalizar la prueba, Luis argumenta el hecho de no estar pasando bien la situación actual, por lo que se refleja en las distintas esferas del test, mostrando que la subjetividad con que maneja estos temas tiende a globalizarse al momento y no al desarrollo de tiempo prolongado.



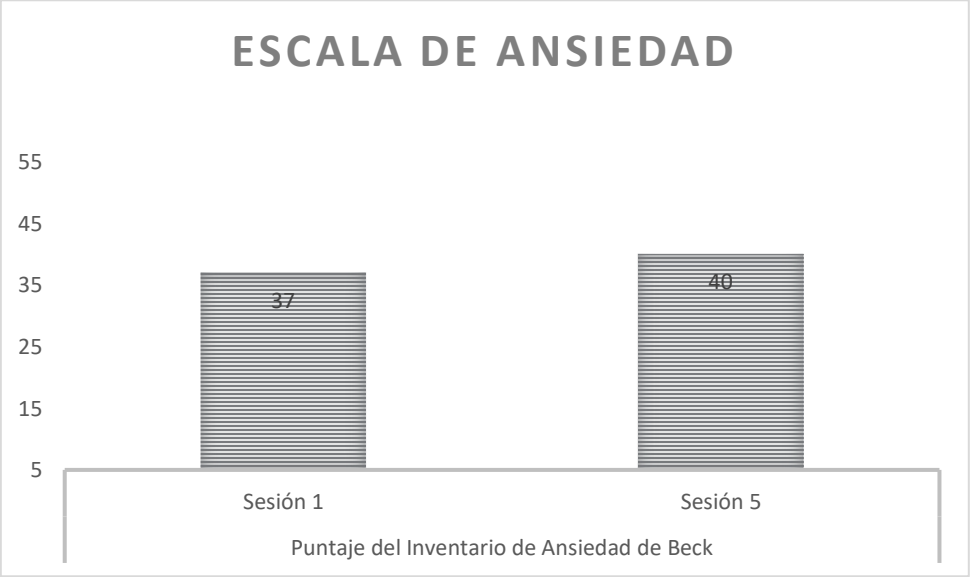
En la escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999) nos permite interpretar que Luis tiene un enojo moderado tendiente a lo grave, aunque son casi iguales los rangos, es importante señalar que existe un aumento de acuerdo a la estadística.



En el inventario de Depresión de Beck (Varela, Jurado y Páez, 2001), para la sesión inicial y de acuerdo a los estándares acerca de este ítem, se considera que esta en el límite de depresión normal, con respecto a la sesión número 5, el incremento de síntomas de depresión al grado leve es acorde al movimiento de temas trabajados durante sesión y que resultan incómodos además de doloroso para él.

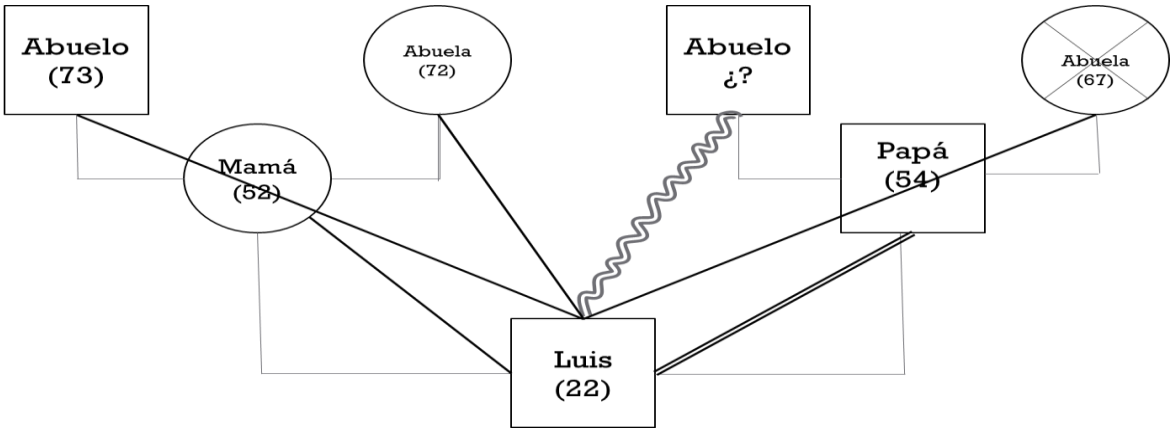


La escala de Ansiedad de Beck (Varela, Jurado y Páez, 2001), en la sesión inicial y la sesión número 5, se ubican como sintomatología de tipo grave, aunque estos van asociados con la ideación propia, además de una justificación al concluir la prueba en cuanto al puntaje.



