Universidad Iberoamericana Puebla

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

Maestría en Psicoterapia Tesis

El estilo de personalidad evitativa desde una mirada Gestalt

Guzmán Vélez, Jorge Armando

2020

https://hdl.handle.net/20.500.11777/5108

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

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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

EL ESTILO DE PERSONALIDAD EVITATIVA DESDE UNA MIRADA GESTALT

DIRECTOR DEL TRABAJO

DR. RAÚL JOSÉ ALCÁZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

Jorge Armando Guzmán Vélez

Puebla, Puebla 2020

RESUMEN

En el presente trabajo se muestra un estudio de caso con un adulto de 45 años con estilo de personalidad evitativa, quien acudió a la clínica OPTA de la Universidad Iberoamericana Puebla por constantes problemas para relacionarse con las personas y para expresar emociones, tanto positivas como negativas. Se trabajó con el paciente bajo el modelo Gestalt durante 11 sesiones y con el apoyo de una supervisora experta con 28 años de experiencia en el enfoque. Se llevaron a cabo varias técnicas como la silla vacía, manejo de lenguaje y la asignación de experimentos. Se utilizaron diferentes instrumentos para medir los efectos del tratamiento, entre ellos la Escala de Enojo Rasgo (Alcázar, Deffenbacher, & Byrne, 2011), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado et al., 1998), la Escala Global (Moreno Andrade, 2014), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001) y la escala CORE-OM (Feixas et al. 2012). Los resultados del tratamiento fueron favorables: se encontró una disminución de puntajes en las cuatro escalas. En el BAI, llegó a tener cero puntos, y en el BDI, solamente un punto. La evaluación de seguimiento que se hizo tres meses después de que concluyó la terapia mostró que el paciente estuvo satisfecho con los objetivos, los procedimientos y técnicas, así como con los resultados.

Palabras clave: psicoterapia Gestalt, trastornos de personalidad, estudio de caso, personalidad evitativa, psicopatología.

CONTENIDO

RESUMEN 1
INTRODUCCIÓN 3
CASO CLÍNICO 8
Datos de identificación 8
Motivo de consulta 9
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 10
Inventario de Depresión de Beck (BDI) 11
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) 12
Escala de Enojo Rasgo 13
Escala Global 14
CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure 15
FORMULACIÓN DEL CASO 16
Formulación clínica 16
Formulación Gestalt 18
Evaluación de la etapa de cambio 23
IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO 26
Objetivos 26
Objetivos generales 26
Objetivos específicos 26
Técnicas y estrategias terapéuticas 27
Reporte de entrevista 30
Proceso terapéutico 33
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO 36
Cuantitativos 36
Cualitativos 43
Evaluación de seguimiento a tres meses 44
FACTORES ASOCIADOS AL TERAPEUTA 47
Fortalezas 47
Áreas de oportunidad 48
DISCUSIÓN 49
REFERENCIAS 51
ANEXO: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 57

Inventario de Depresión de Beck (BDI) 57
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) 59
Escala Enojo Rasgo 59
Escala Global 60

INTRODUCCIÓN

La personalidad es el constructo que constituye uno de los temas más interesantes de la investigación en psicología. Ésta se define como un patrón de organización dinámico del individuo, interno, de sistemas psicológicos que crean pautas de conducta, pensamientos y emociones (Carver & Sheier, 2014). De manera general, los investigadores están de acuerdo que su estructura está compuesta por lo que se denomina *rasgos* (Hampson, 2012). Éstos, según Esbec & Echeburúa (2011), son patrones persistentes en las formas de relacionarse, percibir y pensar acerca del entorno y uno mismo, que se ponen de manifiesto en una amplia gama de situaciones y contextos. Son unidades de análisis menores que, de manera aislada, tienen consistencia en diversas áreas y no son de carácter transitorio (Caballo, Guillén, & Salazar, 2009). Ejemplos de ellos pueden ser: la extraversión, la introversión, la apertura a la experiencia, la amabilidad, la estabilidad emocional, etcétera.

Cuando los rasgos se agrupan forman un *estilo de personalidad*, esto es, una clasificación de unidades específicas que forman un continuo, un "cuadro" completo (Caballo et al., 2009). Dependiendo de la configuración de dichos rasgos se pueden formar muchos estilos. En este sentido, se puede decir que cada uno representa cierta tendencia en las personas para actuar, sentir y pensar de determinada manera, y no de otra (Caballo, Guillén, Salazar, & Irurtia, 2011). Figuran una adaptación funcional y pueden ocasionar poco deterioro en la vida diaria (Caballo et al., 2009).

Por otro lado, cuando el estilo de personalidad se vuelve rígido, y va acompañado de los criterios básicos de anormalidad (Halgin & Krauss Whitbourne, 2009), puede caer dentro del área de las patologías, en los *trastornos de personalidad.* En el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) los desórdenes de la personalidad se definen como un patrón permanente en el comportamiento y la experiencia interna de las personas, que se aparta acusadamente de las expectativas culturales; las personas llegan a tener comportamientos generalizados y cierta estabilidad en el tiempo. Usualmente su inicio comienza en la adolescencia o en la edad adulta. Black, Nancy y Andreasen (2015) comentan que las encuestas epidemiológicas indican que los trastornos de la personalidad son bastante comunes en la población general, entre un 9 y 16% de las personas cumplen los criterios para uno o más de los desórdenes. Agregan que éstos, además, causan enormes estragos a nivel personal y social: en el trabajo, el matrimonio, el desempeño académico, el ocio, las amistades, etc. También están más asociados a la utilización de los servicios de salud en general.

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) los trastornos de la personalidad están divididos en tres grupos que comparten ciertas características fenomenológicas:

- Grupo A, los trastornos excéntricos.
- Grupo B, trastornos dramáticos e impulsivos.
- Grupo C, trastornos ansiosos.

Uno de los diez trastornos de personalidad que encontramos en el DSM-5 es el *trastorno de personalidad evitativa* (ubicado en el Grupo C), que se caracteriza por un patrón de evitación, retirada y rechazo frente a las relaciones sociales. Su prevalencia está alrededor de 2.4 % (APA, 2014). Según Caballo, Bautista, López-Gollonet & Prieto (2004) una persona puede tener un estilo o un trastorno de personalidad por evitación; su diferencia radica en el

nivel de disfunción y que la persona cubra todos los criterios necesarios que se especifican en el manual. Siguiendo a los mismos autores, encontramos, de manera general, que las personas que tienen tanto el trastorno como el estilo de personalidad evitativa comparten las siguientes características:

- Prefieren lo conocido, habitual y rutinario a lo desconocido.
- Cuando conocen gente nueva se esconden tras una máscara de cortesía, amabilidad y distancia emocional.
- Tienen pocos amigos y se sienten unidos a la familia.
- Son reservados y tienen relaciones superficiales.
- En el fondo quieren relacionarse, pero les da miedo, por ello, evitan las situaciones sociales.
- Invierten gran energía en explorar en el plano de la imaginación y la fantasía.
- Existe un *aislamiento activo* que los lleva a evitar las relaciones sociales y les genera ansiedad.

A pesar de que los síntomas están asociados a una marcada discapacidad en el funcionamiento diario y conllevan fuertes costos para la sociedad (Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016), ha sido uno de los trastornos de personalidad que menos atención ha recibido y que, por tanto, poco se conoce acerca de su tratamiento (Lampe & Malhi, 2018).

En una revisión actual sobre el trastorno, Weinbrecht y cols. (2016) argumentan que la terapia cognitivo conductual y la terapia de esquemas son los enfoques que parecen más prometedores para su tratamiento a luz de la evidencia empírica. Otros enfoques, como la terapia interpersonal metacognitiva o la terapia dialectico-conductual, han dedicado menos esfuerzo a la investigación de resultados de tratamiento.

La psicoterapia de enfoque Gestalt ha tenido muy poca investigación con respecto a los trastornos de la personalidad, pero menos sobre el trastorno o estilo de personalidad evitativa. Para la visión Gestalt, un trastorno de personalidad es un patrón de organización desajustado e inflexible de los componentes básicos de la experiencia, de manera que la persona advierte deterioro y angustia subjetiva (Delisle, 1991).

Bien conocido es que este enfoque tiene poca evidencia de los efectos de sus intervenciones. Las razones son variadas y multifactoriales. Gold y Zahm (2019), al respecto, comentan que entre los factores de la escasa investigación en Gestalt se encuentran el movimiento anti-intelectual de los primeros practicantes de la corriente, el factor experiencial del enfoque, su estilo tendiente a la improvisación más que a la adhesión a un método ensayado que puede ser fácilmente cuantificado y, la poca rigurosidad para llegar al estándar de la investigación actual. Después del análisis de esas causas, los autores subrayan que hay una necesidad imperiosa para la investigación, y con ello, evitar la escasez de literatura que soporte el uso de la terapia Gestalt en el tratamiento con poblaciones clínicas o trastornos concretos. De esta manera, el enfoque ganaría más apoyo y dejaría de ser visto como una terapia “alternativa”.

De acuerdo con Brownell (2010), la terapia Gestáltica es un sistema contemporáneo de psicoterapia, efectivo y relevante, que viene con una evidencia empírica cada vez mayor sobre su práctica; está asociada históricamente a la “tercera fuerza” de las terapias humanistas-existenciales en psicología clínica y parte de un enfoque holístico que es capaz de integrar varios aspectos de la vida humana: la cognición, la conducta, las emociones y los sistemas orientados al trabajo corporal. Tiene un corte existencial, experiencial y fenomenológico que permite al terapeuta trabajar de manera natural con sus clientes, al mismo tiempo que rechaza las reducciones simplistas.

Spagnuolo (2019) comenta que a veces parece que los investigadores y los terapeutas gestálticos hablan dos idiomas distintos, aunque esto no debería ser así. Argumenta que es necesario validar el enfoque a través de la investigación; sin embargo, agrega que también es importante que los investigadores estén abiertos a la curiosidad de cómo funciona un enfoque que se sustenta en un proceso creativo y espontaneo. La autora señala que el desarrollo de la investigación fenomenológica puede ayudar a los terapeutas a considerar los estudios como una herramienta interesante que permita revisar la eficacia de su trabajo y entender mejor lo que ellos hacen. Por último, enfatiza que tanto el enfoque de investigación de resultados, como el de procesos, son importantes para entender la efectividad de la orientación y lo que pasa cuando se hace terapia Gestalt.

Resumiendo, existe un importante hueco en la investigación de la terapia Gestalt en general y en el estudio de otros modelos en el tratamiento de personas que tienen un trastorno o un estilo de personalidad evitativa, por ello, el presente trabajo tiene como objetivo aportar evidencia con relación al problema, mediante un estudio de caso con una persona que tiene un estilo de personalidad evitativa.

A lo largo del documento se expondrá un caso de psicoterapia individual bajo el modelo Gestalt, que fue llevado a cabo en las instalaciones de la clínica Orientación PsicoTerapia y Aprendizaje significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla. Se presentará una descripción del proceso terapéutico, los instrumentos utilizados en la evaluación y los resultados del tratamiento, teniendo en cuenta las sugerencias de Kazdin (1999) en la evaluación de la significancia clínica. Los objetivos planteados, de acuerdo con el motivo de consulta (problemas para relacionarse con las personas), fueron los siguientes:

Objetivos generales

- Trabajar las resistencias que surgen en la aproximación de la frontera de contacto.
- Fomentar la expansión del continuo de conciencia.
- Ayudar a dar cierre a las figuras inconclusas.
- Generar una relación basada en la cooperación.
- Fomentar la responsabilidad de las decisiones propias y generar auto-apoyo.

Objetivos específicos

- Manejar los introyectos para que la persona movilice su energía y supere los pensamientos de tipo “no debo...”, “tengo que...”.
- Una vez manejados los introyectos, ayudar a la persona a generar conductas que le permitan “agredir” al ambiente.
- Transmitir las conductas aprendidas en sesión al espacio fuera del consultorio.
- Favorecer el proceso de darse cuenta para contactar con la experiencia en el aquí y ahora.

CASO CLÍNICO

A continuación, se describe el caso de Alberto (pseudónimo), quien solicitó consulta vía telefónica, como todos los pacientes, para atención psicoterapéutica en la clínica OPTA de la Universidad Iberoamericana Puebla durante el otoño de 2019.

Datos de identificación

Con 45 años, Alberto es un Gerente de Proyectos en una empresa extranjera de elaboración de software. Aunque su formación académica inicial es de administración de empresas, tiene estudios de maestría en Ingeniería Industrial; su ocupación le exige que constantemente tenga que relacionarse con personas y dirigir equipos de trabajo.

Está casado con Paola y tiene dos hijas, una de 17 y otra de 14 años. Profesa la religión católica y su nivel económico le permite vivir con estabilidad financiera en la ciudad de Puebla.

