

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Terapia Gestalt/Humanista: Un caso de trastorno de la personalidad
paranoide/esquizoide.**

Camila Nicole Llanos Saavedra

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de psicóloga clínica

Quito, 20 enero 2010

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Artes Liberales

HOJA DE APROVACIÓN DE TESIS

**Terapia Gestalt/Humanista: Un caso de trastorno de la personalidad
paranoide/esquizoide.**

Camila Nicoles Llanos Saavedra

Teresa Borja, Ph.D.

.....

Directora de Tesis y

Miembro del comité de Tesis

Jorge Flashier

.....

Miembro del comité de Tesis

María Clara Paredes

.....

Miembro del comité de Tesis

Quito, enero de 2010.

© Derechos de Autor
Camila Nicole Llanos Saavedra
2010

RESUMEN

Se utilizó técnicas humanistas y gestálticas para el caso de Mario, un joven de 21 años de trastorno personalidad esquizoide y paranoide que en adición presentaba alucinaciones. El seguimiento tuvo una duración de 15 sesiones en donde se trabajó en el manejo de alucinaciones, relaciones familiares, habilidades sociales, tema de la muerte y una reflexión de todas las fases. Como técnica de medición frente al cambio de Mario se utilizaron las preguntas que el menciona como su demanda, además de la aplicación del test de Rorschach y CAP. Al finalizar la terapia, se realizó una entrevista a profundidad en la que se analizó los cambios obtenidos en el proceso terapéutico. En esta entrevista Mario refiere no haber eliminado las alucinaciones, sin embargo, que ha aprendido a vivir con ellas, haciendo que estas tengan un significado en su vida. Con respecto a la familia refiere sentirse más a gusto cuando se encuentra en contacto con ella, en especial haber mejorado la relación con su padre y mejorar su autonomía en relación a su madre. Finalmente, dentro del área social considera que ha tenido una notable mejoría tras el elaborar actividades grupales.

ABSTRACT

In the case of Mario, humanistic and gestalt techniques were used. Mario, a young man of 21 years old, with schizoid and paranoid personality disorder, including hallucinations. The treatment lasted for 15 sessions in which his hallucinations, family relationships and social abilities, topics about death and reflexions of these phases were treated. As a technique of measurement looking Mario changes it was used the questions that he mentions us his demands, also applying Rorschach personality test and HTP test. During the end of therapy a profound interview was made. In this interview the changes which were obtain in the therapeutically process were analyzed. In this interview he said that his hallucinations were not gone. However, he learned to live with them, and noticed that the hallucinations had something to do with his life. In regards to his family he feels more comfortable when he is in touch with them, specially having improved the relationship with his mother. Finally, considering the social area, there was a notable improvement after doing the group activities.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Un trastorno de la personalidad es considerado como patrones y comportamiento que tiene el sujeto que conlleva a una desviación de lo que considera adecuado la sociedad y su cultura, es persuasivo y muy poco flexible (DSM-IV-TR, 2005). Normalmente se da inicio en la adolescencia o adultez temprana, es permanente en el tiempo y puede conllevar a mucho estrés en el sujeto (DSM-IV-TR, 2005).

“Los que sufren un trastorno de personalidad paranoide son excesivamente desconfiados y suspicaces sin que su actitud este justificada. Suponen que los demás quieren perjudicarlos o engañarlos; por eso no suelen confiar en la gente” (Durand & Barlow, 2007, p 437). Dentro de la personalidad paranoide se puede apreciar una desconfianza general a los distintos aspectos generales y de manera injustificada (Durand & Barlow, 2007). Por ejemplo, refieren una desconfianza al caminar por las calles o un pensamiento de que la gente constantemente habla a sus espaldas, de igual manera, estos individuos se muestran como los receptores de ataques de las demás personas, es decir las cosas que acontecen siempre tienen alguna relación con ellos (Durand & Barlow, 2007). Una de las características de la personalidad paranoide es que constantemente buscan el discutir, no comentar o el quejarse de manera hostil frente a situaciones que pueden no tener relación con ellos mismos, tomándolo como algo de objeto personal, de igual manera se muestran poco tolerantes ante las críticas y prefieren realizar sus actividad de manera autónoma o con personas que son de su extrema confianza (Durand & Barlow, 2007).

Lamentablemente no son muchos los datos que sirven de sustento para encontrar las causas para el trastorno de la personalidad paranoide, a pesar de eso, algunos estudios han dado a conocer que es común que se desarrolle en personas que tienen antecedentes genéticos de la

esquizofrenia (Bernstein, Useda & Siever, 1993). Es decir, los familiares de esquizofrénicos tienen mayor probabilidad de contraer síntomas que generen una personalidad paranoide. Los factores psicológicos aún no son del todo comprobados, sin embargo, existen algunas hipótesis que se han utilizado como herramientas para la investigación de las posibles causas. En especial se considera que uno de los factores más importantes son los pensamientos que tiene cada sujeto. Por ejemplo, se ha encontrado que las personas con personalidad paranoide tienen pensamientos comunes y distorsionados como “la gente es malvada y engañosa”, “te atacaran si tienen la oportunidad” y “Uno estará bien sólo si no se deja sorprender” (Durans & Barlow, 2007, p 438). Lamentablemente no se conoce con exactitud la razón de estos pensamientos, pero se piensa que provienen desde la crianza y de pensamientos inculcados por los padres tales como que la gente tiene malas intenciones frente a los demás (Durand & Barlow, 2007). Estas conductas y actitudes hacen que los individuos se vuelvan vigilantes de su entorno (Beck & Freeman, 1999) y crean pensamientos erróneos que pueden ser malinterpretados por los mismos (Durand & Barlow, 2007). Los factores culturales son considerados importantes dentro del desarrollo de la personalidad paranoide, especialmente si han tenido vivencias traumáticas que idean pensamientos de protección hacia sí mismo (Durand & Barlow, 2007).

Por otro lado, el trastorno de la personalidad esquizoide se caracteriza “por un patrón de desapego de las relaciones sociales y una gama muy limitada de emociones en situación interpersonales” (Durand & Barlow, 2007, p 439). En general, las personas que padecen este trastorno se muestran como individuos que no disfrutan el estar cerca de la gente, al igual que el tener relaciones de pareja o relaciones sexuales (Durand & Barlow, 2007). Una de las actualizaciones que se ha hecho con referencia al DSM-IV-TR en comparación a las ediciones anteriores es que algunas personas muestran reacciones ante las opiniones de las demás personas,

sin embargo es decisión propia mostrar o no las emociones que esto le trae (Durand & Barlow, 2007). De la misma forma el aislamiento social puede ser muy preocupantes para ellos al darse cuenta de que no pueden mantener relaciones sociales y de intimidad con las demás personas, a pesar de que muchas veces lo intenten (Rouff, 2000). En comparación con el trastorno de personalidad paranoide se considera que el nivel de deficiencia social es mayor, como por ejemplo se podría decir que las personas con trastorno de personalidad esquizoide son observadores del mundo social que les rodea (Durand & Barlow, 2007).

No se conoce con claridad cuáles podrían ser las posibles causas para el trastorno de la personalidad esquizoide, sin embargo se cree que puede existir una relación que proviene desde la infancia, especialmente en los niños que son considerados como muy tímidos (Durand & Barlow, 2007). Por otro lado, en lo que implica tratamiento se considera que no es común que estos sujetos busquen asistencia psicológica, y si lo hacen, es por una o por otra situación en crisis, como una depresión o al algún problema específico (Durand & Barlow, 2007).

Dentro de los posibles tratamientos de la personalidad paranoide y esquizoide, se considera que en muchas ocasiones no acuden a terapias por estos pensamientos, sino por algunas situaciones alternas que necesiten de ayuda profesional, esto se debe especialmente a la dificultad de crear lazos de confianza con otros individuos (Phillips & Gunderson, 2000). Por eso, es importante el que se geste una alianza terapéutica significativa entre el cliente y el terapeuta (Meissner, 2001), que le haga sentir al cliente que se encuentra en un ambiente seguro y de confianza (Durand & Barlow, 2007). Una de las terapias más comunes dentro del trastorno de la personalidad paranoide es la terapia cognitiva con el objetivo de analizar, apoyar y modificar los pensamientos distorsionados que pueda tener el sujeto, en especial el pensamiento de que el general de las personas son malvadas y que desean hacerle daño (Tyrer & Davidson,

2000). A pesar de eso, se conoce que no existe ningún tratamiento que mejore notablemente los síntomas del trastorno paranoide al igual que se considera que es difícil que los clientes se comprometan a este tratamiento (Durand & Barlow, 2007). En adición, dentro del tratamiento para trastorno de la personalidad paranoide y esquizoide se considera importante que se comience por enseñar los valores de las relaciones sociales, inclusive que se le brinde conocimiento de las emociones que pueden sentir los otros, con el objetivo que se cree una empatía y técnicas para relaciones sociales (Durand & Barlow, 2007). Lo importante es que el terapeuta se muestre como un amigo con el que puede contar, con el objetivo de que después, especialmente en el trastorno de personalidad esquizoide, pueda buscar esa amistad fuera del lugar terapéutico siguiendo las técnicas conocidas en el transcurso de la terapia (Stone, 2001). A pesar de que este tratamiento es muy utilizado, aun no se conocen muchos datos que los sustenten (Durand & Barlow, 2007).

Por otro lado, existen algunas formas que se sugieren para poder guiar una mejor relación dentro de las terapias en donde se ve debilidades en el área social. Por ejemplo, se conoce lo de dialogo vago, dentro de esto se sabe que las personas que sufren de personalidad paranoide y/o esquizoide no muestran un agrado por hablar de ellos mismos, por lo que se sugiere que en primer lugar el terapeuta brinde genuinidad, con el propósito que el cliente conozca algo de este y no se sienta completamente con un extraño (Salvatore, Nicolo & Dimaggio, 2005). Por otro lado, se sugiere el comenzar de a poco a reconocer sus emociones frente a los temores que tienen con las otras personas. En el artículo de Salvatore y colegas (2005), se sugiere que el cliente hable en las primeras sesiones solo en primera persona, para que de esta forma reconozca sus propios malestares, emociones e inseguridades, para luego unir la forma de tercera persona y ver qué es lo que ocurre con el cliente. Por ejemplo: “Yo fui a jugar futbol el otro día, pero no jugué

porque yo no sé las reglas del juego, y me sentí mal por eso”, luego de un tiempo entrar a esas ideas y ver qué sucede con esos sentimientos y pensamientos en relación a las demás personas, hará luego validar sus emociones y ver qué implica para la vida del cliente (Salvatore et al. 2005). Un punto muy importante dentro de las nuevas sesiones es el ver si existe algo nuevo dentro de los pensamientos de la persona, debido a que no se puede saber si ocurrió algún hecho significativo en el sujeto en el transcurso de la semana o en los días en los que no hubo terapia, por lo que es importante el crear una relación terapéutica nueva cada día y siempre reforzarla (Salvatore et al. 2005).

Ahora bien, dentro de las personalidades paranoides y esquizoides no sólo se pueden dar las características mencionadas, por ejemplo, pueden presenciar alucinaciones. De igual manera, que no tan sólo se pueden dar en las personas que sufren de psicosis, sino también en la población en general (López, Paino, Martínez, Inda & Lemos, 1996). Se conoce que dentro de la alucinación hay una dificultad de control dentro de las imágenes que está teniendo la persona (López et al. 1996), lo que impide en muchas ocasiones la persona se encuentre limitada para encontrar su sí mismo y su gestalt (Martin, 2007). Kohn (2006) menciona que el medicar a las personas que están sufriendo de alucinaciones es limitarles a encontrar su máximo anhelo, su totalidad, menciona esto debido a que si se medica a estas personas se vuelven unos robots sin comportarse y ser quienes realmente son, es decir, personas que tienen un mayor nivel de imaginación, pero que buscan y desean adaptarse a un entorno en que muchas ocasiones no es aceptado. Flasche (1989) menciona que “las alucinaciones pueden ser comparadas con los sueños; lo que sucede en el sueño del hombre normal; sucede en las vigilia del alucinado” (p 67), lo que implica que el tratamiento puede ser similar, debido a que las alucinaciones también tiene gran relación con el inconsciente y con las vivencias que ha tenido el sujeto (Flasche, 1989).

