

Abordaje gestáltico a la personalidad dependiente con sintomatología ansiosa y depresiva

Pérez Montealegre, José Alfonso

2021

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5077>

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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



ABORDAJE GESTÁLTICO A LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE CON SÍNTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA

DIRECTOR DE TRABAJO
DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

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

Presenta

JOSÉ ALFONSO PÉREZ MONTEALEGRE

Puebla, Pue.

2021

	2
Resumen	4
Introducción	5
Enfoque elegido para el tratamiento	5
Sistematización de resultados en la Gestalt	6
Personalidad	6
Rasgo/estilo de personalidad	7
Trastorno de personalidad	7
Personalidad dependiente	8
Relación con la ansiedad y depresión desde la Gestalt	9
Descripción del caso clínico	11
Objetivo del trabajo clínico	11
Datos de identificación	11
Datos generales	12
Genograma	12
Motivo de consulta	13
Motivo desencadenante	13
Entrevista clínica	13
Historial clínico	13
Intentos de solución	13
Primera sesión	14
Técnicas para evaluar al paciente	14
Formulación del caso	18
Formulación clínica	18
Evaluación Multiaxial	19
Estructura psíquica	19
Ciclo de la experiencia	20
Bloqueos y mecanismos de defensa	22
Figura-Fondo	23

	Polaridad	23
	Hipótesis Gestalt	24
Elección de tratamiento		24
	Implementación del tratamiento	25
	Resumen de temas durante el proceso	27
Resultados de la intervención		28
	Resultados cuantitativos	28
	Resultados cualitativos	34
	Resultados de seguimiento	34
La persona del terapeuta		36
	Fortalezas	36
	Áreas de oportunidad	37
Discusión		38
Referencias		40

Resumen

El presente trabajo describe el proceso de sistematización de una intervención psicoterapéutica con enfoque Gestalt. El caso es de un joven de 18 años con rasgos dependientes de la personalidad, sintomatología ansiosa y depresiva, que se llevó a cabo en el servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla correspondiente al periodo académico de primavera 2020. El proceso se llevó a cabo durante 15 sesiones supervisadas por medio de videgrabaciones. El motivo de consulta referido por el paciente “necesidad de trabajar aspectos personales sobre todo de ansiedad y el no sentirme tranquilo últimamente”. Los instrumentos para evaluar el proceso: La escala Global, Escala Enojo Rasgo, Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck, más la escala CORE-OM para dar seguimiento a la eficacia del tratamiento. Teniendo como resultado una disminución notable de los síntomas de ansiedad y depresión. Así mismo, se observa una mejoría en las escalas que miden el bienestar global del paciente.

Palabras clave: Gestalt, personalidad dependiente, síntomas depresivos, ansiedad, autoestima.

INTRODUCCIÓN

Se presenta en este documento el informe que describe la sistematización de la práctica psicoterapéutica realizada en el periodo académico de Otoño 2020 en el servicio OPTA de la Universidad Iberoamericana Puebla, llevado a cabo desde la supervisión del modelo gestáltico con un paciente que presentó rasgos de personalidad dependiente con síntomas de ansiedad y depresión. El informe abarca un total de 15 sesiones, a finales del año 2020.

Enfoque elegido para el tratamiento

La terapia Gestáltica se caracteriza por ser una exploración que centra su atención en el “¿Cómo?” y no en interpretar comportamientos o en los “¿Por qué?” (Salama, 2012). Perteneciente a la corriente humanista de la psicología, se destaca la importancia al desarrollo del auto-apoyo del ser humano, logrando el cierre de asuntos pendientes consigo mismo y con los demás, mediante técnicas de diálogo, vivenciales y de integración que favorecen el fortalecimiento del yo (Salama, 2002).

Yontef (2007, p.95), propone que el foco de atención en el trabajo de intervención terapéutica desde la Gestalt es el logro de los siguientes puntos:

- Generar la consciencia de su propia experiencia
- La capacidad de vivir en el presente
- La habilidad de hacerse cargo de la propia responsabilidad de lo que ocurre para no incurrir en juegos ni manipulaciones

La intervención de este corte para el informe del presente trabajo está enfocada en la emoción y desarrollo de la autoestima, para poder procesar de la experiencia, y así disminuir síntomas negativos que generan malestar y promover la toma de conciencia de su propia existencia,

aceptando la responsabilidad de sí mismo y manteniendo estos cambios a lo largo del tiempo (Villagómez, 2011).

Sistematización de resultados en la Gestalt

La psicoterapia de enfoque Gestalt no cuenta con una amplia evidencia o sistematización del resultado de sus intervenciones. Gold, et al (2019) comentan que entre los factores de la escasa investigación en Gestalt se encuentran el movimiento anti-intelectual de los primeros practicantes de la corriente. A propósito de ello, de acuerdo con Spagnuolo Lobb (2002) la búsqueda y el foco de atención en la experiencia gestáltica generan que el estilo predominante sea la improvisación más que a la adhesión a un método ensayado que puede ser cuantificado.

Por ello, uno de los objetivos es aportar evidencia a través de sistematizar el presente estudio de caso, de una persona que tiene un estilo de personalidad dependiente, con sintomatología depresiva y ansiosa.

Personalidad

La personalidad dentro de la rama de la psicología abarca el comportamiento, ideas, sentimientos, emociones, la forma en la que se relaciona el ser humano en sus interacciones intrapersonales. De acuerdo con Millón (1996) es el patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, mayormente inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.

Dentro de la clasificación hecha en el DSM-V (2014), se proponen 10 tipos diferentes de personalidad que brindan al individuo la posibilidad de tener respuestas al ambiente y de ello, su

patrón de interacción en relaciones sociales (Carver & Sheier, 2014). Por lo que, la personalidad permite generar una identidad en la persona.

Rasgo/estilo de personalidad

Por otra parte, se denominan *rasgos* y *estilos* a la estructura en distintos niveles de la identidad y sus diversos comportamientos (Hampson, 2012). Los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de interacción con el entorno y con uno mismo, en algunas ocasiones sirven como defensa (Barondes, 2014). Es decir, los rasgos son un nivel de respuesta al entorno para la cotidianidad y son de carácter transitorio.

Para Caballo et al. (2009) los estilos son una organización y clasificación de rasgos específicos que forman un continuo. Se entienden como una estructura que acumula diversas características (rasgos) que generan un desenvolvimiento del individuo en su ambiente. Sin embargo, cuando el estilo de personalidad se vuelve rígido e inflexible, de manera prolongada, diferente a las expectativas de la cultura (anormalidad), se considera como un trastorno de la personalidad (Millón, 2015).

Trastorno de personalidad

De acuerdo con la American Psychiatric Association en su Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2014), los desórdenes de personalidad se definen como patrón permanente del comportamiento y experiencia interna de la persona, que se aparta abruptamente de las expectativas culturales.

Los trastornos de personalidad se caracterizan por ser patrones desadaptativos y duraderos en la forma que el individuo se relaciona con el ambiente y consigo mismo, se manifiesta en un

amplio rango de contextos (Durand & Barlow, 2007, p 431). Por lo que se podría decir que los trastornos de personalidad repercuten en la toma de decisiones, relaciones intrapersonales y percepción de la realidad del individuo. Teniendo una repercusión en la vida social, laboral, académica del usuario.

La Gestalt entiende un trastorno de personalidad como un patrón de organización desajustado e inflexible de los componentes básicos de la experiencia, de manera que la persona advierte deterioro y angustia subjetiva (Deslisle, 1991), generando un estado de alteración al Yo.

Personalidad dependiente

En cuanto a las conductas de la personalidad dependiente, Millón (1996) explica que una persona con estilo de personalidad dependiente vive y actúa para hacer feliz a quien o quienes considera importantes en su vida. Se vuelven personas capaces de hacer a un lado sus deseos por complacer a su pareja, familiares y amistades. En tanto, para los rasgos, el patrón de personalidad por dependencia se caracteriza, en general, por una actitud pasiva y sumisa, una idea de sí mismo de incompetencia e inutilidad por ser personas ansiosas y tristes (Caballo, 2004).

El trastorno de la personalidad dependiente, se caracteriza por una necesidad generalizada y excesiva de ser atendido, lo que lleva a comportamientos de sumisión y aferramiento (American Psychiatric Association, 2014, p. 367). Se le dificulta generar una identidad ocasionado por una creencia de que no puede lograr cosas por sí mismo, recayendo en sumisidad excesiva.

Los criterios diagnósticos que propone el DSM-V (2014,675) para para considerar un trastorno de personalidad dependiente, si se manifiestan cinco o más de los siguientes hechos:

- Tienen dificultades para tomar decisiones cotidianas si no reciben una cantidad exagerada de consejos y garantías de otras personas.

- Necesitan que otras personas sean responsables de los aspectos más importantes de sus vidas.
- Tienen dificultades para expresar su desacuerdo con los demás porque temen perder su apoyo o su aprobación.
- Tienen dificultades para comenzar proyectos por sí mismos porque no tienen confianza en su juicio y/o habilidades (no porque carezcan de motivación o energía).
- Están dispuestos a hacer todo lo posible (por ejemplo, realizar tareas desagradables) para obtener el apoyo de los demás.
- Se sienten incómodos o indefensos cuando están solos porque temen no poder cuidar de sí mismos.
- Cuando una relación cercana finaliza, sienten una necesidad urgente de establecer una nueva relación con alguien que les brinde atención y apoyo.
- Les preocupa y les atemoriza el hecho de tener que cuidar de sí mismos.

Además, los síntomas deben haber comenzado antes de la edad adulta.

Relación con la ansiedad y depresión desde la Gestalt

Por otra parte, el trastorno de personalidad dependiente, forma parte del grupo C de la personalidad, conocidos como el grupo de la ansiedad (Caballo et al, 2009). La ansiedad en la propuesta de Ceballos (2017) para la gestalt se caracteriza por la huida de la experiencia del presente. Es decir, la causa está en la fantasía de futuro. Por lo que la ansiedad está situada en pensamientos catastróficos de la realidad.

