

ESTUDIO CUALITATIVO DE CASO ÚNICO

**ANÁLISIS CUALITATIVO DEL ENCUENTRO TERAPÉUTICO EN EL CASO DE UN
PACIENTE CON RASGOS ESQUIZOIDES**

DAVID ARRIETA LÓPEZ

DIRECTORES:

ALBERTO DE CASTRO CORREA

GUILLERMO GARCÍA CHACÓN.

BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA- PROFUNDIZACIÓN CLÍNICA

2017

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. ÁREA PROBLEMÁTICA	5
3.1. Preguntas guías	7
3.2. Historia clínica del paciente.....	7
3.2.1. Identificación del paciente	7
3.2.2. Datos de los padres.....	8
3.2.3. Motivo de consulta.....	9
3.2.4. Descripción sintomática	9
3.2.5. Historia personal	10
3.2.6. Historia familiar	11
3.2.7. Genograma	12
3.2.8. Proceso de evaluación	13
3.3. Conceptualización y categorización diagnóstica	15
3.4. Descripción detallada de las sesiones	16
3.4.1. Primera sesión. Entrevista con los padres E.P.C. (marzo 4 del 2016).....	16
3.4.2. Segunda sesión. Primera entrevista con E.P.C. (marzo 11 del 2016).....	19
3.4.3. Tercera sesión (abril 15 del 2016).....	21
3.4.4. Cuarta sesión (abril 22 del 2016)	24
3.4.5. Quinta sesión. (mayo 13 del 2016).....	26
3.4.6. Sexta sesión (mayo 27 del 2016).....	27
4. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	29

4.1. Ansiedad, supuestos básicos de la existencia, deseo y voluntad	29
4.2. Personalidad y proceso experiencial del esquizoide desde la psicología fenomenológica existencial	31
4.3. Personalidad esquizoide según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	34
4.3.1. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad.....	35
4.4. La relación terapéutica como encuentro	36
4.5. Saberes del terapeuta.....	37
4.6. La sesión terapéutica: el aquí y el ahora	40
4.7. Técnicas existenciales de intervención	42
4.7.1. Invocar lo actual	42
4.7.2. Vivificar y confrontar las resistencias	43
4.7.3. Creación de sentido	43
4.7.4. Presencia.....	44
5. ANÁLISIS DEL CASO (DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN)	48
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	53
7. LISTA DE REFERENCIAS.....	56
8. ANEXOS.....	60

1. INTRODUCCIÓN

Desde la psicoterapia fenomenológica existencial, la relación terapéutica existe bajo la cualidad de un contexto particular definido por la relación intersubjetiva entre el psicoterapeuta y el paciente, o coagente como diría Romero (2003); situación relacional en la que se encuentran, fenomenológicamente hablando, inmersos, inevitablemente, paciente y terapeuta, a lo largo de la terapia. “según la psicoterapia existencial no hay experiencia humana desligada de la total orientación de la persona en el mundo y del valor y significado que ésta pretenda reafirmar o preservar” (De Castro & García, 2011, p. 154). En este sentido, la preocupación por descubrir el centro existencial del paciente y los valores concretos en los que está centrado, es la pretensión de la psicoterapia fenomenológica existencial (De Castro & García, 2011) que comprende que el Dasein es un proyecto existencial que se lanza en un espacio de significados que construye (López, 2017).

El presente estudio cualitativo de caso único tiene la pretensión de generar comprensión teórico-práctica sobre la importancia de la relación dialéctica y psicoterapéutica como base de la psicoterapia fenomenológica existencial; utilizando como recurso metodológico, el estudio de caso a través del cual se propende inmiscuir al lector en el mundo fenomenológico de estructuras significativas, que se forma en la relación entre coagente (paciente) y terapeuta y que en palabras de Ponty (1962) se conceptualiza como un encuentro genuino entre éstos dos.

Es por todo lo anterior que, en el presente trabajo orientado desde la psicología fenomenológica-existencial se aborda la comprensión de la importancia del encuentro terapéutico en el caso de un paciente con rasgos de personalidad esquizoide en donde la presencia y el encuentro terapéutico son fundamentales porque logran ejercer un efecto

significativo en el paciente ya que, a través de ambos, logran relacionarse, terapeuta y coagente de existencia a existencia.

2. JUSTIFICACIÓN

El vacío existencial y la falta de sentido en el mundo actual ha ido en aumento y se ha extendido hasta estructurarse como diría May (2000) “un mundo esquizoide”. Cada vez es más evidente en el ser, la incapacidad de crear relaciones significativas a pesar de que cuenta con la plena consciencia y la absoluta libertad y responsabilidad para hacerlo (May, 1977).

Inmersos en un mundo donde cada vez importa menos la falta de tiempo para crear y/o fortalecer los vínculos con las personas que nos rodean y donde cada vez se hace más notorio el distanciamiento del contacto humano que desencadena en un mundo de relaciones apáticas del que ni siquiera a veces, tenemos consciencia; quizá sea lo que haga que continuemos estructurando una forma de ser-en-el-mundo con una condición esquizoide (May, 2000). El esquizoide vivencia una desconexión del ser con las relaciones interpersonales y un déficit significativo de la capacidad de expresión afectiva; generalmente se ven a sí mismos como personas autosuficientes y experimentan la sensación de estar desconectados del mundo (Penado & González, 2015; Martens, 2010; Oldham et al., 2007).

La estructura existencial del ser como ser-en-el-mundo es lo primero que debe captarse y esclarecerse a la hora de comprender la psicopatología; entendida existencialmente como un intento desesperado y forzado del ser por adaptarse, por preservar su propio centro y su propia existencia y es precisamente este intento desenfrenado de adaptación lo que hace que aparezcan síntomas patológicos (May, 1963; De Castro & García, 2011).

El análisis existencial pretende examinar y describir la manera en la que el ser percibe y experimenta el mundo (Binswanger, 1977). La función del psicoterapeuta existencial consiste en ayudar al paciente a que experimente su existencia como real a través del encuentro que se propicia en la relación terapéutica en donde se busca comprender cada experiencia del paciente

desde su propia perspectiva de existencia (Van, 1966). Como resultado de este proceso dado en el encuentro íntimo y fenomenológico, ocurre la disminución gradual y cura de los síntomas (May, 1977). Gracias a ese encuentro auténtico y genuino entre el terapeuta y el paciente es donde en conjunto, logran construir la comprensión del paciente como ser-en-el-mundo a partir de esa experiencia inmediata, directa y presente que vivencian en el encuentro de ambas existencias (De Castro & García, 2011; May, 1977)

Este análisis cualitativo de estudio único de caso, está orientado a brindar un aporte significativo acerca de la importancia de la presencia y el encuentro existencial entre el terapeuta y el paciente en la práctica de la psicología clínica, intentando contribuir a anexar una mirada alterna a la praxis de la intervención con pacientes con rasgos o personalidad esquizoide, comprendiendo que si el paciente logra vivenciarse como centro de su propia existencia y logra experimentar su propio mundo en el encuentro con el terapeuta, podrá extrapolar este logro suscitado al interior de ese encuentro presente, a otras áreas de su vida.

3. ÁREA PROBLEMÁTICA

La personalidad esquizoide es poco frecuente en los entornos clínicos. Investigaciones de la *National Comorbidity Survey Replication* sobre la estimación de la prevalencia de la personalidad esquizoide sugiere una tasa del 4.9% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); datos similares a los referidos por la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* del 2001 y 2002 que sugieren una tasa del 3.1% (Grant *et al.*, 2004). Gradillas, (2002) señala que hay mayor prevalencia de este tipo de personalidad en hombres que en mujeres y que es más frecuentes en familiares de pacientes esquizofrénicos y esquizotípicos. En el mismo sentido, un estudio sobre la prevalencia del tipo de personalidad esquizoide en estudiantes universitarios de Colombia, encontró que el tipo de personalidad esquizoide, al igual que lo constata el DSM-V, es poco frecuente en general y a diferencia de lo encontrado por Gradillas (2012) que en su estudio sobre la prevalencia del trastorno de la personalidad esquizoide reflejó que en las mujeres colombianas se duplica su prevalencia y que los grupos de edades donde más se presentaba eran entre los 23 y los 27 años, seguido por el grupo de entre 18 y 22 años (Ferrer *et al.*, 2015).

En la personalidad esquizoide se vivencia una desconexión del ser con las relaciones interpersonales y un déficit significativo de la capacidad de expresión afectiva; generalmente se ven a sí mismos como personas autosuficientes y experimentan la sensación de estar desconectados del mundo, aspecto que los lleva a evidenciar una muy marcada tendencia al aislamiento y a la soledad (Penado & González, 2015; Martens, 2010; Oldham *et al.*, 2007; Millon & Davis, 1998).

Este estudio cualitativo de caso único presenta el caso de un paciente con rasgos esquizoides. El coagente, a quien por consideraciones ético-legales se denominará bajo el pseudónimo de E.

C. P., es un adolescente de 17 años con rasgos esquizoides, que fue remitido al Centro de Atención Integral para la Familia, Santa Rosa de Lima con sede en la ciudad de Barranquilla, departamento del Atlántico, Colombia por sus dificultades a nivel relacional, su aislamiento significativo y su desinterés y apatía (y al mismo tiempo temor y deseo) frente a la posibilidad de interacción con los otros; aspectos que han desfavorecido distintas áreas de su vida, deteriorándose de esta manera, su salud física, emocional y mental y principalmente sus áreas familiar, social y escolar en general.

Durante el desarrollo de cada sesión terapéutica, E.C.P. (coagente) y psicoterapeuta ahondaron en las raíces más profundas de la existencia misma y sigilosamente y con mucho cuidado fueron adentrándose en cada uno de los supuestos básicos o preocupaciones esenciales que ineludiblemente hacen parte de la existencia del ser-en-el-mundo: la libertad, la muerte, la carencia de un sentido vital y el aislamiento (Yalom, 2010); aspectos que se podrán contemplar, uno a uno, en la descripción de algunas de las sesiones terapéuticas que se referirán en este documento.

La pregunta orientadora que ha erigido este trabajo es: ¿Cómo el encuentro terapéutico centrado en el aquí y el ahora entre el terapeuta y el coagente y la presencia del psicoterapeuta pueden potencializar la comprensión del mundo interno y privado de un joven con rasgos de personalidad esquizoide, el conocimiento de los valores que éste autoafirma y la captación de la estructura experiencial a partir de la cual vivencia el mundo?, atendiendo esta pregunta, el concepto de encuentro entre el coagente y el psicoterapeuta adquiere vital importancia porque se convierte en un espacio genuino donde puede promoverse en el paciente el desarrollo de sus potencialidades de ser (De Castro & García, 2011) y es así como el encuentro va adquiriendo importancia en la mejoría del paciente; cuando la valoración positiva del terapeuta, por ejemplo,

se va convirtiendo en autoestima para el paciente y la intimidad con el terapeuta en disposición para entablar nuevas relaciones con otros porque ahora el paciente ha logrado vivenciarse como un ser capaz de formar relaciones, hecho que gradualmente alcanza en el encuentro con su terapeuta (Yalom, 2008) porque ahora éste forma parte de su campo relacional y experiencial (May, 1977).

3.1. Preguntas guías

- ¿Cómo el encuentro terapéutico centrado en el aquí y el ahora entre el terapeuta y el coagente pueden potencializar la comprensión del mundo interno y privado de un joven con rasgos de personalidad esquizoide?
- ¿Cómo la presencia del psicoterapeuta puede potencializar la comprensión del mundo interno y privado de un joven con rasgos de personalidad esquizoide?
- ¿Cómo la presencia y el encuentro del psicoterapeuta puede potencializar el conocimiento de los valores que un joven con rasgos de personalidad esquizoide autoafirma y la captación de la estructura experiencial a partir de la cual vivencia el mundo?
- ¿Cómo los saberes del terapeuta: saber acoger, saber acompañar, saber escuchar y saber ser empático favorecen la apertura de un paciente con personalidad esquizoide frente al encuentro íntimo con el terapeuta?