Dentro de los tratamientos se encuentra la terapia humanista/Gestalt que se enfoca en ver a la persona como un individuo que se puede auto realizar desarrollando siempre su potencial (Cain & Seeman, 2008). Esto puede implicar tanto a personas consideradas como normales, patológicas o con distintas personalidades. Lamentablemente, no se conoce con exactitud la validez que pueda tener la terapia humanista dentro del tratamiento de los trastornos de la personalidad, sin embargo se debe basar en que a pesar de la existencia de una patología, la terapia humanista se centra en el sujeto aclarando de que este tiene sus propios recursos que los lleva a crecer y a cambiar tras sus experiencias y el ambiente en el que vive, creando así un espacio optimista en donde el cliente se sienta escuchado y capacitado para el cambio (Cain & Seeman, 2008). La terapia humanista ve al sujeto como alguien consciente de sí mismo y libre para tomar sus propias decisiones y ser responsables de las mismas (Cain & Seeman, 2008). Por ejemplo, en el caso de los sujetos que sufren de alucinaciones y delirios toman su decisión frente a lo que estos significan para ellos mismos, es decir que lleguen a encontrar lo que implica una alucinación en su vida y el conocer cuáles son sus fortalezas y recursos para sentirse mejor y buscar una adaptación a la alucinación. Esto lleva a que el cliente note las fortalezas que tiene en su vida para cambiar y que también comprenda las limitaciones que se pueden dar en el entorno que expresan que hay variables que no son manejables para él, es decir no se encuentran en sus manos (Cain & Seeman, 2008). Cada persona es única, especialmente si cada sujeto ha vivido distintas experiencias, tanto por el ambiente o por las reacciones únicas de cada uno dependiendo la situación, esto conlleva a que el individuo logre ver y encontrar el sentido de sus vida y la realidad que vive en relación a sus experiencias, culturas, pasado y valores (Cain & Seeman, 2008). De la misma forma la persona dentro de la terapia humanista es considerada como alguien social que tiene la habilidad y el derecho de pertenecer a un ambiente social como la familia y

con la capacidad de tomar sus propias decisiones para su bien (Cain & Seeman, 2008). En el caso de los trastornos de la personalidad mencionados, en donde se conoce ciertas limitaciones en las habilidades social, se sugiere en el tratamiento técnicas en donde se le guie al sujeto a través de la relación terapéutica a establecer relaciones con otras personas. La terapia centrada en el cliente considera que la sesión es en sí misma terapéutica, donde se reúne persona a persona en un encuentro. Por lo tanto, esto ya es una experiencia social positiva para el cliente. Especialistas en terapia centrada en el cliente e investigadores han puesto gran énfasis de que la relación terapéutica es de gran ayuda para el resultado de la terapia (Asay & Lambert, 2008). En 1957 Rogers da a conocer tres formas consideradas por él como elementales para el cambio de la personalidad del cliente tras un tratamiento psicológico: Entendimiento empático, consideración positiva incondicional y congruencia (Asay & Lambert, 2008). El entendimiento empático refiere como el terapeuta comprende al cliente dado a sus experiencias y lenguaje; la consideración positiva incondicional expresa por parte del cliente una aceptación, sin juzgar, respetando a siempre al cliente como una persona y finalmente la congruencia implica una forma no defensiva por parte del terapeuta, mostrándose de una manera real con las interacciones que se tiene con el cliente (Asay & Lambert, 2008). Estudios realizados a los clientes frente a sus sentimientos y sensaciones dentro de la terapia han mostrado que los clientes perciben muchas formas de relación terapéutica y añaden que son de gran ayuda para un buen resultado de la terapia, esto refieren que puede deberse a que el cliente siente que es su espacio en donde no se siente juzgado sino escuchado (Asay & Lambert, 2008). Un estudio realizado por Miller, Taylor y West (1980) mencionan que encontraron una fuerte correlación entre la empatía y el resultado positivo de la terapia, estos resultados refieren la importancia que tiene la relación terapéutica dentro de la terapia y el progreso de la misma (Asay & Lambert, 2008). En adición, otro estudio

menciona haber encontrado una correlación positiva entre el resultado de la terapia con la relación terapéutica, mientras que las personas que mencionan no haber llegado a tener una buena relación con sus terapeutas se encontró una correlación negativa con el resultado de la terapia (Najavits & Struoo, 1994). Otro estudio con el objetivo de conocer qué ayuda en el proceso a un buen resultado en la terapia dio a conocer algunas variables terapéuticas que son de gran ayuda, entre ellas la credibilidad del terapeuta, colaboración terapéutica, entendimiento empático, afirmación positiva, congruencia, centrarse en el cliente con una directa atención solo a él (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). En relación, se hizo comparaciones de tratamientos con clientes que sufren de depresión mayor, mientras que unos realizan terapia cognitiva conductual y otras terapias humanista. Los resultados indicaron que tanto la relación terapéutica utilizada en el tratamiento humanista como la cognición en la terapia cognitiva dan un buen resultado sintomatológico en la persona, e incluso que se pudo encontrar que en muchas de las terapias cognitivas se administraban también los factores que menciona Rogers para una buena relación terapéutica (Ablon & Jones, 1998). En adición nuevos estudios han mostrado que la terapia humanista puede ser de gran ayuda en otras patologías (Asay & Lambert, 2008).

Por otro lado, se encuentra la alianza terapéutica, la que es importante para conocer el apego del cliente al terapeuta y el interés que el terapeuta tiene en el cliente (Asay & Lambert, 2008). Según Gastón (1990) existen algunos componentes de la alianza terapéutica que pueden ser medidas como la relación afectiva que implica para el cliente, la capacidad del cliente para trabajar en terapia, la habilidad empática que tiene el terapeuta y el acuerdo que tienen el terapeuta con el cliente en las metas para la terapia. Tras un análisis de estas variables se ha llegado a ver que la alianza terapéutica tiene un gran efecto en el resultado de la terapia (Asay & Lambert, 2008). Estudios realizados con personas con depresión, en donde se ha dividido en grupo

que recibe fármacos y otros placebos, se llegó a ver que los resultados de la terapia fueron los mismos (Asay & Lambert, 2008). Importante es mencionar que la relación terapéutica y alianza terapéutica no solo depende del terapeuta, debido a que esta consiste en metas conjuntas a la que se quieren llegar, y en caso de que el cliente no se comprometa el cambio no se dará (Asay & Lambert, 2008). En relación Similarly, Strupp, Fox y Lessler (1969) refieren que si el cliente o el terapeuta no tienen una actitud positiva no se tendrán buenos resultados de la terapia.

Por otro lado, un estudio realizado por Schneider (1985) en donde los clientes daban a conocer sus puntos positivos y negativos de la terapia, refieren que los terapeutas que se comprometen personalmente con el cliente mostraban mayor genuinidad, positivismo, apoyo, aceptación y un entendimiento más profundo. Esto ayuda a que la persona se sienta en un ambiente más seguro en el momento de la terapia, siendo una guía para que comience una manera de confiar en las personas. De igual manera, para que se dé una relación terapéutica adecuada es importante que el terapeuta sepa escuchar, acepte al cliente y se vuelva comprometido con la terapia (Schneider, 1985). Otro estudio realizado por Phillips (1984) intenta mostrar la diferencia entre el poder hablar con un amigo o con un terapeuta. Los resultados dieron a conocer que los clientes prefieren las terapias debido a que lo ven como un momento solo para ellos, en donde no se sienten juzgados, además de escuchado y aceptado. Esto ayuda notablemente al cliente en darse cuenta de sus propios problemas, escucharse a sí mismo, motivación para el cambio tanto de conducta como en lo social (Phillips, 1984).

A pesar de que no se conocen del todo datos empíricos que sustenten a la terapia humanista en casos de trastornos de la personalidad, se ha visto que la terapia humanista presenta cambios a largo plazo en las personas, inclusive estudios realizados han demostrado cambios desde antes de cumplir un año de tratamiento, como después de los doce meses (Elliot, 2008). En

adición, estudios realizados con clientes clínicos y como grupo de control clientes que no han recibido tratamiento se ha visto que los que han seguido un tratamiento humanista muestran mayores cambios que los que no han recibido tratamiento (Elliot, 2008). De la misma forma, estudios comparativos con otro tipo de terapias han mostrado que la terapia humanista muestra cambios equivalentes a las otras ramas psicológicas, incluyendo la terapia cognitiva conductual, la que es considerada como una de las principales para los tratamientos de trastornos de la personalidad (Elliot, 2008).

Con respecto a lo que se refiere que el humanismo no utiliza el método de diagnóstico conocido como DSM IV-TR o ICD-10, es importante mencionar que cada cliente es único, por lo que a pesar de que los criterios cuadren en el diagnóstico de una persona, este puede ser muy distinto a otras personas diagnosticadas con el mismo trastorno, por lo que al ser cada persona un sujeto único no significa que se deba hacer un tratamiento por trastorno, sino el tratamiento centrado en las características propias de la persona (Elliot, 2008). Esto implica que el tratamiento humanista puede brindar tanto tratamiento a personas que sufren de depresiones mayores, ansiedad generalizada y partes del Eje II como trastornos de la personalidad (Elliot, 2008).

Como se ha mencionado, la relación que se mantiene entre cliente y terapeuta es de mucha importancia, esto se debe a que se considera que el crecimiento humano depende también de las relaciones que se tiene con otros individuos, como sería en este caso la relación terapéutica (Cain & Seeman, 2008). En el caso de los sujetos que sufren de personalidad paranoide y esquizoide se ha visto que la relación que tiene muchas veces con el terapeuta no es algo sencillos para ellos, especialmente por las características que se puede ver en los tipos de personalidad mencionado (Jerez, Alvarado, Paredes, Montenegro, Montes & Venegas, 2001).

Para que el ambiente sea el adecuado es importante que el terapeuta se muestre de manera genuina, auténtico y positivo al cliente (Cain & Seeman, 2008). Dentro de la relación terapéutica se encuentra la empatía lo que implica que el terapeuta intenta comprender la situación del cliente ayudando a comprender su cognición según sus experiencias. Esto ayuda a que el cliente conozca sus propias motivaciones, deseos y necesidades (Cain & Seeman, 2008). En adición a la autoreflexión de sus propias cosas se encuentra la responsabilidad que tiene el cliente en sí mismo, en donde según la terapia humanista el cliente debe llegar a descubrir quién es este como persona y cuáles son sus deseos en la vida (Cain & Seeman, 2008). En otras palabras que el cliente tenga congruencia en su vida en lo que este desee y en las acciones que realice (Cain & Seeman, 2008).

Se han realizado estudios que han querido demostrar como las condiciones terapéuticas que menciona la terapia humanista puede tener un efecto adecuado en los sujetos. Ahora bien, se ha demostrado en estudios que el rol del terapeuta es muy importante, sin embargo se debe tomar en cuenta que el rol de la autoexploración que tiene el cliente y el nivel de experiencia del mismo es importante para el cambio (Sachse & Elliot, 2008). Por un lado, estudios han dado a conocer que la empatía que llega a tener el terapeuta con el cliente es una forma de predicción de los resultados de la terapia (Sachse & Elliot, 2008). Para ello, el cliente debe sentirse escuchado y aceptado por parte del terapeuta, además de buscar la forma de que la relación se vuelva de confianza, especialmente si se trata de sujetos en los que suelen desconfiar de las personas y el tener escasas habilidades sociales (Jerez, Alvarado, Paredes, Montenegro, Montes & Venegas, 2001). Ahora bien, no porque se tenga una mejor empatía significa que la terapia va a tener buenos resultados, sin embargo. un estudio realizado por Orlinsky et al. (1994) mencionó que 10 de cada 11 estudios dan a conocer una correlación positiva frente a una buena empatía en

relación a los resultados de la terapia. Es importante mencionar que para algunos clientes la empatía tiene que ser creada paso a paso según la terapia se vaya dando, esto se puede ver reflejado especialmente en personas que tienen trastornos de la personalidad en donde muchas veces tienen dificultades de acercarse y confiar en la gente (Jerez et al, 2001).

Por otro lado, en lo que respecta a la aceptación positiva estudios han dado a conocer una correlación positiva entre la aceptación y el resultado de la terapia, esto se debe a que la aceptación del terapeuta hace que el sujeto se sienta en confianza dentro del ambiente terapéutico, creando así una respuesta positiva al tratamiento. Dentro de la confianza que se debe intentar llegar a tener con el cliente, es importante que se dé cuenta de que el terapeuta no es una persona superior, sino una persona que le desea guiar y que eso también puede implicar que el terapeuta le hable de sus emociones personales con el objetivo de tener algo positivo para la terapia del cliente, como por ejemplo la autoexploración de sus propias experiencias (Sachse & Elliot, 2008). En la unión de algunos estudios se ha llegado a ver que en un 53% de los casos cuando existe una alianza terapéutica existe un buen resultado en la terapia, por ende es importante el compromiso que tenga el terapeuta y la colaboración tanto del terapeuta como del cliente teniendo un 43% de correlación positiva con los resultados de la terapia (Sachse & Elliot, 2008).

Dentro de la terapia humanista se conoce la terapia Gestalt. La psicoterapia gestáltica refiere que la psique, el cuerpo y el ambiente son uno y que las interacciones de este crean a la personalidad del individuo (Martín, 2007). Dentro de estas interacciones se encuentran ciertas necesidades que se deben satisfacer y en caso de que estas no se realicen es en donde comienzan ciertos desequilibrios en la personalidad del individuo (Martín, 2007).

Con lo mencionado, la gestalt refiere la importancia que tiene la relación entre un organismo y su ambiente (Martín, 2007). Es decir las muchas veces las conductas patológicas se deben a que el individuo no tiene buena interacción con su medio ambiente, negando así las necesidades que este solicita (Martín, 2007). El objetivo de la terapia gestalt es que la persona llegue a una homeostasis entre el ambiente y la persona, creando en ellos un sentimiento de placer y satisfacción (Martín, 2007). Es importante ver que esto es responsabilidad del individuo el darse cuenta de sus necesidades y satisfacerlas para poder tener ese crecimiento personal (Martín, 2007).