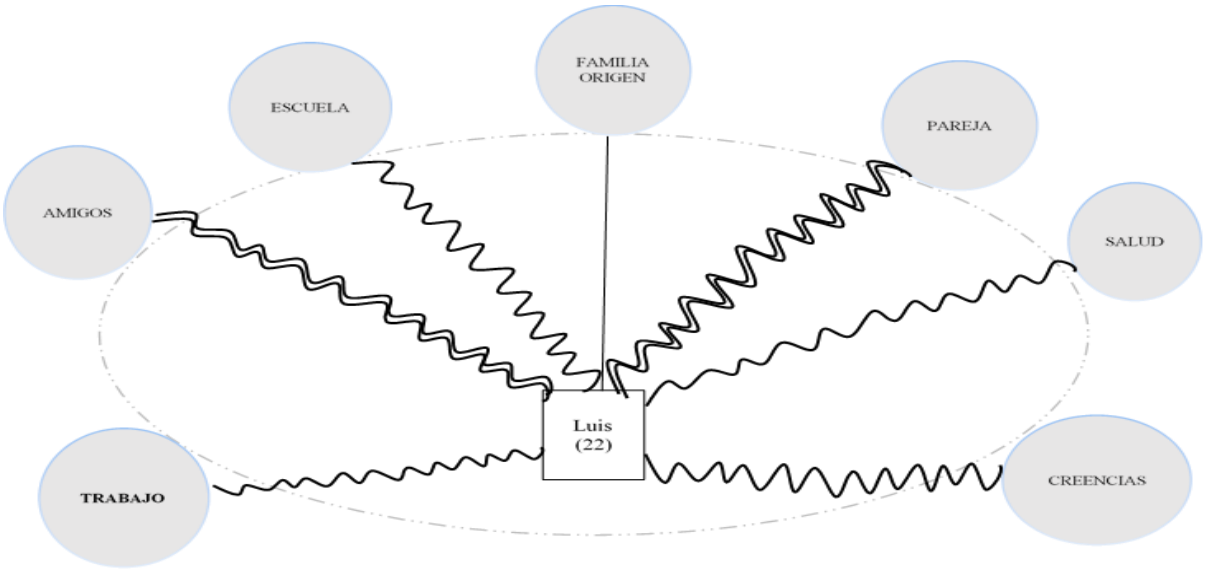
De igual manera es importante destacar que la manifestación de que sus resultados tengan un alto puntaje, son por los “ataques” que él refiere, sin embargo durante sesiones y en la exposición de sus actividades no refiere alguna otra cuestión por la cual se vea ansioso, mencionando que “te contesté como es que me siento ayer y hoy, creo que es importante que lo sepas”.

GENOGRAMA



De acuerdo a la construcción del Genograma mediante los datos aportados por Luis, se infiere que existe una buena relación con la familia materna y paterna, a excepción del abuelo paterno del cual Luis guarda un gran rencor, debido a que nunca lo conoció y abandonó a su padre cuando era niño con el cual siente un fuerte vínculo afectivo.

ECOMAPA



En el ecomapa, se observa cómo es que las relaciones de Luis son estresantes y conflictivas, principalmente cuando existe la parte de relacionarse con el otro, es el caso de

pareja y amigos, resaltando que la familia de origen es el único grupo donde no se refleja esta dinámica. Es de llamar la atención que aun así no es tan fuerte el vínculo.