3.2. Historia clínica del paciente

3.2.1. Identificación del paciente

Por cláusulas de confidencialidad se omitirán aquellos datos que puedan vulnerar la privacidad e intimidad del paciente.

- Nombre: E. C. P.

- Fecha de Nacimiento: 2 de marzo del 2000.
- Edad: 17 años.
- Sexo: Masculino.
- Escolaridad: Bachiller. Décimo grado.
- EPS: Coomeva.
- Hermanos: Dos hermanos (un hermano y una hermana).
- Con quien vive actualmente: figuras parentales y hermanos.
- Estado Civil: Soltero.
- Remitido por: Institución educativa.

3.2.2. Datos de los padres

Nombre de la Madre: L. P. I.

- Edad: 43 años
- Fecha de nacimiento: 30 de octubre de 1972
- Ocupación: Licenciada en Idiomas
- Escolaridad: Posgrado
- Estado civil: Casada
- EPS: Sura

Nombre del Padre: E. C. V.

- Edad: 43 años
- Fecha de nacimiento: 4 de abril de 1973
- Ocupación: Ingeniero eléctrico
- Escolaridad: Posgrado

- Estado Civil: Casado
- EPS: Sura

3.2.3. *Motivo de consulta*

El paciente es remitido a proceso psicoterapéutico por uno de los líderes psicorientadores de su institución educativa. El paciente acude con sus figuras parentales al Centro de Atención Integral para la Familia, Santa Rosa de Lima textualmente el siguiente motivo de consulta:

“Mi hijo no ha sido buen estudiante desde pequeño y siempre ha tenido resistencia para ir al colegio. Perdió dos años en primaria porque su rendimiento académico siempre ha sido deficiente. E.P.C. fue diagnosticado con hipotonía muscular y el médico le mandó unos ejercicios, pero él no los hace porque a él solo le gusta estar sentado jugando video juegos con su X-box todo el día; no tiene interés por más nada. No es capaz ni de ordenar su propio cuarto, siempre me toca recogerle la ropa que deja en el piso porque siempre que le digo que ordene las cosas me dice que después lo hace, es muy flojo y desordenado. Yo le digo que tiene que cambiar, pero no lo hace. No se asea bien, es desobediente, irresponsable y para todo tiene mala actitud”. Refiere la madre.

“No entendemos por qué E.P.C. es tan rebelde, grosero y vulgar, me molesta oírlo hablar y por eso lo regaño fuerte y lo castigo quitándole el X-box”. Refiere el padre. “Me siento solo y sin nadie que me entienda, ellos (refiriéndose a los padres) no me escuchan y siempre le dan el lado al colegio, por eso me porto así. Cuando me regañan me ofenden, me dicen desordenado, atrevido, irresponsable flojo y sucio y quieren que mis notas sean perfectas (refiriéndose a los padres). Sus palabras son muy hirientes y me alejan de ellos. Me obligan a ir a la iglesia cuando saben que a mí eso no me gusta y siempre me comparan con mis hermanos. Yo siempre ando solo y estoy solo y cuando pienso en eso me pongo muy triste, sobre todo cuando recuerdo mi niñez. Un día Yo estaba en recreo y estaba sentado solo y la psicóloga del colegio pasó y me preguntó que por qué estaba tan solo y triste, le conté que tenía problemas con mis padres y compañeros y ella me dijo que me remitiría a un psicólogo y por eso vine aquí”. Refiere E.P.C

3.2.4. *Descripción sintomática*

Paciente adolescente de 17 años de edad que consulta por irritabilidad, dificultades a nivel relacional con pares y familiares, apatía frente al establecimiento de relaciones interpersonales, pauta de relaciones interpersonales caracterizadas por agresividad y desinterés, no seguimiento de instrucciones y normas, dificultades en la identificación de figuras de autoridad y pautas de descuido personal que afectan autoimagen y deterioran relaciones con figura materna principalmente. A nivel escolar presenta bajo rendimiento académico y dificultades disciplinarias reiterativas, además de relaciones interpersonales deterioradas con sus pares académicos. A nivel

familiar presenta dificultades con figuras parentales, asociadas a no seguimiento de normas familiares y por irresponsabilidad significativa frente a sus deberes académicos. A nivel personal, manifiesta aislamiento significativo, sensación de soledad y vacuidad, sensaciones de minusvalía y desvalorización principalmente vivenciadas frente a la relación con sus padres. Presunta pauta adictiva a video juegos como forma de enfrentar su sensación de vacuidad y soledad y sus dificultades en las relaciones con pares y familiares.

3.2.5. Historia personal

Paciente de 17 años de edad con dificultades actuales asociadas principalmente a aislamiento significativo y pautas relacionales caracterizadas por ligera agresión e indiferencia hacia los otros. A nivel familiar, refiere problemas en la relación con sus figuras parentales quienes se muestran preocupados por el estado actual del paciente. A nivel escolar se observa, bajo rendimiento académico, pérdida escolar reiterativa y dificultades disciplinarias causadas por el no reconocimiento de figuras de autoridad por parte del coagente. A nivel social se evidencia aislamiento y sensación de soledad significativos que no favorecen desarrollo psicoafectivo del paciente. Las relaciones sociales de E.P.C. están caracterizadas por indiferencia y apatía frente a los otros; el paciente ha manifestado la preferencia de permanecer solo y aislado de los demás y para eso incurre a los video juegos. Se evidencia inadecuado manejo de irritabilidad, principalmente asociada a niveles bajos de tolerancia a la frustración que no favorecen respuestas emocionales y comportamentales del paciente. Al indagar a las figuras parentales por el desarrollo epigenético del paciente, éstos refieren que su embarazo fue normal y sin ningún índice de riesgo y que desde la primera infancia prefiere las actividades que no requieran de la interacción con otros, tales como los video juegos frente a los que presuntamente, presenta pauta adictiva. A nivel del autoconocimiento, el paciente se reconoce como un joven irritable, con

dificultades en el manejo de sus emociones, principalmente de los estados de ira a los que no logra darles adecuado manejo y que lo han llevado a tener dificultades a nivel social, familiar y escolar. E.P.C. refleja pautas inadecuadas de autocuidado en donde no es consciente de su desaseo personal; aspecto que ha afectado significativamente su autovaloración y que reflejan bajos niveles de responsabilidad frente a sí mismo y frente a su desarrollo personal. También manifiesta irresponsabilidad frente a la realización de sus deberes familiares y escolares; aspecto que deteriora la interacción con sus figuras parentales y profesores. E.P.C. no es consciente de su problemática actual y alude como causa de todas sus dificultades, a sus figuras parentales quienes, según refiere, lo obligan a obtener resultados académicos y sociales que él no prefiere, por ejemplo, lo obligan a asistir a las reuniones dominicales de una institución religiosa a la que pertenecen, irrespetando que el paciente ha decidido ser ateo por la correspondiente afinidad que siente por esa corriente.

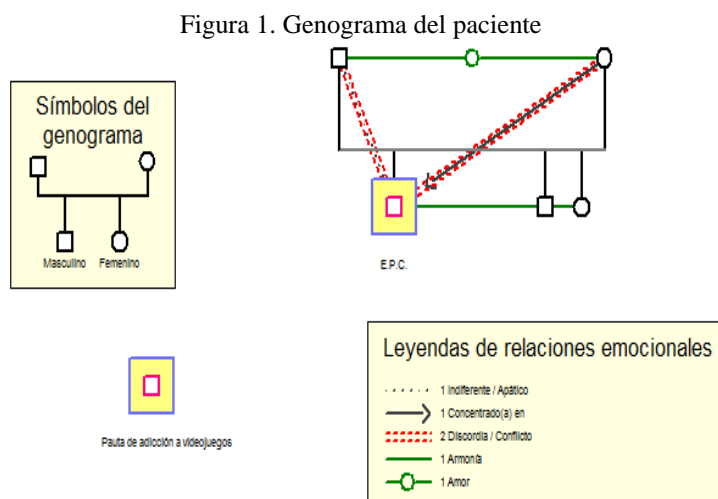
3.2.6. Historia familiar

Paciente inmerso en sistema familiar nuclear, biparental, donde se evidencia el cubrimiento de las necesidades básicas de todos los miembros del sistema. Subsistema conyugal con dificultades en los niveles de comunicación que se evidencian en la contradicción del establecimiento de las normas familiares creadas al interior del subsistema parental. En cuanto a la estructura familiar, se evidencia adecuada organización y repartición de roles familiares. Las figuras parentales presentan dificultades en el establecimiento de normas, límites, castigos y premios; aspecto que no ha favorecido el desarrollo psicoafectivo de los hijos de este núcleo y principalmente del paciente quien no reconoce a sus padres como figuras de autoridad y amor y con los que se relaciona a través de pautas negativas, desafiantes y ligeramente agresivas.

En relación al subsistema fraternal, donde el paciente es el mayor de tres hermanos, dos varones y una mujer; se evidencian adecuadas pautas de relacionamiento familiar, aunque se observa que los padres incurren en comparación reiterativa del paciente con sus dos hermanos, generándole así, sensación de descalificación, minusvalía y desesperanza.

A nivel del subsistema parental, tanto paciente como sus figuras parentales, denotan dificultades en su relación debido a problemática actual del coagente en quien se evidencia actitud desafiante y retadora frente a sus padres, quienes manifiestan una constante preocupación por el estado de aislamiento de su hijo, sus dificultades académicas y disciplinarias y por su actitud desafiante al interior del sistema familiar en donde no sigue normas ni instrucciones. Se evidencia en figuras parentales, según relata el paciente, pautas de corrección escasas en asertividad y definidas por maltrato verbal y uso de palabras descalificativas hacia el paciente; que reflejan en figuras parentales sobrecarga emocional significativa e inadecuado manejo de las emociones suscitadas por problemática actual del paciente.

3.2.7. Genograma



Fuente: elaboración propia

3.2.8. *Proceso de evaluación*

Para adentrarnos en la comprensión del proceso experiencial que vivencia E.P.C. hay que comenzar por clarificar cómo experimenta, asume y participa de su propia experiencia, es decir, tener en cuenta como se relaciona con sus deseos, con sus valores, con su voluntad, con su intencionalidad, con su sentido y/o significados, para de esta forma apuntar a la comprensión de la estructura de base afectiva que le da sentido a su experiencia (intencionalidad) y apuntar descubrir el o los valores afirmados y las ganancias afectivas que está obteniendo al mantener, participar y ser responsable de la sintomatología que presenta.

E.P.C teme a la relación con los otros, usa su voluntad para negar sus deseos de relacionamiento y su falta de contacto es el modo de relacionarse con los demás porque así evita cualquier posibilidad de involucrarse y de relacionarse íntimamente con alguien; es por tal motivo que se ha convertido en un joven frío, distante, apático, desafiante y que muestra desapego. Lo anterior le genera como consecuencia, las sensaciones vacías de insignificancia, impotencia, frustración, insatisfacción, desesperación y vacío que simultáneamente lo llevan a afirmar deseos ciegos de amparo, de apego a vínculos, de proximidad, de ciertas necesidades de logro y otros aspectos sociales, que al no permitirse sentir, exterioriza encubiertos de agresión y desafío.

E.P.C vivencia la proximidad con el otro como amenazante y hostil así que prefiere el distanciamiento y la soledad. Quiere ser distinto y separarse de los demás y para lograrlo, renuncia, cada vez más, al relacionamiento con los otros para adentrarse en su pseudo autonomía, independencia y aislamiento social en donde usa la apatía como defensa en contra de la capacidad de desear la proximidad inherente a su condición de ser-en-el-mundo; deseo que muy en el fondo continúa albergando. En relación al sentido, E.P.C. gradualmente ha perdido el

sentido de “tener ganas” y de tener contactos interpersonales, lo que le produce, vacío y sensación de minusvalía y soledad de forma crónica que obedece a la angustia de soledad que anida en su interior. E.P.C. se defiende frente a todas estas sensaciones vacías a través de la hostilidad y ligera agresividad que expresa a sus pares y familiares contra los que despliega apatía en su relacionamiento.