Lleva una vida que se destaca por hábitos saludables: sale a caminar y a correr, lleva una dieta balanceada y mantiene relaciones armónicas con los miembros de su familia. Viven en un departamento propio y, además, junto con su esposa, son dueños de un negocio.

En la figura 1 puede observarse el genograma del paciente (todos los nombres son seudónimos). Dentro de su familia de origen, él es el hermano más grande de un total de tres varones. Mantiene contacto con sus padres y, todos sus abuelos ya fallecieron. Sus dos hermanos tienen pareja e hijos.

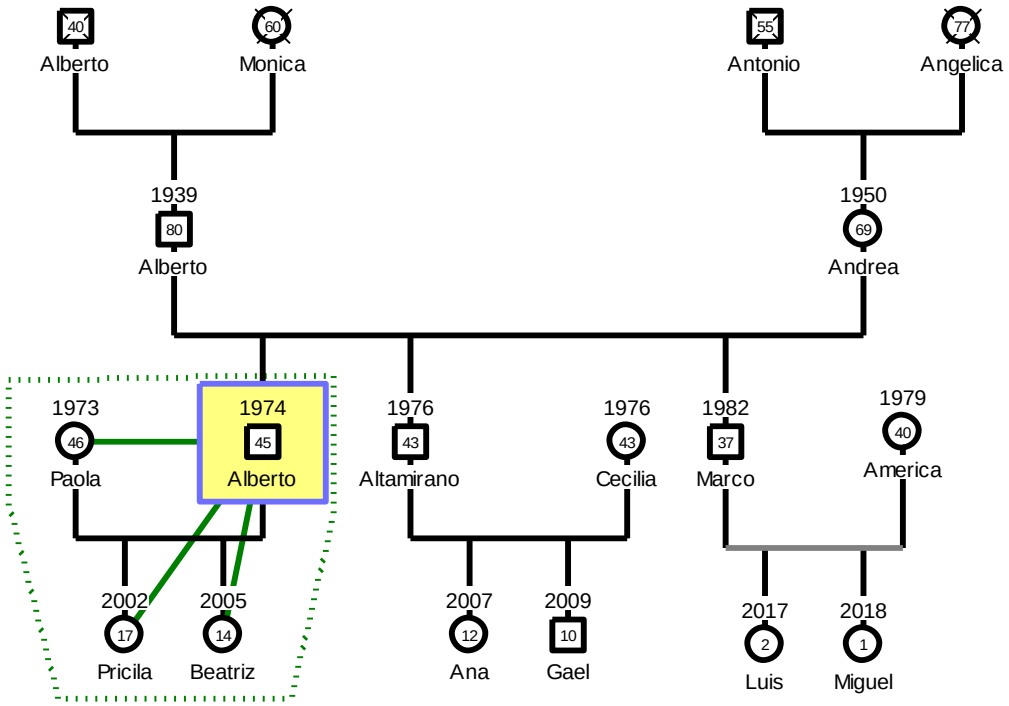

Figura 1. Genograma de Alberto

Motivo de consulta

Alberto acudió al servicio de psicoterapia por recomendación de su pareja (quien años atrás había recibido un tratamiento con resultados satisfactorios) debido a que ha presentado

problemas para relacionarse con las personas: tiende a ser muy pasivo, no pone límites y no expresa muchas de sus emociones, en especial el enojo.

Aunque su estilo interpersonal pasivo existía desde su adolescencia, en el momento de la consulta estaba pasando por una situación difícil en su empleo: muchos de sus subordinados no lo obedecían, había presiones por parte de sus jefes inmediatos para asumir una postura de liderazgo y, además, le parecía complicado manejar los conflictos. Estas situaciones le preocupaban y le generaban angustia y miedo.

El plano personal-afectivo también le estaba causando frustración al no poder expresar sus emociones: cuando acudía a reuniones de amigos o de la familia conversaba muy poco y se sentía con ansiedad. Como resultado, tenía la sensación de no estar "conectado" emocionalmente con las personas significativas en su vida.

Por estos problemas, en el pasado había intentado ya algunas soluciones: fue a consulta psicológica con una terapeuta privada, con quien trabajó técnicas de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, EMDR (acrónimo en inglés de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) para el manejo de recuerdos que habían resultado difíciles para él, describiéndolos como "traumáticos", éstos representaban situaciones donde otras personas lo habían hecho enojar y tuvo que "guardarse" lo que sentía.

En su primera entrevista se le observaba nervioso y dubitativo, sin embargo, mostraba total disposición para hablar sobre su situación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para la evaluación del proceso psicoterapéutico del presente estudio de caso, se utilizaron varias escalas clínicas que miden constructos variados: ansiedad, funcionamiento global,

depresión y enojo. El objetivo fue tener una medición de los niveles de la sintomatología y funcionamiento y su variación durante el transcurso de la terapia.

Todas ellas tienen un grado suficientemente aceptable de confiabilidad y validez, que se ha sustentado a través de la investigación empírica y, en unos casos, en la adaptación al contexto cultural y social de las personas. A continuación, se describen a detalle cada una de las mencionadas escalas.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Bien conocido es que el Inventario de Depresión de Beck es uno de los instrumentos más utilizados en el mundo en la evaluación de los síntomas de la depresión. Fue elaborada por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) a través de ítems con base clínica, es decir, de las características de la depresión. Esto es relevante debido a que no tiene como tal una base teórica de algún modelo especifico. Las categorías que se consideraron en su construcción fueron: el estado de ánimo, el pesimismo, la sensación de fracaso, la pérdida de satisfacción, los sentimientos de culpa, la sensación de ser castigado, el odio a uno mismo, la auto acusación, los deseos de hacerse daño, el llanto, la irritabilidad, el aislamiento social, la indecisión, la imagen corporal, la inhibición en el funcionamiento, los trastornos del sueño, la fatiga, la pérdida de apetito y peso, las preocupaciones somáticas y la pérdida del deseo sexual.

En México fue adaptada y estandarizada por Jurado y cols. (1998) con residentes de la Ciudad de México. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.87, $p<.000$ para la medida de confiabilidad. Con respecto a la validación de constructo se encontraron tres dimensiones mediante análisis factorial; cabe señalar que este resultado es igual a la versión original.

El inventario es auto administrado con escala tipo Likert. En total tiene 21 ítems que van en un rango de 0 a 3, en la que a mayor puntuación mayor grado de afectación. A continuación, se muestran unos ejemplos de reactivos:

1.

(0) Yo no me siento triste

(1) Me siento triste

(2) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo

(3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2.

(0) En general no me siento descorazonado por el futuro

(1) Me siento descorazonado por 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

3.

(0) Yo no me siento como un fracasado

(1) Siento que he fracasado más que las personas en general

(2) Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos

(3) Siento que soy un completo fracaso como persona

Las normas para los niveles de depresión se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Niveles de depresión para el Inventario de Depresión de Beck

Puntaje crudo	Nivel de depresión
0 a 9	Mínima
10 a 16	Leve
17 a 29	Moderada
30 a 63	Severa

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este instrumento fue desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988) para medir los síntomas clínicos de la ansiedad, con el objetivo de que pudiera diferenciarse de los síntomas que se sobreponen con la depresión. Se basa en una escala tipo Likert y consta de

21 reactivos. El rango de medición es de cuatro valores, por lo que la persona tiene que valorar con qué frecuencia experimenta síntomas de ansiedad durante la última semana.

Algunos ejemplos de los reactivos a considerar son:

1. Entumecimiento, hormigueo
2. Sentir oleadas de calor
3. Debilitamiento de piernas
4. Dificultad para relajarse
5. Miedo a que pase lo peor
6. Sensación de mareo

En México, el Inventario de Ansiedad de Beck fue adaptado y estandarizado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Entre sus propiedades psicométricas, mostró un alfa de Cronbach que va de 0.83 a 0.84, así como altos puntajes *test retest* para la medida de confiabilidad.

Con relación a las propiedades de validez, el estudio de los autores mostró una composición de cuatro dimensiones a través de análisis factorial. Cabe resaltar que estos resultados son similares a las propiedades psicométricas del estudio de la versión original (Beck et al., 1988), lo que da evidencia a favor del constructo.

Escala de Enojo Rasgo

Es un instrumento de escala tipo Likert con 10 reactivos. Mide la predisposición de las personas a experimentar enojo ante cualquier situación (Moscoso, 2000). Su medición se basa en un rango de 4 puntos, donde 1 es “casi nunca”, 2 es “algunas veces”, 3 es “frecuentemente” y 4 es “casi siempre”. A mayor puntuación, mayor grado de afectación en la variable del enojo.

La adaptación de la escala al contexto mexicano corrió a cargo de Alcázar, Deffenbacher y Byrne (2011). Su medida de confiabilidad en alfa de Cronbach es de 0.83. El puntaje máximo que puede sacar una persona es 40. Sin embargo, existen varios intervalos que indican diferentes características. A continuación, se detalla cada uno con una breve interpretación:

- **Puntajes de 10 a 16**. Este rango se le ha denominado *bajo puntaje.* Representa que una persona es difícil que se enoje.
- **Puntajes de 17 a 22**. Es el *puntaje promedio* o *normal.* Significa que las reacciones de enojo van acordes con lo que le pasa a la mayoría de las personas.
- **Puntajes de 23 a 40**. A esto se le denomina *alto puntaje*. Se refiere a que una persona está en mayor riesgo de enojarse fácilmente ante las provocaciones del entorno.

Escala Global

A diferencia de los instrumentos anteriores, la Escala Global no mide constructos tan específicos. Evalúa la afectación más general que puede estar viviendo una persona en diversos ámbitos de funcionamiento: escuela, trabajo, pareja, familia y salud física y sexual.

Fue creada por Moreno Andrade (2014) utilizando una escala tipo Likert. El rango va de 1 a 6, en la que a mayor puntuación mayor grado de afectación. En donde 1 es “nada”, 2 es “casi nada”, 3 es “poco”, 4 es “regular”, 5 es “mucho” y 6 es “muchísimo”.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de los ítems:

1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) está siendo perjudicada…
2. Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado…
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas…

4. Mi relación con mi familia está siendo perjudicada…
5. Mi salud física está siendo perjudicada…

CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure

La escala CORE-OM es un instrumento enmarcado en el paradigma de la *práctica basada en la evidencia*; fue desarrollada por Core System Group y adaptada al español por Feixas et al. (2012). Su utilidad reside en la medición de la eficacia de los servicios psicoterapéuticos; por ello, según los autores, es la más usada en el Reino Unido, además, ha sido adaptada para muchos países.

Es una prueba de uso libre, que se encuentra disponible en la página web http://www.ub.edu/terdep/core para el español. Toda persona tiene acceso a ella con la única condición de no modificar su formato. Es una escala tipo Likert con 34 reactivos, en un rango que va de 0 a 4, y donde a mayor puntuación, mayor grado de afectación. Mide las siguientes dimensiones:

- Bienestar subjetivo (4 ítems).
- Problemas/Síntomas: valora depresión, ansiedad, trauma y síntomas físicos (12 ítems).
- Funcionamiento general: evalúa relaciones significativas, sociales y otras áreas del funcionamiento cotidiano (12 ítems).
- Riesgo: mide indicadores clínicos de intentos de suicidio, auto lesiones o conductas de agresión a terceros (6 ítems).

Su confiablidad de alfa de Cronbach va en un promedio de 0.75 y 0.90 para todas las dimensiones, además, muestra una buena estructura factorial (Feixas et al., 2012). En su calificación, se saca un promedio con base a la puntación total y después, éste se multiplica por diez; así los puntos de corte quedan:

- 0-10: nivel de afectación *leve.*
- 11-15: nivel de afectación *medio.*
- 16-20: nivel de afectación *moderado.*
- 21-25: nivel de afectación *moderado-severo.*
- Superior a 25: nivel de afectación *severo.*

FORMULACIÓN DEL CASO

En este apartado se describirá la conceptualización del caso, tanto desde el punto de vista clínico como desde el enfoque de la Gestalt.

Además de lo anterior, la terapia Gestalt cuenta con una amplia base teórica y técnica para realizar un trabajo estructurado y flexible a la vez. También cabe resaltar que antes de iniciar el proceso terapéutico se pidió consentimiento informado por escrito al usuario, donde se especifican todos los elementos relacionados con el uso confidencial de la información, tanto en video como en audios y registros.

Formulación clínica

Para la formulación clínica, se ordenaron los síntomas y problemas bajo el modelo CASIC (Slaikeu, 2000), para posteriormente elaborar un diagnóstico con la evaluación multiaxial del DSM-4 TR; pero utilizando los criterios actuales del DSM-5, tal como lo recomienda Morrison (2015).