Por ende, al no estar en el presente y estar con la angustia de la incertidumbre, la gestalt lo va entender como un impedimento para fortalecer su Yo. Siguiendo la propuesta de Salama (2012) se genera una neurosis, que es la formación de un sistema defensivo para evitar la angustia y la incertidumbre. Impide aceptar lo que es, deteriora el darse cuenta. Por lo que la persona neurótica se entiende como aquella que tiene asuntos pendientes, formando un Pseudo yo en lugar de un Yo (Salama, 2002), generando así sintomatología depresiva. Como se puede ver en la Tabla 1 la forma en que se compone un Pseudo Yo en comparación del Yo.

Tabla 1 <i>Diferenciación del Pseudo Yo del Yo</i>	
Pseudo Yo	Yo
Frase: Utiliza el Debo	Frase: Utiliza el Quiero
Da por hecho – No duda	Cuestiona – Duda
Resistencia al cambio	Promueve el cambio hacia la salud
Reacciona y racionaliza	Observa y analiza
Generaliza	Particulariza
Actúa por asociación inconsciente	Actúa por discriminación
Sabotea al organismo	Ayuda al organismo
Actúa basándose en prejuicios	Tiene capacidad de juicio
No hay capacidad de darse cuenta	Tiene capacidad de darse cuenta

Tabla 1 (Salama, 2012) Gestalt 2.0: actualización en psicoterapia Gestalt

La persona deprimida vive con una visión constreñida de su realidad que le lleva a contactar de un modo inhibido, e incluso a interrumpir el contacto con su entorno más inmediato, como pueden ser las personas más significativas y la constante exposición al autosabotaje (Lobb, 2017).

Por lo que el enfoque Gestalt, de acuerdo con Herrera et al, (2018) su metodología de intervención en el caso clínico presentado, tiene como propósito afirmarse ante las pérdidas de la

identidad en la personalidad y, por medio de ella, se pueda recuperar la experiencia y el funcionamiento rechazado. Pretendiendo que a través de la responsabilidad del sí mismo, se genere un integridad y fortalecimiento del Yo. La psicoterapia Gestalt ofrece la diferenciación entre el “como si” y el “poder experimentar” (Perls, 2019). Es decir, vivir en la realidad y no situarse en la fantasía, aceptando e integrando la experiencia del individuo para la formación de un Yo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Objetivo del trabajo clínico

El presente trabajo busca que a través del enfoque gestalt se deje un precedente en la sistematización de un informe clínico para el tratamiento de rasgos de la personalidad dependiente, centrando la atención en la existencia total del individuo y sus relaciones. Por lo que a través de desarrollar la conciencia del *darse cuenta*, para un funcionamiento sano, permitiendo al cliente la posibilidad de que encuentre por sí mismo las soluciones a sus problemas existenciales asumiendo la responsabilidad de manejar su propia vida (Villagomez, 2011). Trabajando los siguientes objetivos:

- Trabajar el Pseudo Yo para volverlo un Yo.
- Promover el darse cuenta y sea capaz de responsabilizarse de sí mismo.
- Disminuir las resistencias que impiden el contacto.
- Desarrollar la capacidad de generar compromisos.

Datos de identificación

A continuación, se describe el caso de Antonio (pseudónimo).

Datos generales

Antonio (pseudónimo) joven masculino de 18 años, católico y soltero. Oriundo del estado de Oaxaca, pero desde hace aproximadamente 10 años vive en el estado de Puebla, en donde empezó a estudiar en 2020 en la universidad.

Para evitar los traslados de su casa a la universidad, sus papás le rentaron un departamento compartido con un amigo de la infancia, con la finalidad de que viva la experiencia universitaria y se vuelva más independiente. A continuación se describe el genograma, en el cual se puede destacar que Antonio tiene una relación de confianza y cercanía a sus figuras paternas, aunque existen situaciones que generan conflicto con la madre.

Genograma Antonio

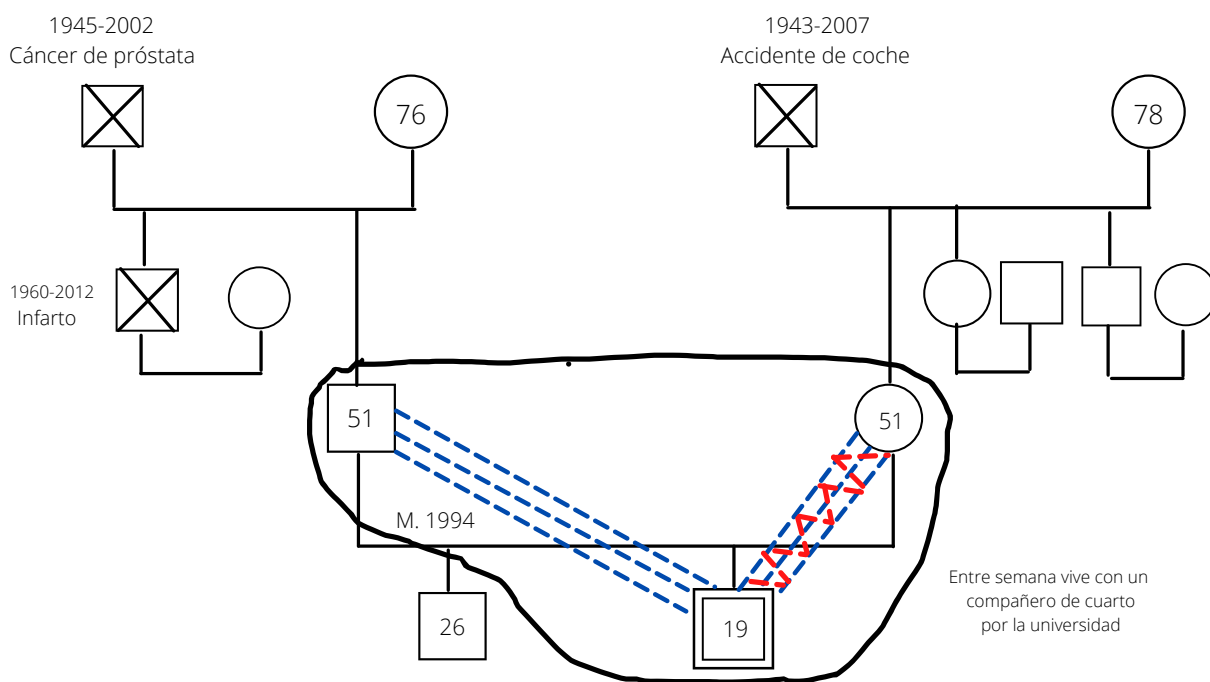


Figura 1. Representación del genograma de Antonio (elaboración propia)

Motivo de consulta

Antonio acude al servicio de Orientación, Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) por decisión propia. Con sus palabras: “me cuesta mucho trabajo confiar en mí mismo, no me siento seguro con lo que hago. No quiero ser una carga de preocupación para mis papás”.

Motivo desencadenante

A raíz de que comienza a vivir solo al iniciar la universidad, empezó a sentir mucha desconfianza de sí mismo y constantemente se sentía incapaz de poder realizar las actividades que le correspondían. Consecuentemente, su compañero de cuarto le sugiere contactar al servicio OPTA para iniciar un proceso terapéutico.

Entrevista clínica

De manera cualitativa, a lo largo de las primeras 5 sesiones se observaron los siguientes síntomas: introversión, timidez, miedo, poca confianza en sí mismo, rutinario, dificultad para tomar decisiones, tristeza y angustia, sentimientos e ideas de culpa y baja autoestima.

Historial clínico

- No hay antecedentes patológicos en su familia nuclear.
- Arritmia cardíaca diagnosticada a los 8 años.
- No se requirió cirugía, se controla con revisiones médicas anuales.

Intentos de solución

En el pasado Antonio refiere que pensó en acudir a consulta psicológica privada, sin embargo, por motivos económicos desistió de asistir, por ello este se convirtió en su primer proceso de psicoterapia. Antonio narra que le servía asistir a voluntariados en asilos y casas hogar, para poder distraerse y sentirse útil.

Primera sesión

En su primera entrevista se pudo observar un comportamiento impasible, su posición corporal era rígida, dubitativo, semblante melancólico, cabizbajo y con voz tenue. A pesar de ello, mostraba total apertura y disposición para responder a las preguntas que se le hacían.

Técnicas e instrumentos para evaluar al paciente

Para la evaluación del proceso psicoterapéutico del presente trabajo, se aplicaron cuatro instrumentos (Tabla 2) con el objetivo de medir la sintomatología de manera cuantitativa del paciente, las cuales consistieron: La Escala Global (Moreno Andrade, 2012), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) y la Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999).

Tabla 2		
<i>Instrumentos empleados para la evaluación del paciente .</i>		
Instrumento	Descripción	Ejemplos de reactivos
Escala Global Fue creada por Alcázar-Olán & Moreno- Andradre (2014)	<p>Escala tipo Likert. Evalúa el funcionamiento del sujeto en distintos ámbitos de la vida: escuela, trabajo, pareja, tiempo libre, familia, salud física y sexual. En un total de 7 reactivos. De una forma más amplia y no específica.</p> <p>Cada una de las áreas se puntúa entre 1 y 6 de la siguiente manera:</p> <p>1 = Nada afectada 2 = Casi nada afectada 3 = Poco afectada 4 = Regularmente afectada 5 = Muy afectada 6 = Está siendo afectada muchísimo</p>	<p>Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas...</p> <p>1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada...</p> <p>2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado...</p>
Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999)	<p>Validada en México por Alcázar., et al, 2011.</p> <p>Mide la tendencia al enojo.</p> <p>Escala tipo likert abarca 10 reactivos, teniendo puntaje en respuestas entre 1 y 4 del siguiente modo</p> <p>1 = casi nunca 2 = algunas veces 3= casi siempre 4 = casi siempre</p> <p>Se califica del siguiente modo:</p> <p>10 a 16 baja tendencia al enojo 17 a 22 enojo promedio al de la mayoría de la gente 23 a 40 alta tendencia al enojo (Puntaje máximo)</p> <p>Su medida de confiabilidad en alfa de Cronbach es de 0.83</p>	<p>Cómo me siento generalmente</p> <p>1. Soy muy temperamental (enojón).</p> <p>2. Tengo un carácter irritable.</p> <p>3. Exploto fácilmente.</p>