En E.P.C. se evidenciaron altos niveles de tristeza, apatía e irritabilidad significativa asociada a dificultades en las pautas de relacionamiento con los miembros de su sistema familiar, principalmente con sus figuras parentales y con los miembros de la institución educativa en la que estudia. También se observaron bajos niveles de tolerancia a la frustración frente a las situaciones escolares que implican evaluación y calificación académica. E.P.C. manifestó experimentar sensaciones vacías frente a su historia personal pasada y actual; aspecto que ha alterado negativa y significativamente su desarrollo psicoafectivo y su desenvolvimiento comportamental en las áreas familiar, social y escolar en general. Se notaron inadecuadas pautas relacionales con sus pares etéreos y miembros familiares; aspecto directamente asociado a dificultad en sus habilidades sociales e inadecuado afrontamiento de la soledad existencial. E.P.C. refirió desinterés significativo en el establecimiento de relaciones interpersonales frente a las que alude, su no deseo de interactuar con los otros, expresando preferir, jugar sólo a los videojuegos, hecho que deteriora cada vez más su desenvolvimiento y desarrollo como ser-en-el-mundo debido a que se le dificulta estructurar relaciones significativas de cuya configuración haga parte. Esta dificultad de relacionamiento, guía la apatía y la experiencia de ansiedad que vivencia frente a la relación con los otros, a quienes aleja cada vez más de sí debido a su comportamiento ligeramente agresivo, indiferente y apático con ellos; al mismo tiempo que aumenta, potencialmente, su sensación de soledad.

En E.P.C. se evidenció ansiedad existencial exacerbada frente al relacionamiento con los supuestos básicos de la existencia, principalmente ante el aislamiento existencial, la responsabilidad, la libertad y muerte. En este sentido, reflejó bajos niveles de consciencia frente a su problemática actual, que enfrenta cotidiana y neuróticamente a través de mecanismos defensivos como los videos juegos y las evasivas frente a las temáticas relacionadas al reconocimiento de sí mismo como ser-en-el-mundo. Si todo lo anterior, se mantuviera crónicamente en el tiempo y abarcara otras áreas o esferas de su ser, E.P.C. desarrollaría una personalidad esquizoide; por tal motivo la intencionalidad de la evaluación estuvo dirigida hacia la comprensión de su proceso experiencial y al desarrollo gradual de su capacidad de relacionarse con los otros, al mismo tiempo que se movilizaba la generación de auto consciencia frente a sus modos de enfrentar el temor hacia la de idea de relacionarse y entregarse a los demás, mientras paulatinamente, dejaba de lado la tendencia neurótica de autoafirmación y delimitación del propio yo con respecto al mundo de relaciones.

3.3. Conceptualización y categorización diagnóstica

El diagnóstico establecido para E.P.C. fue Personalidad Esquizoide. Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ([DSM], 2013) el Trastorno de la Personalidad Esquizoide (categorización diagnóstica: 301.20 (F60.1)) se caracteriza por:

“Un patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes: 1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia, 2. Casi siempre elige actividades solitarias, 3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona, 4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad, 5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado, 6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás, 7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana”. (p. 360)

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades ([CIE], 1992): La personalidad Esquizoide se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- b) Frialidad emocional, despego o embotamiento afectivo.
- c) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d) Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f) Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- g) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

3.4. Descripción detallada de las sesiones

En este apartado sólo se hará la descripción detallada que dará cualidad a las sesiones escogidas para presentar en este estudio de caso. En la sesión del análisis del caso, se brindará la comprensión e interpretación a la luz del enfoque fenomenológico existencial.

3.4.1. Primera sesión. Entrevista con los padres E.P.C. (marzo 4 del 2016)

Se presentan al Centro de Atención Integral Santa Rosa de Lima; ubicado en la ciudad de Barranquilla el día 4 de marzo del 2016; los padres de E.P.C.

Acto seguido, les doy la bienvenida; se sientan frente a mí y les pregunto ¿Cuál es el motivo por el cuál acuden? Es la madre quien toma la iniciativa al empezar a relatar, el caso de su hijo por quien está muy preocupada. Se nota en su manera de expresar, una fuerte ansiedad que

tensiona el ambiente. Habla rápido, sin pausas, no llevando un orden de todo lo que quiere manifestar acerca del comportamiento de su hijo.

En principio comenta ¿Qué ella no sabe qué hacer?; dice que se porta bien en la casa pero que es muy desordenado, deja la ropa en el piso y no obedece la orden de recogerla; se pasa en el día durmiendo porque la noche la dedica a los video juegos; es desarreglado con su cuerpo, no se asea, se la pasa encerrado en su cuarto; no queriendo tener interrelación con las personas de su edad; no le gusta salir y participar en reuniones familiares; discute permanentemente con todas las personas, sobretodo disiente con sus padres. La madre reconoce que lo trata fuerte, porque la desespera que no siga las reglas de la casa. Lo descalifica a nivel personal; situación que hace que E.P.C. reaccione con grosería y se distancie mucho más de sus padres; la madre le habla a los gritos, situación que no favorece la interrelación familiar.

Se presenta al Colegio todos los días con la camisa afuera a pesar de que el protocolo del Colegio exige la camisa por dentro; no respeta a las figuras de autoridad; en el colegio, discute fuertemente con sus docentes y los desafía, sin importarle las consecuencias que le acarreen. Le pregunto al padre: ¿qué quisiera agregar sobre el caso de su hijo? A lo que contesta que está de acuerdo con lo que ha dicho su esposa.

La madre continúa relatando que a nivel social discute permanentemente con sus compañeros de clase. En las clases de religión, manifiesta que es ateo, situación que crea malestar entre sus compañeros y profesores; pero él no deja de expresar lo que siente.

Terminada la sesión les pregunto: ¿Qué esperan del proceso que llevaremos a cabo con su hijo? Responde la madre, que desea que socialice más, que sea amable con las figuras de autoridad y respete, que no sea grosero, que, en el hogar, siga las normas; se duerma temprano,

que haga las tareas escolares, que no pase tanto tiempo jugando video juegos y que se preocupe por su higiene y presentación personal.

Muy respetuosamente sugiero que las descalificaciones a nivel personal como el uso de palabras fuertes, debe finalizar. Cuando se vaya a hacer una corrección, no se debe señalar a E.P.C. a nivel personal, sino que sería más asertivo señalar el comportamiento que debe corregir, para que aprenda a hacerse cargo de sí mismo, se haga responsable de sus propios actos. Además, es muy importante tener apertura para escucharlo y exprese lo que siente y no se sienta juzgado.

El padre no acepta en su casa lenguaje soez, le ordena que no hable en ese momento, porque no está dispuesto a escucharlo. Le pregunto al padre: ¿Qué tipo de lenguaje soez utiliza su hijo? El padre responde: el que utilizan los jóvenes de la edad de él, todos los días; le respondo: si usted quiere que su hijo maneje un lenguaje más formal; es bueno que le explique que puede decir el mismo mensaje que le estaba dando, con las palabras adecuadas, de esa manera usted le está enseñando a su hijo, cuál debe ser la forma correcta para expresarse delante de ellos y de los demás.

A la madre le sugiero modular el tono de la voz; procurar tener más paciencia, tener dialogo afectivo, promoviendo la comunicación asertiva; mantener actitud de apertura escuchando lo que su hijo siente y quiere decirle. Al padre le manifiesto la importancia de compartir tiempo con E.P.C y que ese tiempo sea productivo desde el punto de vista de relación afectiva, comunicación asertiva; que ambos tengan un espacio de juego durante la semana para fortalecer el vínculo. También le expreso que cuando el cuarto de su hijo, esté desordenado le señale con palabras adecuadas y sin gritarle que lo organice el mismo; para ayudarlo en su autonomía y responsabilidad y que si E.P.C. se observa apático y no hace caso a los comentarios de los

adultos; es importante preguntarle cómo se siente y comprender que está sucediendo al interior de E.P.C en ese momento.

Confieso que, como terapeuta, en el encuentro, me sentí cohibido para hablar, tratando de encausar la conversación organizada debido a que la madre de E.P.C. se expresaba de una forma muy fluida y rápida, saltaba de un tema al otro, no llevaba una secuencia de lo que decía y sentía que trataba de controlar el momento de la consulta.

Creo que muy respetuosamente y con mucha sutileza hubiera podido haberla interrumpido respetuosamente, para ayudarle a organizar las ideas y profundizar mucho más en la relación de ella con su hijo; no obstante, las recomendaciones que hice tuvieron un efecto positivo, ya que fueron receptivos y aceptaron respetuosamente mis recomendaciones.

3.4.2. Segunda sesión. Primera entrevista con E.P.C. (marzo 11 del 2016)

Recibo a un adolescente que me mira fijamente a los ojos con agresión, desconfianza, con mucha rabia. Al principio de la entrevista; no responde a las preguntas que le hago y cuando habla, su expresión lingüística es pobre, habla en bajo tono, con los ojos cerrados, como expresando malestar. Cuando habla no se le entiende nada de lo que dice. Lo único que me dice es que espera que no me dé por vencido con él tan rápido. Me sentía confundido.

E.P.C. me dice que tuvo terapeutas con anterioridad y no pudieron con él. Le decían lo que él tenía que hacer con su vida y discutían todo el tiempo. Así que siguió diciéndome, “lo único que te pido es que no te des por vencido conmigo, porque todos los demás me dejan sólo”. Lo acojo y le digo que en este espacio lo importante es conocernos primero, que mi intención nunca será discutir con él. Me mira ligeramente serio y le pregunto: ¿qué te gustaría conseguir en este proceso terapéutico que estamos empezando?, ¿Qué deseas realmente para ti? A lo que me responde que desea conocerse mucho más a él mismo; dice que él no tiene problemas, que él está

muy bien y que lo remitieron a la terapia porque la Psicóloga del colegio lo vio muy sólo y triste y le pregunto, ¿qué le pasaba? y él le respondió que estaba normal, que no tenía nada. Nuevamente yo le pregunto: ¿Qué sentías en ese momento? y me responde que estaba enojado con sus padres que lo presionaban con lo académico y le quitaban los video juegos porque pasaba mucho tiempo jugando. Se sentía también enojado con los profesores de física, química y otras asignaturas que rechazaba; también se sentía enojado con sus compañeros; se sentía muy mal; no escuchado y rechazado. “Me siento mal” ¿Porque tengo que ir al colegio?, odio el colegio, no me interesa. A mí lo único que me interesa son los video juegos” dijo E.P.C.

Entonces yo, demostrando empatía y calidez, lo invito a que me hable de los video juegos; y empieza a hablarme de juegos de guerra y supervivencia, sobre todo de Resident Evil; que a mí también me gusta. Se comienza a establecer la alianza terapéutica. Entra a fortalecerse el vínculo al encontrar al psicoterapeuta que lo entiende y que no va a juzgarlo y muchísimo menos descalificar, en eso quería convertirme.

Retomo el tema del colegio y las relaciones de los compañeros. Le solicito que me cuente un episodio donde haya discutido y sentido mucha rabia y empieza por contarme que en la clase de religión él decía que era ateo y todos lo atacaron. Me comentó, que algo que lo hizo sentir muy mal, fue que una Psicóloga una vez le dijo a él delante de sus amigos: “así que tú eres ateo, tú estás peor que los demás”. Refiere E.P.C. que sus compañeros de clase menospreciaban las intervenciones que él hacía; que todo lo que él decía era para llamar la atención. Que era un adolescente rebelde y que su ateísmo se le iba a pasar; que eso lo decía por inmadurez. También los compañeros y compañeras criticaban ofendiéndolo.