Después de las primeras sesiones de entrevista con Alberto, su sintomatología y problemáticas con el perfil CASIC quedaron de la siguiente manera:

Conductuales: el paciente presentaba comportamientos evitativos y de aislamiento, en especial en situaciones que requerían defender sus necesidades o derechos.

Afectivos: la emoción dominante ante el problema era el miedo. También presentaba frustración, aprensión y enojo, así como poca expresión de sentimientos, tanto positivos como negativos. Sensación de soledad.

Somáticos: durante las entrevistas el paciente no refirió ninguna queja a nivel físico, por el contrario, tenía buenos hábitos que le ayudaban a cuidar su cuerpo.

Interpersonales: estilo de relación pasivo que lo llevaba a evitar las relaciones sociales, ya sea con personas nuevas o conocidas; conflictos laborales ante sus subordinados y, relaciones superficiales con la mayoría de las personas.

Cognitivos: pensamientos de tipo "deberías" como por ejemplo "si vas a hablar con una persona *debes* de tener siempre un excelente tema de conversación". Creencias de perfeccionismo, por ejemplo, "ningún detalle se me *debe* pasar y todo el tiempo *debo* hacer las cosas bien" y, además, la creencia de que es "malo" expresar el enojo.

Con base en los datos recabados y la cronología de cada elemento, la evaluación multiaxial de Alberto quedó de la siguiente manera:

- Eje I: (Z56.9) otro problema relacionado con el empleo, síntomas de ansiedad.
- Eje II: estilo de la personalidad evasiva y rasgos de introversión.
- Eje III: negados.
- Eje IV: (Z56.9) problemas laborales.
- Eje V: 80-71, hace referencia a pocos síntomas, que pueden ser transitorios y constituyen reacciones esperables ante estímulos psicosociales estresantes: la alteración puede ser ligera en las diferentes áreas de la vida.

Es importante aclarar algunos aspectos con respecto al diagnóstico diferencial. En el Eje I se descartó (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social) debido a que no se cubren los criterios E, F y G. La duración y la intensidad de los síntomas no coinciden, ya que

Alberto refirió que sus problemas ante las situaciones sociales los recuerda desde su adolescencia (edad en la que usualmente inician los trastornos de la personalidad).

Por otro lado, con respecto al Eje II, Alberto no cubre todos los criterios necesarios para un trastorno de la personalidad. Muchos de sus síntomas coinciden con el trastorno de personalidad evitativa, pero no lo suficiente como para establecer el diagnóstico. Los criterios que no se cumplen son el 4, 5 y 6. Según Caballo et al. (2009) esto sucede porque a veces la configuración de rasgos o estilo no tienen un grado elevado de disfunción y rigidez. Debido a esto, se manejó el Eje II como estilo de personalidad evitativa con fuertes rasgos de introversión.

Formulación Gestalt

A continuación, se retoman algunos los elementos de la terapia Gestalt que son esenciales en la evaluación del caso, al final se muestra un resumen de los puntos evaluados.

La terapia Gestalt estudia la *frontera de contacto* que se da entre el organismo y el entorno (Picó, 2014). El proceso de acercarse o retirarse de ese límite constituye la *experiencia*. La salud, desde este punto de vista, se da en el momento en que el contacto constituye un *ajuste creativo* entre el individuo y su ambiente. Podemos decir que el foco de atención está puesto en la manera en que se dan los intercambios entre estos dos actores. Fundamentalmente un individuo vive en su ambiente conservando su diferenciación, a la vez que asimila elementos del entorno y por ello, es en la frontera donde ocurren las transacciones (Spagnuolo, 2002); al mismo tiempo, es ahí donde pueden surgir resistencias (Shub, 2001).

Para la Gestalt, la idea de *totalización* es importante. La palabra viene del alemán y hace referencia a que el todo es mayor que la suma de las partes (Consuegra, 2010); cada elemento se funde en una integración y constituye un sistema completo. Cuando el organismo es incapaz de establecer contacto pleno se puede decir que presenta un bloqueo en lo que se

denomina *ciclo de la experiencia* (Salama, 2002); un problema de “no-integración”. Cada etapa del proceso tiene diferentes mecanismos que impiden el contacto.

El ciclo de la experiencia varía dependiendo de cada autor. Siguiendo a Zinker (1977) podemos identificar 6 etapas que se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Ciclo de la experiencia

Salama (2002) agrega dos etapas: “precontacto” y “postcontacto”, antes y después de la etapa de acción, respectivamente.

En la primera etapa, reposo, el individuo se encuentra en armonía, después, empieza a “notar” algo, siente emerger una *figura* y entra a la etapa de sensación. Entre la fase de sensación y la etapa del darse cuenta surge la tarea de reconocer y “etiquetar” la necesidad (Carabelli, 2013). Una vez se toma conciencia plena, el organismo dirige su energía para la satisfacción. En la etapa de acción se orienta en el entorno en busca de posibilidades y comienza la toma de contacto. Posteriormente comienza un contacto pleno entre el organismo y su entorno y se da un intercambio e interacción, es el *clímax* del proceso. Una vez satisfecha la necesidad el individuo vuelve a la etapa de reposo.

En la Tabla 2 se muestran los bloqueos que pueden existir en cada etapa en el ciclo de la experiencia según Salama (2002).

Tabla 2. Fases y bloqueos en el ciclo de la experiencia

Etapa del ciclo de la experiencia	**Bloqueo**
Reposo	Postergación
Sensación	Desensibilización
Darse cuenta	Proyección
Movilización de energía	Introyección
Acción	Retroflexión
Contacto	Deflexión, confluencia y fijación

Una persona puede tener uno o varios bloqueos en diferentes circunstancias, en la Tabla 3 se presentan las definiciones de algunos de los mecanismos mencionados anteriormente siguiendo a Bucay (1999); Polster y Polster (1980) y Salama (2002).

Tabla 3. Definiciones de bloqueos

Mecanismo	**Definición**
Postergación	La persona interrumpe la acción del cierre de la Gestalt, dejándola para otro momento.
Desensibilización	La persona se vuelve “dura”, no siente muchos de sus procesos.
Proyección	La persona rechaza algunos aspectos de sí mismo, adscribiéndolos al ambiente.
Introyección	Invierte su energía en incorporar pasivamente lo que el ambiente le ofrece, es decir, se lo “traga”.
Retroflexión	La persona envía su energía hacia el interior, se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a los demás.

Deflexión	Se da cuando una persona evita que su energía alcance el objeto relacional y la dirige hacia objetos sustitutos.
Confluencia	La persona pierde sus límites en la relación con los demás.
Fijación	El sujeto se ancla al objeto de satisfacción, de tal manera que no se logra un fluir de la energía.

Otra noción importante en la terapia Gestalt es la polaridad *figura y fondo*. El punto de partida fundamental es que sólo un fenómeno es capaz de ocupar un primer plano, a esto se le llama figura (Perls & Baumgardner, 1975). Por otro lado, el fondo representa el contexto donde la figura emerge (Ceballos, 2016). En la medida que surge una figura esta necesita un cierre para volver al fondo. A lo largo de la terapia se pueden presentar muchas figuras en el marco del *aquí* y *ahora*, pero es necesario evaluar la *figura cristalizada*, que es aquella que aparece de manera constante en las sesiones.

Las *capas de la neurosis* hacen referencia a las etapas por las que puede desencadenarse o no, un determinado conflicto personal (Salama, 2002), en la Tabla 4 se muestra cada una con su significado.

Tabla 4. Capas de la neurosis

Etapa	Significado
Señales	Es una etapa de reconocimiento del otro, donde las personas se relacionan mediante formalismos.
“Como si…”	Las personas se comportan “como si”. Se relacionan a través de máscaras y roles sociales.

Atolladero (impasse)	Es un periodo de estancamiento en el que no hay acción debido a que dos pensamientos de igual intensidad se enfrentan en la mente.
Implosión	Es una etapa en donde las personas acumulan energía en su zona interna.
Explosión	La persona descarga en la zona externa la energía retenida o implotada.
Vida o muerte	La vida es la sensación agradable del cierre de la Gestalt, la muerte representa el aspecto contrario.

Con base en todos los aspectos teóricos mencionados anteriormente, en la Tabla 5 se presenta la conceptualización del caso de Alberto.

Tabla 5. Conceptualización Gestalt del caso de Alberto

Aspecto teórico	**Evaluación del paciente**
Proceso de contacto organismo/entorno:	Alberto no "agrede" el entorno para satisfacer sus necesidades; esto se puede ver en las conductas evitativas y la minimización de las propias emociones.
Interrupciones de contacto en el ciclo de la experiencia:	Dependiendo del contexto social y la situación Alberto presenta bloqueos en la etapa de **movilización de la energía** o en la etapa de **acción**.
Mecanismos/bloqueos:	Durante las sesiones se podía observar que el paciente presentaba **retroflexión**: se aplastaba las manos, se rascaba el cuello, entre otras conductas. Todo esto dirigido a sí mismo cuando en realidad debería ir hacia otro objeto relacional. Otro de los mecanismos que tiene es la **introyección**: antes de tomar contacto surgen una serie de pensamientos del tipo "deberías…" o "tengo que…". Generalmente su contenido se refiere a ideas de competencia y perfección.
Figura cristalizada:	Miedo.
Capas de la neurosis:	Atolladero o Impasse.

Tipo de relación terapéutica:	Debido a que se pudo desarrollar una buena alianza en las primeras etapas el proceso terapéutico, la relación se estableció tipo **cooperativa.**

Con respecto a la relación terapéutica, desde el inicio pudo establecerse de acuerdo con el modelo Gestalt, en donde la cooperación y la utilización de la experiencia del terapeuta es esencial: en cualquier momento dado, tanto el terapeuta como el cliente realizan observaciones de tipo fenomenológico de acuerdo a cómo se experimentan subjetivamente el uno al otro (Wheeler & Axelsson, 2015).

Evaluación de la etapa de cambio

Otro aspecto teórico que se consideró importante evaluar fue la *etapa del cambio* del paciente. Prochaska y Di Clemente (1982) trabajaron con personas que tenían problemas con las adicciones; después de un tiempo empezaron a notar que las personas que hacían un cambio en sus vidas pasaban por una serie de etapas progresivas. A lo largo de su obra identificaron siete etapas que se describen a continuación:

1. **Precontemplación**: el usuario que acude a terapia tiene un problema, pero no tiene conciencia de él.
2. **Contemplación**: la persona tiene conciencia de un problema, pero se encuentra en un estado de ambivalencia: considera y rechaza el cambio a la vez.
3. **Determinación**: la balanza recae en favor del cambio y por ello, la persona se encuentra en un estado de *motivación.*
4. **Acción**: la persona se implica en conductas concretas que la llevarán al cambio deseado.
5. **Mantenimiento:** el reto de la persona se centra en conservar los cambios ya logrados.

6. **Recaída**: se presenta una reaparición de la conducta problema. A partir de aquí el paciente vuelve a iniciar en la etapa de contemplación.
7. **Salida permanente:** si la persona logra mantener durante un tiempo considerable su cambio en la etapa de mantenimiento pasa a una etapa de resolución completa del problema.

Gráficamente los elementos mencionados se muestran en la Figura 3, la *rueda del cambio.*

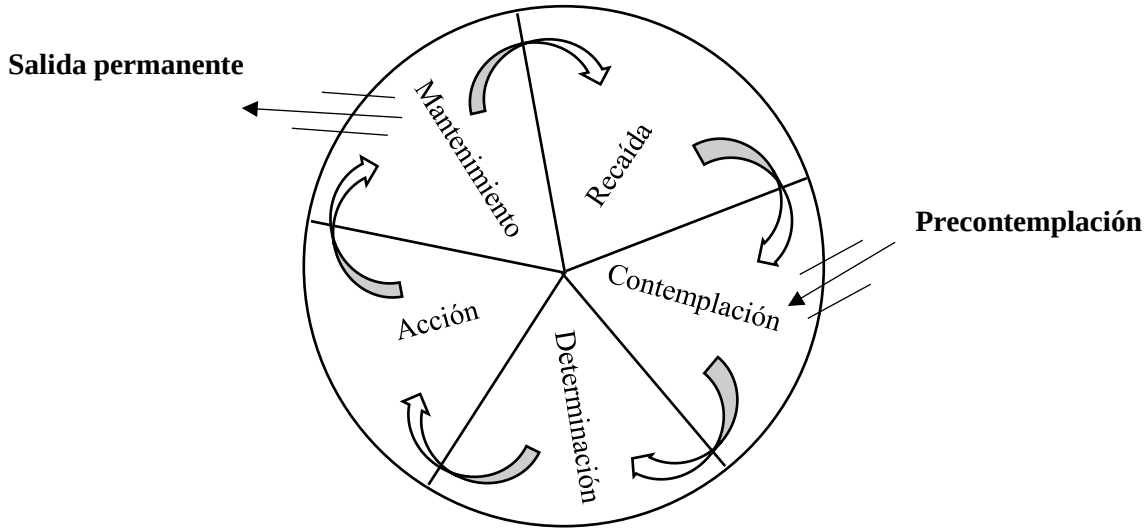

Figura 3. Rueda del cambio de Prochaska y Di Clemente.