La gestalt explica un tipo de proceso “ciclo de las necesidades “en donde se puede apreciar qué es lo que está sintiendo y qué necesidad debe satisfacer. En primer lugar se encuentra la emoción o excitación frente a lo que el individuo necesita, mientras este se va clarificando y la emoción se transforma en acción realizando la necesidad requerida. Un ejemplo básico, ganas y comerse un helado. Dentro de la terapia el terapeuta debe analizar si existe una distorsión en este ciclo, por ejemplo un trastorno de la personalidad en donde se tiene la necesidad, por ejemplo de poder ser más sociable, pero esta no se la cumple.

Dentro de la terapia gestalt es importante que el cliente se llegue a dar cuenta de las cosas que vive, en especial tres distintos aspectos en las que se trabaja el darse cuenta 1.- de sí mismo 2.- mundo exterior y 3.- de la zona intermedia (Martín, 2007). El primero menciona el notar los sentimientos y emociones del cuerpo, aspecto que son cosas que solo el cliente siente, sin importa lo que diga el general de las personas, es decir, son cosas que “yo” siento por lo que muchas otras personas no lo pueden entender (Martín, 2007). Al ser algo único la terapia gestalt dice que solo el sujeto puede encontrarlo y darse cuenta. Ahora bien, si el individuo desea realizar modificaciones dentro de sus emociones y sentimientos, este es el único que tiene la

fuerza para hacerlo, para continuar con un proceso de reconocer nuevas emociones y continuar el ciclo (Martín, 2007).

Por otro lado el mundo exterior es cómo el ambiente influye en cada persona, especialmente el cómo los cinco sentidos interpretan lo que ocurre dentro del medio de la persona (Martín, 2007). Por ejemplo cómo una alucinación visual puede ser interpretada por el qué la vivencia, analizando lo que significa para su sí mismo. Muchas veces las formas de interpretación son aprendidas por el mundo exterior, lo que conlleva a que cuando la persona se da cuenta de que su interpretación no es propia procede a comenzar un cambio de pensamiento y de emociones (Martín, 2007). Por otro lado, la zona intermedia, es decir la actividad mental, el imaginarse, pensar en ciertas situaciones futuras y pasadas. Esto puede llevar a darse cuenta de las emociones internas que ciertas cosas intermedias llevan y el cómo este puede influenciar en la persona (Martín, 2007).

Como otro punto dentro de la terapia gestalt se encuentra en contacto. Este es considerado como una de las principales necesidades para la persona. Sin este el ser humano puede ser llevado a un fuerte desequilibrio (Martín, 2007). Martín (2007) refiere que el contacto no debe ser solo con individuos, sino que este también puede ser con objetos y de manera individual. El contacto se establece de acuerdo a los cinco sentidos, es decir se puede tener a través de la vista, oído, olfato, gusto y tacto (Martín, 2007). El contacto no es algo permanente, el ser humano siempre esta desconectándose en algún momento del acercamiento que tiene, a este se le da el nombre de ritmo contacto retirada (Martín, 2007).

Ahora bien, como se dijo el contacto es muy importante, sin embargo las personas también tiene la necesidad de tener su propio espacio, el que no debe ser interrumpido por otros

sujetos, por lo que como individuos debemos conocer cuándo es el momento de involucrarse con ciertas personas y cuando es el espacio de uno o de ellos (Martín, 2007).

Muchas veces el contacto se ve limitado por ciertas sensaciones del individuo, como son el miedo a abrirse y a dejarse conocer. Ciertamente es que el contacto muchas veces puede llegar a ser un peligro para ciertas personas, sin embargo, en la terapia gestalt es reconocido como una herramienta de crecimiento personal (Martín, 2007). La teoría gestalt refiere que si el individuo no tiene contacto consigo mismo es muy difícil que llegue a tener relaciones interpersonales con las demás personas (Martín, 2007). En otras palabras, primero se tiene que conocer el sí mismo de la persona o tener una autoreflexión, para luego abrirse con las otras personas (Martín, 2007). Una de las cosas más preocupantes que refiere la gestalt en el tratamiento del darse cuenta es que muchas veces hay un exceso en el contacto, es decir o hay nulo contacto o excesivo sin notar las necesidades propias (Martín, 2007).

Por otro lado, dentro de la terapia gestáltica, cuando la persona se encuentra desequilibrada o también conocido como neurosis, se puede apreciar que con el objetivo de sentirse en una homeostasis se utilizan los mecanismos de defensa (Martín, 2007). La terapia gestáltica menciona al neurótico como una persona que no puede cumplir el ciclo gestáltico, es decir que no reconoce sus necesidades, y si las hace no las satisface adecuadamente (Martín, 2007). Como se ha dicho anteriormente una persona debe saber conocer cuáles son sus necesidades, si no lo hacen pueden aparecer ciertos signos que desequilibran a la persona. Esta no homeostasis se puede apreciar tanto en la tristeza, como en las expresiones físicas y lenguaje que uno como terapeuta debe saber identificar (Martín, 2007). Se conoce que existen tres fuerzas que no ayudan a que la persona interactúe de manera adecuada con su ambiente: una mala forma de comunicación, los bloqueos, y las somatizaciones. Aspectos que limitan a la persona, pero que

pueden ser identificados por los terapeutas y guiados para que estos sean resueltos (Martín, 2007).

Estudios enfocados en la terapia gestalt con pacientes se sufren de psicosis han mostrado que la terapia grupal gestáltica tiene un cambio significativo en la percepción de la realidad de los pacientes, dándose cuenta de las alucinaciones que estos tenían (Prouty, 2008). De igual manera otro estudio basado en la gestalt clásica dio como resultado que los clientes que fueron tratados con la mencionada terapia lograban tener una mayor nivel de auto conocimiento y autoreflexión, aspecto que no se pudo ver en el grupo de control (Prouty, 2008). Se sabe que son pocos, sin embargo, los estudios que se han realizado con el trabajo de psicosis dentro de la terapia gestalt han dado a conocer que puede brindar una mejor auto conocimiento de la realidad ambiental, social y una mejor autoexploración en el cliente (Prouty, 2008).

CASO

Introducción del caso

Mario, estudiante de medicina de 21 años acude a terapia debido a una preocupación frente a situaciones que dice experimentar y que se encuentran fuera de su realidad. Menciona ver y sentir cosas que nadie más puede notar y que esto limita a su desempeño en las actividades de la vida cotidiana.

Incremento de síntomas

Mario acude a la primera sesión de evaluación mencionando *“estoy aquí porque estoy loco”*. Refiere tener alucinaciones visuales y auditivas: *“veo cosas que nadie más puedo ver”* y menciona que esto dificulta su desempeño en las actividades de su vida cotidiana *“No puedo dormir, estudiar, paso con miedo, no tengo ganas de hacer nada... nunca puedo estar*

tranquilo”. Añade también que desde hace un tiempo puede sentir dolores que otras personas sienten (alucinaciones kinestésico) *“cuando estoy con un grupo de personas y a alguien le duele algo, como por ejemplo la rodilla, a mí también me duele, eso lo sé porque les pregunto y cercioro ese dolor”*.

El cliente menciona un hecho significativo, en donde a la edad aproximada de 4 años, despierta una mañana sin tener conocimiento frente a quién era él, ni dónde estaba... *“No recordaba a nadie de mi familia, sólo a mis padres y aún así no sabía cómo me llamaba”*. Mario refiere que sus padres nunca prestaron atención a este hecho debido a su edad. Mario añade que este es el primer recuerdo que tiene de su infancia. En adición, menciona que su madre siempre le ha contado que Mario desde una temprana edad tuvo un amigo imaginario, al que le hacía participar constantemente en las actividades del hogar: *“Mi mamá me cuenta que mi amigo siempre se tenía que sentar en la mesa con nosotros y con un plato de comida sino yo no comía, también siempre lo tenía sentado al lado mío y no dejaba que nadie se sentase en el puesto de él”*. Mario refiere no acordarse nada de este amigo. Añade ser un niño solitario, al que le gustaba jugar solo. Relata situaciones desde los 4 años en donde se salía del hogar o del jardín (se perdía para sus padres) y regresaba solo a la casa. Cliente informa que desde ese hecho de pérdida de memoria a sentido que gente le está observando, le hablan y quieren hacerle daño. Menciona que desde pequeño sentía a esta gente sin mayor preocupación. A los 12 años relata tener su primera alucinación en la que sintió afectado *“vi a un hombre en frente de mi cama, muy grande con un poncho y sombrero...era como esas personas dueñas de latifundios... corrí donde mi mamá y ella me tranquilizó”*. En esa misma época Mario menciona haber tenido problemas académicos y de relaciones sociales, por lo que le solicitó al padre que deseaba salir del ambiente en donde estaba. Mientras vivía en Chile le ocurren dos situaciones significativas:

“me desperté un día sudando, sentía que el calor era insoportable... cuando abrí los ojos vi que todo mi cuarto se estaba quemando... me di cuenta que era mentira cuando mi madre me llevó de vuelta al cuarto... En otra ocasión vi a un niño vestido de blanco que se acercaba a mí y luego se dio la vuelta”. Menciona en esta última alucinación sentirse más tranquilo reconociendo que no era real, en adición desde ese momento en donde tiene 13 años ha logrado diferenciar las imágenes no reales con la realidad.

En Chile Mario acude donde una psicóloga, la que tras ciertas evaluaciones le diagnostica como niño índigo. Diagnóstico que le ha tranquilizado, pero que no se siente como tal. En adición, menciona que esto le ayudado a que la madre entienda lo que le sucede, debido a que es una persona muy espiritual y creyente en las cosas paranormales.

Regresa a la edad de 15 años al Ecuador en donde relata que por primera vez escucha de manera clara las voces que le hablaban *“estas voces no dejaban de insultarme... la única forma de callarlas era correr donde mi mamá con algo en los oídos, normalmente música que me hiciera pensar en otra cosa”*. Mario menciona que le ocurren hasta ahora, sin embargo ha aprendido como controlarlas. A la misma edad menciona tener muy pocos amigos, sin embargo, no era algo que le incomodaba. De igual forma, añade tener poco interés en las cosas además de dificultades de dormir en las noches.

En la actualidad, Mario relata haber empezado a sentir dolores de otras personas, aspecto que le incómoda mucho *“No me gusta sentir dolores ajenos, yo sé que esos dolores no son míos”* En adición tras el intento de darse cuenta cuando ocurrirá una alucinación menciona haber aprendido a controlar sus alucinaciones auditivas y visuales. Refiere que estas situaciones le desaniman en su día a día, lo que se ha visto reflejado en sus habilidades académicas, sociales

y en sus habilidades para tener una pareja *“a pesar de querer tener una pareja y amigos, no confío mucho en la gente”*.

HISTORIA

Familiar

Mario proviene de una familia constituida por los padres, un hermano de 18 años y una hermana de 11 años. Refiere tener una relación dificultosa con el padre debido a un gran nivel de exigencia que este ha reflejado en él. Con su madre mantiene una relación íntima, pero aparentemente problemática en las repercusiones sociales. Menciona el sentir una fuerte dependencia hacía su madre, por ejemplo: *“No tomo ninguna decisión sin que mi mamá me diga que está bien, también es la única persona que me puede calmar después de haber tenido las alucinaciones”*. En su hogar narra ser como cualquier hijo, es decir ayuda en las cosas del hogar y su mayor anhelo es hacer sentir orgullosos a sus padres. Refiere tener una buena relación con su hermana pequeña, a pesar que reconoce que tienen un sentimiento de sobreprotección hacía ella. Con el hermano expresa tener una buena relación a pesar de que en ciertas situaciones posee un sentimiento de rivalidad.

Educación

Mario comenzó su educación primaria en la ciudad de Quito. Al inicio de la secundaria viajó a Chile con su familia donde estudió hasta el tercer curso, regresa a su país, donde finaliza sus estudios secundarios, obteniendo el grado de bachiller. En la actualidad es estudiante de segundo año de medicina. Menciona haber sido un estudiante considerado por él como normal, ya que siempre hacía sus deberes y estudiaba, pero no se consideraba una persona extremadamente estudiosa. Refiere nunca haberse involucrado en actividades escolares que no fueran individuales, tales como paseos del colegio o simplemente trabajos grupales debido a que

no se sentía a gusto con sus compañeros, por lo que prefería normalmente pasar desapercibido. Alude que con la única persona que hablaba en ocasiones era con su primo hermano que estudiaron en el mismo colegio y en el nivel paralelo a él.