No obstante, es bueno también resaltar, que él era muy ofensivo e intolerante a las creencias de los demás; despreciaba, descalificaba y criticaba a sus pares e incluso adultos.

Yo le pregunto: ¿Te gustaría que te contara lo que me dijo tu madre sobre ti? Me responde afirmativamente moviendo la cabeza. Tu madre me dijo que tenías baja autoestima. Me responde: “Ese es el problema de ella, siempre me ve como a un inútil, que tengo baja autoestima. Mi autoestima está bien, ella siempre me grita y me maltrata, igual lo ha hecho mi padre”.

Le preguntó: ¿Cómo te sientes ahora mismo cuando recuerdas como te han tratado tus padres? Hace una pausa, cierra los ojos, muestra expresión de cansancio en su cara; se quita los zapatos, se acuesta en el sofá, dice que se siente mal, muy mal. Se cierra y dice que no quiere hablar más. Comenzó a hablar en un tono muy bajo, como timidez y desconfianza, no se entiende lo que dice. Le digo que entiendo que se sienta mal y que no quiera seguir hablando. “Vamos a tu ritmo no tenemos prisa, lo importante es que aquí tengas un espacio para ti mismo. Estoy notando que te agota hablar de tus padres, te muestras cansancio”. Dije a E.P.C. A lo que responde que se siente agotado cuando se trata de hablar de sus padres; que la madre se queja todo el tiempo y que el padre se pone de acuerdo con ella y le desconecta de los video juegos; que le exigen muchas cosas que no desea hacer.

Le respondo: Muy interesante y muy profundo, te invito a que hablemos de esto en la próxima sesión. Nuevamente le pregunto: ¿Cómo te sientes ahora? A lo que me responde que mucho mejor.

3.4.3. Tercera sesión (abril 15 del 2016)

Recibo a E.P.C. quien me comenta que se siente bien porque acabó de tirarle un zapato en la cara a un niño que le caía mal. Odia a los niños pequeños por ser muy ruidosos.

Yo le pregunto: ¿Este niño pequeño te hizo algo?

No responde...

Le pregunto: ¿Cómo te sentiste tú, al pegarle con un zapato al niño pequeño?

Responde: Me sentí bien, porque me estaba fastidiando su voz ruidosa y tenía tanta rabia en ese momento, que decidí tirarle el zapato. Me sentí mejor, me desahogué por la rabia que me hacía sentir ese niño.

Le pregunto: ¿hubo alguien que supiera que habías golpeado al niño?

Me respondió que no. Se reía mientras me lo contaba.

Retomé nuevamente en lo que habíamos quedado la sesión pasada.

Le dije: Habíamos acordado, que íbamos a hablar un poco sobre la rabia que sientes hacia tus padres.

¿Cuéntame un episodio que hayas vivido con ellos, en el que te hayas sentido con mucha rabia e impotencia?

El paciente cierra los ojos, como no queriendo hablar de su familia. Se recuesta en el sofá; con la expresión en su cara de desagrado, dice: odio a mis padres.

Comentó un episodio cuando él era niño, donde sus padres, lo agarraron fuertemente. El trato de escaparse, pero no pudo. Tiró patadas, pero no pudo hacer nada ya que ellos eran más fuertes que él y le pegaron con la correa. Dice, que supuestamente eso debería estar solucionado, ya que ocurrió hace muchísimos años. Pero sigue diciendo “tengo mucha rabia, ya que cada vez que uno de ellos me trata fuerte, recuerdo ese episodio”.

Ahora yo te voy a preguntar a ti, le dije: ¿cómo crees que se sintió ese niño al que le lanzaste el zapato en la cara?

Me miró seriamente a los ojos fijos, hizo una pausa... Me dijo, mal.

¿Sabes porque te estoy preguntando esto? Le pregunté.

No, me responde.

Le digo: porque eso que le acabas de hacer a ese niño, es lo mismo que tus padres hicieron contigo hace años. ¿Cómo te sientes ahora al saber eso?

Me responde: mal.

Le digo: que bueno que te sientas mal y que bueno que podamos hacer algo al respecto.

Nuevamente le dije. Muy bien, en la sesión pasada cuando te pregunté, ¿Qué es lo que deseas para ti? me respondiste, conocerme a ti mismo mucho más y también quiero más tranquilidad y jugar video juego todo el día.

Le pregunto: que sensaciones experimentas cuando juegas video juegos.

Contesta: Siento libertad de hacer lo que quiero, me siento poderoso, puedo manejar y resolver los niveles de los juegos.

Le digo: muy bien, todas esas sensaciones que experimentas en los video juegos, es porque sientes mucha frustración; ya que todas esas sensaciones de poder, libertad, que te hacen sentir poderoso no las puedes llevar a cabo en tu vida cotidiana.

Me dices que al niño que le tiraste el zapato en la cara se sintió mal. Pero me dices que el niño no te respondió, no te dijo nada, solamente te miró y se puso a llorar.

No te parece que ese niño experimentó impotencia, frustración, rabia, de no poderse defender ¿porque tú eres más fuerte que él?

Me responde: “si, ahora me doy cuenta. En ese momento no lo vi de esa manera, me siento mal, es que tenía mucha rabia y simplemente me deje llevar por mi instinto”.

Le pregunto: si pudieras hacer algo al respecto en este momento para cambiar la situación del pasado ¿qué harías? Imagínate que tuvieras control del tiempo.

Me responde: No le tiraría el zapato.

Le digo: pero estabas enojado en ese momento y no estabas manejando bien tus emociones por eso atacaste al niño. Pero ahora estas tranquilo aquí conmigo y manejas muy bien tus emociones; te has dado cuenta que hiciste mal.

¿Te sientes tranquilo, te sientes bien en este momento?

Me responde que sí, asintiendo.

Le digo: tienes que manejar mejor tus emociones, antes de actuar. Pero eso no es fácil, eso te cuesta trabajarlo.

Me dijo que se lleva para la casa de esta sesión, que va a reflexionar mucho más sobre las cuestiones de su vida cotidiana.

3.4.4. Cuarta sesión (abril 22 del 2016)

El paciente quien acude a terapia y manifiesta un problema que lo disgusta y lo aqueja: la iglesia y su asistencia obligada.

El paciente es el mayor de los hijos, que no es cristiano y se declara ateo.

Los padres lo obligan a que todos los domingos tiene que ir a la iglesia, sumándole a esto tener que despertarse temprano, que para él es tedioso y motivo de discusión en su casa. Es parte de su confort.

Para los padres es fundamental que el joven no falte un solo domingo a la iglesia.

Resulta repulsivo para el paciente, que a su edad se le obligue a asistir a un templo en el cual no se siente ni a gusto ni identificado. Siente rechazo hacia las personas que van a éste culto y le fastidia relacionarse con la gente de la iglesia.

Manifiesta que el pastor es una persona intolerante y está en desacuerdo con el sermón de éste. La madre le dice que no se puede discutir con el pastor y que obligatoriamente tiene que escuchar lo que éste hable en el pulpito.

¿Podrías contarme un episodio desagradable que hayas vivido ahí? Se me quedo mirando muy fijamente a los ojos, guarda silencio y dice: ¿Estaría bien sacrificarme por otros?; dice el paciente: que lo que quiere decir con esto es que tiene ganas de gritarle a ese pastor y a toda esa comunidad; todo lo que él siente y piensa de ellos. Quisiera ofenderlos, explotar, pero no puedo; tengo que sacrificarme por mi mamá.

En un momento lo noté confundido queriéndome decir algo más profundo; pero no hallaba las palabras para conectarse con su experiencia.

Luego de una pausa me dice, no tan seguro de lo que está diciendo “Creo que soy gay”.

Al mismo tiempo confirma que le tiene mucha rabia al discurso del pastor porque es homofóbico, él quería gritarle al pastor y a toda la comunidad de la iglesia, que él era gay y que todo lo que el pastor decía, era estúpido.

En ese momento intervine y le dije: si eres gay, no te preocupes, tu puedes tener la orientación sexual que tu desees. Eres humano, eres sensible.

¿Cómo te sientes?

Me contesta: que se siente vivo y libre.

Le preguntó: ¿Tu madre sabe que eres gay, yo puedo hablar con ella si tu desees?

El joven hace una pausa y me responde: yo voy a decirle la verdad “yo no soy gay”; lo que quise decirle era que quería gritarle al pastor que yo era homosexual; quería manifestarle que estaba en desacuerdo con él. Al finalizar la sesión quedamos de acuerdo en tocar ciertos temas que a él le disgustaban con sus padres; esa era una forma de ayudarlo.

Se despide de la consulta, tranquilo y se retira.

3.4.5. Quinta sesión. (mayo 13 del 2016)

Sesión con los padres:

Invito a los padres a pasar, se nota menos tensión en el ambiente. La madre está relajada, ha seguido las recomendaciones y me manifiesta que está tratando a su hijo como un adulto y no como un niño.

Que todavía en ocasiones reconoce, que lo sigue regañando fuerte; pero le suele pedir disculpas.

El cambio que ha tenido su hijo es notorio; ha mejorado el rendimiento académico, se torna reflexivo, es más comunicativo, está poniendo una alarma todos los días para levantarse temprano, agradece el trabajo que se ha venido desarrollando con él.

Le comento que lo que el paciente había manifestado en la sesión anterior. Fue franco manifestando acerca de la obligación dominical de asistir a la iglesia.

Aproveché el momento y le dije a la madre: ¿sabe lo que su hijo me ha dicho a mí? Que él se sacrifica por ustedes. El padre responde que ese es el deber de él porque esas son sus costumbres y obligaciones. A lo que yo les conteste: puedo entender que para ustedes es importante la religión, pero saben muy bien que para su hijo no significa nada la religión y que no le encuentra sentido a ir todos los domingos a la iglesia.

Si ustedes quieren que su hijo sea creyente y tenga sus costumbres religiosas; no lo están haciendo bien y él va a rechazar más sus creencias; porque lo están presionando a que vaya obligado.

¿Ustedes saben la diferencia entre espiritualidad y religión?, les explico, la espiritualidad es sentirse a gusto con lo que se hace; de nada sirve la religión sin espiritualidad; ¿Qué sentido tiene?

Finalmente, con los padres llegamos un acuerdo, que en ocasiones no iría a la iglesia como premio de su rendimiento académico y disciplinario. Qué no se ejerciera más presión; si no estaba de acuerdo con el sermón del pastor, se le daría un espacio en casa, para que manifestara como se sintió en el ambiente; si estuvo o no de acuerdo con el sermón; le dije que hablaran de la iglesia como una red social de apoyo, donde puede conocer otras personas, pero que no sea un lugar de imposición.

3.4.6. Sexta sesión (mayo 27 del 2016)

Ingresa el paciente y llevamos a cabo en mutuo acuerdo, la técnica de la silla vacía.

El paciente descarga toda su ira, hacia su padre, madre, reverendo, comunidad, colegio; profundizando la relación con el padre manifiesta que se siente incomprendido por este, que lo odia, que el padre es muy ofensivo y descalificativo; que se quiere ir de la casa.

Sobre las quejas a su madre observó que sigue irritado, que se sigue mostrando quejumbrosa, controladora y obsesiva.

Respecto a la iglesia, el ambiente ha mejorado muchísimo; ya habla menos de ese tema. No le preocupa; me dice que antes se sentía frustrado e incómodo; todavía se sigue sintiendo mal, pero lo ha aprendido a manejar. Se ha dado cuenta gracias a la psicoterapia lo solitario que es él; y de que era muy lógico y racional, además de considerarse a sí mismo como insensible; sin embargo, en la actualidad se ha vuelto mucho más reflexivo y ha cobrado interés en tener vínculos cercanos, situación que antes no le importaba. En resumen, se ha dado cuenta de su propia sensibilidad.