<p>Inventario de Depresión de Beck (BDI) Fue creada por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961)</p>	<p>En México fue adaptada y estandarizada por Jurado y cols. (1998) con residentes de la Ciudad de México.</p> <p>Alfa de Cronbach de 0.87,</p> <p>Escala tipo likert, que valora la presencia de síntomas de depresión dentro de los últimos 15 días en los aspectos de: estado de ánimo, sensación de fracaso, satisfacción, sentimientos de culpa, odio, auto-acusaciones, pensamientos auto lesivos, llanto, irritabilidad, retraimiento, indecisión, percepción de la imagen corporal, inhibición, dificultades en el sueño, fatiga, fluctuaciones del apetito y el peso, somatización y pérdida del deseo sexual. Su valor de respuesta es de 0-3, a mayor puntuación mayor grado de afectación.</p> <p>Se califica del siguiente modo:</p> <p>0 a 9 depresión mínima 10 a 16 depresión leve 17 a 29 depresión moderada 30 a 63 depresión severa</p>	<p>1. (0) Yo no me siento triste (1) Me siento triste (2) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo (3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p> <p>2. (0) En general no me siento descorazonado por el futuro (1) Me siento descorazonado por mi futuro (2) Siento que no tengo nada que esperar del futuro (3) Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>
<p>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)</p>	<p>Mide la presencia de síntomas de ansiedad dentro de los últimos 15 días. Es una prueba de 21 reactivos estilo likert, que se califican entre 0 y 3 poco o nada-severamente Los aspectos que valora son: dificultad para relajarse, nerviosismo, dificultad para respirar, sudoración, ideas de daño inminente. Se califica del siguiente modo:</p> <p>0 a 5 ansiedad mínima 6 a 15 ansiedad leve 16-30 ansiedad moderada 31 a 63 ansiedad severa</p> <p>Ha sido adaptado y estandarizado para México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001).</p> <p>Su confiabilidad tiene un alfa de Cronbach entre 0.83 a 0.84, y cuenta con altos puntajes de “test” y “retest”.</p>	<p>1. Entumecimiento, hormigueo. 2. Sentir oleadas de calor 3. Debilitamiento de piernas 4. Dificultad para relajarse</p>

<p>CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. Desarrollado por Core System Group Evan et al. (1998)</p>	<p>Busca demostrar la eficacia de los procedimientos en psicoterapia para mejorar la calidad de vida del paciente (Barkham et al., 2006).</p> <p>Es una escala tipo Likert con 34 reactivos, a mayor puntuación, mayor nivel de problemas o síntomas. Se divide en las siguientes dimensiones, con un rango de calificación de 0-4 cada una.</p> <p>-Bienestar subjetivo 4 ítems (W).</p> <p>-Problemas/Síntomas: valora depresión, ansiedad, trauma y síntomas físicos, 12 ítems (P).</p> <p>-Funcionamiento general: evalúa relaciones significativas, sociales y otras áreas del funcionamiento cotidiano, 12 ítems (F).</p> <p>-Riesgo: mide indicadores clínicos de intentos de suicidio, auto lesiones o conductas de agresión a terceros, 6 ítems, (R).</p> <p>El Alfa de Cronbach oscila entre 0.75 y 0.90.</p> <p>Su calificación puede variar desde 0 hasta 136, este resultado se divide por el número de ítems respondidos, obteniendo de esta manera, el resultado general.</p> <p>0-10: nivel de afectación leve. 11-15: nivel de afectación medio. 16-20: nivel de afectación moderado. 21-25: nivel de afectación severo.</p> <p>Su aplicación se llevó a cabo 4 meses después a la última sesión.</p>	<p>1. Me he sentido muy solo y aislado.</p> <p>a. Nunca (0) b. Muy pocas veces (1) c. A veces (2) d. Muchas veces (3) e. Siempre o casi siempre (4)</p> <p>2. Me he sentido bien conmigo mismo.</p> <p>a. Nunca (4) b. Muy pocas veces (3) c. A veces (2) d. Muchas veces (1) e. Siempre o casi siempre (0)</p>
---	--	---

Una vez que “Antonio” inició proceso en el OPTA, se realizó la primera aplicación de la batería de pruebas, unos minutos antes de comenzar su primera sesión. Posteriormente, las evaluaciones se realizaron en las sesiones 5, 10 y 15 con los instrumentos descritos anteriormente.

FORMULACIÓN DEL CASO

Además de los instrumentos explicados anteriormente, se realizó la evaluación de síntomas utilizando los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales-V (DSM-V). Como complemento, el equipo de supervisión sugirió utilizar la evaluación multiaxial de acuerdo a la propuesta del DSM-IV y la evaluación del ciclo de la experiencia, incluyendo mecanismos de defensa gestálticos para trabajar con los bloqueos que propone la Gestalt.

Formulación clínica

Para la descripción del diagnóstico se descartó el Trastornos Depresivo Persistente F34.1 (300.4) y Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1 (300.02), debido a que no se cumplían con los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-V (2014) para considerarse un trastorno; sin embargo, se tomó en cuenta la presencia de toda la sintomatología depresiva y de ansiedad para la formulación del caso clínico.

Por otro lado, en el área de personalidad, Antonio no cubre los criterios necesarios para un trastorno de la personalidad. Los síntomas referidos y observados se equiparan a los del trastorno de personalidad dependiente, aunque como se mencionó, no abarcan los suficientes criterios para considerarlo un trastorno. Según Caballo et al. (2009) se describe como rasgo a la personalidad que no tiene un grado elevado de disfunción y/o rigidez. De esta manera, Antonio cumplía con los criterios necesarios para ser considerado como un rasgo de personalidad dependiente (Puntos 1, 2, 4 y 6 descritos en el DSM-V).

Evaluación Multiaxial.

Se elaboró un diagnóstico a sugerencia de la supervisora del caso, utilizando la evaluación multiaxial del DSM-IV TR.

Tabla 3.	
<i>Evaluación Multiaxial.</i>	
EJE I	Síntomas depresión persistente con oscilación entre ansiedad y culpa. Síntomas de ansiedad generalizada.
EJE II	Rasgos de personalidad dependiente (mayormente) y obsesiva. Además, de otros síntomas del grupo C.
Eje III	A ritmia cardíaca diagnosticada desde la infancia
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo (Relación con mamá y consigo mismo). Relativos al ambiente social (confianza para desenvolverse con los demás, para poder iniciar una relación de pareja).
EJE V	51-60 Síntomas moderados (crisis de angustia, conflicto para generar lazos afectivos con pareja).
Eje VI	Neurosis.

Eje VI habla de la estructura del Yo (Salama, 2002), se incluyó en la evaluación multiaxial para este caso con fines académicos para la materia de supervisión del modelo humanista de corte Gestalt.

Estructura psíquica

De acuerdo con Lobb (2017), la neurosis es un sistema defensivo que se forma desde la niñez para evitar la angustia de situaciones carenciales. Es decir, es un sistema que impide la aceptación de lo que somos, de lo que es.

Algunas características de la neurosis son: patrón repetitivo de conductas inadecuadas basadas en “introyectos”, fijación en recuerdos del pasado o fantasías catastróficas del futuro, no

jererquización de las necesidades del organismo, existencia de emociones negativas como culpas y temores fantaseados, entre otras (Salama, p.11, 2012).

Con ello, la estructura neurótica hace que el individuo no pueda ver claramente sus propias necesidades, y por lo tanto, no las puede satisfacer (Lobb, 2017). Por lo que, Antonio, de acuerdo a la Gestalt, presentó una estructura neurótica.

Ciclo de la experiencia

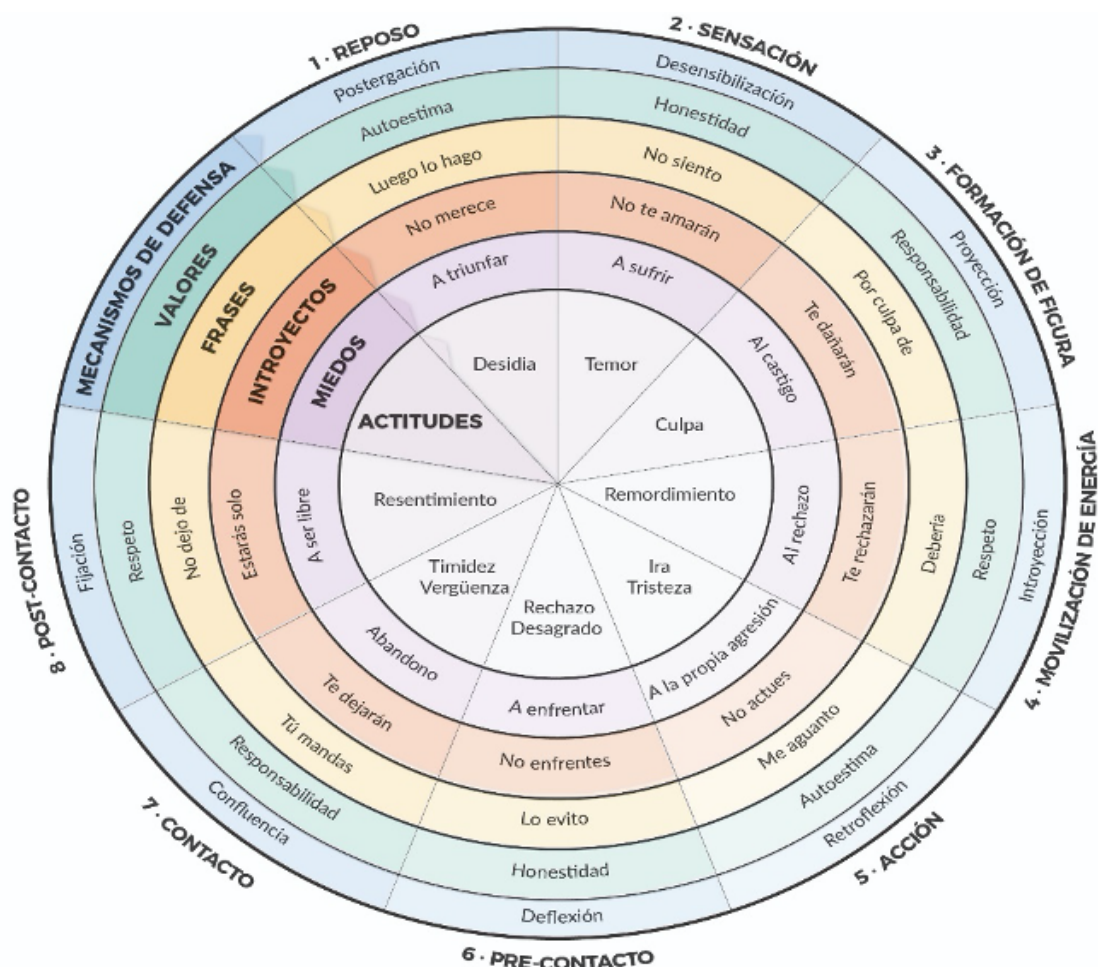


Figura 2. Ciclo de la experiencia Salama Penhos (2002)