Las etapas del cambio son un aspecto teórico importante porque muchas veces los terapeutas cometen errores al aplicar estrategias para una fase que no corresponde con aquella en la que realmente se halla el cliente. Por ejemplo, un paciente puede estar listo para realizar un cambio concreto en su vida (etapa de acción), pero el terapeuta se enfoca en generar conciencia del problema, lo que lleva a una dinámica improductiva o, por el contrario, la terapia puede enfocarse en realizar cambios conductuales cuando el paciente ni siquiera tiene una conciencia profunda de su problema.

Las estrategias por etapa de cambio, de acuerdo con Miller y Rollnick (1991), se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Tácticas terapéuticas según la etapa de cambio

Etapa	Acciones del terapeuta
Precontemplación	Aumento de la duda. Elevar la percepción de la persona de los riesgos y problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinar la balanza. Evocar las razones para cambiar y los peligros de no cambiar, aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta presente.
Determinación	Ayudar a la persona a determinar el mejor camino de acción que hay que seguir para el cambio.
Acción	Ayudar a la persona a dar los primeros pasos para el cambio.
Mantenimiento	Ayudar a la persona a identificar y a usar estrategias para prevenir la recaída.
Recaída	Ayudar a la persona a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

El modelo de las etapas de cambio ha sido denominado como *transteórico*, debido a que, independientemente del marco de trabajo, tiene elementos que "atraviesan" casi todos los procesos terapéuticos. Debido a esto, varias corrientes de terapia lo han incorporado a su trabajo, como por ejemplo, la terapia sistémica breve (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Con respecto a la evaluación de Alberto, podemos ubicarlo al inicio de la terapia en la etapa de contemplación: en su discurso hablaba de mucho miedo a cambiar, de sentimientos de ambivalencia y ansiedad por enfrentar las situaciones sociales.

La tarea, según el modelo, consistía en ayudar al paciente a inclinar su balanza a favor del cambio; a este respecto, la terapia Gestalt se presenta como una buena opción debido a que el desarrollo del *continuo de conciencia* es una meta presente en todo momento del proceso terapéutico. Su poder reside en que transforma el escenario al crear nuevas

percepciones de la realidad, de manera que la persona es capaz de observar lo mismo con un diferente marco de visión (Shub, 2001).

IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO

En este apartado se describirá el procedimiento utilizado en el tratamiento del caso de Alberto, a partir de la conceptualización ya mencionada en la sección anterior. Se comienza por enunciar los objetivos terapéuticos, luego la descripción de las técnicas que se llevaron a cabo, los elementos del proceso sesión a sesión y el reporte de una entrevista como ejemplo de implementación del modelo.

Objetivos

Objetivos generales

Los siguientes objetivos se plantearon desde las bases del enfoque Gestáltico:

- Trabajar las resistencias que surgen en la aproximación de la frontera de contacto.
- Fomentar la expansión del continuo de conciencia.
- Ayudar a dar cierre a las figuras inconclusas.
- Generar una relación basada en la cooperación.
- Fomentar la responsabilidad de las decisiones propias y generar auto-apoyo.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos para el caso de Alberto fueron:

- Manejar los introyectos para que la persona movilice su energía y supere los pensamientos de tipo “no debo...”, “tengo que...”.
- Una vez manejados los introyectos, ayudar a la persona a generar conductas que le permitan “agredir” al ambiente.

- Transmitir las conductas aprendidas en sesión al espacio fuera del consultorio.
- Favorecer el proceso de darse cuenta para contactar con la experiencia en el aquí y ahora.

Técnicas y estrategias terapéuticas

En este apartado se describirán algunas de las técnicas y estrategias de la terapia Gestalt que se utilizaron en el caso de Alberto.

Con respecto a las estrategias, la terapia Gestalt establece una serie de reglas que ayudan a brindar un marco de intervención adecuado. A continuación se describen las que se usaron en el proceso terapéutico siguiendo a Martín (2013):

- El principio del aquí y el ahora: mantener el foco de atención en la experiencia inmediata del cliente. Se le sugiere al cliente que se comunique en tiempo presente, para ello se le estimula con preguntas: ¿qué está pasando ahora en ti? ¿qué sientes en este instante? ¿qué necesidad surge en ti ahora?
- Yo-Tú: esta regla trata de expresar en manera clara que la comunicación se da cuando el emisor y el receptor se dirigen el uno al otro, mirándose directamente y expresando abiertamente lo que sienten. Se trata de un encuentro existencial y dialogal.
- Continuo de conciencia: se refiere al *cómo* de la experiencia: en lugar de poner el acento en el *porqué* de la conducta del paciente, se dirige la atención al *qué* y al *cómo*. Se trata de una articulación de las zonas de contacto.
- Cambiar el “o” o el “pero” por un “y”: es una estrategia que ayuda al paciente a tomar la responsabilidad de su conducta y a unir polos opuestos de un conflicto. Por ejemplo, ante la frase “quiero ir al cine, *pero* no puedo porque tengo tarea”, se le pide cambiarla por “quiero ir al cine y elijo hacer mi tarea”.

Por otro lado, las técnicas de la terapia gestáltica, a diferencia de otros modelos, incluyen a) la comprensión y el uso de la relación terapéutica (en donde el diálogo es fundamental), b) el uso profundo de las emociones, c) atención a los procesos corporales y d) el uso del *experimento* en la terapia (Wheeler & Axelsson, 2015). De manera general, ellas se dividen en tres grupos según Salama (2002):

- Técnicas expresivas: tienen el objetivo de reunir energía suficiente para reforzar el contenido del *darse cuenta* de la persona. Las que se utilizaron en el caso de Alberto fueron: 1) expresar lo no expresado y 2) notar micro movimientos y solicitar que se exageren.
- Técnicas supresivas: sirven para que la persona deje de hacer algo y descubra lo que se oculta detrás de cada actividad. Dentro de este grupo se puso mucho énfasis en la técnica de *descubrir los debeísmos*: se refiere a la identificación de creencias falsas o introyectos que entran en conflicto con el *self*. Se le pide a la persona que cambie palabras tipo "debo de…", "tengo que…" por "quiero…" o "necesito…". También se puede realizar un rastreo para identificar la fuente u origen de dicho pensamiento, lo cual es una manera de identificar aprendizajes disfuncionales para la conducta actual.
- Técnicas integrativas: representan una combinación de las dos anteriores. Tienen como objetivo integrar partes alienadas del *self*. De este apartado se utilizó la *fantasía guiada*: se lleva mediante la imaginación al cliente a situaciones inconclusas para trabajar Gestalt abiertas.

En el trabajo también se utilizaron técnicas clásicas como la *silla vacía*, que consiste en generar un dialogo entre las distintas partes contrapuestas del individuo, poniéndolo en contacto con aquellas que rechaza o niega (Martín, 2013), también sirve para trabajar asuntos pendientes.

Una técnica que merece especial atención es el *experimento.* En Gestalt, a diferencia de las técnicas específicas, es una forma más libre en la exploración de las emociones (Harman, 1974). Para Mann (2010) el experimento está diseñado para aventurarse más allá de la frontera de familiaridad del paciente. Ayuda a romper las formas habituales de ser, al facilitar una emergencia segura de experimentación en el presente. Los límites de la experimentación creativa se deciden en la relación terapéutica entre el cliente y el terapeuta y están determinados por las condiciones de campo existentes, incluidos los límites morales y éticos.

Wheeler & Axelsson (2015) mencionan que el experimento está basado en la teoría de investigación del psicólogo y filósofo alemán Kurt Lewin; su objetivo no es aprender habilidades preestablecidas por el terapeuta o "arreglar" algún comportamiento del cliente, sino sacar a la luz las dinámicas de fondo de la experiencia que usualmente están fuera de la conciencia y, por lo tanto, fuera de la vista del cliente y el terapeuta; aunque el clínico posiblemente ya habrá planteado alguna hipótesis. En otras palabras, la meta siempre es aprender: profundizar en la experiencia para encontrar nuevos significados o marcos de visión, y con base en ello, desarrollar respuestas que sean creativas y flexibles. Los mismos autores señalan que existen dos categorías de experimentos: los informales, creativos y espontáneos; y los planeados y formales. Esto es importante porque, según Mann (2010), los límites de la gama de posibilidades de experimentación disponible están solamente definidos por la creatividad del terapeuta. Cabe aclarar que siempre se incluyen restricciones del "campo" que incluyen consideraciones éticas, como, por ejemplo, la necesidad de límites terapéuticos entre el psicólogo y cliente.

En el caso de Alberto, se utilizó el experimento de roles. Consistió en pedir al paciente interpretar diferentes posturas corporales según diferentes estados emocionales y cognitivos, al mismo tiempo, se facilitó el proceso de *darse cuenta.* En el apartado siguiente se muestra un fragmento de la entrevista en donde se observa el desarrollo de la técnica.

Reporte de entrevista

El siguiente fragmento ocurrió durante la aplicación de le técnica *experimento de roles* en la sesión cuatro. El objetivo fue ayudar al paciente a ensayar comportamientos que le permitieran tomar "contacto" con su enojo y vencer el miedo. Como resultado, se esperaba que saliera del *impasse* y de la etapa de ambivalencia al mismo tiempo que empezaba a realizar un ajuste creativo.

Terapeuta: Te sugiero un experimento relacionado con tus roles. A veces puedo observar que utilizas casi siempre un mismo rol, y hay otros que puede haber en tu repertorio… ¿Qué tal si "jugamos" experimentando otros?

Paciente: Ok, pero tú me indicas cómo.

T: ¿Cuál sería tu postura de "valiente"?

P: [Moviendo su cuerpo hacia delante y levantando el brazo] me echo para atrás y me recargo. Siento que así debería de ser.

T: Ahí yo te veo recargado. Si sacas el pecho en tu postura de valiente ¿cómo lo sentirías?

P: yo creo que debería de ser así [saca el pecho y aprieta los puños], y con las manos al frente [las pone en una posición semejante a estar en guardia], como si estuviera más seguro de que estoy intimidando, al ataque. Como si expresara algo [planta los pies en el suelo].

T: ¿Esa postura te da seguridad?

P: Sí.

T: Ahora probemos con la postura de "miedo".

P: ¿De miedo?, yo creo que me echo para atrás [se recarga en su silla de lado y alza la vista].

T: Exagéralo.

P: Como que cuando siento miedo me dan ganas de encorvarme, me dan ganas de acostarme en mi cama y hacer así [se coloca en una postura parecida a la de un bebé y ríe]. Es la tendencia que me da cuando me da miedo.

T: Ahora trabajemos tu postura de enojado.

P: [Se pone incómodo y nervioso] como que es una que no puedo hacer… [se queda pensativo].

T: ¿Quieres ver mi postura de enojo?

P: Sí [observa como la hace el terapeuta y asiente]. Me gusta.

T: Ahora la tuya. Podemos modelarla.

P: Ok.

T: ¿Quieres pararte?

P: ¿Cómo la puedo hacer? [titubea]. Puedo hacerla [la postura] como seria [se lleva las manos a las rodillas y frunce el ceño]. Creo que debe estar como más intimidante ¿no?

T: Inténtalo parado.

P: [Se para y se lleva las manos a la cintura y ve al terapeuta con el ceño fruncido].

T: ¿Cómo te sientes?

P: Me veo raro.

T: Deja fluir el enojo. ¿Qué podría haber hecho que te hubiera enojado mucho?

P: No sé, imagino que me dijiste algo.

T: Imagínate que lo hice.

P: [Se ríe] es que creo que el enojo es algo que evito hasta el final.

T: Ok, eso es lo que llevas haciendo mucho tiempo. Actúa, intimídame.

P: Imaginaré algo que le dije a una compañera hace rato.

T: Vuelve al presente y dime lo que te gustaría decirme.

P: [Levanta las manos y señala con el dedo índice] mira, yo creo que… Cuando yo me enojo…. No me gusta… Hay cosas que me enojan… No me gustan ciertas actitudes, ciertas acciones…

T: Dime cuáles. Arriésgate a elevar tu tono de voz.