También ha manifestado leve preocupación sobre la incertidumbre en el futuro. Está menos en el mundo de los video juegos y socializa mucho más; no obstante, el ama a los video juegos porque hacen parte de su vida, por eso se ha dado cuenta también, de que no debe descuidar sus vínculos sociales. En el colegio, aunque muestra apatía para entablar vínculos sociales; se está preocupando por mantenerse más sociable. De hecho, manifiesta; que uno de sus amigos repitió un año. Está pensando en invitarlo a jugar video juegos a su casa; le gustan mucho los juegos de cooperación.

Le pregunté cómo se va de la sesión. Le cuesta mucho hablar de sus emociones) confundido, sensible; pero finalmente responde, me voy pensativo.

4. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

"Soy una persona retraída, callada, insociable y descontenta. De la vida que llevo en casa pueden sacarse al menos algunas conclusiones. Vivo en medio de la familia, entre las personas más buenas y cariñosas, más extraño que un extraño. Con mi madre no he hablado en los últimos años ni siquiera veinte palabras al día por término medio; con mi padre casi nunca he intercambiado más que los buenos días. Con mis hermanas casadas y mis cuñados no cruzo palabra y eso que no estamos enfadados" (Kafka, 2011)

El ser humano, a causa de su condición, busca formas especiales de relación con el mundo, para así tomar una posición ante sus vivencias. Este tipo de relación da origen a la construcción que cada hombre hace del mundo. En el caso de la personalidad esquizoide, el individuo posee dos rasgos que lo caracterizan: la ausencia de relaciones con otras personas y el anhelo o deseo de no experimentarlas. Los sujetos esquizoides son tímidos e introvertidos, incluso suelen ser tildados de ensimismados o de parecer ausentes. A estas personas se les dificulta tener y además mantener relaciones con otros. Son personas que no tienen la capacidad o los recursos necesarios para afrontar las diferentes situaciones que puedan surgir en diferentes ámbitos a lo largo de la vida. Al esquizoide se le dificulta recibir y dar afecto a otros por eso su cualidad de solitario.

Para comprender el proceso experiencial del esquizoide, desde la psicoterapia existencial, tenemos que hacerlo a la luz de la ansiedad frente a los supuestos básicos de la existencia.

4.1. Ansiedad, supuestos básicos de la existencia, deseo y voluntad

La experiencia de ansiedad desde la psicoterapia existencial se desprende del afrontamiento del ser frente a los supuestos básicos de la existencia. Los supuestos básicos de la existencia son las preocupaciones básicas y/o esenciales que inevitablemente forman parte del ser-en-el-mundo (Yalom, 2000).

La muerte, la libertad, el aislamiento y la falta de sentido vital son los supuestos básicos de la existencia según Yalom (2000). La muerte entendida en la relación del ser con la consciencia de lo inevitable, de lo finito, del deseo de seguir existiendo y perpetuar nuestra vida. La libertad

comprendida como la tensión por la consciencia frente a la absoluta responsabilidad de ser los únicos responsables de nuestra propia vida y de nuestras libres acciones y múltiples posibilidades de elegir en un mundo que por sí solo carece de estructura y base. El aislamiento que evidencia la consciencia de sabernos y sentirnos solos y nuestro deseo perentorio de contacto, protección e integración con los otros y la falta de sentido vital que configura la dinámica existencial de buscar la creación de significados dentro de un mundo que por sí solo carece de sentido (Yalom, 2000).

El modo en que el ser se relacione con esos supuestos básicos configurará la experiencia de ansiedad de forma constructiva o destructiva, confirmándose así que la ansiedad es un aspecto ontológico y fundamental de la vida misma y siempre presente durante la existencia del ser (Spinelli, 2000; May, 1977; De Castro, 2005; De Carvalho, 1992).

Por su parte, los conceptos de deseo y voluntad se encuentran, al igual que la ansiedad, vinculados ineludiblemente a la existencia del ser-en-el-mundo. El deseo implica la facultad de elección de la estructura el futuro. En este orden, la enfermedad es vista como la incapacidad de reconocer experiencialmente, los propios deseos y el sentido que éstos tienen (deseo); así como la imposibilidad para afirmar estos deseos en la acción, a través de la voluntad. Es decir, que, en palabras de May (1990, p. 175), “no es el deseo lo que causa la enfermedad, sino que es la falta de deseo”. Como forma de constatar lo anterior, May en su libro *Amor y voluntad* plantea lo siguiente:

“sin deseo la voluntad pierde su savia vital y tiende a extinguirse en la autocontradicción. Si ustedes tienen solo la voluntad sin deseo, tiene al estéril y neopuritano hombre victoriano. Si tiene solo deseo sin voluntad, tienen a la persona forzada, aprisionada, infantil, que, cual adulto que se ha quedado niño, puede volverse hombre robot” (p. 213).

4.2. Personalidad y proceso experiencial del esquizoide desde la psicología fenomenológica existencial

Con base al punto de vista de la ansiedad la mayor dificultad del esquizoide consiste en que pierden tranquilidad al pensar en tener que entregarse. Storr (1968) afirma que “la persona esquizoide es fría, distante y desapegada, condiciones que pueden estallar en agresiones fuertes y constituir una compleja máscara de un anhelo de amor escondido y reprimido”. Por otro lado, Riemann (1996) en cuanto al vínculo que experimenta un esquizoide con las demás personas, sostiene que la angustia se acentúa con la proximidad con los otros y esto se vivencia como algo especialmente peligroso, al igual que los sentimientos de simpatía, cariño y amor, que son los que más nos ligan a nuestros semejantes. Ello explica por qué en tales situaciones, precisamente, se muestra distante, hosco e incluso, hostil. Se retrae más cuanto mayor sea la proximidad de otra persona, cuanto más cerca se encuentre la posibilidad de amar y/o ser amado.

Para el esquizoide, cualquier acercamiento de otra persona es una causa o razón de angustia porque este acercamiento aumenta la posibilidad de dar o recibir amor y esa es su mayor dificultad y temor. De acuerdo a May (1990, p. 94) la experiencia amorosa se puede definir como: “cuando amamos, abandonamos el centro de nosotros mismos. Somos arrancados de nuestro anterior estado de existencia y arrojados a un vacío, y aunque esperamos alcanzar un nuevo mundo, una nueva existencia, nunca podemos estar seguros de lograrlo”.

En el ámbito amoroso el esquizoide vivencia un conflicto ya que acostumbra esforzarse por resolver todo solo, como si trabajara consigo mismo como pareja de forma ególatra. El contener la capacidad de dar amor y entregarse puede dar lugar a que esta surja en ocasiones en forma de delirio o celos. En base a su conducta el esquizoide advierte que no merece ser amado y que así mismo es incapaz de dar amor a otros; sospecha o considera que por esas razones ninguna

persona querrá vincularse con él o ella. El esquizoide enfrenta la ansiedad a través de su mayor defensa que consiste en tener tanta independencia como le sea posible. Esta independencia siempre viene acompañada de egocentrismo que a su vez conlleva o va de la mano con el aislamiento.

Con respecto al tratamiento psicoterapéutico con personas con personalidad esquizoide Riemann (1996) afirma que:

“En la psicoterapia de individuos esquizoides, se entra en contacto con estados límite, que permiten graduar la calidad de riesgo que la existencia humana supone. En efecto podemos aprender de dichas personas lo que es importante, desde el punto de vista existencial, para los seres humanos y, por otra parte, los factores familiares y sociales que ponen en peligro nuestra evolución. Lo cierto es que cuando estas personas consiguen aguantar y superar su sufrimiento y sus angustias, alcanzan los más altos niveles humanos” (p. 63).

En la personalidad esquizoide se vivencia una desconexión del ser con las relaciones interpersonales y un déficit significativo de la capacidad de expresión afectiva; generalmente se ven a sí mismos como personas autosuficientes y experimentan la sensación de estar desconectados del mundo, aspecto que los lleva a evidenciar una muy marcada tendencia al aislamiento y la soledad; perciben a los demás como personas a las que no necesitan y de los que es mejor aislarse porque podrían inestabilizarlos emocionalmente; tienden a ser reservados e introvertidos y con dificultades para establecer amistades; prefieren relaciones distantes y parecieran no tener ninguna satisfacción en las actividades que implican interacción social (Penado & González, 2015; Martens, 2010; Oldham *et al.*, 2007; Millon & Davis, 1998). El esquizoide presenta dificultad para el placer, presenta alteración en la expresión de sentimientos y emociones, frialdad emocional y embotamiento afectivo (Carrazo & Maza, 2005); su estilo cognitivo es empobrecido, su estado anímico apático y usa la intelectualización como mecanismo defensivo frente a su necesidad deseo de aislamiento (Millon & Davis, 1998).

La falta de vitalidad, su preferencia por las actividades solitarias y su escaso nivel de consciencia e interés por la vida de los demás también son características del sujeto con personalidad esquizoide (Rasmussen, 2005). Describen sus experiencias y reminiscencias de manera impersonal y con evidente mecanicismo y falta de especificidad y claridad; lo que refleja su mundo interno vacío; manifiestan escasas necesidades afectivas o sexuales y parecieran incapaces de vivenciar el placer, la ira y la tristeza (Penado & González, 2015).

La personalidad esquizoide, se encuentra entre las más severas y se caracteriza por el temperamento desarmónico y los rasgos de carácter que lo separan de la condición humana. En esta personalidad, los individuos no disfrutan la auto-realización porque carecen del sentimiento de pertenencia a un grupo social (Comte-Sponville, Delumeau & Farge, 2004). También, presentan rasgos como la actitud pasiva, la indiferencia, la perversión sexual, el ancla débil en la realidad, rica imaginación y el comportamiento con motivaciones bizarras, rígidas y resistente a cualquier influencia externa (Loranger *et al.*, 1991). De acuerdo con Livesley (1998), los esquizoides tienen poca voluntad de cambio, lo que los hace menos dispuestos a aceptar el tratamiento y también más resistentes a cualquier estrategia terapéutica (Tyrer, Mitchard, Methuen & Ranger, 2003).

En lo que refiere a el concepto de sí mismo Markus & Cross (1990) y Stein & Markus (1996) plantean que es débil en su estructura y no favorece las estrategias adaptativas y el comportamiento interpersonal del individuo (Graziano, Jensen-Campbell & Finchy, 1997). También la deficiencia de apego, así como el comportamiento indiferente y evitador del individuo contribuye a la misma (West, Rose, & SheldonKeller, 1994). Camisa *et al.* (2005) y Costa & Widiger (1994), describen como rasgos de la personalidad esquizoide, la escasa

extroversión y concientización que configuran esta compleja estructura de personalidad condicionada biológica, psicológica, social y espiritualmente.

Akhtar (1987) plantea que el paciente parece distraído, desapegado, banal, autosuficiente y pasivo; enmascarando su hipersensibilidad, necesidad emocional, hipervigilancia, tendencia hacia la perversión y corruptibilidad y también su potencial creativo. Estas polaridades son evidencia de una difusión de la identidad que se niega a anclarse en la realidad y termina aislada en búsqueda de la supervivencia psíquica mínima. Harper, (2004) afirma que estas personalidades son carentes de espontaneidad, animación y que, en efecto son individuos planos que carecen de aspectos emocionales en la comunicación; parecen desencajados o fuera de sincronía con la interacción que tiene lugar alrededor de ellos; no le temen al rechazo, sino que son indiferentes a este. Los individuos esquizoides no necesitan escapar del ambiente social ya que poseen la capacidad de apartarse en sí mismos. Sólo en casos de demandas sociales ineludibles, podrían mostrar un comportamiento más desorganizado.