El ciclo de la experiencia es un recurso utilizado en la Gestalt propuesto por Salama (2002) para explicar el núcleo básico de la vida humana, la cual es una sucesión de interminables ciclos. Zinker (1999) también lo define como “Ciclo de la autoregulación orgánica”, pues considera

que el organismo sabe e identifica su necesidad, tendiendo a regularse por sí mismo. Dentro de las etapas del ciclo, de acuerdo con Salama (2002) cada una se puede definir:

- Reposo: el sujeto ya ha resuelto una Gestalt (culminado un ciclo) o necesidad anterior, y se encuentra en un estado de equilibrio, sin ninguna necesidad apremiante.
- Sensación: el usuario es sacado de su reposo porque siente “algo” difuso, que todavía no puede definir.
- Formación de figura: la sensación se identifica como una necesidad específica y se identifica también aquello que la satisface.
- Energetización o movimiento de energía: la persona reúne la fuerza o concentración necesaria de energía para llevar a cabo lo que la necesidad le demanda.
- Acción: el individuo moviliza su cuerpo para satisfacer su necesidad, concentra su energía en sus músculos y huesos, y se encamina activamente al logro de lo desea.
- Pre contacto: el sujeto comienza a ubidar el fondo, creando así la figura-fondo.
- Contacto: produce la conjunción del sujeto con el objeto de la necesidad, y, en consecuencia, se satisface la misma.
- Post-contacto: es la etapa que culmina cuando el sujeto se siente satisfecho, puede despedirse de este ciclo y comenzar otro.

En el caso de Antonio se encontraba ubicado en la Zona Pasiva que abarca desde la etapa de reposo a la movilización de la energía. Concretamente en la formación de figura, es decir, comienza a notar que algo no se siente bien dentro de él.

Bloqueos y mecanismos de defensa

Cuando el organismo es incapaz de establecer contacto pleno o se queda estancado en una de las etapas del ciclo de la experiencia, se le conoce como bloqueo que impide el correcto fluir del ciclo Salama (2002) generando una “no-integración” de la experiencia.

Cada etapa cuenta con un bloqueo en específico, que vuelven al Yo más defensivo o bien, generando resistencias que impiden el cambio, Zinker (1999) explica los diversos bloqueos como se observa en la tabla 4.

Tabla 4.		
<i>Bloqueos del Ciclo de la experiencia.</i>		
Bloqueo	Etapas del ciclo	Definición
Postergación	Reposo	La persona interrumpe la acción del cierre de la Gestalt, dejándola para otro momento
Desensibilización	Sensación	La persona se vuelve “dura”, no siente
Proyección	Formación de figura	La persona rechaza algunos aspectos de sí mismo y los atribuye al ambiente
Introyección	Movilización de energía	Se vuelve hacia dentro de sí “sin masticar”, no cuestiona lo que sabe
Retroflexión	Acción	La persona envía su energía hacia el interior, se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a los demás.
Deflexión	Pre-contacto	Enfría el contacto
Confluencia	Contacto	La persona pierde sus límites en la relación con los demás
Fijación	Post-contacto	El sujeto se ancla al objeto de satisfacción, de tal manera que no se logra un fluir de la energía

Antonio presentó los siguientes bloqueos:

- Introyección (“No debo sentirme mal”).
- Proyección (“Jamás le caí bien a mis compañeros”).
- Retroflexión (“Quién me manda a reprobar”).
- Deflexión (“Me gusta pasar tiempos con mis amigos, pero...”).

Figura-Fondo

Dentro de los conceptos fundamentales en la Gestalt, Perls (2006) define a la figura como todo aquello que el individuo percibe, y de lo que es consciente. Mientras el fondo es todo lo que representa el contexto donde surge la figura, es decir, lo subyacente, lo inconsciente (Ceballos, 2016). Y en la medida que se presenta la figura o varias figuras en el proceso del aquí y ahora, se busca la armonía y flexibilidad para poder cerrar a la figura y traer a un primer plano al fondo.

Con Antonio la figura se podía ver en la falta de confianza en sí mismo y al experimentar un estado de preocupación constante. Y el fondo eran las defensas que surgían por el miedo a crecer, generando así desánimo, desesperanza en sí mismo.

Polaridad

Las polaridades en Gestalt se entienden como aquellos extremos de las emociones, sensaciones o necesidades; el objetivo es poder integrar ambas polaridades para poder situarse en su aquí y ahora (Bucay, 2019).

En Antonio, la polaridad se mostraba en querer crecer vs deber crecer. Pues por una parte estaban presentes los introyectos del pseudo-Yo de cómo debía crecer, mientras que notaba el cómo quería crecer, formando así su propio Yo.

Hipótesis Gestalt

Está situado en introyectos, en lo que el otro (familiares, amigos, pareja) es quien tiene que cuidarlo/hacerse cargo de él, lo que hace que aparezcan rasgos dependientes de la personalidad. Por ende, se crea un bloqueo que impide la movilización de la energía (Crecer) y por ello, se genera sintomatología de ansiedad y depresión.

ELECCIÓN DE TRATAMIENTO

De acuerdo a los objetivos establecidos, el tratamiento se basó en técnicas gestálticas específicas que se dividen en tres grandes grupos (Salama, 2002, p.103):

- Técnicas supresivas: Se refieren a experimentar lo que no se desea percibir o lo oculto a la conciencia para facilitar el darse cuenta.
- Técnicas expresivas: Se refiere a exteriorizar lo interno con fines de fomentar la conciencia de aquellos aspectos emocionales que se han manifestado en su vida.
- Técnicas integrativas: Reintegran a la personalidad a través de las partes alienadas, mediante la incorporación de la experiencia.

Dentro de las técnicas supresivas, las que se utilizaron fueron las siguientes:

- “Evitar hablar acerca de”: supone una forma de evitar o escapar de lo que se está experimentando, por lo que el acto de hablar se sustituye por vivenciar (Salama, 2012).
- Continuo de conciencia: Se refiere al *cómo* de la experiencia, es decir, en lugar de poner el acento en el *por qué* de la conducta del paciente, se dirige la atención al *qué* y al *cómo*. Se trata de una articulación de las zonas de contacto (Salama, 2002).

Con respecto a las técnicas expresivas:

-“Exageración de posturas”: Haciendo un énfasis en la experiencia corporal para incrementar la emoción percibida (Robine, 2013).

Y en cuanto a las técnicas integrativas:

-Fantasía guiada: Precede al experimento y se lleva mediante la imaginación del paciente a situaciones inconclusas para trabajar Gestalt abiertas, regresándolo al aquí y ahora (Salama, 2002).

El enfoque de psicoterapia Gestalt, de acuerdo con Muñoz Polit (2017), hace hincapié en la toma de conciencia, la integración, la autorrealización y el desarrollo del potencial humano de manera holística. Lo cual es pertinente de acuerdo a los objetivos planteados para el tratamiento de este caso, es decir, promover el responsabilizarse de sí mismo. En esta línea Feder (2016) argumenta que en Gestalt la toma de responsabilidad de acciones, emociones y pensamientos propios que generan el darse cuenta, funciona como vía para que el paciente logre por sí mismo desarrollar sus propias capacidades.

Implementación del tratamiento

Antonio acudió a las 15 sesiones semanales programadas para el periodo de Otoño 2020. A continuación se ejemplifica el trabajo psicoterapéutico de la quinta sesión, teniendo como objetivo facilitar la toma de conciencia de sus emociones, sustituyendo el hablar por el vivenciar, experimentando las sensaciones de un evento en concreto del pasado en el presente y así, llegar al darse cuenta de sus emociones. Se utilizó las técnica gestáltica “evitar hablar acerca de” con diálogo del *aquí y ahora* (Salama, 2012).

La actividad “evitar hablar acerca de” forma parte del grupo de las técnicas supresivas de la Gestalt y pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión o racionalización del cliente del aquí y ahora de su experiencia (Salama, 2002), es decir, se busca que el sujeto experimente lo que no quiere para facilitar su darse cuenta.

Antonio comienza a narrar una situación de su pasado que le hace sentirse mal con su presente. Mantiene la mirada fija hacia abajo, cuerpo encorvado y hacia adentro, voz entrecortada, temblorosa y tenue. Sus manos sujetadas, situadas en las piernas.

Terapeuta: ¿Qué sientes ahora cuando hablas de los regaños de tus padres?

Antonio: Siento...(titubeante y tomando su tiempo) mucha tristeza (nublan los ojos), tristeza y dolor

T: ¿En que parte de tu cuerpo la sientes?

A: (Mano derecha en el pecho) siento aquí y en la garganta, como si me faltara aire.

T: ¿Cómo relacionas lo que sientes con tu presente?

A: (Llorando) Cuando pienso que nunca podré lograr algo por mí. (Breve pausa). En general siento como si no tuviera fuerza, como que cualquier decisión que tomara no fuera capaz de hacerla, después de que me pegaban, yo solo lloraba sin poder o hacer nada

T: ¿Ahora cómo se siente tu pecho? ¿Cómo se siente tu garganta? ¿Aún sientes que te falta aire?