P: [Empieza casi a gritar] ¡no me gustan tus comportamientos! No me gusta que me digas que no trabajo en equipo y que estoy entregando el proyecto tarde. Vamos a revisar el trabajo de la oficina y no me puedes decir que no lo vas a hacer. Te voy a demostrar cómo esto es lo correcto [su mirada denota enojo, casi ira.].

T: ¡Muy bien!, me gustó. ¿De qué te das cuenta?

P: Que me cuesta trabajo.

T: ¿Esto que hiciste no demuestra que lo puedes hacer?

P: Sí, me doy cuenta que no debo quedarme callado y, sobre todo, que puedo arriesgarme.

T: ¿No debes?

P: No quiero.

Como resultado, el paciente logró tener mayor conciencia de la correspondencia entre las emociones y las claves físicas, así mismo, el paciente pudo contrastar su pensamiento de introyectos con su experiencia y aceptar que “agredir” el ambiente implica riesgo.

La técnica se implementó en apego a la sugerencia de la supervisora en la cámara Gesell, cabe señalar que la consulta era observada por otros cinco terapeutas en formación, además, se utilizó un dispositivo de transmisión con “chícharo”, de manera que el terapeuta pudiera recibir instrucciones de trabajo.

Proceso terapéutico

En el caso de Alberto se trabajó durante once sesiones debido a que las consultas se ajustaron al periodo académico de la Universidad Iberoamericana Puebla. En el proceso el paciente canceló dos veces. En la Tabla 7 se presentan los temas, el objetivo de cada sesión, un breve resumen y los avances que se tocaron durante la terapia Gestalt.

Tabla 7. Temas, resumen, objetivos y/o avances trabajados en el caso de Alberto

Número de sesión	**Temas, resumen, objetivos y/o avances**
1	Al inicio de la sesión se aplicaron las escalas clínicas y el consentimiento informado al paciente, después, se abordó el motivo de consulta, los problemas actuales, el historial médico y de salud mental y, por último, las expectativas de atención. El objetivo de la sesión fue conocer el motivo de consulta del paciente, establecer un marco para el inicio de la terapia y generar una buena alianza terapéutica.
2	En esta sesión se abordó el tema de las relaciones que establecía con las personas de su trabajo. Se exploró, de manera detallada, las conductas de evitación que presentaba y también se avanzó en el llenado de protocolos, como la historia clínica y la elaboración del genograma. El objetivo de esta sesión fue generar una descripción detallada de los problemas y comenzar con el trabajo de base Gestalt (encuadre), la exploración de otras áreas de posible conflicto, como las relaciones familiares y la historia personal.
3	En esta sesión se vio la emergencia de una figura inconclusa que reclamaba cierre: el enojo en la relación con su hermano. Se hizo patente

	un mecanismo de proyección, donde la parte que él negaba de su personalidad (la parte "rebelde") era proyectada en el hermano, generando así, una polaridad entre los dos: uno es más hedonista y enérgico, y el otro más retraído y obediente. Se exploró también cuál era su rol familiar y se realizó la técnica de la silla vacía. Al final se pidió retroalimentación de la técnica. El objetivo de esta sesión estuvo marcado por la emergencia de la figura: el enojo. Se intentó realizar un cierre mediante la silla vacía. El avance estuvo marcado por la conclusión del tema pendiente.
4	Esta sesión fue realizada *en vivo* en la cámara Gesell de la clínica. Detrás del espejo unidireccional se encontraban 5 alumnos y una supervisora observando la sesión. El terapeuta se encontraba del otro lado con el paciente, asistido por un "chícharo" mediante el cual el equipo terapéutico iba dando sugerencias en el momento. En la consulta se trabajó la toma de contacto con el enojo y se realizó un experimento de roles. Al final de la sesión se pidió retroalimentación y se le dio al paciente una lista de habilidades sociales. Objetivo: favorecer el proceso de darse cuenta, ayudar al paciente a avanzar en el ciclo de la experiencia. El progreso estuvo marcado por haber pasado los límites de la zona de confort y arriesgarse.
5	En esta sesión se abordó la conducta de "agresión sana", sobre las situaciones en donde se hacía patente que él enfrentara sus problemas en el trabajo y se identificaron conductas "pequeñas" que fueran manejables para que él pudiera realizar un cambio. Se comenzaron algunos ensayos de conducta tipo *role playing* y asignación de tareas. El objetivo fue generar otro marco de visión sobre el conflicto, de manera que el paciente lo percibiera distinto y saliera de las situaciones de ambivalencia propias de la etapa de contemplación. El avance se presentó en la realización de pequeñas conductas de afrontamiento.
6	En esta sesión se trabajó el manejo de creencias respecto a la expresión del enojo e implementación de tareas para casa. Al inicio se exploraron los déficits en sus habilidades sociales y se dio retroalimentación sobre el

	trabajo realizado fuera del espacio terapéutico, se trató de reforzar las conductas positivas y después se trabajó con los introyectos del paciente. El objetivo fue realizar una identificación de cogniciones para favorecer el proceso de darse cuenta. El avance se dio a través del reconocimiento de pensamientos distónicos con el self.
7	Ensayos de conducta en la expresión del enojo en el entorno laboral, manejo de creencias sobre su rol de líder. Se realizó la técnica de personificación del tercero. El objetivo fue que el paciente continuara rompiendo con las conductas habituales y se acostumbrara a actuar de manera distinta. El avance se dio a través de la toma de contacto con los procesos corporales.
8	Se trabajó el tema de la procrastinación y los asuntos pendientes, como el enojo hacia sus hijas y la expresión del afecto. El objetivo estuvo marcado por la emergencia de las figuras que reclamaban cierre.
9	En esta sesión se trabajó en la identificación de los recursos personales y la expresión de afecto positivo. El objetivo fue trabajar la polaridad, de manera que el *self* pudiera ir realizando una mayor integración. El avance estuvo marcado por una mayor toma de contacto por parte del paciente.
10	En esta sesión se trabajó nuevamente con el tema de procrastinación como mecanismo de evasión en el afrontamiento de conflictos. También se abordó el desarrollo de un plan para mejorar las habilidades sociales. El objetivo fue que el paciente hiciera conciencia de sus resistencias que iban emergiendo en el momento en que se aproximaba a la frontera de contacto.
11	En esta sesión se trabajó sobre el plan para seguir trabajando después de la terapia, de manera que el paciente tuviera una guía en el desarrollo de sus habilidades sociales. Por otro lado, se habló de los avances a través de toda la terapia: el mejoramiento de los mecanismos de afrontamiento, un mayor repertorio conductual para la “agresión” y mayor confianza consigo mismo. También se pidió retroalimentación de la terapia: tanto en aspectos positivos como negativos. Al final se realizó cierre de la terapia.

	El objetivo de esta sesión fue realizar un cierre adecuado de la terapia, de manera que la Gestalt quedara concluida.
12	En esta consulta se realizó una evaluación de seguimiento a tres meses mediante la aplicación de las escalas clinimétricas y una entrevista semi estructurada. El objetivo fue evaluar el avance del paciente tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

En este apartado se presentan los resultados del tratamiento del caso de Alberto, para ello, se dividieron en dos modalidades: cuantitativos y cualitativos. El primero hace referencia a la evolución en los puntajes de las escalas de medición, tanto en el tratamiento como en la evaluación de seguimiento, y el segundo a los reportes subjetivos del propio cliente, a las observaciones del terapeuta y los comentarios del equipo de supervisión. Adicionalmente se presentan los resultados de una sesión de seguimiento que se llevó acabo tres meses después de la última sesión, que tuvo el objetivo de realizar una evaluación de la significancia clínica.

Cuantitativos

Con respecto a la Escala Global, se presentan los resultados por cada ítem, debido a que cada uno mide diferentes esferas del funcionamiento del paciente.

En la Figura 4 se pueden observar los resultados del área de la vida social. Cuando Alberto llega a la primera consulta reporta un elevado grado de afectación (puntaje 4), posteriormente a la consulta, pasa a un rango bajo (puntaje 2) y para la sesión 10 termina en un nivel medio (puntaje 3). En la sesión de seguimiento, tres meses después de que se concluyó la terapia, obtuvo un puntaje de tres que significa “moderado-bajo”.

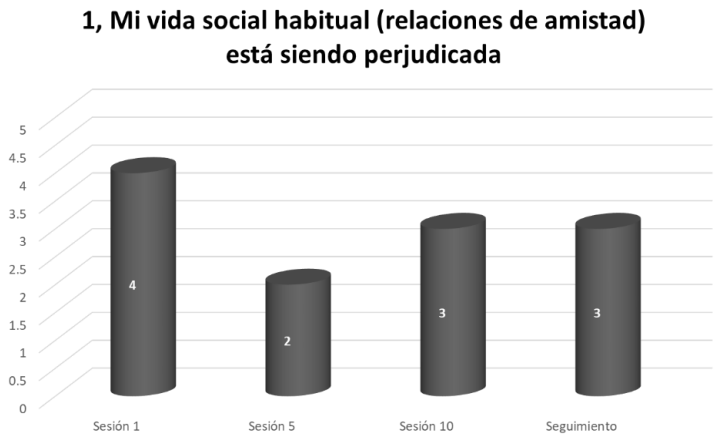

Figura 4. Resultados del reactivo uno de la Escala Global

En el reactivo dos de la Escala Global, se puede observar una evolución favorable (Figura 5) con respecto al área laboral: en la sesión uno el paciente reporta un elevado grado de afectación (puntaje 4), para la sesión cinco bajó un punto y, finalmente, en la consulta 10 presenta un puntaje de dos puntos, que significa “casi nada”. En la sesión de seguimiento tuvo un puntaje de cinco, que significa “mucho” .

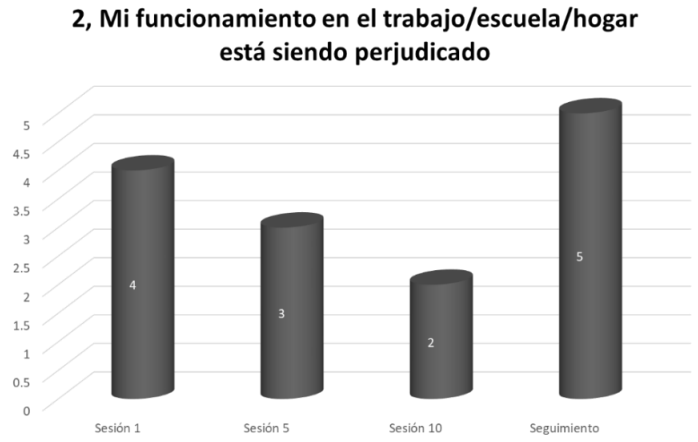

Figura 5. Resultados del reactivo dos de la Escala Global

Una mejoría fue observada también en el área del uso del tiempo libre, que está medida en el reactivo tres de la escala. Los resultados se muestran en la Figura 6. Puede observarse que en la sesión uno el paciente reporta un elevado grado de afectación (puntaje 4), después, paso a un rango medio-bajo (puntaje 3) y en la consulta 10 termina en un puntaje bajo de dos

puntos. En la sesión de seguimiento presentó cuatro puntos, que significa un aumento en el grado de afectación.

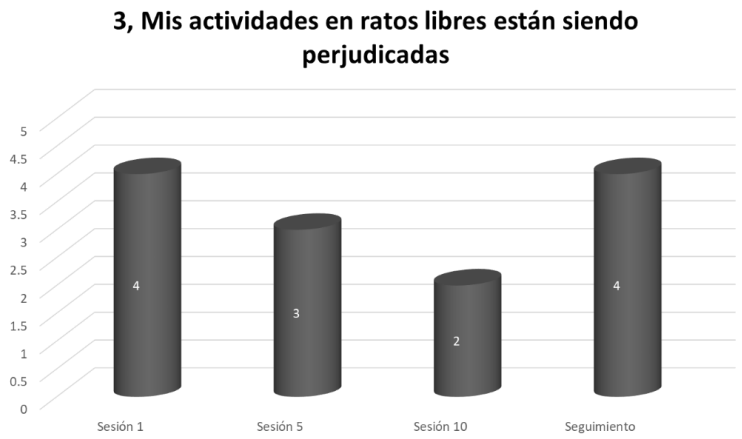

Figura 6. Resultados del reactivo tres de la Escala Global

En el ítem cuatro de la Escala Global (Figura 7), Alberto tuvo una disminución en su puntaje. En la sesión uno reportaba una afectación elevada de cuatro puntos, posteriormente obtuvo un puntaje bajo de dos puntos, en la sesión 5 y 10. En el seguimiento presentó tres puntos que significa moderado-bajo en la medición ordinal.