4.3. Personalidad esquizoide según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Los conceptos de salud y enfermedad mental han ido de la mano por mucho tiempo, haciendo que los criterios de la medicina tradicional se direccionen al término de salud mental (Dávila, 1994). En la psicología, se entiende la salud mental como la autorrealización, un estado perdurable en el que la persona se encuentra satisfecha con su vida; un estado positivo que no es necesariamente la mera ausencia de trastornos mentales. (Davini, Gellon De Salluzi & Rossi, 1968). De esta forma, la salud mental engloba en su contenido la vida diaria de todos, la forma en la que nos relacionamos con la comunidad y lo que nos une a ella como lo son los deseos,

habilidades, ideales, sentimientos y valores morales necesarios para hacer frente a lo que requiera la vida. Entonces, esta depende de tres (3) aspectos principales que son cómo te sientes contigo mismo, cómo te sientes con las demás personas y cómo afrontas las demandas de la vida.

Usualmente, se han usado los manuales diagnósticos como la herramienta principal del psicólogo en la práctica clínica, dejando atrás que la herramienta más significativa no es más que la relación y/o el vínculo de empatía que el terapeuta establece con su paciente por sí misma. En lo que se refiere al diagnóstico, autores como De Castro & García (2008) afirman que la base de cada técnica debe estar direccionada a la manera en la que el individuo ha estructurado su experiencia. En esta misma dirección, los psicoterapeutas existenciales plantean que lo más importante no son las desviaciones personales que tenga cada persona frente a nuestro marco teórico particular que define nuestras concepciones del ser humano y la psicopatología, sino la comprensión del mundo interno y privado de cada ser humano (De Castro & García, 2008).

Una vez explorada la posición de la psicología existencial frente a la personalidad esquizoide, se integra la definición que desde la perspectiva del manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM, se tiene:

4.3.1. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad

Trastorno general de la personalidad

A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:

- Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
- Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).

- Funcionamiento interpersonal.
- Control de los impulsos.

B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.

C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta.

E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal)” (DSM, 2013, p. 360).

Personalidad esquizoide según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión:

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por: 1. Incapacidad para sentir placer (anhedonia), 2. Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo, 3. Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás, 4. Respuesta pobre a los elogios o las críticas, 5. Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad) 6. Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva, 7. Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección, 8. Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas, 9. Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

4.4. La relación terapéutica como encuentro

Son varias las definiciones hechas por algunos autores sobre la terapia fenomenológica, considerando el enfoque como la relación natural y primaria entre el terapeuta y el paciente (Meams & Thome, 1998). La relación terapéutica es un ejercicio de relación entre dos seres humanos, entendiendo a la terapia como el mecanismo en que la persona será curada o en

palabras de Heidegger (1974) obtendrá la *sörge* o cuidado del ser. La dinámica de la terapia es una construcción en doble vía en donde la innovación de la misma da pie a encuentros futuros. May (1992) plantea que la terapia es fundamental para el nacimiento del Yo, una relación donde terapeuta y paciente exploran libremente el estadio interpersonal en lo colectivo.

Para Yalom (2002) por ejemplo, la terapia hace parte de un microcosmos inmerso en el contexto social, en otras palabras, la experiencia vivencial del paciente y su relación con el mundo y la sociedad se abordan libremente, razón por la cual la terapia debe contar con una intención verdadera. Romero (2003) considera a la relación terapéutica como un encuentro que va más allá de una mera relación terapéutica con el paciente y que tiene como base cinco (5) supuestos que hacen que se diferencien de otras maneras de relacionamiento.

Parte de estos supuestos podrían definirse en primera instancia, en cómo los objetivos, el encuentro y los roles terapéuticos se encuentren claramente definidos. Segundo, la personalidad del terapeuta que favorece el desarrollo y progreso de la terapia. Tercero, el consentimiento mutuo, confidencialidad y valoración de la intimidad por parte del profesional. Cuarto, una relación en doble vía donde se demuestre una intención y compromiso de cambio y, por último, la distancia terapéutica como mecanismo de protección de ambos individuos. Romero (2003) sugiere además que un despojo de los paradigmas y esquemas mentales adquiridos para un sano encuentro con el otro, sin desestimar que las técnicas y teóricas serán el vehículo para hallar soluciones y de este modo alcanzar las metas propuestas.

4.5. Saberes del terapeuta

Desde la terapia existencial, existen 4 obligaciones con las que debe contar el profesional, comenzando por la ética, compromiso hacia los objetivos, crecimiento espiritual y en sus saberes-actitudes.

Romero (2003) establece unos parámetros para iniciar una terapia, comenzando por los saberes teórico-prácticos, que son fundamentales para la fluidez de la terapia. El primero de ellos es *saber acoger*, que consiste en crear una relación afectiva para la apertura del paciente, libre de esquemas o prejuicios. El autor lo divide en tres instancias: La invitación, la apertura y la confianza. Un ejercicio que le permita al paciente sentir seguridad consigo mismo y con los demás. Luego, *saber acompañar*, este segundo saber, tiene relación con la empatía, cuya definición va hacia la capacidad, voluntad y disposición de estar en los zapatos del otro, para así captar de manera genuina y auténtica los instantes y momentos emotivos y lograr comprenderlos desde la perspectiva del paciente (Arango & Moreno, 2009; Romero 2003).

Empatía es la habilidad de reconocer y estar a tono con los estados emocionales de quien recibe la terapia y es la herramienta primordial de cualquier terapeuta para un ejercicio exitoso. De este modo, Sassenfeld (2010) afirma que:

“Al advertir, tolerar, contener y modular afectos disruptivos, el psicoterapeuta posibilita la integración de estos en la organización del *self*, ampliando al mismo tiempo el acceso consciente a la diversidad experiencial inherente a la dimensión afectiva y los fundamentos mismos del *self*” (p. 581).

Romero (2003) considera que saber acoger es convidar y/o invitar al coagente a que en un acto de confianza, se permita ser él mismo y el terapeuta por su parte, lo acepte tal cual como se está abriendo a ser en el encuentro terapéutico. Saber acoger, es además que *“el terapeuta se permita, por un lado, resonar en sí mismo la experiencia del paciente que está escuchando, para captar la orientación afectiva del paciente”* (De Castro y García, 2011, p. 184).

Saber acoger implica altos niveles de receptividad a las vivencias del coagente y que en palabras de Moustakas (1995) se expresa como que esta receptividad involucra una actitud de apertura hacia lo que el otro está experimentando. En este saber es importante escuchar activamente y también se requiere una actitud de proximidad afectiva y comprensiva, al mismo

tiempo que de una distancia respetuosa y reflexiva. El terapeuta debe cuidarse de no ser un reflejo de las manifestaciones del coagente y de no juzgar sus pensamientos, experiencias, sentimientos y/o acciones y en su contrario, procurar ser la consciencia reflexiva de la consciencia espontánea del paciente. Saber acoger implica también la creación de un ambiente terapéutico basado en la confianza, la honestidad y el respeto hacia la experiencia del coagente que es en últimas lo que permitirá al paciente “captar aquello que sea más significativo para resolver el dilema o conflicto en el que se encuentra” (De Castro y García, 2011, p.185).

El tercer saber es el Saber Escuchar, es decir estar en disposición y escucha activa para recibir cada palabra y emoción del paciente, o en otras palabras es la capacidad de omisión del terapeuta, pues en muchas ocasiones al terapeuta le cuesta guardar medida y silencio frente a diferentes puntos de vista del paciente. Romero (2003) sostiene que no es misión sencilla estar sin necesidades de expresión.

Saber escuchar implica lograr omitirse, que no significa negar lo que el psicoterapeuta experiencia en el encuentro con el paciente, si no que en su contraste, consiste en la capacidad del terapeuta de atender y comprender lo que es importante y significativo para el coagente, omitiendo aquellos elementos que pueden actuar como distractores tales como los prejuicios, las propias ideas y reacciones emocionales suscitadas en la terapia. Para este saber es importante que el terapeuta desarrolle niveles altos de autoconocimiento para mayor claridad e independencia de lo que es suyo y de lo que proviene del paciente. De Castro y García (2011) refieren que cuando se hace alusión a omitirse, se hace referencia al *“hecho presente durante la terapia de estimular que el paciente aborde descriptiva y comprensivamente su propia experiencia de la manera más*

desprejuiciada posible” (p.183); y en este sentido se hace posible que el terapeuta y el paciente capten los movimientos afectivos de su vivencia y la intencionalidad de la misma.

Por otra parte, otro de los saberes del terapeuta es el saber crear empatía o la comprensión empática, que es “la capacidad del terapeuta para permitirse cuestionar e indagar la experiencia del paciente, su intencionalidad y sentido, a partir de aquello que ha escuchado y acogido experiencialmente” (De Castro y García, 2011, p. 185). Según Romero (2003) este saber se usa para atender la experiencia inmediata del coagente, de tal forma que el psicoterapeuta pueda captar el movimiento afectivo del paciente y clarificar la intencionalidad hacia la que apunta y que afirma el paciente.

Villegas (2013) refiere que la comprensión empática es la capacidad de percibir el marco interno de referencia del coagente, tal y como este lo percibe y vivencia. Es un modo de vivenciar los sentimientos del paciente por más contradictorios que éstos puedan ser. La empatía se convierte en el primer paso del encuentro y de la relación terapéutica. Rogers (1972) refiere que estar empáticamente con otro implica que el terapeuta deje de lado sus propios valores e ideas con el fin de acoger y recibir, con actitud de apertura y sin prejuicios, el mundo del otro.

La conjunción de estos saberes es para el terapeuta un camino ineludible y obligatorio, pues a partir de ello, la comprensión sobre la experiencia del paciente será de forma posible y positiva.

4.6. La sesión terapéutica: el aquí y el ahora

El objeto de la terapia desde el enfoque fenomenológico existencial de acuerdo a May (2000) es la relación de dos personas existiendo en un mundo, mundo que en ese momento es el espacio de consulta entre paciente y terapeuta, de ninguna forma va ligado hacia la enfermedad, historia

clínica o síntoma. Lo anterior, dicho en otras palabras, se interpreta como una relación o vínculo entre el terapeuta y el paciente dando mayor ponderación a lo experimentado frente a lo explicado y al nivel empático por encima de la interpretación. Yalom (1984) sostiene que los terapeutas existenciales, han trabajado desde siempre por la comprensión del mundo visto desde el paciente y no desde lo que la sociedad y la norma presentan. Lo que además permite trabajar los fenómenos del ser a partir de procesos de potencialización del ser-ahí.

Signorelli (2012) expone que el papel del terapeuta va hacia la intención de ser para el otro, en el aquí, el ahora y entre nosotros; un ser en disposición y disponible. Se fusionan el tiempo, el espacio y la presencia de dos seres en un solo sentido: Una transcendencia mutua. El aquí y el ahora en la terapia existencial, incluye una separación entre la intencionalidad y el sentido de la experiencia actual, en cuyo proyecto de vida, el sujeto quiere afirmar y desarrollarse en el continuo presente-futuro. Sin embargo, esta es una modificación inapropiada del término, que se utiliza para recompensar sin premeditación ganancias irrelevantes o secundarias de forma expresa, lo cual no trae consigo dar atención y contrastar a la esencia e intención de la propia existencia (De Castro & García, 2008). En este sentido, es relevante para los autores, hacer claridad sobre el aquí y el ahora, que no concibe el hoy en quietud apartado del pasado y del futuro.

Los terapeutas existenciales, dan un alto valor a la realidad creada entre el paciente y terapeuta, para abordar acertadamente el tratamiento, pues es aquí donde se revela la intencionalidad y la cosmovisión del paciente. Dentro de la terapia, los problemas reales del mundo también pueden aparecer dentro del consultorio. El paciente no puede enajenarse de sí mismo, por lo que llega a la terapia con su historia de vida desnuda para enriquecer la

experiencia del aquí y el ahora, por ello el terapeuta va evaluando la evolución y desarrollo en la relación entre los dos (Becker, 1992).

Yalom (2003) la dinámica de hacer presencia fomenta la cercanía, responsabilidad, contacto y foco en lo que es recíproco entre terapeuta y paciente: el vínculo sincero y responsable sobre los acontecimientos de la experiencia.