De acuerdo a lo observado en las mediciones de las distintas escalas los niveles de mejoría no son reflejados en los resultados de los instrumentos, y aunque cuantitativamente sugieren detrimento en la estabilidad de Luis, lo observado durante las sesiones previas a la deserción del tratamiento, mostraron que las defensas psicológicas se elevaron después de la segunda sesión en la cual se inició el trabajo con mayor adentramiento en las emociones, tocando temas que en un principio no querían ser mencionados o simplemente se pasaban por alto. Otro aspecto importante es que las sesiones de trabajo fueron amenas y con consentimiento de Luis para trabajar los temas emergentes a sabiendas de que podrían no ser tan agradables al principio. Por último, antes de la aplicación de los instrumentos en la sesión número 5, Luis advierte que no ha tenido una buena semana, por lo cual anticipa que los resultados se verán notablemente alterados ya que no se encuentra bien emocionalmente.

Aun así, es importante recalcar que a pesar de la advertencia, los puntajes entre escalas no distan considerablemente de la primera evaluación, por lo que se estima que el tratamiento ha movido positivamente las emociones en Luis.

FACTORES ASOCIADOS AL TERAPEUTA

Es importante mencionar que gracias a las facilidades teóricas y prácticas realizadas dentro del programa de maestría de esta universidad, al trabajo de atención individual y el crecimiento mediante la psicoterapia personal, así como también las supervisiones guiadas, es posible llegar a una serie de conclusiones acerca de los factores que posibilitan el actuar terapéutico y que dan pie a la buena intervención clínica respecto de los objetivos planteados en el trabajo personal con Luis:

1. Conocimiento teórico aceptable.
2. Escucha activa y reflexiva.

3. Flexibilidad en cuanto a la personalidad Luis y sus objetivos terapéuticos.
4. Empatía.
5. Confrontación constructiva.
6. Supervisión activa durante la formación profesional.
7. Experimentación creativa y gestáltica.
8. Cierre de trabajo a través de la recapitulación y clarificación de temas.

Con respecto a las conductas, actitudes y recomendaciones para la mejora personal durante el proceso terapéutico son las siguientes:

1. Desarrollo y expresión de las emociones durante sesiones.
2. Conocimiento teórico más profundo respecto del enfoque Gestáltico.
3. Diseño metodológico y claro del curso de cada sesión psicoterapéutica.
4. Desinhibición en cuanto a la experimentación responsable en distintos casos y situaciones.
5. Más elaboración de hipótesis de trabajo así como vertientes en experimentos.

DISCUSIÓN

La finalidad de este trabajo, ha sido comparar, a través de una metodología de investigación y en medida de lo posible, control de factores que intervienen, los resultados obtenidos respecto de un plan diseñado para 15 sesiones y que dadas las circunstancias solo se concretaron 7 intervenciones, haciendo uso de los datos arrojados en 2 mediciones, así como mediante el desarrollo y el análisis de contenido de estas, se puede deducir que se ha cumplido con una buena parte del programa de entrenamiento en psicoterapia por parte de la Ibero a través del OPTA, los cuales fijaron las metas, así como los posibles inconvenientes que se presentan durante psicoterapia.

No obstante, el hecho de que Luis haya decidido desistir del trabajo terapéutico después 7 sesiones, no se considera como un fracaso, ya que en las últimas 2 se le insistió y condicionó el servicio como establece el reglamento, que postergó y se rehusó a asistir a la aplicación del MMPI-2, además de no realizar la valoración psiquiátrica sugerida, que a decir de la apreciación personal, robustecida con los intentos de comunicación a través de la encargada del OPTA (Maru) para conocer el motivo de deserción, el rechazado de toda relación con el proceso y colaboración para el cierre adecuado del tratamiento, conduce a la conclusión de que Luis no estaba listo para elaborar el proceso psicoterapéutico propuesto con acentuación en sus emociones (fuerza, dinamismo y confrontación), dado que la incomodidad generada durante las sesiones y la confrontación con sí mismo, sus ideas, creencias y bloqueos, fueron el factor de más importancia para abandonar la terapia ya que el motivo principal había sido abordado y expuesto.