A: No, ahora siento cálido el aire, como si se hubiera desecho un nudo en la garganta.

T: ¿De qué te das cuenta?

A: Me doy cuenta (abre más los ojos) de que siento miedo de sentirme regañado si tomo decisiones yo solo.

T: ¿Cómo te sientes?

A: Ahora que lo digo me siento más suelto, como más ligero. Y es extraño, me siento entre fuerte y seguro.

Como resultado del diálogo Antonio reconoció el miedo que siente al tomar decisiones, pasando así de lo no reconocido o lo oculto al darse cuenta, experimentando la vivencia de la emoción presente en su aquí y ahora.

Resumen de temas durante el proceso

Tabla 5.	
<i>Temas abordados con el paciente en cada sesión.</i>	
Sesión	Tema
1	Exploración del motivo de consulta y encuadre clínico y gestáltico.
2	Exploración más específica, definición de objetivos, elaboración de ecomapa.
3	Percepción que Antonio espera que los demás tengan de él.
4	Búsqueda de reconocimiento, trabajar la devaluación de sí mismo.
5	Sensibilización, conectar con la tristeza.
6	Convertir el tengo/debo por el quiero/necesito. Promover el Yo.
7	La toma de conciencia para la toma de decisiones.
8	Trabajar su aquí y ahora.

9	Construir con esperanza. Trabajo de identidad.
10	Toma de decisiones con mayor seguridad de sí mismo.
11	Desarrollo de compromisos.
12	Confluencia con el medio. Oración gestalt.
13	Relaciones sociales y establecimiento de límites con compañeros de clase para poder decir no.
14	Establecer metas a corto y mediano plazo.
15	Cierre e integración de la experiencia.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Con respecto a los resultados obtenidos del tratamiento, se dividieron en dos partes: cuantitativos y cualitativos. Lo primero hace referencia a los puntajes de las escalas de medición de la batería de pruebas aplicadas al inicio, durante y al final del proceso, sesiones 1, 5, 10 y 15. La segunda modalidad consiste en los aspectos subjetivos narrados por Antonio, más las observaciones del terapeuta y comentarios del equipo de supervisión. Además, se añade los resultados de la sesión de seguimiento que se realizó cuatro meses posterior al cierre del tratamiento, con el fin de medir la eficacia de todo el trabajo implementado.

Resultado cuantitativos

La Escala Global, se presentan los resultados por cada ítem, debido a que cada uno mide diferentes áreas del funcionamiento del usuario. Teniendo un puntaje por pregunta de 1-6, siendo 6 el puntaje de mayor afectación y 1 es afectación mínima. En los resultados se puede observar una disminución en la afectación del paciente.

En la Escala de Enojo Rasgo (Figura 7), que busca medir la tendencia al enojo por parte de Antonio. Se puede observar que en la aplicación inicial presentó un puntaje que lo situaba con tendencia alta al enojo, al igual que en la sesión 5, donde el resultado de puntaje fue de 26, su puntaje más alto en esta escala.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck (Figura 8), se encontró que en la primera aplicación presentó un nivel de depresión moderada. En la última aplicación, nuevamente hubo una disminución de síntomas al tener un puntaje de 11 equivalente a depresión leve.

Con respecto al Inventario de Ansiedad de Beck (Figura 9), Antonio al inicio presentó un nivel de ansiedad severo. En la segunda aplicación su puntaje tuvo un decremento importante de 13 puntos, llegando así a un total de 26, equivalente a nivel de ansiedad moderado. Al final, Antonio tuvo un puntaje de 11, que refleja ansiedad leve. Con ello, se observa una disminución importante de sintomatología ansiosa.

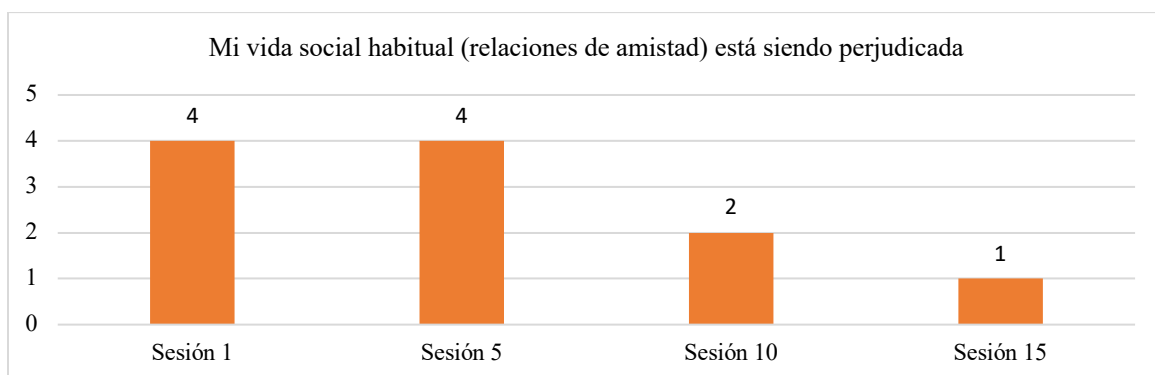


Figura 3. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, ITEM 1

Se observó una disminución de 3 puntos de la primera aplicación a la última, en la pregunta enfocada a relaciones sociales.

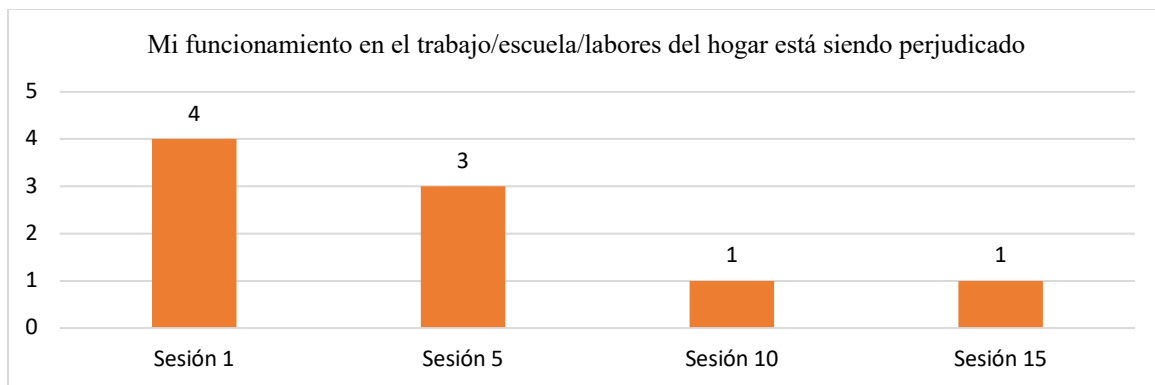


Figura 4. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, ITEM 2

En el área de trabajo/escuela/labores la afectación en la aplicación final fue mínima.

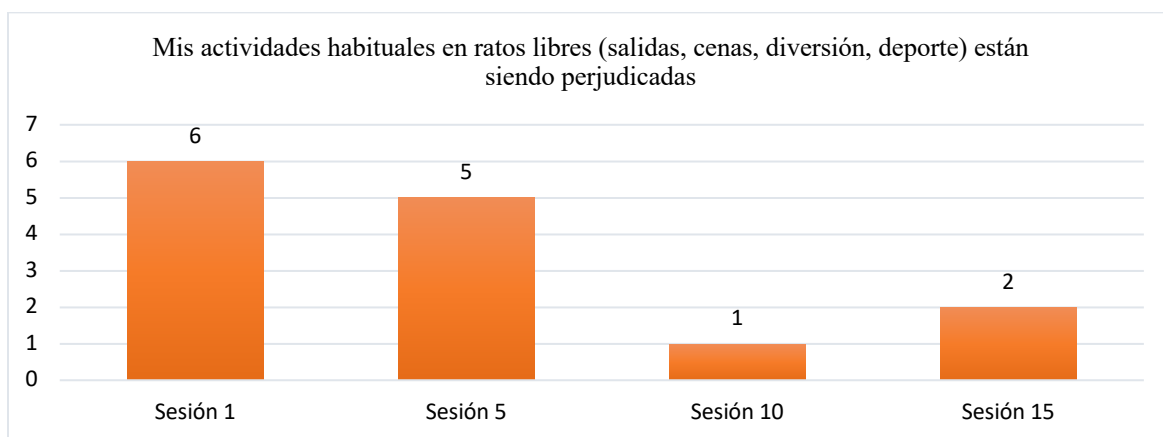


Figura 5. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, ITEM 3

Se observa que en la sesión 1 el puntaje de 6 baja 5 puntos para la sesión 10, y por último sube a 2 en la sesión 15.

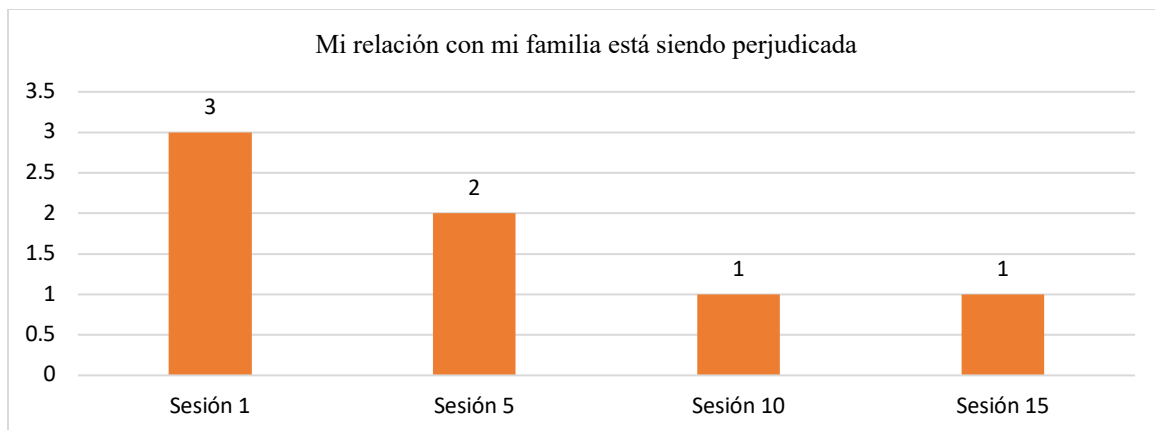


Figura 6. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, ITEM 4

La relación con la familia se vió mínimamente afectada a lo largo de las etapas de evaluación.