4.7. Técnicas existenciales de intervención

La verdadera sanación se haya en el vínculo, plantea Yalom (2003) de acuerdo a las técnicas utilizadas en la terapia existencial y que continúan vigentes en el desarrollo de las mismas. Para el autor, existe un orden lógico para llegar al éxito de la terapia: el vínculo, la relación y por último las técnicas. Al darle prioridad a la técnica es posible que abandonemos al otro, si existe una conexión genuina con el paciente, la primera intención del terapeuta es la de estar ahí para ayudar, pues la técnica no es la prioridad del encuentro. El encuentro genera sensación de libertad, el amor libera, el valor permite contar con opciones no contempladas por el sujeto. No es el terapeuta ni la técnica como tal, es el vínculo que se presenta lo que realmente sana. Una relación expresa de dos personas que están en voluntad y disposición de ayudar y ser ayudado. Schneider & May (1995) abordan cuatro técnicas desde la terapia existencial para el desarrollo de la psicoterapia:

4.7.1. *Invocar lo actual*

De Castro & García (2008) refieren que invocar lo actual, coincide con la necesidad de una comprensión sentida/experimentada de la manera en cómo se crean vínculos con uno mismo como protagonista en tiempo presente. Esto requiere el trabajo del aquí y el ahora, el sentir del paciente y su relación entre lo que siente con el mismo y con el terapeuta. En otras palabras, el

proceso experiencial es vital para que el terapeuta se focalice su atención a la interpretación de la realidad expuesta por el paciente en la terapia (Yalom, 2002).

Schneider & May (1995) citan que es pertinente tener en cuenta, que en el instante de traer el presente cuando el paciente ha hecho frente a su ansiedad o a una situación dolorosa, el terapeuta deberá trabajar por estar siempre en sintonía ante la vivencia expresada y seguir en el trabajo mancomunado con el paciente para que éste vea en el terapeuta la confianza y seguridad que necesita para hacer de su situación una transformación positiva y constante.

4.7.2. Vivificar y confrontar las resistencias

En esta estrategia, paciente y terapeuta trabajan desde el sentir y la experiencia la manera en que se bloquean y reprimen sus alcances y posibilidades desde el ser. Tiene que ver con evidenciar, indicar, comprender y trabajar en pro del paciente para que aprenda a dar frente a las situaciones desde el sentir experiencial y desde la intención genuina. La idea de hacer palpables y conscientes las resistencias del paciente, requiere un trabajo del terapeuta primero desde la intencionalidad y luego de la manera en que el mismo se concibe desde la experiencia, para luego de ahí tener claridad en cómo no potencializa o bloquea sus múltiples probabilidades presentes de ser y su necesidad y disposición para cambiar. (De Castro & García, 2008). El profesional debe velar por el proceso de creación del paciente, porque si experiencialmente tiene claro el sentir del paciente y logra transmitir la instrucción y ventaja que logra al hacer o no cierta acción, el sujeto encontrará experiencialmente y consciente la auto-motivación de cambio.

4.7.3. Creación de sentido

Bajo esta estrategia el terapeuta busca ser adaptativo para identificar la intencionalidad de cada sujeto de acuerdo a sus valores, gustos y requerimientos específicos, a la vez que busca entender como experiencialmente lo que el sujeto gana u obtiene en la afirmación de estos

intereses, así de esta manera se direcciona a trabajar el *para qué*. Schneider & May, (1995) complementan que el terapeuta intenta entender la intencionalidad del paciente desde las creencias éticas centradas y del dinamismo y voluntad afectiva de este frente a la cotidianidad.

El terapeuta encuentra en esta estrategia su reflejo en el paciente basado en lo que está desarrollando, además lo que pretende desde la intencionalidad y las decisiones que está tomando lo lleven al dinamismo de la propia existencia, el despertar que es hacia la búsqueda del algo, alguien o hacia algún lugar.

De Castro & García (2008), complementan que es necesario y de importancia durante la sesión experiencial, incluir las sensaciones anteriormente vividas desde el cuerpo ante una experiencia específica, lo que cuál llevará a adentrarse a su propio sentido.

4.7.4. Presencia

Schneider & Krug (2009), sostienen que la presencia tiene como fin la reciprocidad entre TERAPEUTA y paciente para iluminar la cosmovisión que el sujeto crea en la sesión terapéutica. Rothstein (1988) afirma que el terapeuta a través de su sensibilidad, toma peculiar atención sobre lo que dice, como lo dice y que comunicación no verbal usar en la sesión para crear empatía. La presencia es fundamental para el terapeuta existencial por el llamado encuentro. Schneider & Krug (2009) exponen que la presencia recoge características como en las habilidades cognitivas, las disposiciones, la espontaneidad y la reciprocidad por parte de ambos, paciente y terapeuta, y apuntar particularmente al aquí y el ahora, haciendo de la terapia una experiencia vigorosa. De Castro & García (2008), resaltan que la presencia va en dirección de comprender la experiencia presente sentida desde todos los ámbitos en su relación o vínculo entre terapeuta y paciente. En la presencia, el terapeuta “tiene capacidad para estar donde él está y donde está el paciente; en cambio el paciente sólo puede estar donde él está” (Buber, 1965, pp.171-72). Villegas (1981) expresa que la presencia es uno de los conceptos esenciales en la psicoterapia existencial

porque es la actitud con la que el psicoterapeuta acoger al coagente como un ser al que deber acoger, comprender y permitir ser real y auténtico; aspecto que exige capacidad de escucha, comprensión, respeto y atención frente al paciente y que se manifiestan a través de la postura corporal y de proximidad respetuosa, de silencio acogedor, de repeto en los turnos y formas de diálogo y de entrega reflexiva y apasionada (Villegas, 2013). La presencia en palabras De Castro y García (2011) es la que permite “comprender y sentir la experiencia de ser de otra persona” (p.202). Por su parte, May (1977) refiere que la presencia implica captar y comprender la experiencia del paciente y cómo este se vivencia y conoce a sí mismo en el encuentro terapéutico, atendiendo su vivencia y significado como ser-en-el-mundo. Van Deurzen (2000) expresa que: “el terapeuta debe estar presente para relacionarse en una forma personal y enfocarse hacia la posibilidad para la experiencia y el crecimiento” (p.157) y por su parte May (1992) afirma que “la función del terapeuta es aportar una presencia que constituya un mundo humano en el que el paciente no sólo pueda encontrar la polaridad de la relación yo-tú, sino que deba hacerlo” (p.179).

Presencia intrapersonal

El concepto de presencia intrapersonal, según De Castro (2014), se refiere al hecho de poder atender la experiencia inmediata, kinestésica, afectiva, presente y corporal que ocurre en el paciente en la relación presente consigo mismo; aspecto que implica trabajar en forma dialéctica con el paciente durante el encuentro terapéutico

En esta medida el análisis comprensivo que se realice del coagente debe siempre estar contextualizado frente a la experiencia que éste tenga frente a sí mismo en relación con el psicoterapeuta. Entonces el terapeuta podría hacer referencia a cómo la vivencia directa que el coagente relata y expresa, es sentida por él en su propio cuerpo. Es por esto que las intervenciones que el psicoterapeuta realice, deben apuntar a verificar con el paciente esa

información que ha captado y percibido, de modo que se puede tener claridad de si está captando la experiencia en concordancia con el sentido que el paciente pretende afirmar (De Castro, 2014).

La presencia intrapersonal es importante sobre todo en aquellos pacientes a los que les cuesta acceder a sus propias vivencias y en aquellos que se muestran temerosos o reacios o que se les dificulta entrar en contacto consigo mismos, con su mundo endógeno, con sus deseos, sensaciones, pensamientos y emociones. Por lo anteriormente expresado, se promueve en el paciente se conecte consigo mismo a través de la captación de su vivencia corporal para que de este modo pueda comprender la intencionalidad de su movimiento afectivo frente al que debe asumir la responsabilidad.

Presencia interpersonal

La presencia interpersonal se refiere al poder atender aquello que el coagente está vivenciando en la forma particular de interactuar consigo mismo a partir de su relación con el psicoterapeuta (De Castro, 2014) y está relacionado con la estrategia de intervención propuesta por Schneider y May (1995) de invocar lo actual, en donde cobra vital importancia que el terapeuta se mantenga su presencia frente la experiencia del coagente y de este modo, promueva que éste siga asumiendo sus vivencias de la misma forma en la que lo ha logrado hasta el momento actual. La presencia interpersonal implica poder clarificar el proceso experiencial a través del cual el paciente diseña y da forma a su ser-en-mundo; este estar-con apunta a comprender las intenciones del coagente en el momento presente del encuentro terapéutico (De Castro y García, 2011).

La presencia interpersonal se centra en favorecer dentro de la relación terapéutica que el coagente sea cada vez más capaz de captar sus movimientos afectivos en el encuentro terapéutico

y que de esta forma logre comprender y captar como lo que vivencia con el terapeuta es el reflejo en espejo de sus modos de relacionamiento y de actuar y sentir con los demás.

5. ANÁLISIS DEL CASO (DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN)

El proceso experiencial del esquizoide implica principalmente la amenaza vital de la vulnerabilidad de su intimidad. Debido a este profundo temor, los pacientes con personalidad esquizoide como E.P.C. experimentan la relación con el terapeuta como una amenaza teñida de temor que era el aspecto que le impedía desarrollar la confianza que tanto se necesitaba en la relación terapéutica como pieza clave para el encuadre y posterior enganche terapéutico. Trabajar con E.P.C. fue un verdadero reto terapéutico porque como foco central de la psicoterapia se tenía que tener en cuenta el reconocimiento de las propias emociones que emanaban bidireccionalmente entre paciente y terapeuta y que se enmarcaban en un contexto de impotencia por parte de E.P.C. al experimentar la imposibilidad de relacionarse íntimamente con su encuentro con el terapeuta y por la sensación de inutilidad que vivenciaba el terapeuta frente a la dificultad de propiciar el encuentro con E.P.C.; dos aspectos que podían interferir negativamente en el proceso. Situación que manejó el terapeuta al ser sensible a los cambios sutiles y acoger las reacciones emocionales de E.P.C.; aspecto que se convirtió en el sentido que le daba directriz al encuentro terapéutico porque sería esta acogida la que propiciaría en E.P.C. la disminución lenta y gradual de su imposibilidad de vincularse con el terapeuta. La incapacidad de E.P.C. para relacionarse y comunicar sus estados internos, imposibilitaba la apertura de su ser-en-el-mundo y lo hacía desconocer al terapeuta como interlocutor válido al sentirlo ajeno y extraño a su vida. El precio de esa no apertura frente al terapeuta, ocasionaba en E.P.C. la angustia existencial propia del ensimismamiento que le causaba el temor al relacionamiento con los demás.

La empatía del terapeuta con E.P.C. implicó el despliegue de la sensibilidad y la disposición de él para captar el sentido de la experiencia de E.P.C. y también de la habilidad verbal para

expresarle su comprensión en un lenguaje sencillo, claro y directo que lograra propiciar un contexto afectivo que se enmarcara en el tan necesario encuentro terapéutico. La empatía fue un elemento totalmente esencial en el encuentro terapéutico con E.P.C. Así mismo, hacer uso del “aquí y el ahora” fue otro elemento que permitió al terapeuta comprender el modo en el que se relacionaba E.P.C. como ser-en-el-mundo. Durante los primeros encuentros, E.P.C. sólo manifestaba con su lenguaje corporal lo que solía experimentar cuando entraba en contacto con las demás personas, especialmente en su contexto escolar que además de exigirle un rendimiento académico, le exigía contacto imperativo con los otros.