Pekarik (1986), investigó el grado de cambio sintomático de los pacientes que abandonaban psicoterapias con enfoque sistémico y humanista, comprobando que variaba en función de que el abandono se hubiera producido al inicio del tratamiento o cuando éste ya estaba avanzado. Los resultados indicaron la existencia de un "continuum" en el cual los abandonos tempranos mejoraban menos que quienes abandonaban después de un tiempo de tratamiento y éstos, a su vez, también habían mejorado menos que los pacientes que completaban el tratamiento, encontrándose pocas diferencias entre abandonos tardíos y

psicoterapias completadas. Lo que en cifras se encontró como: 54% de los pacientes que abandonaron había mejorado, un 37% se encontraba igual y un 9% había empeorado".

La personalidad antisocial de Luis, se acoraza manteniendo a distancia las emociones que provoquen incomodidad, así como las ideas o dinámicas que las involucren y permitan su afloramiento, causando un sentimiento de exposición hacia los demás, de manera que no permite ser dañada (real o creencia por desconocimiento). En este caso en particular, cuando la depresión disminuye y la ansiedad es controlada, opta por abandonar el tratamiento, ya que se hace consciente la función de los "ataques de ansiedad", siendo el motivo principal de consulta, postergando el crecimiento personal que la psicoterapia Gestalt ofrece.

En el desarrollo de las sesiones 1 y 2, los síntomas descritos en cuanto a los ataques de ansiedad, fueron inconsistentes en su descripción y efectos en él mismo, ya que no había congruencia ni recurrencia al momento de vivirlos. Durante la sesión 3, Luis manifiesta tener un ataque de ansiedad, el cual es valorado mediante el contenido de sus ideas expresas y sintomatología corporal, por lo que se decide confrontar, pidiéndole hacer lo necesario para que pudiéramos trabajar el malestar, acto seguido disminuye hasta desaparecer el síntoma, relacionando que al haberlo confrontado y llevarlo a la incomodidad, cambia totalmente la situación sin que en posteriores sesiones se haga referencia de estos ataques y es considerado que el uso de esta conducta es para llamar la atención la cual se limita a ciertos escenarios, por lo que el síntoma desaparece al hacer consciente de que se trata de un mecanismo para buscar la compañía, atención y contención propia y compensar ciertos aspectos de su personalidad. Durante la 4 y 5 sesión se hace evidente una resistencia al tratamiento, observada en los instrumentos de medición y también en el desarrollo de las sesiones, especialmente durante la realizada en cámara de Gesell, en la cual y por palabras de él mismo, no fue muy agradable ser observado. Finalmente durante la 6 y 7 sesión la tensión en cuanto al trabajo emocional era muy resistente, intentando desviar la atención hacia aspectos más sociales que emocionales.

Una hipótesis empírica, a falta de evidencia, recae en tres aspectos; delirios con distorsión de la realidad, daño neurológico y/o simulación de los síntomas, lo cual explica las dinámicas de vida descritas y como es que estas afectan su entorno, además del interés por un comprobante de asistencia a psicoterapia que pudiera tener alguna utilidad o simbolismo practico en su vida.

En cuanto a la depresión, es ético reconocer que continuó presente, aunque en menor grado que al inicio del tratamiento psicoterapéutico, lo cual se reflejó en el comportamiento activo durante el transcurso de las sesiones, pero que debido a diversos factores limitantes, como la resistencia de Luis, pocas sesiones concretadas y la disposición de él al trabajo emocional, dificultó el abordaje profundo a la depresión, aunque esta se negó, pero se habló de una tristeza latente, y que se puntuó en los instrumentos, indicando lo contrario.

Es importante resaltar los avances a nivel personal, práctico y teórico, ya que a través del desarrollo y empleo de la psicoterapia Gestalt, pude lograr aciertos importantes en lo que respecta al tratamiento de las emociones dentro de la gama de tipos de personalidad, en el caso específico del antisocial, y que provee de una pequeña base para elaborar y sistematizar propuesta de tratamiento en distintos ámbitos, desde el estilo, pasando por los rasgos, hasta el mismo trastorno en el cual la gravedad y dificultad de tratamiento estriba en contener, pero no en reparar y por ende, ayudar a conseguir una mejor calidad de vida.