Social

En relación a su desarrollo social menciono no recordar mucho, sin embargo, recuerda haber sido un niño retraído, al que le gustaba jugar solo, por no querer compartir sus pertenencias. Refiere no haber sentido agrado de estar con sus compañeros y en caso de que le obligaran respondía de manera violenta. Dentro del hogar, menciona no haber tenido dificultades, su padre siempre trabajaba y su madre era muy dedicada a él. Dentro de este se comportaba de manera tranquila. Se puede apreciar una insatisfacción con respecto a las habilidades sociales debido a que no se siente a gusto en los ambientes en los que se encuentra con mucha gente, a pesar de que en muchas ocasiones refiere el poder tener algún amigo. Por otro lado, se ve dificultad en la meta cognición con respecto a las habilidades sociales, emociones y en especial con respecto a su madre. Menciona el no desear vivir sin que su madre no esté presente, aspecto que no es igual al hablar sobre el padre. Como se dijo, se cree que puede existir una relación madre e hijo de mucha dependencia y poca autonomía, aspecto que dificultan sus habilidades sociales. En relación al padre refiere no tener mayor relación íntima con él, como es con la madre, sin embargo este siempre le exige un alto nivel académico y un buen comportamiento, aspecto que refleja un deseo de Mario por hacer siempre las cosas de manera correcta para que su padre se sienta orgulloso. Menciona el haber intentado en una ocasión una relación de pareja sin embargo esta no duro mucho tiempo y creando un sentimiento de que todas las mujeres son malas y que por eso se va a quedar solo, recalcó que su madre es la

única mujer perfecta. En adición, refiere que en general las personas siempre desean hacerle daño por lo que prefiere no crear lazos sentimentales y estar solo.

Salud mental y médica

En referencia a la salud física, en general menciona no haber tenido enfermedades graves ni operaciones significativas que hayan afectado en su vida. Con respecto a la familia, menciona que su abuela paterna falleció de Alzheimer y su abuela materna de negligencia médica. Existen dentro de la familia personas lejanas que han sufrido de depresión. Los primeros síntomas Mario mencionó que a los cuatro años había tenido pérdida de memoria. Luego los síntomas comienzan en la adolescencia en donde comienza a tener alucinaciones visuales y auditivas, incrementándose en el último año con alucinaciones físicas.

Tratamiento o intentos de solución previos.

Mario menciona haber tenido un tratamiento previo de 4 sesiones en Chile en donde se le diagnosticó de niño índigo. Menciona el no haber regresado tras no sentir empatía con la terapeuta. Narra que se utilizaron instrumentos de medición de inteligencia y el de Rorschach, además de cuestionarios que no recuerda. No tiene ningún informe con los resultados.

Evaluación

En la primera sesión con Mario se le preguntó cuales eran los objetivos para él dentro de la terapia. Este mencionó que disminuir sus alucinaciones y mejorar sus relaciones sociales con otras personas, debido a que reconoce que desconfía mucho de la gente, por lo que dice temer al terminar solo. Estas preguntas se utilizaron para medir el cambio que se diera tras la terapia.

Se le administraron dos evaluaciones: el CAP y luego el test proyectivo de Rorschach. El CAP, conocido como el test proyectivo de la casa, árbol y persona hecho por Buck “es una

técnica más profunda para estudiar la personalidad, penetra en los conflictos y defensas del cliente con mayor facilidad” (Flachier, 2006, p 6). Los resultados refieren que Mario muestra una inteligencia media a superior con una predominancia hacia la fantasía y un deterioro del criterio o juicio de la realidad, aspecto que es frecuente en esquizoides y esquizofrénicos. Muestra dificultades para tener contacto con el ambiente, relaciones interpersonales y sociales. Tiene un alto grado de timidez y muestra defensas paranoides, por el temor al daño que provienen del exterior. Miedo al rechazo, simpatía forzada y responde a las exigencias del ambiente con sentimiento de inferioridad.

Por otro lado, se aplicó el test proyectivo Rorschach creado por Hermann Rorschach en el año 1921 (Flashier, 2009). Este consiste en la administración de 10 láminas de imágenes abstractas en donde el examinado debe decir lo que observa en ellas. Este instrumento de medición a través de proyección no solo sirve como una forma de diagnóstico, sino también como un instrumento para medir inteligencia (Flashier, 2009). Los resultados de esta evaluación fueron:

Informe Rorschach

Nombre: Mario

Edad: 21 años

Profesión: Estudiante de medicina

Estado civil: Soltero

I.- Inteligencia

1.- Inteligencia:

- Inteligencia superior al promedio
- 2.- Procesos cognitivos:
- Proceso perceptual pausado.
 - Aptitud para elaborar síntesis teórico y abstracto
 - Capacidad para encontrar soluciones adecuadas a un problema con percepciones en conjunto
 - La inteligencia teórica predomina sobre la práctica y la abstracta sobre la concreta
 - Mayor interés por lo complejo que por lo simple, por lo intangible que por lo tangible.
 - Aptitudes para la elaboración de planes para alcanzar un objetivo y capacidad para superar obstáculos que se presentan
- 3.- Aptitudes:
- Resolución y perseverancia para llevar a cabo
- 4.- Interferencia sobre los procesos cognitivos:
- Posibles procesos patológicos que bloquean el potencial intelectual
 - Pueden darse pensamientos no realísticos.

II.- Emociones

1.- Control emocional:

- Los estímulos emocionales pueden interferir en el curso del pensamiento y el manejo de problemas.

2.- Consistencia emocional:

- Exagerada consistencia emocional

3.- Estado de ánimo:

- Ansiedad alta
- En ocasiones depresión
- Indolencia
- Impulsivo si se ataca sus juicios estables

4.- Afectividad:

- Meticuloso con las personas
- Indolencia
- Poca sensibilidad

III.- Adaptación

- Falta de estabilidad de adaptación en relaciones interpersonales.
- Necesidad de integración social
- Percepción irreal de las relaciones sociales
- Sentimiento de lucha hacia la integración social

IV.- Madurez

- Rasgos de inmadurez
- Necesidad de autonomía en regiones inconscientes de la personalidad.
- Preocupación por sentimiento de inseguridad
- Miedo a la responsabilidad
- Miedo a la separación
- Fuerte lazo materno, sin manifestación consiente de interés de separación.

V.- Aspecto sexual

- Frustración sexual
- Complejo de castración

VI.- Vitalidad

- Deseo por profundizar relaciones más que por ampliarlas
- Inteligencia diferenciada y teórica.
- Productividad singular y original
- Constricción de la vitalidad psicológico total

VII.- Rasgos de carácter

- Intratensivo mixto
- Preferencia por la vida interior
- Constancia afectiva
- Interés y atención hacía sí mismo
- Pensamientos que no desea compartir
- Reprime sentimientos
- Necesidad de autoafirmación y de expresar su propia capacidad

VIII.- Problemas nucleares.-

1.- Autoestima:

- Sentimiento de inferioridad
- Sentimiento de frustración y culpa
- Dificultad en habilidades sociales

2.- Disturbio o desorden emocional

- Percepción de la realidad de manera inapropiada y distorsionada
- Fuerte lazo materno vista como amenazadora para el desenvolvimiento

IX- Recursos defensivo

- Represión de las emociones
- Poca aceptación de la realidad
- Limitaciones para captar lo que es evidente

X.- Signos psicopatológicos

- Posibles procesos patológicos que bloquea potencia intelectual
- Posibles síntomas o rasgos de esquizofrenia

XI.- Diagnóstico clínico presuntivo

- Personalidad esquizoparanoica

Resumen:

Mario muestra una inteligencia superior al promedio. Experimenta poca aceptación a la realidad y predominan vivencias de fantasías con altos niveles de ansiedad al presentar algún tipo de alucinación. Refiere tener ciertos mecanismos que le ayudan a disminuir esta ansiedad. Se aprecia un fuerte apego hacia la madre, aspecto que le puede limitar a un funcionamiento autónomo y de buen manejo en las interacciones sociales.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

Para el planteamiento de un tratamiento no sólo se debe pensar en los síntomas del cliente como una forma de diagnóstico, sino también las variables de relación, la alianza terapéutica que se puede llegar a tener con el cliente y los posibles tratamiento terapéuticos que se podrían brindar (Benardi, Defey, Garbarino, Tutté & Villalba, 2004).

Al analizar la demanda de Mario se puede ver que existe una desestructuración de la realidad y de su personalidad, en donde su pasado, futuro, aspecto biológico, social y psicológico se encuentra dividido sin llegar a una gestalt, en otras palabras no cumple con sus necesidades básicas para cumplir el ciclo gestáltico (Martín, 2007). Esto quiere decir que la estructura de la personalidad de Mario no ha hecho conciencia de sí mismo frente a su cuerpo, mente y emociones en uno solo para poder vivir en un entorno, poniendo en riesgo “la integridad del individuo” (Martín, 2007, p137). Aún así, se puede apreciar un grado de adaptación a la realidad. Se aprecia que se da cuenta de ciertas situaciones en donde él se modifica así mismo, buscando una forma de hacerse responsable de las cosas que vive para lograr una adaptación en el ambiente. El cliente utiliza medios como escuchar música, reconocer cuando vienen una alucinación o ir donde su madre, que le ayudan a cambiarse a sí mismo, para sentirse bien y normal como él desea ser. En adición, dentro del desequilibrio emocional, se puede apreciar que Mario utiliza mecanismos neuróticos con el objetivo de buscar una homeostasis para adaptarse a la realidad. Tras observaciones se considera que Mario se encuentra dentro de una etapa en donde le cuesta en ciertas ocasiones el responsabilizarse de sus propias alucinaciones y el vivir el aquí y el ahora de acuerdo a la edad en la que está cursando. Por ejemplo, busca el excesivo contacto de su madre, limitando la responsabilidad personal de sus propias experiencias. De igual forma, cuando consiste de los dolores considerados por él como “ajenos”, no logra responsabilizarse de sus propios malestares culpando a las demás personas de estas dolencias. En sí, se podría considerar que Mario culpa en cierto sentido a su madre de sus “anormalidades”, debido a las creencias que ella le ha inculcado desde pequeño. Ahora bien, él no se hace responsable de querer creer lo que él desee, sin que los pensamientos de su madre se vean inculcados en él.

Por otro lado, se puede ver que el cliente enfrenta dificultades dentro de las relaciones interpersonales. La teoría de contacto de la terapia gestalt menciona que las relaciones interpersonales, en adición a un espacio a solas siempre necesario en la personas son básicas para el desarrollo de una personalidad adecuada (Martín, 2007). En especial este contacto tiene que ver no solo con lo que son individuos, sino también con los objetos que tenemos en el entorno, haciendo así que nuestros cinco sentidos trabajen en la integración de contacto y en el crecimiento de la personalidad (Martín, 2007). En referencia, se puede apreciar el extremo contacto que muestra el cliente con su madre, sin llegar al contacto retirada, en donde cada sujeto necesita su tiempo individual. Por el otro lado, se aprecia una relación distante conflictiva con el padre. En estas situaciones de poca adaptación social por parte de Mario se puede ver una incongruencia a su sí mismo en donde evita su propia realidad. Ahora bien, cuando busca su propia realidad, se puede apreciar una ansiedad que conlleva a Mario a la búsqueda de su congruencia de emociones.

En adición, se puede ver que Mario menciona tener alucinaciones las que perturban constantemente su realidad y crean una fuerte ansiedad y tristeza en sí. Menciona reiteradamente el darse cuenta de que estas no son reales, a pesar de que lo que observa y no se encuentra verdaderamente ahí. Flashier (1989) considera que las alucinaciones, tras la narración, temas y aspecto emocional que muestra con ellas, pueden tener fuerte relaciones con su entorno, niñez y crianza debido a que se conoce que las alucinaciones pueden ser síntomas para querer cumplir un deseo o una forma de defenderse de aspectos que le perturban o fueron perturbaciones en la infancia, dentro de la terapia gestáltica es considerado como círculos no cerrados, los que no fueron trabajados y se pueden trabajar en el aquí y el ahora, y en el significado emocional que este tiene en el presente de la persona (Martín, 2007). En adición, se puede apreciar que la

madre conserva una creencia a aspectos para normales, tales como aceptar que su hijo es considerado como niño índigo, creando en sí una duda a Mario frente si desea seguir con su vida haciéndose responsable de sus pensamientos o desea continuar con los pensamientos que la mamá le intenta muchas veces decir que son correctos.

Existen ciertos pensamientos incongruentes que afectan al funcionamiento de Mario. Entre ellos se puede ver el principio conocido en la gestalt como principio de la experiencia o costumbre (Martín, 2007), en donde Mario podría considerar en general a las mujeres como malas, especialmente en lo que respecta en las relaciones de pareja, por lo que, menciona que su madre es perfecta y que con ella podrá vivir toda la vida. Esto de igual manera, se relaciona por una relación corta de pareja en donde menciona haber sido traicionado. De igual manera, refiere otros pensamiento incongruentes tales como “todos los doctores son malos, porque mi abuelita se murió por culpa de ellos”, refiriendo que él desea ser doctor para poder enseñarle a los doctores el daño que hacen.