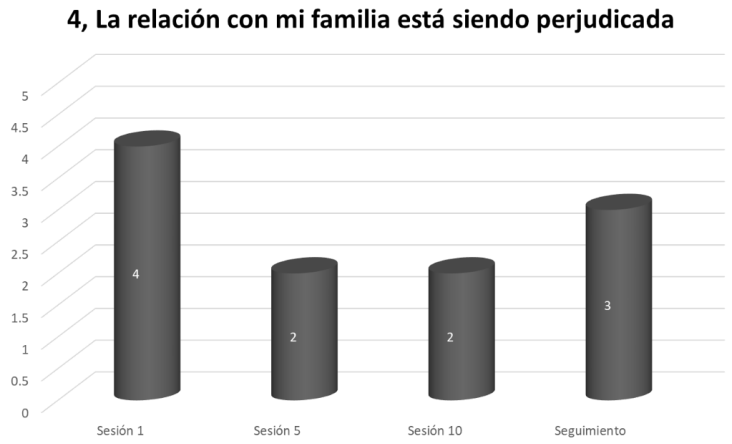

Figura 7. Resultados del reactivo cuatro de la Escala Global

En el reactivo cinco, que se presenta en la Figura 8, los puntajes fueron distintos a los anteriores. En la primera sesión, Alberto reportó un puntaje bajo respecto a afectación en la salud física. En la consulta cinco tuvo un puntaje de uno, que significa “nada”, y en la 10,

tuvo un puntaje de tres, que significa una elevación baja. En el seguimiento presentó un puntaje de tres, que es moderado-baja con respecto al rango de la escala ordinal.

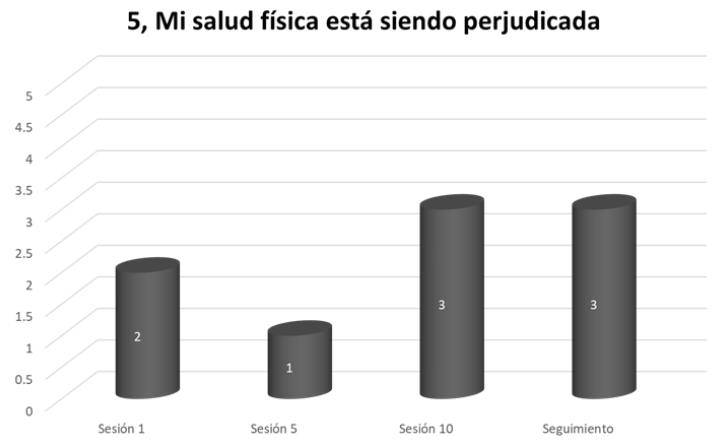

Figura 8. Resultados del reactivo cinco de la Escala Global

El reactivo seis de la Escala Global mide el grado de afectación de la vida general del paciente, se presenta en la Figura 9. Al respecto se observa una disminución del puntaje inicial (tres puntos), que estaba moderado-bajo, al final (dos puntos), que significa "casi nada". En el seguimiento cuatro puntos, que representa un mayor grado de afectación.

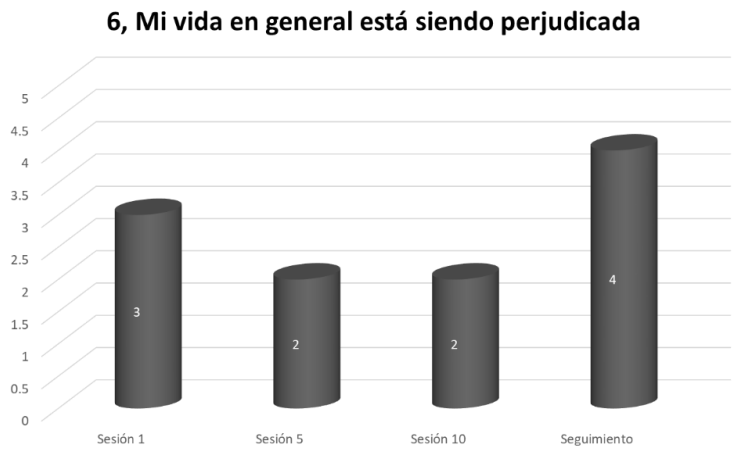

Figura 9. Resultados del reactivo seis de la Escala Global

En la *Figura 10* se presentan los resultados del área de pareja. Se puede observar que Alberto obtuvo un puntaje de tres ("moderado-bajo") en la primera consulta, luego bajó a dos en la sesión cinco y diez; al final, en el seguimiento volvió a tener un puntaje de tres, que significa un rango moderado-bajo.

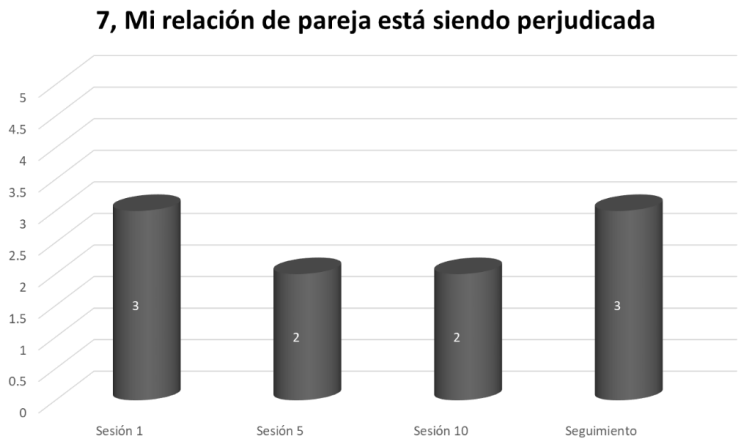

Figura 10. Resultados del reactivo siete de la Escala Global

Se puede concluir que el tratamiento en el caso de Alberto pudo generar una reducción en la afectación de funcionamiento en la mayoría de las áreas medidas por la Escala Global, excepto en lo referente a la salud física en donde los puntajes no llevan el mismo patrón que todos los demás. Por otro lado, los puntajes de seguimiento parecen indicar una recaída de los síntomas, sin embargo, y como se comentará más adelante, el aumento de los puntajes se debe a variables externas al trabajo psicoterapéutico, como la pérdida del empleo del paciente al momento de hacer la medición.

Con respecto a la Escala de Enojo Rasgo, podemos observar los resultados en la Figura 11. En la sesión inicial Alberto presentaba un puntaje de 25, que lo situaba en un grado de enojo elevado. Posteriormente, en la consulta cinco tenía un puntaje de 22, que ya lo colocaba en el límite del rango normal y elevado del enojo. En la sesión 10 terminó con un puntaje de 21, que lo posicionaba en un rango normal de enojo. En la sesión de seguimiento presentó 15 puntos, un puntaje muy bajo. Se puede concluir que la intervención tuvo, de manera general, un efecto positivo en la reducción del enojo, que se puede observar incluso en la sesión de seguimiento.

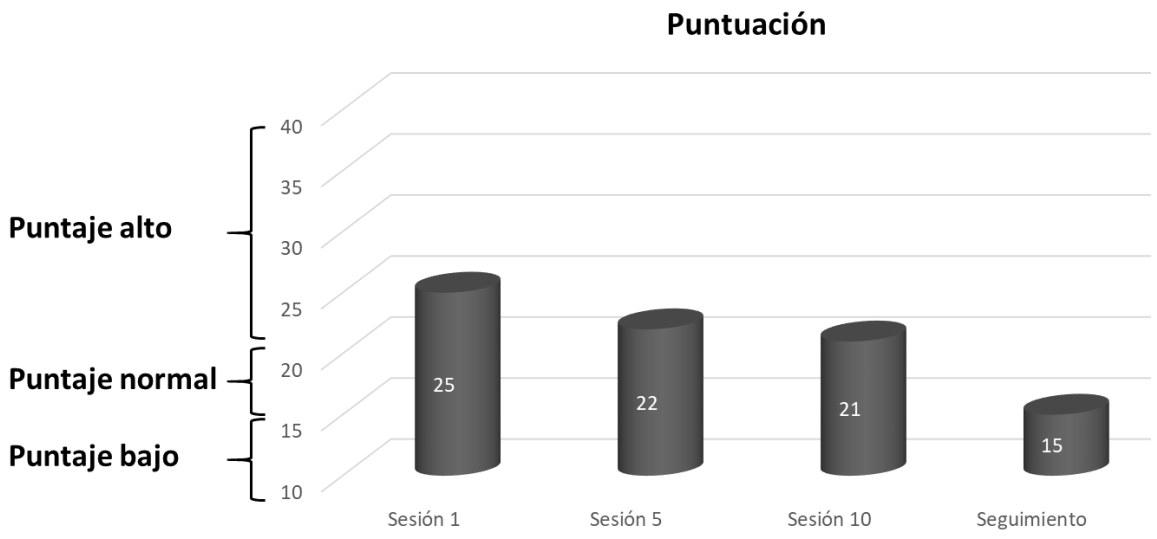

Figura 11. Resultados de la Escala Enojo Rasgo

En la Figura 12 se pueden visualizar los resultados de Alberto en el Inventario de Depresión de Beck. En la primera entrevista presentaba un nivel de depresión leve (12 puntos); hacia la mitad del tratamiento, en la consulta cinco su puntaje lo situaba en un rango de depresión mínimo. Al final, obtuvo sólo un punto en la escala, lo que refiere prácticamente la ausencia de síntomas depresivos. En la sesión de seguimiento a los tres meses del término del tratamiento, el paciente presentó 16 puntos, un nivel de depresión moderado.

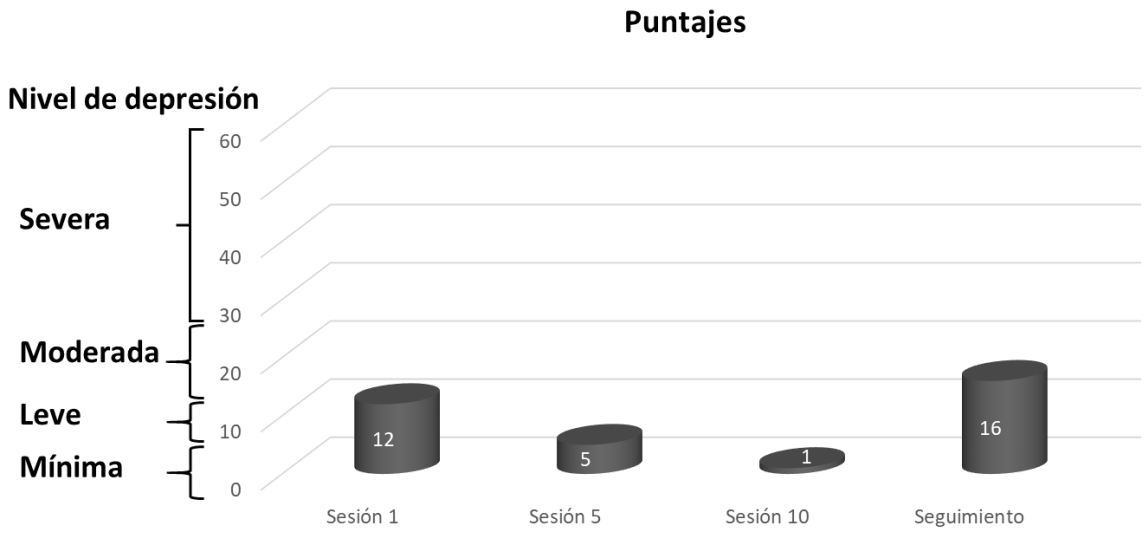

Figura 12. Resultados del inventario de Depresión de Beck

En la Figura 13 se pueden ver los puntajes de Alberto en el Inventario de Ansiedad de Beck. Al igual que en las escalas anteriores los resultados fueron satisfactorios, esto se puede observar en los puntajes. Al inicio presentaba un nivel de ansiedad leve, luego, en la entrevista 8 su rango se había elevado un punto (probablemente por las técnicas). Al final, Alberto tuvo un puntaje de cero, que refleja la ausencia de síntomas de ansiedad clínica. En la sesión de seguimiento tuvo 18 puntos.