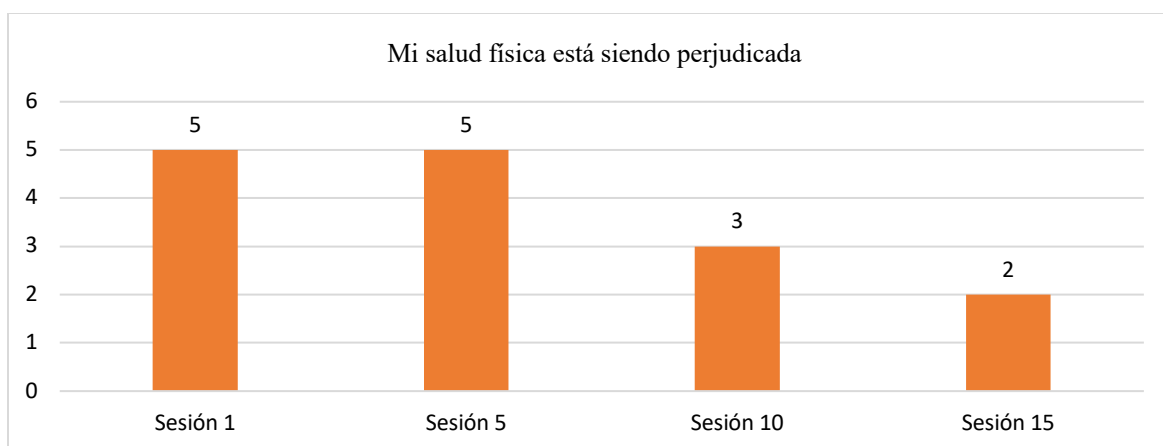


Figura 7. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, ITEM 5

Hubo una disminución de 3 puntos en la afectación a la salud física.

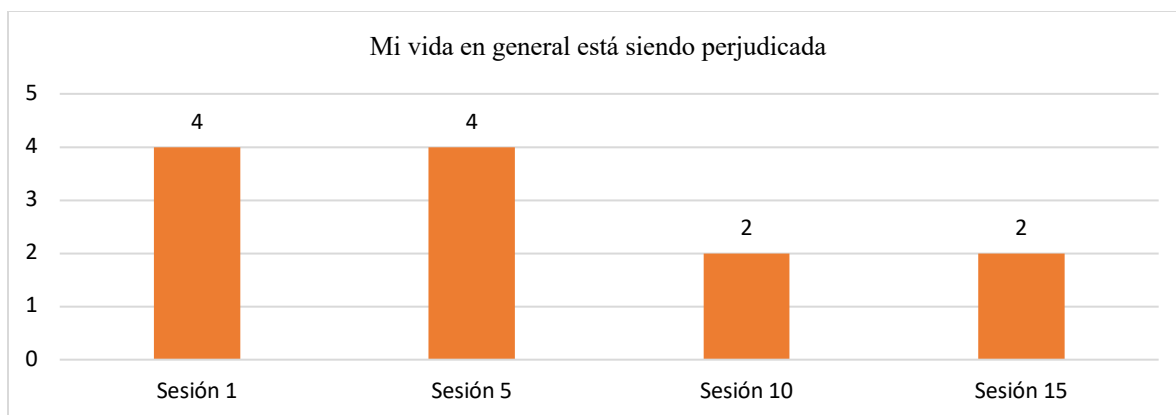


Figura 8. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, ITEM 6

Para este ITEM, el puntaje indica que existe una disminución en el malestar que el paciente refiere a partir de la sesión 10.

En el ítem 7 “Mi relación de pareja está siendo perjudicada” no está graficada debido a que no tenía pareja al momento de aplicar las escalas.

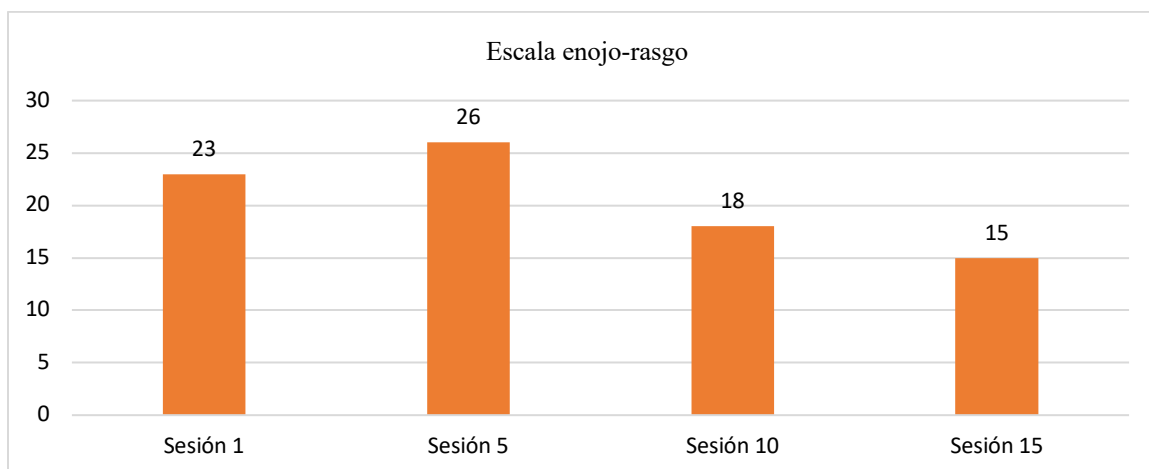


Figura 9. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, Escala enojo-rasgo

Cabe mencionar que en la sesión previa (4) a la aplicación en la sesión 5, se buscó el contacto con la emoción del enojo, por lo que pudo significar un aumento en el puntaje. Posteriormente en las siguientes aplicaciones, se puede ver tendencia baja al enojo.

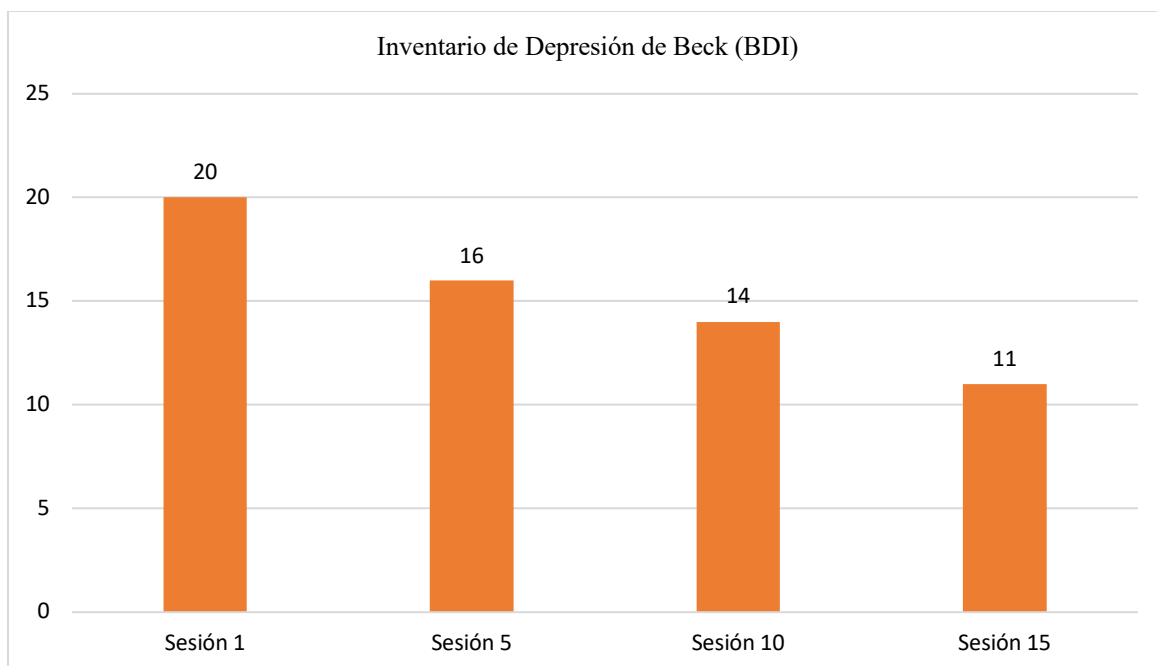


Figura 10. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, BDI

Se puede observar que para la sesión 15, se redujo en 9 puntos la sintomatología depresiva.

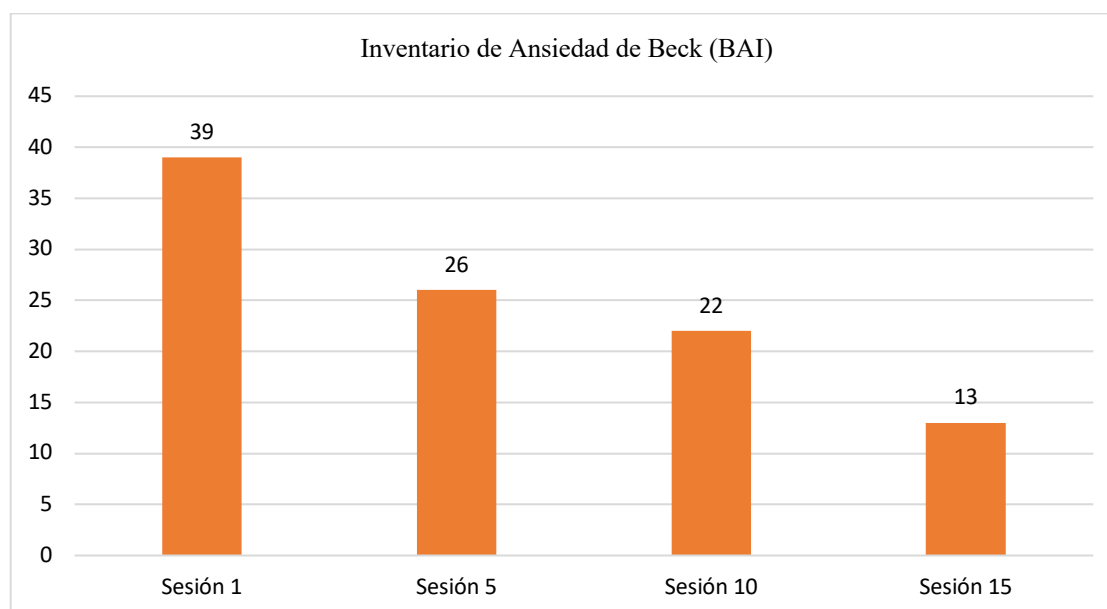


Figura 11. Frecuencia de resultados durante las etapas de evaluación, BAI

Disminución significativa de 26 puntos en síntomas de ansiedad.