Por otro lado, se puede apreciar que Mario muestra poca aceptación hacia la muerte en donde se niega a pensar que su madre y el resto de su familia pueden morir en algún momento. La terapia existencial refiere a la muerte como algo normal de la vida, Yalom (1980) expresa a la muerte como una de los temas considerados como inaceptables y difíciles de encarar en la vida de las personas. El objetivo de la terapia existencial de llegar a ver la muerte dentro del aquí y el ahora, es que las personas puedan ver cuál es su realidad y vida, logrando así una vida con mayor plenitud, tanto con sí mismo como con las personas que aman (Cain, 2008). En muchas ocasiones cuando las personas le temen a la muerte, como menciona Mario que su madre nunca morirá, crean en sí mismos mitos que limitan su propia existía en relación a los demás, por ejemplo Mario se convence de que su madre no puede morir, porque en tal caso él tampoco

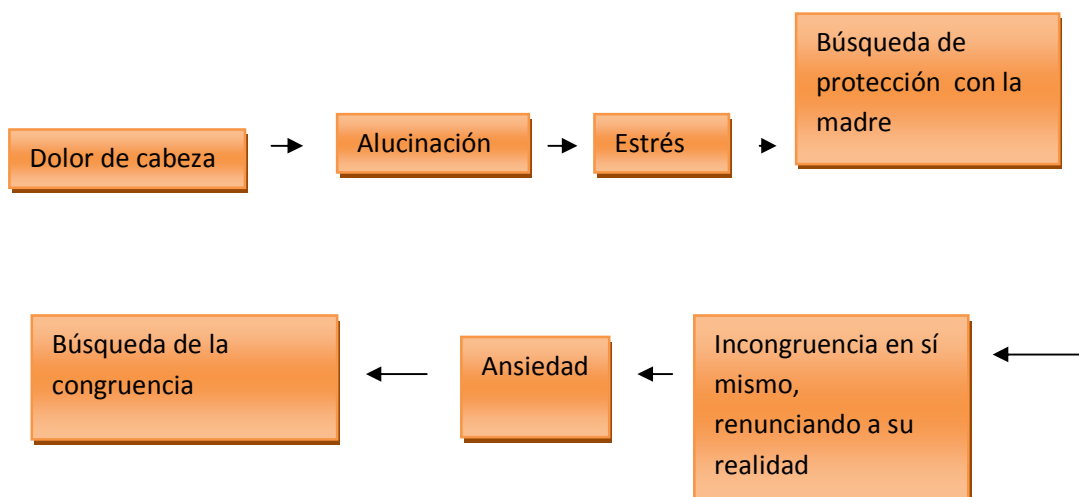
podría seguir viviendo (Cain, 2008). El objetivo de la terapia existencial con el tema de la muerte es que el sujeto llegue a tomar la propia responsabilidad de su vida, en donde vea que él es el único que puede manejar su propia vida y que su madre debe saber llevar la de él (cain, 2008).

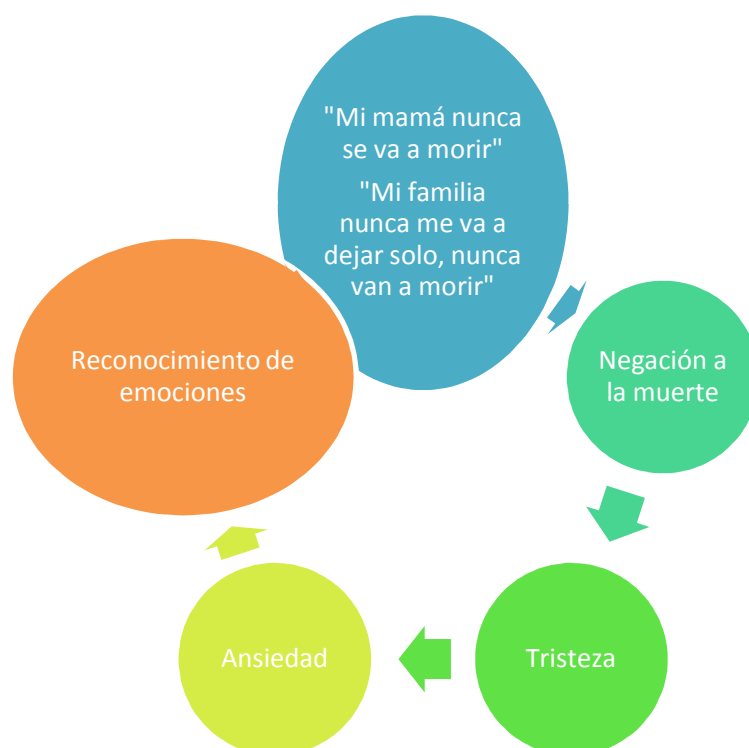
Mario muestra tener un gran lazo y contacto con su familia, lo que puede ser una limitación alta para que experimente con el mundo exterior, su mente, cuerpo y las demás personas, especialmente porque el ritmo de contacto y retiro es sustancial para el funcionamiento adecuado del organismo (Martín, 2007). Incluso se puede apreciar que Mario menciona a la madre como un nosotros, una fusión, en vez de dos personas que viven vidas y experiencias distintas. Esto a su vez se puede ver como se mencionó como una fuerte limitación en donde Mario no puede experimentar con su entorno, debido a que muchas veces no tiene importancia o por el temor a la gente, característica conocida como parte de la personalidad esquizoide y paranoide.

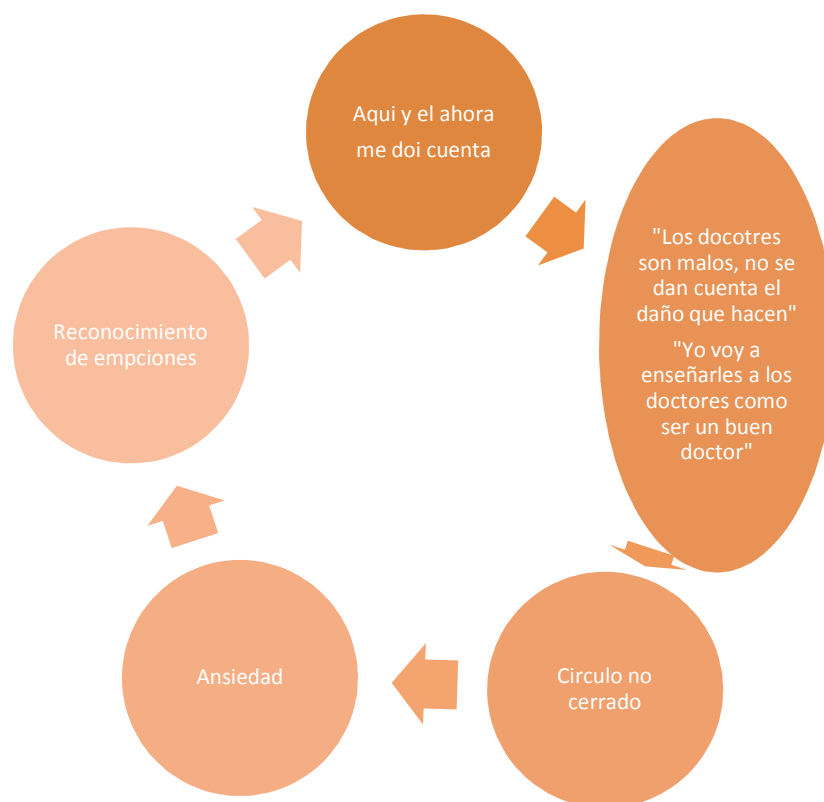
Por otro lado, tras la terapia gestáltica que busca la unión completa de la persona, trabajando en que se cree un ciclo gestáltico, una autoreflexión para llegar a una homeostasis con sí mismo, en relación a su ambiente, contacto, necesidades fisiológicas y sus emociones (Martin, 2007), se puede ver que Mario no cumple el ciclo gestáltico para poder completar una vida minuciosa y completa, es decir no tiene un contacto adecuado con el ambiente, tanto en el ambiente familia como en el social y con él mismo, de la misma forma presenta carencias en el contacto con el ambiente universitario, lo que hace que no cumpla las formas para poder tener una integración completa, en adición el área social es considerado también como una necesidad fisiológica, aspecto que Mario no complace. Se considera que Mario necesita el llegar a una homeostasis en su vida, en donde se dé cuenta de sus necesidades, para eliminar la incongruencia e iniciar un ciclo gestáltico que lo lleve a encontrar realmente su sí mismo.

Mario muestra una meta cognición a mi perspectiva como motivadora para un proceso de cambio con respecto a la temática de sus visiones y escuchas que se encuentran fuera de la realidad. Esto muestra la parte sana del cliente en donde crea un pensamiento de querer vivir en un entorno, trabajando con sus propio potencial y fortalezas, de igual manera considero importante que Mario logra darse cuenta de sus pensamientos y muestra un intento en trabajar en las emociones con respecto a dichas ideas. Es decir, muestra el cómo las alucinaciones afectan en su vida y se propone a buscar patrones que se den para que estas hagan aparición. Sin embargo, aprecia una limitación al hablar del contacto materno y de abrirse en las áreas sociales, a pesar que menciona lo contrario.

GRÁFICOS DE CONCEPTUALIZACIÓN







OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y TÉCNICAS

OBJETIVOS	TÉCNICAS
Establecer una relación terapéutica (empatía)	Mostrar una escucha empática, respeto a lo mencionado por el cliente, neutralidad y aceptación incondicional. Comprensión de ir un paso atrás del cliente.
Recoger información	Se realiza a través de una entrevista estructurada para la historia clínica. Se le pregunta aspectos relevantes... ¿Cuándo fue la primera... la última vez de las alucinaciones?, frecuencia, reacciones físicas, relaciones interpersonales, desarrollo emocional, social y cognitivo.

Trabajo de conciencia, emociones y responsabilidad de sucesos que afectan o han afectado en la vida del cliente,	Se utilizan preguntas de reflexión, técnicas de escucha activa, reflejo, confrontaciones. Todo realizado de una manera empática.
Lograr mayor control y menos temor a las alucinaciones.	Técnicas gestálticas de traer aspectos pasados al presente “Aquí y el ahora”. Relación con emociones similares u/o personas. Trabajo de sueño con la temática de las alucinaciones.
Mejorar habilidad interpersonales	Utilizar relación terapéutica de una forma para crear confianza para el cliente. Preguntas dirigidas al tema de habilidades sociales Mejorar relación con el padre y eliminar la dependencia de la madre (silla vacía).
Insight	Cliente comprenda su realidad frente a las alucinaciones, y la relación de mente, cuerpo y ambiente. Trabajar con terapia existencial frente al tema de la muerte, utilizando también ejercicios gestálticos
Cambios conductuales	A través de preguntas cliente aprende a vivir y aceptar su realidad

TRATAMIENTO Y PROGRESO DE LA TERAPIA

El proceso terapéutico tuvo una duración de 15 sesiones en donde a través de la terapia humanista/gestáltica se intentó guiar al cliente a “redescubrir su capacidad de darse cuenta de lo que realmente está viviendo” a hacer una autoreflexión de sí mismo para poder llegar a una gestalt (Martin, 2007 p. 189), siendo esta siempre respetada por parte del terapeuta. Cuando el cliente siente un rechazo tanto fuera o dentro de la terapia hace que su forma de percepción de sí mismo y de la gente se vea afectado, es por eso que es importante que el terapeuta no muestre un

rechazo frente al cliente, por lo que se debe mostrar abierto a aceptar las experiencias del cliente por más extrañas que estas pueden parecer (Martín, 2007). De igual manera, dentro de la terapia es importante que el sujeto acepte el dolor, es decir que lo vivencia de manera de crecimiento, no como algo negativo en la vida. De igual forma, la mejor manera para que el cliente se brinde ayuda a sí mismo es que este sea guiado a darse cuenta de sus propias experiencias y a aprender de ellas (Martín, 2009). En adición, la terapia se basó en el trabajo del aquí y el ahora, en donde se le solicita al cliente que hable en el presente, a pesar de que hable de situaciones pasadas, al igual que el trabajar la responsabilidad del cliente en su vida y el darse cuenta de aspectos que le limitan a una homeostasis, tales como los círculos no cerrados (Martín, 2009). El objetivo es que el cliente logre experimentar sus emociones presentes con las vivencias que tuvo o tiene, uniéndosele también el existencialismo que “trata de trabajar con el principio de darse cuenta y del aquí y el ahora, con las experiencias inmediata, las sensaciones y las necesidades” (Martin, 2007 p. 153).

PRIMERA FASE

La primera fase tuvo una duración de las dos primeras sesiones, se trabajó en la historia clínica del cliente, la relación terapéutica y las metas que se desean tener en el proceso. La historia clínica fue mencionada en la introducción del caso por lo que no se repetirá nuevamente. Para la relación terapéutica se trabajó con la empatía, positivismo, aceptación y lo más importante una escucha activa con un ambiente seguro dentro de la terapia. En adición, se realizó un contrato terapéutico en donde el cliente se comprometía a asistir a las sesiones y aceptaba la propia responsabilidad de no recibir terapia psiquiátrica y medicación en caso de que sea necesaria. Tras estas dos primeras sesiones Mario mencionó el sentirse a gusto dentro de la terapia, por lo que se mostró dispuesto a continuar con el proceso.