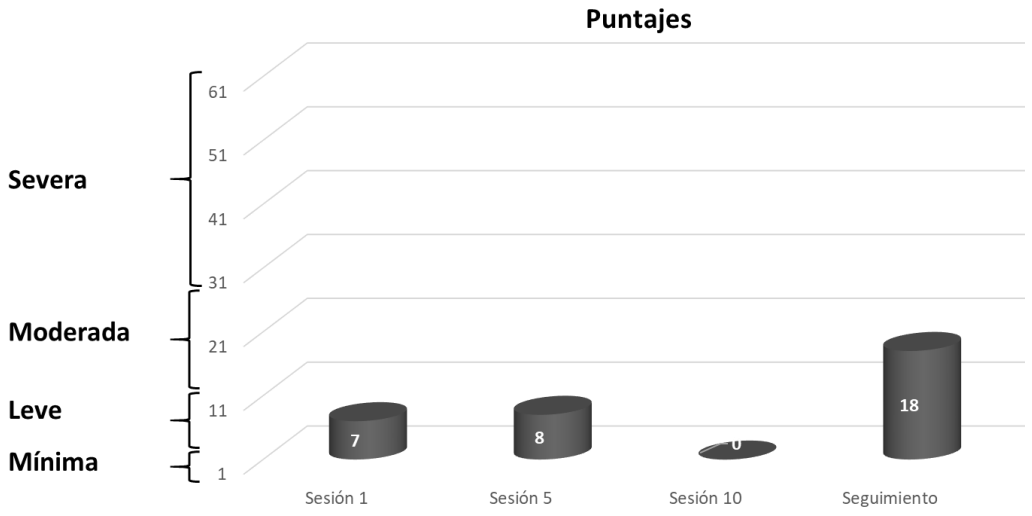

Figura 13. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck

En la Figura 14 se pueden observar los resultados de la escala CORE-OM divididos por dimensiones. En bienestar subjetivo, obtuvo una puntuación de 20, lo que lo sitúa en el nivel de afectación moderado. En el área de problemas/síntomas tuvo 21.6 puntos, que corresponde al rango que va de moderado a severo. En la escala de funcionamiento sacó 15 puntos, lo que pertenece al nivel medio. Por último, en el indicador de riesgo salió con cero puntos, lo que indica ausencia de factores de alarma.

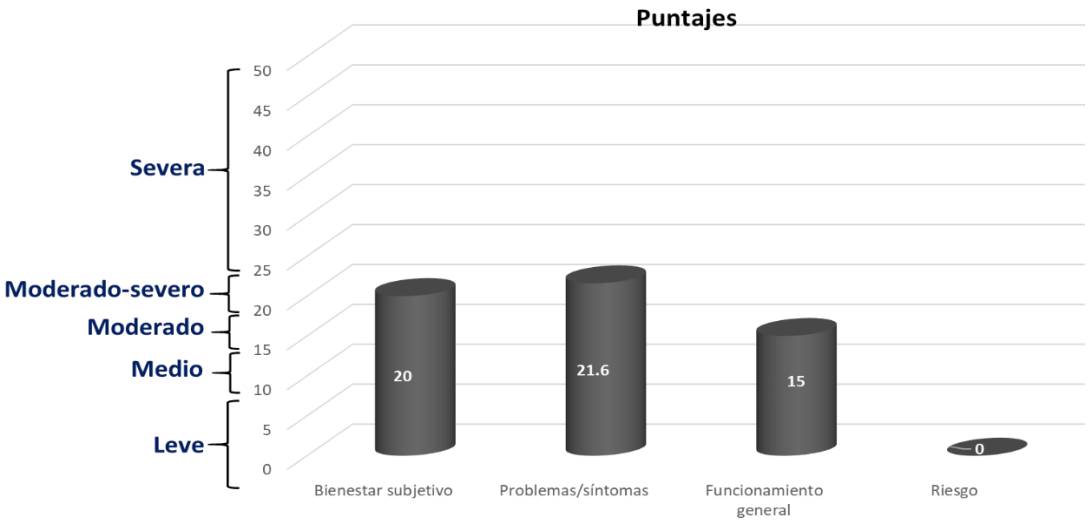

Figura 14. Resultados de la escala CORE-OM

A manera de conclusión, se puede argumentar que los resultados cuantitativos de las escalas clínicas muestran un efecto positivo sólo al final del tratamiento (sesión 10) con base en el modelo Gestalt, ya que se observó una mejoría en la mayoría de las áreas del funcionamiento de Alberto, especialmente en los niveles de enojo, depresión y ansiedad; sin embargo, los resultados no muestran una mejoría para la evaluación de seguimiento, en donde los puntajes aumentaron. Esto último no significa que el modelo sea ineficaz, sino que se puede atribuir a variables externas propias de la situación que estaba viviendo el paciente, por ejemplo, la pérdida del trabajo.

Cualitativos

Los resultados cualitativos fueron positivos de manera general. Hacia las sesiones finales el paciente decía que se sentía “más seguro”; en cuanto a las relaciones interpersonales en su trabajo, había podido expresar de mejor manera sus inconformidades. Esto lo llevó a bajar las conductas de evitación.

Por otro lado, durante las últimas sesiones, el paciente mostraba una identificación mucho más precisa de sus sentimientos, así como de las claves corporales acompañadas a cada proceso. En la clínica OPTA, el personal reportó que se le veía llegar más relajado y

más sociable en sus interacciones: saludaba, se acercaba físicamente a las demás personas y sonreía frecuentemente.

La supervisora del modelo Gestalt dijo que el paciente ya utilizaba de mejor manera su cuerpo para apoyar sus procesos anímicos, además de que su integración de pensamiento-emoción- conducta era más coherente.

También se pidió un reporte subjetivo del paciente respecto a su avance en una escala del 0 al 10, en donde cero significaba ningún avance y 10 el final del tratamiento al cumplimiento de metas. Él dijo que cuando llegó se encontraba en 3, en la sesión número ocho estaba en un 6 y al final del tratamiento en un 8. Esto significa que en su percepción el tratamiento le ayudó a avanzar cinco puntos hacia la resolución de su problemática.

Evaluación de seguimiento a tres meses

Después de tres meses se decidió realizar una entrevista de seguimiento para obtener información sobre los efectos del tratamiento y el estado del paciente. Se aplicaron nuevamente las escalas clínicas y una entrevista semiestructurada para evaluar la satisfacción con los resultados, los procedimientos, los objetivos y las técnicas, así como preguntas sobre conductas específicas que dieran evidencia de cambios en la conducta del paciente. Todo esto siguiendo las recomendaciones de Kazdin (1999) sobre los elementos de la significancia clínica. En el apartado anterior ya se hizo referencia a los resultados a nivel de las escalas, por lo que a continuación se detallan los resultados a nivel de la entrevista.

Es necesario puntualizar que en los comentarios de los instrumentos el paciente explicó que cuando acudía a la consulta de seguimiento tenía enojo y tristeza “reprimidos”, debido a que apenas cinco días antes le habían dado la carta de despido en su trabajo, razón por lo cual no estaba pasando un buen momento.

Para mayor claridad, la información se clasificó en varios apartados que se muestran a continuación:

a) Motivo de consulta

Se le preguntó al paciente cómo seguían las cosas con respecto al problema que lo trajo a terapia y comentó: “en mi empleo las cosas mejoraron para bien, sobre todo en mi equipo de trabajo. He tenido la capacidad de hacer que las cosas funcionen mejor; ahora enfrento las cosas […] He dominado mi problema a un setenta por ciento”. Esto muestra los efectos positivos del tratamiento en relación a la problemática que trajo de manera inicial el cliente.

b) Satisfacción con los resultados

Se pidió al paciente que indicara en una escala del 0 al 10, qué tan satisfecho estaba con los resultados de la psicoterapia, en donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho. Dijo que para él los resultados alcanzaban un puntaje de 9, que su problema se resolvió en parte y que, además, había mejorías en otras áreas de su vida: “he tenido más interés en buscar a otras personas que son significativas para mí y expresarles lo que siento, es como si me hubiese quitado una barrera”. Después de esto, se le preguntó a qué atribuía su mejoría y dijo: “con la terapia le bajé mucho al miedo, aprendí a controlarlo; también le bajé a la procrastinación y la flojera”.

c) Satisfacción con el planteamiento de objetivos

Se pidió al paciente que indicara en una escala del 0 al 10, qué tan satisfecho estaba con el planteamiento de los objetivos de la psicoterapia, en donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho. Eligió un puntaje de ocho.

Por otro lado, el paciente hizo referencia a la pérdida de su empleo como nuevo problema, esto debido a que la empresa decidió desaparecer varios puestos de trabajo. Se le preguntó si se sentía capaz de afrontar la nueva situación, a lo que contestó que sí.

d) Satisfacción con los procedimientos

Se pidió al paciente que indicara en una escala del 0 al 10, qué tan satisfecho estaba con los procedimientos generales, como el número de sesiones, su intervalo, el modelo terapéutico etc., en donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho. Comentó que su satisfacción fue elevada, por ello asignó 9 puntos de la escala.

e) Satisfacción con las técnicas

Al igual que en los apartados anteriores se pidió a Alberto que valorara su satisfacción con las técnicas empleadas, siguiendo el mismo formato de escala. Asignó un grado de satisfacción de siete puntos.

f) Elementos útiles

Se preguntó al paciente qué era lo que recordaba de la terapia que le había resultado útil y dijo: “me gustó el trabajo de la silla vacía con relación a mi hermano y también cuando trabajamos mi pensamiento perfeccionista utilizando el pizarrón”. Esto da evidencia de que algunas técnicas gestálticas tienen impacto.

g) Elementos no útiles

Se preguntó al paciente qué era lo que recordaba de la terapia que no le había resultado útil y dijo: “no veo un elemento que no me haya servido, observo mi tratamiento como un *todo*”. Este comentario refleja uno de los elementos distintivos de la terapia Gestalt en dónde el *todo* es más relevante que las partes que lo conforman.

h) Información de cambios observados por otras personas

Se preguntó al cliente si alguien de su trabajo/amigos/familia le había hecho algún comentario respecto al cambio. Comentó que no recordaba ninguna observación.

i) Comentarios adicionales

Se le preguntó si recomendaría el servicio a otras personas, a lo que respondió que sí, también dijo que un elemento clave de su proceso había sido la confianza que se generó con el terapeuta: se sentía escuchado y encontraba las intervenciones oportunas.

FACTORES ASOCIADOS AL TERAPEUTA

La psicoterapia es una práctica compleja que incluye muchas variables en su estudio. Una de ellas es la figura del psicoterapeuta. Si consideramos que trazar una distinción es el acto fundamental para conocer la realidad (Keeney, 1983), concluimos que el terapeuta no es sólo un observador pasivo de la realidad del paciente, sino que desde su historia y aprendizajes incluye sus construcciones cognitivas en el marco de la terapia, por ello, es importante conocer su persona. Este apartado muestra las fortalezas y áreas de oportunidad del terapeuta observados por el equipo de supervisión.

Fortalezas

A lo largo de las sesiones se pudo observar un buen componente de empatía en el terapeuta. Es el factor esencial de la terapia y supone, según Rogers (1981), la capacidad de sentir el mundo personal del cliente como si fuera el propio, pero, sin perder nunca la cualidad del “como si”.

Sobre el terapeuta, el equipo de supervisión señaló la habilidad de llevar un orden y organización. Esto ayuda porque, aunque la terapia Gestalt se permite un rango de creatividad

elevado, es vital que el proceso sea sistemático para hacer cambios basados en la perspectiva teórica.

El modelo Gestalt requiere la habilidad del terapeuta para estar *presente*, es decir, permanecer en el marco del *aquí y el ahora*. Esta capacidad fue señalada también en el proceso de supervisión como una característica. Esto es importante porque permite un mejor manejo de la terapia.

La terapia es un proceso interpersonal que requiere mucho movimiento para poder generar cambio. Al respecto, una característica asociada del terapeuta es realizar las sesiones de manera dinámica. Esto es relevante porque hace de las sesiones un "laboratorio" en movimiento que permite pasar por muchos estados en la relación terapéutica, además, de que se adecua a la actitud que permite la creación de los experimentos gestálticos.

Por último, el equipo de supervisión señaló que el terapeuta posee buenas habilidades de *escucha activa* y un estilo de terapia *flexible*. Las primeras ayudan a generar un buen marco dónde el paciente se sienta cómodo y comprendido. La flexibilidad permite un amplio rango de adaptación a diferentes temas y marcos de visión.

Áreas de oportunidad

Las características que fueron señaladas como áreas de oportunidad para el terapeuta son: 1) proteger demasiado al paciente, 2) iniciar la sesión con mucha "fuerza", 3) la minimización de las capacidades del paciente, 4) el uso elevado de las interpretaciones y 5) la intromisión de rasgos narcisistas de personalidad del terapeuta.

La primera se refiere a que el terapeuta en ocasiones dejaba tereas demasiado "sencillas" para el paciente, lo que reflejaba que existía la creencia de que no podría con actividades con mayor grado de dificultad. Es importante en este punto señalar la postura de Beck (1995) sobre la asignación de tareas. Ella argumenta que es preferible asignar a los pacientes tareas

que sean muy fáciles, en lugar de tareas difíciles, porque esto ayuda a que aumente la probabilidad de que la persona las realice. También señala que es adecuado explicar a la persona cómo y por qué la actividad ayudará en el proceso.