Resultados cualitativos

Los resultados referidos por el paciente al finalizar el proceso en la sesión 15, se consideran favorables. Antonio mencionó que se sentía “más seguro de poder confiar en sí mismo”. En el ámbito familiar y social, narra que es capaz de poder expresar sus malestares a la gente que lo rodea, sin pensar tanto en el “¿qué dirán?”.

Además, reporta que concilia mejor el sueño, que ya no tiene ganas de llorar, casi nunca se siente culpable cuando inicia un proyecto y que su concentración ha mejorado. Por otra parte, refiere sentirse más motivado y que es capaz de poder expresar sus emociones.

El equipo de trabajo en conjunto con la supervisora del modelo humanista, concluyó que Antonio se veía con un semblante más sonriente y jovial, más firme, con mejor capacidad para generar compromisos e incluso con una buena capacidad de integración a nivel corporal, cognitivo y emocional..

Lo observado por parte del terapeuta de los resultados del caso clínico, son: una mejoría notable en la confianza de sí mismo, incrementó la capacidad para sensibilizar con sus emociones, conciencia de búsqueda de reconocimiento, aunque se dificultaba poder llegar al darse cuenta por sí solo.

Resultados de seguimiento

La aplicación CORE-OM se realizó 4 meses después de la última intervención para dar seguimiento a los resultados del tratamiento y, así poder obtener información sobre los efectos alcanzados en el caso de Antonio.

De acuerdo a Kazdin (1999) sobre los aspectos relevantes para la significancia clínica, por medio de una entrevista semiestructurada en modalidad online, se evaluó la satisfacción de los resultados, procedimientos, cumplimiento de metas y preguntas específicas sobre conductas y

pensamientos que fueron motivo de trabajo durante el proceso clínico, para poder evidenciar el cambio en el estado de bienestar del paciente.

Los resultados de las cuatro dimensiones se observan de la siguiente manera. En bienestar subjetivo (W), obtuvo una puntuación de 4, lo que lo sitúa en el nivel de afectación leve. En el área de problemas-síntomas (P) tuvo 7.5 puntos, que corresponde al rango de afectación leve. En la escala de funcionamiento (F) sacó 11 puntos, lo que pertenece al nivel medio. Y por último, en el indicador de riesgo el resultado fue de 0 puntos, lo que indica ausencia de factores de alarma.

Durante la entrevista, Antonio hizo una serie de comentarios con referencia a cómo se ha sentido últimamente, puntualizando que ahora le resulta más fácil poder negarse a una demanda que no quiere cumplir, especialmente de sus compañeros de universidad. También, hace mención a qué se siente más agusto consigo mismo porque ya realiza más acciones que quiere, sin necesidad de ocultarlo.

Al hablar sobre la satisfacción de los objetivos trabajados durante el proceso, dijo que se sentía muy contento con los resultados, debido a que ya no se siente culpable o tan obligado a cumplir las expectativas de los demás, provocando que se sienta más ligero y seguro de sí. Sin embargo, ha pensado que le gustaría volver a tomar el servicio de psicoterapia para poder trabajar temas de pareja, porque aún se pone nervioso al momento de conocer a alguien.

Al hablar sobre la eficacia de las técnicas y tareas que se utilizaron en terapia, Antonio respondió que le hubiera gustado contar con más de 15 sesiones, incluso comentó que le gustaría tomar en algún otro momento sesión presencial. Mencionó que el modelo gestáltico fue de su agrado, en sus palabras “a veces y más al inicio me costaba elegir un tema a trabajar, ya después se me hacía liberador poder elegir el tema”. De igual forma, calificó como “buenas” las técnicas y tareas, porque algunas de ellas las ocupa para cuando se siente nervioso.

Antonio dijo estar contento con los objetivos, puesto que sí ve que ha habido cambio en él. “Ahora creo que reacciono mejor cuando me siento mal”. Contestó que se ha sentido más capaz de afrontar nuevas situaciones o situaciones complejas y que, confía en sí mismo.

Como conclusión, al preguntarle si recomendaría el servicio de psicoterapia del OPTA, respondió que sí, que le sirvió bastante para aprender a conocerse, que incluso en algún otro momento volvería a solicitar el servicio, porque se sintió escuchado y con la capacidad para resolver conflictos.

LA PERSONA DEL TERAPEUTA

La psicoterapia Gestalt tiene como objetivo lograr que las personas se desenmascaren frente a los demás, compartiendo sobre sí mismos (Feder, 2016); es decir, experimentar el presente y aceptar la realidad, con base en actividades y experimentos vivenciales. En palabras de Polit (2017) es una práctica compleja que requiere de un terapeuta que se convierte en un testigo que acompañe la vida.

La figura del psicoterapeuta no es sólo de un observador pasivo o ajeno de la realidad del paciente, forma parte de una interacción que brinda herramientas para formar nuevas construcciones de la realidad (Ocampo, 2016). Por lo que en este apartado se presentan las fortalezas y áreas de oportunidad del terapeuta que se observaron y comentaron en las supervisiones que se tuvieron a lo largo del proceso.

Fortalezas

A raíz de lo comentado del equipo de supervisión en video de las sesiones, se puede observar que se establece una contratransferencia positiva por parte del terapeuta, lo que permitió crear contacto y empatía adecuada, lo cual sirvió para generar condiciones óptimas para la alianza terapéutica.

La supervisora señaló la habilidad de poder ver la figura que surge en sesión, por ende, se reconoció la elaboración del plan de trabajo, para generar el cambio en el paciente. Para este plan de trabajo se tomó en cuenta: detección de las defensas, elaboración de los objetivos terapéuticos para cada sesión y la adaptación de técnicas específicas a implementar. Lo cual sirvió para poder ir notando el progreso que surgía en Antonio y así poder evaluar la eficacia del tratamiento.

Por último, el equipo de supervisión señaló que otra fortaleza del terapeuta es la capacidad de devolución de información al paciente, aunado a la capacidad de explicar lo que está ocurriendo. Esto permitió que se pudieran generar las condiciones idóneas para provocar el *darse cuenta* por parte del paciente

Áreas de oportunidad

Las áreas de oportunidad que se fueron notando a lo largo del proceso, referidas por el equipo de supervisión, es el uso de la voz, modularla de mejor manera de acuerdo con lo que surge en terapia; además de la postura corporal, pues esta se mostraba muy rígida y se requería mucho más movimiento.

También es importante mencionar que otro aspecto a trabajar es evitar la minimización de los recursos de Antonio, debido a que el terapeuta dejó “tareas” o generó “experimentos” sencillos, como si se le estuviera cuidando.

Otra característica a mencionar, referida por la supervisora, es la detección de manipulaciones, en el sentido de que Antonio buscaba depositar la responsabilidad de sus decisiones al terapeuta y este frecuentemente no las veía, lo cual generaba resistencias por parte del paciente para ir generando el cambio.

DISCUSIÓN

En este estudio de caso, el objetivo psicoterapéutico general fue que el paciente lograra establecer contacto con su Yo (Salama, 2002), moviéndolo desde el Pseudo Yo; además, promover el darse cuenta y desarrollar la capacidad de responsabilizarse de sí mismo.

Por lo que a lo largo del proceso, Antonio se mostró responsable al asistir a todas las sesiones, participando de forma colaborativa y realizando las tareas asignadas. Sin embargo, se observó resistencia para hacer suya la emoción que surgía en las primeras 9 sesiones.

De acuerdo a los resultados cuantitativos de las escalas que se aplicaron a lo largo del proceso terapéutico, sugieren que se obtuvieron resultados favorables del modelo Gestalt humanista. Debido a que se observa una disminución importante de los síntomas de ansiedad y depresión, mismo que se puede ver en los resultados de los inventarios de Beck de Ansiedad y Depresión. Además, se obtuvo una mejoría en casi todas las áreas del funcionamiento, así como una disminución en la tendencia al enojo.

Estos resultados se reflejaron en la sesión de seguimiento de acuerdo a la escala CORE-OM aplicada 4 meses posteriores a la última sesión, en el que se observa una disminución importante de síntomas que generaban malestar en Antonio.

Con respecto a la justificación del marco teórico del corte Gestalt, hay congruencia con el trabajo de Salama (2010), en el que establece que los procesos neuróticos se dan por medio de asuntos inconclusos, que generan una formación del Pseudo Yo, en lugar del Yo. Lo cual se puede observar en Antonio en la forma de desenvolverse en su realidad a través de introyectos.

Siguiendo la propuesta de Zinker (1999), los bloqueos del ciclo de la gestalt, provocan la aparición de mecanismos de defensa, para protegerse de la realidad. Haciendo sentido en este estudio de caso, puesto que se pudo observar en Antonio la aparición de dichos mecanismos, que le impedían aceptar la realidad.

De igual manera, esto concuerda con lo descrito por Lobb (2019), respecto a que el paciente con rasgos de ansiedad oscila entre la devaluación de sí mismo y el enfriamiento del contacto. Lo que se pudo reflejar en la poca confianza se tenía Antonio, más la presencia de síntomas de ansiedad.