El interés de estudios futuros sobre el abordaje y trabajo con las emociones en cuanto a personalidad, es de alta importancia, dado el contexto histórico y social por el cual cursamos dentro del estado de Puebla e incluso el propio país, que ha sido cercenado por la violencia. La personalidad antisocial está presente y se involucra en conductas destructivas en todo contexto y nivel sociocultural. Las investigaciones que se desarrollen posteriormente bajo este esquema de trabajo, pueden ir encaminadas al tratamiento de la población actual en cualquier nivel de gravedad de este tipo personalidad, así como también la estructuración del tratamiento en poblaciones jóvenes y vulnerables como en personas involucradas en grupos delictivos.

Blackburn (1993) dice que “la idea de que la psicoterapia o la orientación podrían ser más eficaces cuando los individuos experimentan una angustia emocional en relación con su conducta es plausible y sería un error argumentar que esa opinión está equivocada”. De igual manera, Rutter y Giller (1983) hacen referencia en cuanto a las conductas delictivas, es decir, la acción del delito asociado a trastornos emocionales, mencionando que “las reacciones a las aproximaciones orientadoras tenían mejor respuesta en personas que habían cometido un delito y que estaban asociadas a perturbaciones emocionales”.

No omito mencionar que este estudio de caso no ha sido exhaustivo, dada la naturaleza del mismo, por lo que aún existe mucho material de estudio y aprendizaje en cuanto a este tipo de personalidad.

REFERENCIAS

Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(5), 307-318. Recuperado de http://www.ijpsy.com/volumen11/num2/300/assessing-the-factor-structure-of-the-anger-EN.pdf

Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*: DSM-5 (5ª Ed.). Distrito Federal, México: Editorial Médica Panamericana.

Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Ed. Wiley.

Caballo, V. (Coord.) (2004). *Manual de los Trastornos de la Personalidad. Descripción, evaluación y Tratamiento*. Madrid, España: Síntesis.

Conxa, P. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar.* Universidad Complutense Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Blackburn, R. (1993). *The Psychology of the criminal conduct: Theory, research and Practice*. Chichester: Wiley.

Feldman, L., Lewis, M. & Haviland-Jones, J., M. (2016). *Handbook of emotion.* (4ª ed). New York: Guilford.

Hartman, A. (1978). *Diagrammatic assessment of family relationships, Social Casework*, 59(8), 465-476. Recuperado de http://www.historyofsocialwork.org/eng/details.php?cps=25&canon_id=156

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 21(3), 26-31. Recuperado de http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2103/sm210326.pdf?PHPSESSID=22446745dc6c2c8f83a5a2cb8b506737

Kepner, J. (1987). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, Nueva York: Rowman & Littlefield.

McGoldrick, M. & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Gedisha.

Mestre, N., y Guil, B. (2012). *La regulación de las emociones. Una vía a la adaptación personal y social.* Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Moscoso, M. S., & Spielberger, C. D. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica. *Revista Psicología Contemporánea*, 6(1) 4-21.

Organización Mundial de la Salud. *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (2000). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Pallares, M. (2010). *Emociones y Sentimientos. Donde se forman y como se transforman (10ª ed.).* Barcelona, España: Marge Books.

Pekarik, G. (1986). The use of termination status and treatment duration patterns as an indicator of clinical improvement. *Evaluation and Program Planning*, 9(1) 35-30.

Plutchik, R. (1980) *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis.* Nueva York: Harper & Row

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.

Rutter, M. & Guiller, H. (1983). *Juvenile dilinquency*: *Trends and perspectives.* Harmondsworth: Penguin.

Salama, P. H. (2014). *Psicoterapia GESTALT. Proceso y metodología*. (4ª, ed.). México, D. F.: Editorial Alfaomega.

Salama, P. H. (2012). *Gestalt 2.0. Actualización en Psicoterapia Gestalt*. México, D. F.: Editorial Alfaomega.

Shub, N. (2002). *Trabajo en la frontera de contacto y neurosis: el self en guerra con el self.* Xalapa: Centro de Estudios e Investigaciones Gestálticas.

Zanarini M., C. (1996). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.