La segunda se refiere a un error en el *timing* (Boscolo & Bertrando, 1996) o *tempo* (Levine, 2012), que es el *ritmo* que se va dando en los momentos de la relación terapéutica. Cuando se dice que inicia con mucha "fuerza" se hace alusión a una desincronización entre los dos actores: el terapeuta va rápido cuando el paciente lleva un ritmo más lento.

La tercera se refiere a un mecanismo defensivo de devaluación. Se le señaló al terapeuta que ese bloqueo podría interferir en el flujo de las sesiones. Por ello, se le pidió trabajarlo en su proceso personal de terapia. En este punto es importante señalar que, en el proceso formativo, el terapeuta además de ser supervisado, asiste a una psicoterapia individual para fomentar su crecimiento personal y trabajar temas que surjan de su práctica.

La cuarta observación se basa en la idea de que la terapia Gestalt utiliza el método fenomenológico, lo cual lleva a reducir al mínimo las interpretaciones del terapeuta; por el contrario, lo ideal es entrar en el mundo subjetivo del paciente.

El último de los puntos hace referencia a un rasgo de personalidad que puede llevar la relación terapéutica a perder la horizontalidad. El trabajo siempre debe ser colaborativo y basado en una relación de neutralidad.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se mostró al caso de Alberto desde un enfoque Gestalt. Los resultados fueron positivos de manera general, ya que el tratamiento ayudó a reducir los comportamientos evitativos del cliente, a manejar el miedo y a generar conciencia para establecer un contacto más pleno, que se tradujo en mayores recursos de afrontamiento.

Se puede decir que los objetivos se cumplieron casi en su totalidad, como lo demuestran las propias palabras del paciente en la consulta de seguimiento. La evaluación final indica un alto grado de satisfacción con los resultados, procedimientos, metas y técnicas. Puede decirse, siguiendo a Kazdin (1999), que existe un *cambio real* y un *cambio percibido* en el cliente que nos llevan a valorar el efecto de la terapia como clínicamente significativo.

En otro orden de ideas, siguiendo los recientes comentarios de Gold & Zahm (2019), se ha mencionado que la terapia Gestalt cuenta con muy poca evidencia que respalde su uso, especialmente con problemas concretos como el estilo o trastorno de la personalidad evitativa. Las causas de esto son muchas, pero recientemente empiezan a existir más escritos que avalan su eficacia. Algunos incluso muestran que puede ser tan efectiva como otros enfoques de las escuelas de psicoterapia, que usualmente se enfocan en la reducción de síntomas y en técnicas específicas, y no a concepciones más holistas. La terapia Gestalt es de base amplia, abarca todos los aspectos del funcionamiento humano: lo cognitivo, lo afectivo, lo físico y lo conductual; proporciona una teoría y un método integrales que se basan en la comprensión y observación del funcionamiento humano saludable. Este trabajo aporta evidencia de un buen resultado con enfoque Gestalt con clientes que tienen una personalidad evitativa. Nos enseña que pese a no tener un alto grado de estructuración puede aportar varios elementos en el trabajo psicoterapéutico, como profundidad y creatividad. Ofrece un modelo de relación dialógica que tiene mucho para ofrecer en la investigación de la experiencia entre terapeuta y cliente. En el caso del presente caso, la mejoría en la toma de contacto fue la clave de los resultados positivos.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra la cuestión inherente al método de estudio de caso: la no generalización de los resultados a poblaciones más amplias. Por ello, es importante estimular la realización de más investigación en el ámbito de la personalidad evitativa con enfoque Gestalt.

Con respecto al caso, se sugiere que el paciente continúe un trabajo psicoterapéutico para el desarrollo de las habilidades sociales y también, el tema de la expresión de las emociones "positivas" como la gratitud o el cariño.

Tal vez en el pasado el movimiento anti-intelectual de la terapia Gestalt era "revolucionario", pero a raíz de la tendencia hacia la psicoterapia basada en la evidencia, el modelo necesita buscar nuevas vías para probar su efectividad y poder lograr, así, su propio *ajuste creativo* al espíritu de la época para sobrevivir y dejar de ser considera como un tratamiento alternativo (Gold & Zahm, 2019).

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*, 307–318.

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 [DSM-5]* (5ta ed.). Buenos Aires: Panamericana.

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.

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, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona:

Gedisa.

Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 Tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder.

Black, D. W., Nancy, C., & Andreasen. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría* (Primera ed). México: El Manual Moderno.

Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Barcelona: Paidós.

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

Bucay, J. (1999). *Cartas para Claudia: palabras de un psicoterapeuta Gestáltico a una amiga*. México: Oceáno Exprés.

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

Caballo, V. E., Guillén, J. L., & Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, *40*(3), 319–327. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277214060

Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C., & Irurtia, M. J. (2011). Estilos y trastornos de personalidad: características psicométricas del "Cuestionario Exploratorio de Personalidad-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology*, *19*(2), 277–302. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/01.Caballo_19-2oa-1.pdf

Carabelli, E. (2013). *Entrenamiento en Gestalt: manual para terapeutas y coordinadores*

sociales. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo. Recuperado de elibro.net/es/ereader/iberopuebla/78313

Carver, C. S., & Sheier, M. F. (2014). *Teorías de la personalidad* (7 th). México: Pearson Educación.

Ceballos, D. (2016). Healing the split: sobre el concepto de integración en la terapia Gestlat. *GPU*, *12*(1), 69–76. Recuperado http://revistagpu.cl/2016/GPU_marzo_2016_PDF/PSI_Healing.pdf

Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (2da ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.

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

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas De Psiquiatría*, *39*(1), 1–11. Recuperado de https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf

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. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/256292294

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. Recuperado de https://www.proxydgb.buap.mx:2130/search/display?id=4ac9864b-35d4-027d-635e-613495ff103d&recordId=3&tab=all&page=1&display=25&sort=PublicationYearMSS

ort desc,AuthorSort asc&sr=1

Halgin, R. P., & Krauss Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5 Ed.). México: Mc Graw Hill.

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

Harman, R. L. (1974). Techniques of Gestalt therapy. *Professional Psychology*, *5*(3), 257–263. Recuperado de https://psycnet.apa.org/buy/1975-05802-001

Jurado, S., Villegas, M. E., 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), 25–31.

Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(3), 332–339. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332

Keeney, B. P. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Lampe, L., & Malhi, G. S. (2018). Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, *2018*(11), 55–56. https://doi.org/https://doi.org/10.2147/PRBM.S121073

Levine, R. (2012). *Una geografía del tiempo: O cómo cada cultura percibe el tiempo de manera un poquito diferente* (2a ed.). Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Mann, D. (2010). *Gestalt Therapy: 100 Key Points and Techniques*. New York: Routledge. Recuperado de https://content.taylorfrancis.com/books/download?dac=C2010-0-28964-9&isbn=9781136930621&format=googlePreviewPdf

Martín, Á. (2013). *Manual práctico de psicoterapia gestalt* (11a ed.). Barcelona: Desclée De Brouwer.

Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Moreno Andrade, L. (2014). *La percepción del paciente sobre su terapeuta en la primera entrevista, el número de sesiones que asisten los pacientes y los resultados del tratamiento*. Universidad Iberoamericana Puebla, no publicada.

Morrison, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico* (1st ed.). México, D.F.: El Manual Moderno.

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

Perls, F., & Baumgardner, P. (1975). *Terapia gestalt*. México: Pax.

Picó Vila, D. (2014). Una introducción a la terapia gestalt. *Terapiados*. Recuperado de http://www.terapiados.net

Polster, E., & Polster, M. (1980). *Terapia Gestáltica: perfiles de teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychoterapy: Theory, Research and Practice*, *19*(3), 276–288.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, *18*, 211–218.

Rogers, C. R. (1981). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.

Salama, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt: proceso y metodología* (4ta ed.). México: Alfaomega.

Shub, N. (2001). *La base del trabajo terapéutico guestalt*. México: CEIG Editorial.

Slaikeu, K. A. (2000). *Intervención en crisis: manual para la práctica e investigación* (2da ed.). México: Manual Moderno.

Spagnuolo Lob, M. (2019). Teaching and conducting gestalt research through the Istituto di Gestalt, HCC Italy: capturing the vitality of relationships in research. In P. Brownell (Ed.), *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy* (2da ed., pp. 370–397). Newcastle upon Tyne, United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing.

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

Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports*, *18*(29), 1–29. DOI: 10.1007/s11920-016-0665-6

Recuperado de 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. Recuperado de https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/14527-000

Zinker, J. (1977). *El proceso creativo en la terapia Guestáltica*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Nombre _____

Fecha _____ Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **sintió la semana pasada, inclusive el día de hoy**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1.
0 Yo no me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2.
0 En general no me siento descorazonado por el futuro.
1 Me siento descorazonado por 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.

3.
0 Yo no me siento como un fracasado.
1 Siento que he fracasado más que las personas en general.
2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

4.
0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1 Yo no disfruto las cosas de la manera como solía hacerlo.
2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

5.
0 En realidad yo no me siento culpable.
1 Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2 Me siento realmente culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

6.
0 Yo no siento que este siendo castigado.
1 Siento que podría ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que he sido castigado.

7.
0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
1 Estoy desilusionado de mí mismo.
2 Estoy disgustado conmigo mismo.
3 Me odio.

8.
0 Yo no siento que sea peor que otras personas.
1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
0 Yo no tengo pensamientos suicidas.
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
2 Me gustaría suicidarme.
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10. 0 Yo no lloro más de lo usual.
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
2 Actualmente lloro todo el tiempo.
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

11. 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
2 Me siento irritado todo el tiempo.
3 Yo no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo.

12. 0 Yo no he perdido el interés en la gente.
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
2 He perdido en gran medida el interés en la gente.
3 He perdido todo el interés en la gente.

13. 0 Tomo decisiones tan bien como lo he hecho.
1 Pospongo tomar decisiones más que antes.
2 Tengo más dificultades en tomar decisiones que antes.
3 Ya no puedo tomar decisiones.

14. 0 Yo no siento verme peor de cómo me veía.
1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a).
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a).
3 Creo que me veo feo(a).

15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
2 Tengo que obligarme para hacer algo.
3 Yo no puedo hacer ningún trabajo.

16. 0 Puedo dormir tan bien como antes.
1 Yo no duermo tan bien como solía hacerlo.
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

17. 0 Yo no me canso más de lo habitual.
1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2 Con cualquier cosa que haga me canso.
3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

18. 0 Mi apetito no es peor de lo habitual.
1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2 Mi apetito está muy mal ahora.
3 Mo tengo apetito de nada.

19. 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente.
1 He perdido más de dos kilogramos.
2 He perdido más de cinco kilogramos.
3 He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos:
Si _____ no_____

20. 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como, dolores, dolor estomacal o constipación.
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es muy difícil pensar en algo más.
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21. 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3 He perdido completamente el interés por el sexo.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Ocupación _____ Estado civil _____ Fecha _____

Instrucciones: abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación, indica cuanto te ha molestado cada síntoma la última semana, inclusive hoy, marcando con una "x" según la intensidad de la molestia.

	0	**1**	**2**	**3**
	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo.	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debida al calor)	_____	_____	_____	_____

Escala Enojo Rasgo

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Lee cada afirmación y entonces marca con una equis (x) la opción que indique cómo te sientes *generalmente*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezcas demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero da la respuesta que mejor parezca describir cómo te sientes *generalmente*.

¿Cómo te sientes *generalmente*…	**1, Casi nunca**	**2,Algunas veces**	**3,Frecuen-temente**	**4,Casi siempre**
1. Soy muy temperamental (enojón)				
2. Tengo un carácter irritable				
3. Exploto fácilmente				
4. Me enojo muy fácilmente				
5. Tengo un humor enojón				
6. Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado				
7. Me pongo furioso(a) cuando me critican delante de los demás				
8. Me pongo furioso(a) cuando cometo errores estúpidos				
9. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco				
10. Me enojo cuando alguien arruina mis planes				

Escala Global

Nombre completo:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino. Edad: _____ Fecha: _____

Consulta terapéutica número: ☐1 ☐ 5 ☐15 ☐ 20

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

Durante las últimas dos semanas, a causa de mis problemas…	**1 Nada**	**2 Casi nada**	**3 Poco**	**4 Regular**	**5 Mucho**	**6 Muchísimo**
1. Mi vida social habitual (relaciones de amistad) esta siendo perjudicada…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mi funcionamiento en el trabajo/ escuela/ labores del hogar está siendo perjudicado…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Mis actividades habituales en ratos libres (salidas, cenas, diversión, deporte) están siendo perjudicadas…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mi relación con mi familia está siendo perjudicadas...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mi salud física está siendo perjudicada…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mi vida en general está siendo perjudicada…	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mi relación de pareja está siendo perjudicada... ☐Yo no tengo pareja	☐	☐	☐	☐	☐	☐