El enfoque en psicoterapia Gestalt tiene fortalezas para abordar problemáticas relacionadas con tomar completa responsabilidad de las acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios que posibilita el darse cuenta (Villagómez, 2011). Estas son características eficaces para el tratamiento de personalidad dependiente acompañado de síntomas de ansiedad y depresión, que corresponden al caso específico presentado.

Como conclusión, el enfoque psicoterapéutico Gestalt es pertinente para el tratamiento de rasgos de personalidad dependiente y el trabajo de responsabilizarse a sí mismo. El paciente se benefició debido a que se mostraron cambios en su sintomatología y en la capacidad para el cuidado de sí mismo y la generación de compromisos.

Referencias

- Aguirre S, F. (2021, 19 febrero). *Ciclo de la experiencia según Joseph Zinker*. Tus psicólogos en CDMX: Irradia Terapia. <https://psicologos.mx/ciclo-de-la-experiencia-joseph-zinker.php>
- 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*, 5(11), 307-318.
https://www.researchgate.net/profile/Raul_Alcazar/publication/263733137_Assessing_the_factor_structure_of_the_Anger_Expression_Inventory_ML-STAXI_in_a_Mexican_sample/links/0f31753bc1a979d4fc000000.pdf
- Alino, L. J. J., Miyar, M. V., & Frances, A. (2008). *DSM-IV-TR: Manual Diagnostico Y Estadistico De Los Trastornos Mentales* (Revised ed.) [Libro electrónico]. Harcourt Brace De Espana Sa. <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: DSM-5®. Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®* (1.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. y Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6 (1) 3-15.
- Barondes, S. (2019). *Cómo descifrar los misterios de la personalidad*. Ediciones Culturales Paidós S. A. De C. V.
- Barrig, L. (2020). DURACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES

GRAVES. *Asociación Interciencia Caracas Venezuela*, 45(10), 454-460.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/339/33964792003/33964792003.pdf>

Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M. D., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 571–577.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.

Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: a guide to contemporary practice*. New York: Springer Publishing Company.

Bucay, J. (2019). *Hojas de ruta (Cuarta edición)* (4.^a ed.). Océano.

Carver, C. S., & Sheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad* (7.^a ed.). Pearson Education.

Caballo (Coordinador), V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento (Psicología. Manuales prácticos nº 5022014)* (1.^a ed.). Editorial Síntesis, S. A.

Caballo, V. E., Salazar, I., & Ruiz, E. (2012, agosto). *Emotional intelligence, emotional regulation and personality styles/disorders*.
Reserchgate.https://www.researchgate.net/publication/230704262_Emotional_intelligence_emotional_regulation_and_personality_stylesdisorders_Inteligencia_emocional_regulacion_emocional_y_estilostrastornos_de_personalidad

Ceballos Montalvo, D. (2017). Teorías de la ansiedad en la terapia Gestalt. *Poiésis*, 1(33), 46. <https://doi.org/10.21501/16920945.2495>

Delisle, G. (1991). A gestalt perspective of personality disorders. *The British Gestalt Journal*, 1(1), 42-50. <https://www.britishgestaltjournal.com/shop/volume-1-1-1991>

Dsc, M. D. P. A. S. D. T. (1995). *Personality and Psychopathology: Building a Clinical Science: Selected Papers of Theodore Millon* (1.^a ed.). Wiley.

<https://psycnet.apa.org/record/1995-98804-000>

Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal* (4.^a ed.). Thomson Reuters.

Espínola, I. D. R. S. (2014). *Conceptos Básicos de Psicoterapia Gestalt | Eureka (Asunción, En línea);11(1)20140000*. | LILACS. Portal Regional da BVS.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905603>

Espinosa, M. A. (2019). *Psicopatología: Psicología de la anormalidad*. Editorial Terracota S.A. de C.V., mx books, D02NJ.

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, J. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51–60.

Feder, B. (2016). *Pelando La Cebolla Manual De Terapia Gestalt* (1.^a ed.). Ediciones Obelisco.

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. Á., Botella, L., Corbella, S., ... López-González, M. A. (2012). CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation -Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109–135. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/256292294>

Fernández, P. L., Ladero, J. M., Cerro, J. C. L., & Million, T. (2006). *Trastornos de personalidad en la vida moderna*.

Garriga, J. (2016). *Vivir en el alma*. Diana México.

Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicodebate*, 15(1), 9.

<https://doi.org/10.18682/pd.v15i1.481>

Giuseppe Iaculo, Ph.D. (2007). The Psychosomatic Disorders in a Dependent Personality. *Gestalt Review*, 11(1), 59. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.11.1.0059>

Gold, E. K., & Zahm, S. G. (2019). The need for gestalt therapy research. In P. Brownell (Ed.), *The world of contemporary gestalt therapy. Handbook for theory, research, and practice in gestalt therapy* (2da ed., pp. 27–37). Newcastle upon Tyne, United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing. Retrieved from <https://www.proxydgb.buap.mx:2130/search/display?id=4ac9864b-35d4-027d-635e-613495ff103d&recordId=3&tab=all&page=1&display=25&sort=PublicationYearMSSort desc,AuthorSort asc&sr=1>

González, M. Á. (2013). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. Desclée de Brouwer.

Hampson, S. E. (2012). Personality processes: mechanisms by which personality traits “get outside the skin.” *Annual Review of Psychology*, 63(1), 315–339. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100419>

Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J., & Brownell, P. (2018). Investigando la terapia gestalt para la ansiedad en dispositivos basados en la práctica: un diseño experimental de caso único. *Repositorio Académico de la Universidad de Chile*, 27(2), 321-336. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1066>

Jurado, S., Menéndez, M., Rodríguez, L., Loperena, F., & Varela, V. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706

Kazdin, A. E. (1999). Meaning & measurement of clinical significance. *En American Psychological Association* (Vol. 67, Número 3, pp. 332–339)

Lobb, S. M. (2017). *Psicoterapia de la gestalt: Hermeneútica y clínica* (1.^a ed.). Gedisa Mexicana.

Margherita Spagnuolo Lobb, PhD. (2018). Aesthetic Relational Knowledge of the Field: A Revised Concept of Awareness in Gestalt Therapy and Contemporary Psychiatry. *Gestalt Review*, 22(1), 50. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.22.1.0050>

Millon, T., Millon, T., & Dean and Scientific Director Theodore Millon, P. D. D. (2015). *Personality Disorders in Modern Life*. Wiley.

Morrison, J. (2015). *DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico* (1.^a ed.). Editorial El Manual Moderno.

Moscoso, M. S., Lengacher, C., & Knapp, M. (2012). Estructura factorial del inventario multicultural de la depresión, estado-rasgo: Rol de las emociones positivas de la depresión. *Persona*, 0(015), 115. <https://doi.org/10.26439/persona2012.n015.129>

Moscoso, M. S., Merino-Soto, C., Dominguez-Lara, S., Chau, C. B., & Claux, M. (2016). Confirmatory factor analysis of the multicultural anger expression and hostility inventory. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 22(2), 137-152. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n2.02>

Muñoz Polit, M. (2009). *Emociones, sentimientos y necesidades. Una aproximación humanista* (1.^a ed.). Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.

Ocampo, P. (2016). *Haz-Siendo Gestalt: Esquemas Para El Trabajo Psicoterapéutico*. Editorial Terracota S.A. de C.V., mx books, D02NJ.

Ortiz, M. E. (2011). *Los modos de ser inauténticos: Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad* (1.^a ed.). Editorial El Manual Moderno.

Penhos, H. S. (2012). *Gestalt 2.0. Actualización En Psicoterapia Gestalt*. Alfaomega.

Perls, F. (2019). *Terapia Gestalt: Teoría y Práctica* (2.^a ed.). Editorial Terracota S.A. de

C.V., mx books, D02NJ.

Perls, F. (2006). *Terapia Gestalt*. (3ª ed) México: Edit. Pax

Polit, M. M. (2017). *La sensibilización gestalt en el trabajo terapéutico* (1.ª ed.).

Editorial Terracota S.A. de C.V., mx books, D02NJ.

Ramírez Calderón, I. (2010). La terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 287–296.

<https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-1.tgpt>

Robine, J. M. (2013). *Contacto y relación en psicoterapia Reflexiones sobre Terapia Gestalt* (2.ª ed.). Cuatro vientos. <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/libros/ensayos/contacto-relacion-psicoterapia-reflexiones-terapia-gestalt>

Rodríguez, E., Ruiz, J. C., Valdés, C., Reinel, M., Díaz, M., Flores, J., Crempien, C., Leighton, C., Botto, Martínez, C., & Tomicic, A. (2017). Estilos de personalidad dependiente y autocrítico: desempeño cognitivo y sintomatología depresiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.005>

Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt: Proceso y Metodología* (2.ª ed.). Alfaomega.

Sánchez, R. (2014, 27 marzo). Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad. *Dspace Repository*.

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/111?locale-attribute=en>

Sassenfeld J., A. (s. f.). *La resistencia y los mecanismos de la neurosis en psicoterapia gestáltica*.

http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/docs/La_resistencia_y_los_mecanismos_de_la_neurosis_en_la_terapia_gestaltica.pdf. Recuperado 17 de noviembre de 2020, de

Spagnuolo Lobb, M. (2002). *Psicoterapia de la Gestalt: hermenéutica y clínica*. Buenos Aires: Gedisa.

- Vega, L. G. (1997). Qué es un rasgo de personalidad según Allport. *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=68638>
- Villagómez, K. (2011). *Trastorno de personalidad dependiente: manejo de la terapia utilizando terapia humanista con apoyo de terapia cognitiva* [Libro electrónico]. Repositorio digital Universidad San Francisco de Quito. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/476>
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, *18*(29), 1–29.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-016-0665-6>
- Wheeler, G., & Axelsson, L. (2015). *Gestalt Therapy (Theories of Psychotherapy Series)*. (J. Carlson & M. Englar-Carlson, Eds.). Washington, DC: American Psychological Association.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/14527-000>
- Yontef, G. (2007). The Power of the Immediate Moment in Gestalt Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *37*(1), 17–23. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9030-0>
- Zinker, J. (1999). *El proceso creativo en terapia gestáltica*. Paidós.