SEGUNDA FASE

El trabajo con respecto a las alucinaciones se llevo a cabo en aproximadamente en cinco sesiones en donde se habló del significado emocional y pensamientos que tienen estas alucinaciones para él, enfocando en el darse cuenta del significado de estas y como afectan en su vida presente. Esto se llevo a cabo la teoría de los sueños de la gestalt en donde se considera que este lleve a la integración de la persona a través de trabajarlos como una experiencia vivida (Martín, 2007). La forma de trabajarlo es solicitarle al individuo, en este caso a Mario que relate la alucinación de manera presente, por ejemplo con los ojos cerrados en donde pensara que está realmente viendo eso en ese momento (Martín, 2007). Importante es dentro de esta teoría en que la persona se identifique, personifique o proyecte a todos los aspectos de la alucinación, de esa forma este podrá unir un significado emocional con la experiencia de la alucinación (Martín, 2007). Importante es darse cuenta de las negaciones que el cliente puede mostrar debido a que los aspectos que considera que no son parte de él pueden ser característicos de aspectos personales que no le agradan de sí mismo. En adición, el terapeuta debe mostrarse atento a las cosas que se dan a conocer en la alucinación debido a que puede mostrar aspectos emocionales y pensamientos que tiene el cliente que puede evitar narrar (Martín, 2007). En fin, el objetivo de este tratamiento se desea que Mario llegue a darse cuenta de sus necesidades, note lo que está realizando, auto reflexione frente a los problemas internos de sí mismo y los que tiene con las habilidades sociales (Martín, 2007).

En la primera sesión en donde se trabajó las alucinaciones se le solicitó a Mario que narre las alucinaciones que mas recuerde, luego se le pidió que en jerarquía, es decir las que tengan

mayor significado emocional para él, las ordenara. La primera fue la que llamamos al niño, luego la pelea y el señor. Existían otras alucinaciones visuales que él refirió no recordar con claridad, además de sentir que no tenían un significado especial para él. En adición se considera que las otras tienen relación con las alucinaciones principales que serán próximamente mencionadas.

El objetivo de la terapia de los sueños en las alucinaciones es que Mario relacione sus emociones, mente y cuerpo con las escenas que observa y el entorno en donde se encuentra, es decir que relacione con su vida y vea que significa para él. De igual manera, él se dé cuenta de las necesidades que conlleva el tener alucinaciones y cómo puede él satisfacerlas para llegar a una homeostasis. Un punto importante es que Mario menciona encontrar un factor común dentro de las alucinaciones en el momento en que aparecen, este refiere que le comienza un fuerte dolor de cabeza como puntadas en donde sabe que se aproxima una alucinación. Refiere que ha aprendido a escuchar música y a abrazarle a su madre para que estas no aparezcan o se vayan rápido. A pesar de ser estas alternativas adecuadas para Mario, se puede apreciar que busca relacionarse con otra persona o situaciones, evitando su realidad, sin aceptar su sí mismo y auto reflexionar de lo que le sucede.

Con respecto a al tratamiento para las alucinaciones específicas mencionadas anteriormente se trabajó de la siguiente manera:

El niño:

Se le solicitó a Mario que cierre los ojos y narre la situación en donde vio al niño, tanto los que hacía él en ese momento como lo que ocurría en la escena. *“yo estaba sentado en un*

escritorio que daba a una ventana escribiendo en la computadora, la verdad estaba bastante concentrado y no hacia caso al dolor de cabeza que me quería dar, en eso levante la cabeza y vi frente a mí en unas gradas de forma de caracol a un niño vestido de blanco que bajaba por las gradas, el niño tenía un blanco radiante que parecía que alumbraba todo el patio. Luego se dio la vuelta y me quedo mirando fijamente, abrí la puerta que daba hacia el patio y me di cuenta que no había realmente nada". En el momento en que Mario comienza a narrar la parte de la aparición de la alucinación comienza a temblar y se abraza a sí mismo, ahí se le pregunta que siente en este momento al verlo y tenerlo en frente. Se le pregunta esto con el objetivo de unir su expresión corporal con la emoción expresada por parte de él "siento mucho frío y mucho miedo, sé que no es real, pero me da miedo... sé que no tengo que ver estas cosas porque son anormales, pero no sé porque las veo".- ¿Qué hace que en el momento en que mencionas la aparición del niño te abrazas? ¿Qué significa el que unas así tus brazos? ¿Qué hace en ti? "me protejo del frío y de lo que él me puede hacer, no me gusta que este aquí, quiero que se vaya" en ese momento en donde note a Mario intranquilo y ansioso se le solicitó que con técnicas de relajación logre mirar al niño y que diga qué es lo que dice este niño con esa mirada. "Lo veo y me da pena, tiene una mirada de soledad, miedo, tristeza... Me da ganas de poder ayudarlo pero sé que no es real" en ese momento Mario comienza a llorar "me da mucha pena que se sienta así, se lo feo que se siente estar solo y tener miedo a estar con la gente, pero al final lo que hace la gente muchas veces no es real" ¿Qué no es real? "Que la gente te ayude, la gente solo es interesado, por eso solo confió en mi mamá" ¿Crees tú que le podrías ayudar a este niño? "quisiera, pero no, me da miedo acercarme a él, prefiero que este a través de la ventana y que se quede ahí". Si el niño entrara a tu casa ahora ¿Tu qué harías? "Me iría corriendo donde mi mamá, me da miedo que se me acerque" nuevamente Mario se exalta y menciona no querer

continuar, por lo que se le solicita el respirar trabajando las técnicas de relajación que me hagan calmar su mente. Luego de eso abre los ojos. Le preguntó que cómo se siente y menciona el sentirse mal, el que le da mucha pena el no poder ayudarle, pero que le da miedo... *“a parte que siento que el niño también tiene miedo de mí”*. Mario, si tú fueras este niño ¿qué te diría a ti este niño? *“Que tengo miedo a acercarme a él y a la gente, pero que no debería temer tanto, especialmente a la gente que conozco”* Y en conclusión, Qué es lo que todo esto te dice... *“Que no quisiera tener miedo, pero igual lo tengo”* ¿Qué te llevas de esta sesión? *“Que en muchas ocasiones no quisiera tener miedo... Pero me cuesta mucho, yo soy muy distinto a las personas, no me entenderían”*. ¿Qué no te entendería? *“Que veo a gente, que a pesar de todo me gusta estar solo, pero lo que no me gusta es en desconfiar de la gente... ¿Qué no te gusta de desconfiar de la gente? “Por ejemplo podría estar en un lugar con gente, si toca ir tranquilo, es decir que ellos vivan su mundo y yo el mío, pero que no me moleste sus miradas”*.

La pelea:

“En una ocasión que estaba en mi casa, mientras estudiaba, sentí un fuerte dolor de cabeza que me hizo desconcentrarme... en ese momento noté que al frente mío se encontraba un papá con una niña... este le estaba hablando en algún idioma raro... y la niña se veía muy asustada como si hubiera hecho algo mal” Cuéntame un poco de esta niña y su papá... *“mmm, parece que la niña hizo algo mal porque parece que está asustada de lo que le dice su papá... me parece raro que están vestidos como personas de la década de los ochenta... no entiendo lo que hablan!.- Mario ¿Qué sientes en este momento cuando vez a esta familia? “Injusticia, no me parece que le deberían estar hablando así a la niña... es muy chiquita” ¿Qué edad tiene? “Tiene unos cinco años y el papá ya es mayor, ya tiene unos cincuenta” ¿Qué es injusto? “Que a una niña tan pequeña le griten tan fuerte... es chiquita, mínimo no sabía qué era lo que estaba*

haciendo”, Mario, ¿qué hizo la niña? “*No sé, no entiendo lo que hablan*”, Mario ¿qué te hace pensar que las personas que estas mirando en este momento son papá e hija? “*No lo sé, por la forma en cómo él le habla a la niña, solo creo que un papá le puede hablar así a alguien tan pequeño... y no me parece justo porque ella no se puede defender de nada de lo que él dice*”.

Mario, si tú fueras una de las dos personas que están en este momento en frente tuyo, quién serías... “*la niña, yo no me veo hablándole así nunca a un niño*”... Si te pido que relaciones lo que estas observando con tu vida, ¿qué vez? “*a mi papá hablándome de algo malo que hice... (se ríe) ya no es una niña es un niño*” ¿Qué hiciste? “*mi papá me está hablando y gritando porque le pegue a mi hermano porque yo no quería jugar con él... (se ríe) me acuerdo perfectamente ese día, yo tenía como ocho años y mi hermano quería jugar a algo y yo no quería sí que le pegue y mi papá me gritó y me dijo que era un mal hermano, que mi papel es protegerle a mi hermano y no pegarle*”. En el momento en que Mario refiere lo anterior comienza a reírse y le pregunto que cómo se siente, qué le hace reír “*me rio de que a algo que le tengo tanto miedo, ósea ver cosas que no son reales, ahora lo es... por primera vez le encontré alguna lógica a las tonteras que me pasan...*”

El señor:

Se comienza a trabajar con técnicas de relajación de Hamilton en donde se le guía a Mario para que entre un estado de relajación. Luego se le pide que traiga la alucinación de esa noche cuando tiene 15 años y ve a este señor “*le veo a él... es un hombre grande con sombrero y poncho... tiene un sombrero oscuro con un poncho negro... solo puedo ver su silueta, no logro ver ni su cara, ni sus manos... se encuentra frente a mí, a pesar de que no veo sus ojos siento que me mira fijamente*” ¿Qué sientes en este momento cuando estas frente a él? “*escalofríos, temor, me da ganas de salir corriendo, pero está tapando la puerta por donde podría salir*” “*me*

da temor saber que lo veo y que sé que no es real”. ¿Si lo hicieras real cómo sería? “mmm no se, tal vez sería una persona muy grande, que no quisiera conocer... como por ejemplo un ladrón y en caso de que fuera real le diría que me deje solo y que no me haga daño” ¿en qué parte de tu cuerpo sientes este miedo? “en todo el cuerpo” ¿Has sentido alguna vez un miedo similar con aspectos reales? “Tal vez cuando veo a alguien que no me da confianza, un desconocido, porque siento temo al no conocerlo” Si tú fueras la persona que esta parada en frente de tu cama, mirándote ¿qué te dirías? “con la mirada que no veo, pero siento, diría que me está reclamando por la cosas que hago, como diciendo que realmente tengo que tenerle miedo” Miedo a qué? “miedo a él, porque me quiere hacer daño como si le hubiera hecho algo, pero no le he hecho nada” Si le pudieras poner un nombre a este señor, quién sería “no lo se... una persona cualquiera que me da mucho miedo y que me quiere hacer daño, tal vez, como dije antes si fuera real, sería un ladrón” ¿Cómo te parece tener este miedo a esta persona? “Normal, tengo miedo a alguien que no está ahí y si estuviera realmente ahí, es un ladrón, si que creo que es normal tenerle miedo”

Al terminar el ejercicio mencionó el sentirse incomodo de recordar nuevamente esa alucinación, no había recordado el miedo que le daba esa persona no real. Muestra un gran enojo frente a ver cosas no reales *“si no viera estas cosas ni siquiera estaría aquí sentado, podría tener una vida normal”.* *”No todas las personas pueden ver cosas que no son reales, es decir el miedo que tengo es directamente a las cosas que no son reales. Incluso no es que le tenga miedo directamente al señor de la alucinación, sino que me da miedo a ver cosas que no son reales, a lo desconocido, a ser anormal”.* *¿En qué punto el miedo a lo no real afecta en ti? “No me deja desenvolverme bien, no me deja dormir bien, me hace estar con miedo todo el tiempo, inseguro, además que se que no ha todos les pasa y no me gusta ser un bicho raro”*

Además de las alucinaciones visuales existen dolores kinestésicos, consideradas por Mario como dolores ajenos, que lo hacen alejarse de lugares, debido a que siente que cuando está con muchas personas siente las molestias de los demás, haciendo que él se sienta incomodo consigo mismo. *“Me da miedo sentir el dolor ajeno, porque a pesar de que algo me duele a mi también estoy sintiendo el dolor que no es mío, antes pensaba que el dolor era mío, pero mis dolores no son míos son de las demás personas”*. Se le pregunta a Mario que cómo sabe que los dolores que siente son de otras personas y no son propias. El cliente refiere que le pregunta a las personas si les duele alguna parte de su cuerpo o les pregunta por una parte específica, sin mencionar que él también está sintiendo ese dolor.

Con respecto a las alucinaciones auditivas, me gritaban en el oído, pero aprendí a controlarla con la música cuando siento un temblor en la cabeza, además que intento cambiar de pensamiento en algo feliz.

Tras un análisis que se realizó con Mario frente al trabajo con las fantasías, se analizó la importancia que estas tienen en la vida del cliente, tanto en el pasado como en el futuro y del aprendizaje que se puede tener de estas. Se aprecia que gran parte del contenido de las alucinaciones provienen de círculos no cerrados por parte de Mario, emociones no reconocidas por sí mismo, las que fueron trabajadas para poder satisfacer su necesidad de explicarse a sí mismo lo que significan sus alucinaciones (Martín, 2007). En una ocasión se le preguntó a Mario qué aspecto importante podía sacar de las alucinaciones tras todo el trabajo realizado y mencionó que a pesar de que saben que no son cosas reales, la terapia le ha ayudado a encontrar que estas fantasías tienen un aprendizaje en su vida, por lo que le dije dime un aprendizaje final de cada una de las alucinaciones que trabajamos *“Del niño aprendí que en ciertas ocasiones podría confiar en la gente, mientras que el señor me hizo caer en cuenta de que también hay*

gente mala... y el incendio de cómo quisiera poder cuidarle a mi familia siempre, pero que hay cosas que no se pueden del todo controlar, como por ejemplo, si se quema una casa” Lo mencionado dio a conocer como Mario se ha dado cuenta de algo positivo frente a algo que considera para él negativo. Al finalizar el tema de las alucinaciones Mario dijo *“no sé cómo eliminarlas de mi vida, sin embargo, creo que puedo aprender a vivir con ellas.... Si es cierto no son reales... pero no quiero dejar que se interpongan en mi vida... al contrario las voy a utilizar como parte de mi vida”*.

Uno de los objetivos que se tenía era que Mario lograra cerrar los círculos en donde se encontraban relacionados el significado de las alucinaciones y que Mario logró reconocer. Estos fueron los temores y angustia que tiene en muchas ocasiones hacia la gente, reconociendo que no siente agrado de estar en contacto con gente, especialmente si es desconocida, por un temor de que algo le vaya a ocurrir. De igual forma, Mario refiere el haber obtenido las alucinaciones como lecciones en donde puede él darse cuenta de cosas de sí mismo que muchas veces no desea ver. Se le pregunta que cómo se siente en este momento, tras todo el trabajado con el tema de las alucinaciones; Mario refiere que ahora no siente tanta angustia, ni miedo de tener una alucinación y considera que con las estrategias que ha utilizado, como escuchar música, ha logrado controlar en cierto sentido las alucinaciones, a pesar que cree que la mejor solución es el darse cuenta de cuál es la razón de su alucinación y el significado en el aquí y el ahora que tiene en su vida.

TERCERA FASE.

Se realizaron cuatro sesiones con el objetivo de trabajar el tema de las relaciones familiares. En las personas con personalidad paranoide se conoce que existen limitaciones en las

habilidades sociales, sin embargo se ha visto que en ocasiones existe un fuerte lazo con algún o algunos miembros de la familia (DSM-IV-TR, 2005). La familia es considerada como una parte minúscula de la sociedad, sin embargo es la base de la cultura y del crecimiento personal de cada persona (Belart & Ferrer, 2008). La familia es “un sistema, es decir, un grupo cuyos miembros están interrelacionados... con continua influencia de cada uno de los miembros” (Belart & Ferrer, 2008 p 26). La técnica utilizada fue la silla vacía, la que tiene como objetivo el hacer consciente las emociones, sentimientos y conductas (Martín, 2007). En este caso, la silla vacía se utilizará con el propósito de que hable con su familia nuclear, para poder reconocer y expresar lo que él siente e intentar ponerse en el puesto del otro, para así mejorar la relación familiar (Martín, 2007).

Se le mencionó a Mario que se hablaría de cada miembro de la familia, en este caso de sus padres, hermano, hermana y abuelita materna. Se le solicitó que dé una breve introducción de su familia *“Mi padre se llama Juan y mi mamá Sandra... nuestra relación familiar es normal como en todas las familias... mis papás como en todas las casas pelean, pero cuando eso pasa prefiero evitar estar presente y salgo a caminar, no me gusta sentir ese ambiente incomodo de la casa... con mis hermanos en general me llevo bien, especialmente con mi hermanita pequeña a la que consiento mucho... con mi hermano mayor mantengo un poco de distancia, porque tenemos una relación un poco especial”* Tras las narraciones de Mario se apreció un apego evitativo, en donde describe a sus padres como excelentes o perfecto, en especial a su madre, a pesar que con respecto a su padre en muchas ocasiones se contradice (Martínez & Santelices, 2005). Evita en general cualquier otro tipo de relación que no sea familiar, refiere tener problemas de memoria en la infancia en donde minimiza problemas o situaciones que vivió en su infancia, dejando círculos sociales no cerrados en la infancia (Martínez & Santelices, 2005)

Se le dio a escoger con que miembro de su familia deseaba empezar, mencionó que con su madre. *“Mi mamá es la persona más importante en mi vida, sin ella no podría vivir, ella es perfecta, no hay ninguna mujer que se le parezca... mi mamá ha sido siempre una mujer que nos cuida sin importar lo que implique... siempre ha sido una excelente madre, al igual que excelente esposa con mi papá”*. Se aprecia en Mario una fuerte sensación de paz, felicidad y tranquilidad al hablar de su madre. Se trabaja con la emoción actual notoria que Mario muestra físicamente y emocionalmente, luego se comienza el ejercicio, en donde se le solicita que frente a una silla describiera a su madre como se encontraba vestida y sentada. Se aprecia una sonrisa de Mario al observarla. Se le menciona a Mario que se concentre en mirar a su madre y le diga todo lo que quisiera decirle, a pesar de que se lo haya dicho, al igual que puede ocupar este momento para decirle algo que considera que no se lo ha dicho o que teme decirle. *“Mamá gracias por ser como eres, eres una mujer perfecta para mí, gracias por cuidarme, por enseñarme las cosas que se, por tenerme paciencia cuando no hago las cosas bien, gracias por estar siempre ahí, sin ti no podría ser nadie”* dentro de la terapia humanista se considera importante el perdón y el agradecimiento, en este momento en Mario se puede apreciar que se siente agradecido por las acciones que su madre ha hecho con él, por lo que también se le dijo que le pida perdón por cosas que él considerara que fueran necesarias *“Mami perdóname por favor por a veces no ayudarte, por si hago algo que te molesta, por molestarte con mis alucinaciones...”* Se le preguntó a Mario si consideraba que su madre tenía algún defecto, aspecto que lo negó completamente, se le solicitó que se dé un tiempo a que lo piense y reflexione en su madre pensando si tiene algún defecto. Mario mostró una incomodidad al intentar pensarlo y terminó diciendo que no lograba encontrar nada imperfecto en su madre. Se le invitó a un nuevo ejercicio dentro de la silla vacía, llamado la exageración. Se le dijo que

mirándole a su madre le repita constantemente en voz alta “Mamá tu eres perfecta” Tras la repetición de esta frase se logró que Mario se escuche a sí mismo y reflexiones diciendo que su mamá no es perfecta, que había encontrado aspectos de ella que muchas veces eran limitaciones para ella, por ejemplo, mencionó que ella era muy terca y que eso hacía que tuviera limitaciones con otras personas, pero que él aceptaba que ella fuera así, porque siempre aceptaba todo lo que decía. Mario aceptó en ese momento la responsabilidad de que él acepta todo lo que su madre dice, a pesar de que no esté de acuerdo. También acepto el punto que su madre no es perfecta y que considera que es normal que no lo sea.

Al continuar con la terapia se le solicitó a Mario que se siente en el puesto de su madre, tomando desde su forma de sentarse hasta la manera de hablar. Se le dijo que él en ese momento dejaría de ser Mario y que sería su Mamá y que le diría a Mario todo lo que quisiera decirle... “*Mario eres un buen hijo, siempre me apoyas y estás conmigo... tienes que esforzarte más en los estudios*” Mario refiere que usted es perfecta, usted que dice de eso... “*Que no lo soy, soy una mujer terca que le gustan las cosas que se hagan a mi manera, solo que mi hijo siempre me apoya y no se da cuenta*” También dice que no puede estar bien si usted no está con él... Mario interrumpe y refiere que no quiero seguir, se le solicitó que respire y que lo intentara y menciona “*Mario yo no voy a estar siempre y tienes que aprender a cuidarte solo, yo voy a estar siempre para ti, pero hay en cosas que no puedo*”.

Mario en lo que respecta a su Madre tuvo cierta dificultad de reconocer la realidad de su madre y el cómo le afecta en el presente el contacto constante que tiene con ella. Aceptó la responsabilidad de que él quiere que su madre este siempre, pero que sabe que es algo que es imposible, incluso se puso de meta el intentar salir de casa para vivir solo. En adición, aceptó el punto que su madre no es perfecta, aspecto que se considera importante para futuras sesiones en

donde se hable de posibles relaciones de pareja frente al pensamiento que menciona que odia a las mujeres y que ninguna es perfecta como su madre. También se pudo ver un cambio de perspectiva en donde refirió que su madre no tiene relación con las alucinaciones, por lo que depende solo de él el tener la satisfacción y libertad de auto reflexionarlas para poder tener una libertad y expresarse para poder vivir.

Se realizó el mismo ejercicio con el padre. A comparación del ejercicio hecho con la madre se notó en Mario una tensión tras el inicio de este, por lo que se le preguntó si estaba bien y refirió que él sabe de lo que se trata el ejercicio y cree que va a ser difícil. Mario le mencionó a su padre que era un hombre bueno, que siempre había querido lo mejor para su familia, pero que no ha sido un buen padre para él, que él quisiera que además de ser una cabeza de familia sea su amigo. Mario en este ejercicio se pudo apreciar que tiene un fuerte resentimiento frente a su padre por la ausencia y la dureza que ha tenido con su hijo. Se le preguntó a Mario si quisiera agradecerle a su padre en algo, en lo que mencionó algunas cosas como *“gracias por darnos siempre todo lo que estaba a tu alcance, gracias por amar a mi mamá y a mi hermana”*, tras mencionar los agradecimientos se le preguntó si hubiera algo en lo que quisiera perdonarle a su padre y dijo que si, perdonándole por algunas situaciones mencionadas anteriormente. Al terminar esta parte del ejercicio, luego de un suspiro de alivio por parte de Mario se procedió a los cambios de puesto en donde el Padre de Mario mencionó todo lo que pensaba de su hijo, además de agradecerle y perdonarle. Al terminar el ejercicio Mario dijo *“Yo sé que esto no es real, pero siento que tras las cosas que supuestamente me dijo mi papá, si me quiere, es simplemente que él tiene otra forma de expresarlo a lo de mi mamá”*. Tras esta sesión Mario se dio cuenta y se hizo responsable de que sufría por como era su padre porque no entendía como él era realmente. Menciono que para poder cambiar el debería cambiar ciertas acciones que

satisficieran sus propias necesidades de contacto con el padre. Para poder cerrar el círculo con el padre se trabajó con cada una de las emociones que Mario expresaba, ver la necesidad que esta emoción traía en él y buscar la manera para poder satisfacerlas. En sesiones siguientes mencionó que no había logrado hablar con el padre directamente, pero que él como Mario ya había cambiado ciertas actitudes con él que habían hecho que su relación mejorara.

Se continuaron los ejercicios con el tema de los hermanos, en donde mencionó *“Mi hermano es un poco especial, yo siento que en muchas ocasiones se abusa de mi mamá, especialmente en la parte económica... yo me porto tranquilo con mi hermano para no hacer problema, pero siempre se enoja con mi mamá y le hace sentir mal... siempre está compitiendo con mi hermano... muchas veces me desespera porque no me respeta y tampoco respeta a mi mamá”* Se siguió el mismo procedimiento de la silla vacía en donde Mario se dio cuenta de las diferencias normales que tenía con su hermano, el que a pesar de que en muchas ocasiones no se lleven bien sabe que es su hermano y que eso hará que siempre estén juntos. De igual manera se hizo responsable de todos los daños realizados a su hermano, además de pedirle perdón, perdonarle y agradecerle por ser su hermano. Se trabajó de igual manera con el darse cuenta de las emociones que su hermano traía en él, con el objetivo de que al igual como fue con el padre se dé cuenta de sus necesidades y satisfacerlas, por ejemplo *“quiero poder hablar más con él”*

Para finalizar la fase de la familia refirió *“Mi hermana tiene 11 años, le quiero mucho, pero me cuesta verle crecer... como que ahora ya se nota que está creciendo y tengo mucho miedo que le hagan daño si sale con algún niño que la trate mal... y tiene complejo de psicóloga porque le gusta mucho ayudar a la gente... reconozco que la protejo mucho, pero no quiero que le miren, no quiero que le hagan daño”* Con el mismo procedimiento Mario se dio cuenta que debía aceptar el crecimiento de su hermana que ambos entendían que era normal que se

preocuparan mutuamente de ambos, pero que lamentablemente existen ocasiones en las que por más que él le quiera proteger a su hermana, no siempre será posible, además que necesita en muchas cosas vivir para poder crecer y madurar.

Al finalizar la fase de la familia Mario se mostró feliz mencionando que se había dado cuenta muchas cosas de su familia, él consideraba que había muchas cosas que estaban en sus manos para mantener una buena relación, debido que ahora reconoce que es responsable de muchas acciones que suceden en la familia, las que puede cambiar para poder mantener una mejor relación, sin embargo al mismo tiempo conocía que habían cosas que no estaban en sus manos y de las cuales no se puede hacer responsable.

CUARTA FASE .

Mario refiere que una de las grandes limitaciones que siente en su desarrollo es en el área social, como se ha mencionado narra *“Nunca he sido muy bueno con los amigos, yo sólo tengo un amigo sincero que es mi primo y confió en el porque lo conozco desde que nació y sé que no me va a traicionar. Cuando era pequeño en el recreo yo siempre pasaba solo y me cuentan que peleaba mucho con los niños porque no quería que se me acercaran.. Ahora en la universidad siempre hago los trabajos solo y es algo que en muchas ocasiones me limita porque en mi carrera hay muchas cosas que tengo que hacer con mis compañeros y me cuesta mucho trabajar y confiar en ellos... No me veo en mi vida en una relación de pareja, lo que quisiera algún día es adoptar a un hijo como padre soltero”*.

En esta fase de la terapia se trabajaron algunos ejercicios con el objetivo de que Mario mejore el contacto con las personas, además de mejorar esa angustia anticipatoria y miedo de estar con la gente. Desde la primera sesión se trabajó en las relaciones sociales al aceptar el

seguir un tratamiento en donde debía contarle a una persona desconocida sus pensamientos, emociones e ideas. Esto se trabajó a través de la empatía, relación terapéutica genuinidad y la autoreflexión de Mario.

Se trabajó aquí con Mario con los círculos no cerrados, en donde se aprecia las emociones y sentimientos que no han sido resueltos (Martín, 2007). Dentro de esto se consideró importante trabajar con el significado del miedo y de la angustia para Mario en donde el logre descubrirla y analizar qué es lo que hace que cosas no específicas dentro de las relaciones sociales llegue a ser tan dificultoso para él (Martín, 2007). El círculo no cerrado expuesto en esta fase es la angustia y miedo de Mario para entablar relaciones. Tras ejercicios de ojos cerrados se trabajaba con el nivel de angustia, en la que se aprecia cambios en la respiración de la persona y aumento a nivel cardíaco (Martín, 2007) que llegaba a tener tras el imaginarse estar en una situaciones estresante, por ejemplo el tener que hacer un trabajo con sus compañeros. De igual manera, se trabajó con el objetivo que en técnicas de relajación experimentará distintas situaciones de relaciones sociales que sean tanto satisfactorias como consideradas como amenazadoras. El objetivo de estas era que Mario notara las necesidades tanto emocionales, mentales y del cuerpo que le lleven a sentirse a gusto dentro del contacto con las personas. Por ejemplo, una satisfactoria en donde trabajaba con sus compañeros de manera tranquila, en donde todos aportaban y él se sentía seguro en su ambiente. Mientras que una situación amenazante sería el que al realizar un trabajo universitario se cree un conflicto, en donde se vea directamente engañado y afectado. Para poder ver su existía un cambio en la autoreflexión de Mario y en el darse cuenta se trabajó con una escala cuantitativa en donde se le preguntó cuál era su nivel de angustia en el momento en que se inicia el ejercicio y luego su nivel al final para poder comparar un cambio. Esta angustia es conocida como angustia anticipatoria en donde la persona no conoce

lo que sucederá, pero se predispone a un miedo (Martín, 2007). Al inicio de estos ejercicios sus niveles de angustia y miedo comenzaron en 8, 5 y al finalizar terminaron en 3, aspecto que se considera positivo. Se considera que dentro del ejercicio Mario autoreflexionó frente a emociones y necesidades que le ayudan a darse cuenta de su situación social y de las modificaciones en las acciones que debe realizar para encontrar su sí mismo y poder trabajar en el contacto con las otras personas. Con la misma técnica de imaginación se trabajó con situaciones estresantes y tranquilas a futuro, para poder ver como Mario reaccionaría de aquí a 10 años. Tras los ejercicios realizados antes Mario mostró una mejora significativa en nivel de angustia desde 7 a 3. Si bien es importante, el aquí y el ahora, la terapia existencial menciona que el futuro es parte de la vida y es importante el auto proyectarse en situaciones que pueden provenir, aceptando la realidad que proviene como parte de la vida.

Dentro de la terapia Gestalt se considera también importante el poder vivenciar lo que se está sacando de las sesiones, por lo que luego se trabajó en juego de roles, en donde tanto él como yo de terapeuta hacíamos papeles, ya de una manera más vivencial con el objetivo de poder trabajar mejor con la gente. Dentro del ejercicio de roles se iban identificando emociones, miedos y necesidades, tales como el miedo a la gente, para ver formas cómo puede cerrar el círculo para satisfacer la necesidad de en este caso de poder compartir mejor con la gente. En adición, Mario al finalizar cada sesión se ponía metas sociales que debía narrar en la próxima sesión. Mario al finalizar esta fase del tratamiento considera que se siente más a gusto ahora dentro de la universidad y sus compañeros, sin embargo menciona que no se siente preparado para una relación significativa, como el tener un mejor amigo o una novia. Refiere tener menos miedo y angustia al estar con la gente, especialmente se enfoca en trabajar la angustia

anticipatoria que en muchas ocasiones le hace tener pensamiento incongruentes de la gente y cómo quisiera la gente hacerle daño.

QUINTA FASE .

En la terapia existencial se considera que la muerte es parte de la vida y que debe ser aceptada. Uno de los asuntos que Mario consideraba como asunto pendiente es el tema de la muerte y de la pérdida de sus seres queridos.

Narra la situación en donde su abuela fallece por negligencia médica mencionando que hasta ahora no aceptaba la pérdida. Muestra también pensamientos incongruentes que no le dejan aceptar la realidad, mencionando que ningún médico es bueno, por lo que él espera salvar las vidas que no pudieron salvar con su abuela. Se aprecia aquí un duelo inconcluso, por lo que se trabajó en la rabia y tristeza que Mario tenía, se analizó el significado de estas emociones tras la pérdida de su abuela y lo que implica el continuar aceptando la muerte de su abuela y continuando con el crecimiento de su sí mismo. Se realizó ejercicios de ojos cerrados en donde Mario visualizó a su abuela, habló con ella, se despidió y le agradeció. Luego se realizó ejercicio de silla vacía con el objetivo que Mario hable con el doctor de su abuela, en donde este le contara sus experiencias. Mario Finalmente perdona al doctor y acepta que hay cosas que un doctor puede hacer, pero que hay cosas que se encuentran fuera de sus manos. Acepta también la responsabilidad de él ser a futuro un doctor que espera poder hacer las cosas lo mejor posible, aceptando que es un ser humano que se puede equivocar.

Se trabajo con ejercicio de ojos cerrados e imaginación con la muerte de cada uno de los miembros de su familia, incluso la de Mario en caso de que muera antes, viendo cual sería la

reacción de su familia. La terapia fue positiva para Mario, acepto que la gente muere, que existen momentos en los que se está más preparado para ver partir una persona. Por ejemplo dice, *“creo que me costaría mucho aceptar que se muera ahora mi hermana, pero cuando la vida va pasando las circunstancias son distintas... algo que me hace sentir mucho mejor, es que a pesar de que entiendo que la muerte es algo que no sabemos... creo que no quiero temerle más”*

FASE ACEPTACION DE SU PROPIA REALIDAD.

Mario al iniciar el proceso mostraba altos niveles de ansiedad, ansiedad que dentro de la terapia gestalt es vista como una forma de excitación que lleva a la persona a desear una homeostasis para terminar en una gestalt (Martín, 2007). Al finalizar el tratamiento se llegó en conjunto a Mario a conclusiones de cada fase. Frente a la fase de alucinación mencionó que tal vez sin medicación nunca deje de ver lo que ve, sin embargo a aprendido a reconocer las emociones y necesidad que están trae, además de vivir con ellas y a aprender de ellas, *“no son tonteras que solo veo, veo porque tienen algo que ver conmigo”*.

En la fase familiar refiere sentirse en paz ahora en su hogar, refiere querer una mayor autonomía con respecto a su madre y una mejor relación con su padre. En el área social refiere sentirse aún limitado a ciertas cosas, debido a que en ocasiones siente una fuerte angustia al no conocer qué es lo que va a ocurrir con las demás personas. Lo que menciona importante es que a aprendido a reconocer sus emociones, tratando de trabajar con ellas, con el objetivo de que no afecten en su crecimiento, al contrario de que sean una aportación para su auto reflexión y conocimiento de su sí mismo.

Con respecto a la muerte, menciona aceptarla pero respetarla. Refiere que es un dolor normal cuando una persona querida se va, sin embargo que en especial con el caso de su madre seguirá adelante.

CONCLUSIÓN

A pesar de que no se conocen datos empíricos que sustenten la terapia humanista dentro de los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide, se pudo ver que a un cliente sin darle un diagnóstico ni tratamiento farmacológico logró darse cuenta de emociones que él no conocía, de igual forma logró darle un significado a estas emociones creando un significado para sí mismo, con el objetivo de que cumpla sus necesidades tanto emocionales, mentales y corporales. Tras la autoreflexión realizada por Mario tras cada sesión y en especial la última sesión se pudo ver cambios de actitudes que guían a Mario a cerrar círculos, tanto con respecto a las alucinaciones, como es con su familia y ambiente social. De igual forma recalando lo que menciona la terapia humanista de que el ser humano es sano, se pudo comprobar un gran nivel de autoreflexión, en donde Mario reflexionaba frente a sus vivencias, creencias, experiencias y emociones, además de querer realmente un cambio para llegar a la integridad de sí mismo.

Se considera que hubo algunas limitaciones, como por ejemplo, el que no se realizó una evaluación estandarizada del tratamiento en donde se pudiera ver el cambio, por lo que el único cambio que se puede apreciar es el mencionado por el cliente. Luego la información brindada proviene sólo por parte del cliente, mientras que hubiera sido adecuado el tener información tanto del cliente como de su núcleo familiar, con el objetivo de tener mayor información de la dinámica.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, Dc, American Psychiatric Association, 2000.

Ablond, J.S. & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.

Assay, T. & Lambert, M. (2008). Therapist relational Variables. *Humanistic Psychotherapies*. Washington: American Psychology association.

Beck, A. Freeman, A (1999). Cognitive Therapy of personality disorder. Nueva York, Guilford Press.

Belart & Ferrer (2008). El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia. Sevilla: Desclée De Brouwer.

Bernstein, D. Useda, D. & Siever, L. (1993). Paranoid Personality disorder: Review of literature and recommendations for DSM- IV. *Journal of Personality Disorder*, 7, 53-62.

Cain, D & Seeman, J. (2008). Humanistic Psychotherapy: Handbook of research and practice. American Psychological association: Washington, DC.

Durand, V & Barlow, D. (2007). Psicopatología; Un enfoque integral de la psicología anormal. Australia: ed Thomsom.

Elliot, R. (2008). The Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In D. Cain, & J. Seeman (Ed.), *Humanistic Psychotherapies : Handobook of Research and Practice* (4th Edition ed., pp. 57-81). Washington DC: Cain Seeman

- Flachier, J. (1995). Rorschach: Interpretación formal. Ediciones de la pontificia Universidad Católica del Ecuador: Quito.
- Gaston, L. (1990) . The concept of the Alliance and its roles psychotherapy: Teoretical and empirical considerations. *Psychoterapy*, 27, 143-153.
- Jerez, S. Alvarado, L. Paredes, A. Montenegro, A. Montes, C & Vebegas, L. (2001). Programas de trastornos de personalidad de la Clínica Psiquiatra Universitaria: Un enfoque multidisciplinario. *Revista Chilena de neuro-psiquiatria* 39(1): 69-76.
- López, A., Paino, M., Suárez, P., Inda, C., Lemos, S. (1996). Alucinaciones en porblación normal: Influencia de la imaginacion de la personalidad. *Psicothema Vol 8*: 260- 278.
- Martínez & Santelices (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psykhe, Vol 14*. (181-191).
- Meissner, W. (2001). Paranoid Personality disorder, en G.O Gabbard (editor), treatment of Psychiatric disorders (Vol 2) (3a. ed.) (pp.2227-2236). Washington, DC, American psychiatric publisher.
- Miller, W.R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problems drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.
- Najavits, L.M., Stupp, H. (1994). Difference in the effectiveness of psychodynamic therapies: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- Orlinsky, D. Grawe, K & Park, B. (1994). Process and outcome in psucotherapy. In S. L Grafield & A.E. Bergin (ed), *Handbook of psycithery and behavioir change* (\$th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.

- Orlinsky, D. Grawe, K & Parks (1994). Process and outcome in psychology therapy-noch animal. Handbook of psychotherapy and behavior change (pp257-310). New York: Willey.
- Phillip, J. (1984). Influence on personal growth as viewed by former psychotherapy patients. *Dissertation Abstract international*, 46, 2820B
- Phillip, K, Albertini, R & Rassmunsen, S. (2000). Personality disorders, en M. H. Kryger, T. Roth & W.C Dement (Editores), Principles and practice of sleep medicine (3a. ed., pp. 795-823). Philadelphia, W. B. Saunders.
- Prouty, G. (2008). In Cain, J. (2008). Humanistic Psychotherapy: Handbook of research and practice. American Psychological association: Washington, DC.
- Raskin, J. D. (1993). Personal construct theory and the argument against mental illness. *International Journal of Personal COnstruct Psychology* (6), 351-369
- Rouff, L. (2000). Schizoid personality traits among the homeless mentality ill: an quantitative and qualitative report. *Journal of social distress and the homeless* 9, 127-141.
- Schneider, K (1985). Client's perception of the positive and negative characteristics of their counselors. *Dissetation Abstract International*, 45(10)3345B.
- Stone, M. (2001). Schizoid and schizotypal personality disorder, Treatment of Psychiatric disorder (Vol. 2) pp. 2237-2250. Wachington DC, American psychiatric association
- Strupp, H. Fox, R. & Lessler, K. (1969). Patient view their psychotherapy. Baltimore: J.H University.

Tyrer, P & Davidson, K. (2000). Cognitive therapy for personality disorder, en J.G. Gunderson y G.O Gabbard. Psychotherapy for personality disorders (pp.131-149). Washington, D.C, American Psychiatric association

Yalom, I. (1980). Existencial Psycotherapy. New York: Basic Book.