La utilización de los saberes del terapeuta se constituyó en pieza clave para poder comprender los distintos momentos de la psicoterapia con E.P.C. Saber acoger, implicó establecer un vínculo afectivo de apertura y libre de prejuicio que iba poco a poco replanteando el acogimiento necesario para establecer el encuentro terapéutico. Al iniciar el proceso terapéutico con las figuras parentales de E.P.C., el terapeuta ineludiblemente se tuvo que haber hecho un imaginario coherente a lo relatados por los padres de E.P.C. Al recibir al coagente por primera vez, el terapeuta en su proceso de acogida, aunque tenía un modelo y una idea del paciente que recibiría, no focalizó su atención en estos elementos que en caso de hacerlo, se hubieran convertido en potenciales prejuicios que podían atentar contra el curso normativo de la terapia; así que en su proceso de acogida en el encuentro con su coagente, el terapeuta usó su voluntad no para afirmar los prejuicios, sino, para a consciencia y a voluntad, afirmar su deseo de acoger al paciente en el encuentro terapéutico y favorecer su desarrollo psicoafectivo. Saber acompañar y saber escuchar, se vieron reflejados en respetar los silencios de E.P.C. y en propiciar el despliegue de vivencias, pensamientos y emociones a pesar de sus evasivas frente a la conexión con él mismo y con el terapeuta. El continuo ejercicio de los

saberes permitió el grado, cada vez más alto, de apertura que condujo a E.P.C. a poder hablar de su experiencia como miembro de una familia y de un contexto social, del que, por sus defensas esquizoides, se experimentaba como desconectado. Al hablar de estas vivencias, E.P.C. logró abrir una vía de intervención terapéutica: la creación de sentido que le favoreció al terapeuta irle mostrando a E.P.C. lo que iba afirmando intencionalmente con cada decisión y comportamiento que llevaba a cabo.

Para la comprensión del proceso experiencial de E.P.C. hubo que comenzar por clarificar cómo éste experimentaba, participaba y asumía sus propias vivencias, es decir, tener en cuenta como se relacionaba e intimaba con sus propios deseos, valores, intencionalidad, voluntad y significados, para de esta forma poder generar la comprensión de la base afectiva que le daba sentido a la experiencia de E.P.C. y al mismo tiempo, descubrir los valores que afirmaba y que lo hacían responsable de la creación y mantenimiento de los síntomas de su psicopatología base.

Según Yalom (1984) “la enfermedad es un modo ineficaz y desesperado para evitar la angustia resultante de la confrontación con los supuestos básicos de la existencia tales como la libertad, voluntad, responsabilidad, el sentido, la muerte y el aislamiento existencial”. En este sentido E.P.C. le temía exacerbadamente a la dependencia a los demás y a la cercanía de quienes lo rodeaban en su cotidianidad porque todo contacto era percibido por él como una violación a su integridad, lo que hacía aparecer una sensación abismal de vacuidad y soledad que tal como lo señala Yalom (1984), aparecía como la tensión que obedecía frente a la consciencia de aislamiento y deseo de contacto y protección. Así que, en pro de evitarse este malestar psicológico, E.P.C. desplegó sus maniobras que le permitían distanciarse de todos los demás y sentir apatía frente a ellos; de esta forma, se aseguraba de que nadie se le acercara demasiado. Esto dejaba a la luz la angustia propia de su preocupación existencial más básica: la consciencia

del absoluto aislamiento y el deseo perentorio de contacto y protección inherente a su condición de ser-en-el-mundo. Indiscutiblemente, E.P.C. no podía evitarse del todo la proximidad con quienes le rodeaban, así que adoptó una actitud de defensa, apatía, hostilidad, y pseudo desinterés por los otros, pero con el más genuino fin de protegerse de su sensación de angustia amenazante que vivenciaba al establecer vínculos con los otros; así que la agresividad se convirtió en un elemento totalmente presente y constante en el modo de relacionamiento que E.P.C. tenía que con los que le rodeaban, principalmente con sus pares etéreos, familiares y profesores. Frente a esto, Riemann (1996) sugiere que:

“Entre los sujetos esquizoides, la agresividad desempeña, a menudo, otra función distinta de la defensa y protección. De acuerdo con la antigua acepción del vocablo latino *ad-gredi* (= aproximarse a alguien) es} para ellos un medio, con frecuencia, el único de establecer contacto. La agresión puede convertirse entonces en un modo de pretender y solicitar algo” (p. 41).

E.P.C. temía a los encuentros personales y era por esta razón que objetivizaba todas sus relaciones humanas. A voluntad anulaba sus deseos de contacto, con el objetivo de no verse forzado a establecer intimidad con alguien. Así era como lentamente había perdido el sentido de desear entrar en contacto con los demás y era esto, la fuente generadora de todas sus sensaciones vacías de soledad, vacío, insignificancia, apatía, impotencia, frustración, insatisfacción y desesperación que al mismo tiempo lo llevan a afirmar deseos ciegos de cercanía que al no lograrlos, lo ponían en contacto directo con la consciencia de su absoluto aislamiento y sensación de insignificancia y era todo este mecanismo el que lo había llevado a desarrollar la sintomatología esquizoide.

E.P.C. negaba desear y usaba la apatía para defenderse de sus deseos y capacidad de decisión. De esta forma no se permitía vivir todo lo que deseaba y en su contrario, lo reprimía, utilizando su voluntad para permanecer en un estado de absoluta quietud y aislamiento que le generaban cada vez su sensación exagerada de soledad e impotencia. Así que el desear, desaparecía en

E.P.C. y como defensa frente a esto, aparecía la apatía como la incapacidad para desear y decidir y entonces aparecía el temor a los proyectos, a las nuevas posibilidades de establecer encuentros interpersonales y a las situaciones que implicaran riesgos (hiper restrictivo), porque sentía miedo de sentir; por eso se retiraba de sí mismo, para defenderse de su sensibilidad. Al respecto, Rollo May (1997) plantea que, si el ser humano decide no desarrollar sus potencialidades, huyendo de todas aquellas situaciones que le demandan el desarrollo de las mismas, se desencadena en él, las sensaciones de culpabilidad, apatía, hostilidad y vacío frente a su existencia. Todos estos aspectos se mantenían en E.P.C. de manera severa y se habían mantenido en el tiempo, afectando su desarrollo psicoafectivo en las áreas, personal, familiar, relacional y escolar. Sin embargo, pese a todo esto, en el vínculo terapéutico se logró abrir la posibilidad de que E.P.C. vivenciar todo aquello que tanto le angustiaba que tal cual lo expresa May (1977):

“La función del psicoterapeuta no consiste en *curar* los síntomas neuróticos del paciente, aunque este es el motivo que induce a la mayoría de la gente a acudir a terapia. En realidad, el hecho de que éste sea su motivo refleja su problema. Pero la psicoterapia se ocupa de algo más fundamental, que es ayudar a la persona a que experimente su existencia como real; cualquier curación de los síntomas que esté llamada a durar debe ser subproducto de esto” (p. 116).

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En la presente investigación, los principales hallazgos hacen referencia a la aproximación de la comprensión y el proceso psicoterapéutico, del caso de un joven de 17 años de edad, desde la práctica fenomenológica (método terapéutico fenomenológico existencial que percibe primero lo que se muestra del fenómeno para después comprenderlo). La terapia y su abordaje, va direccionado a confrontar al paciente para facilitar la comprensión de sí y de su situación actual, haciendo que pase a voluntad, a la acción desde una responsable toma de decisión. Entonces, el problema fundamental en este caso específico, se debe a que los individuos con el tipo de personalidad esquizoide, presentan mayores dificultades en las relaciones interpersonales, por lo cual, esta investigación se manifiesta como un intento de resolver el interrogante ¿Como la relación terapéutica centrada en el aquí y el ahora y la presencia del terapeuta pueden potenciar cambios en la experiencia vital de un joven de 17 años de edad que presenta y vivencia rasgos característicos de una personalidad esquizoide?.

Esta investigación requirió el uso de una metodología rigurosa e implacable que correspondiera a los objetivos que se plantearon inicialmente, y constó de un diseño de “estudio de caso único”, que tuvo como finalidad reunir información minuciosa a lo largo de un amplio periodo sobre el sujeto investigado. Se estructuró un marco teórico dirigido hacia los fundamentos de la terapia fenomenológica-existencial; aplicable al caso clínico y a su metodología en la medida en la que el material que surgía en las sesiones terapéuticas logró darle una respuesta al área problemática, que no necesitó una muestra grande de individuos, ya que era suficiente con lo que se mostró en un solo caso.

Es sabido que no hay manuales o directrices que señalen específicamente pasos para cada caso en particular, o qué es recomendable preguntar a lo largo de las sesiones, ya que la

efectividad de una terapia va a depender principalmente de la experticia del terapeuta y del vínculo establecido entre ambos, siguiendo a May (1977):

“la tarea sustancial y la responsabilidad del terapeuta consiste en comprender al paciente como un ser y como un ser en el mundo. Todos los problemas técnicos están subordinados a esta comprensión, sin ella, los recursos técnicos son impertinentes en el mejor de los casos, y en el peor un procedimiento para sistematizar la neurosis; y con ella se echan los cimientos para que el terapeuta pueda ayudar al paciente a reconocerse y a experimentar su propia existencia.”

El trabajo con este paciente soporta y respalda el planteamiento de May (1977) en lo referente al objetivo de la terapia desde la perspectiva de la psicología existencial, pues si bien, no todos los síntomas del paciente desaparecieron; en cada sesión terapéutica se fue abriendo un espacio que le permitió a éste paciente poder hablar de sus angustias más íntimas frente a aquello que se le manifestaba como apatía, que no le permitía el contacto con los otros y además complicaba su desempeño académico y sus relaciones familiares, llevándolo al consultorio como una queja hacia los otros (su familia, sus profesores, sus compañeros de clase. Esto se convirtió en una pregunta íntima en relación a su propia existencia y el lugar donde él estaba queriendo ubicarse en el mundo. Rogers (1951) señala tres condiciones básicas para un cambio terapéutico: aceptación incondicional, empatía y autenticidad y resaltó que la actitud del terapeuta es central para el éxito de terapia más que alguna técnica en particular, lo que se reafirma en el proceso psicoterapéutico con E.P.C., en el que las aptitudes terapéuticas de saber acoger, escuchar y acompañar, constituyeron la base de cada logro durante los encuentros con el paciente.

La práctica clínica que llevamos a cabo requiere personalizar aún más la relación con los pacientes, como terapeutas es indispensable tomar las decisiones con base a los datos generados por la investigación. La realización de esta, a través del estudio de caso como una herramienta permitió dar cuenta de la relación terapeuta-paciente con un individuo con personalidad esquizoide y cómo la presencia del terapeuta y una terapia centrada en el aquí y el ahora, promueven que el paciente llegue a un grado de apertura que lo lleve a explorar su malestar ya

no en función de quejarse de los otros, sino ubicándose como un ser responsable de su deseo y su voluntad.

El presente trabajo, representa un punto de partida a otras investigaciones que examinen a mayor profundidad la vivencia esquizoide; la pregunta orientadora que guio la realización de este trabajo fue resuelta a partir del análisis de las distintas sesiones y soportada a partir de los planteamientos de varios autores de la psicología existencial y pretendió, de esta forma, resignificar y generar nuevos aportes a la práctica de la psicoterapia fenomenológica existencial con pacientes con personalidad esquizoide.

7. LISTA DE REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders DSM-IV-TRTM*. Washington, USA: Author.
- Becker, C. S. (1992). *Living and Relating. An introduction to Phenomenology*. California, USA: Sage Publications.
- Binswanger, L. (1977). La escuela de pensamiento de Análisis Existencial. En R. May, E. Angel & H.F. Ellenger (Eds.), *Existencia, una nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp.235-261). Madrid: Gredos.
- Dávila H. (1995). La salud mental. *Boletín de PREID*, 11-2
- De Carvalho, R. (1992). The Humanistic Ethic of Rollo May. *Journal of Humanistic Psychology*, 32(1), 7-18.
- De Castro, A. & García, G. (2008). *Psicología Clínica: Fundamentos existenciales*. Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad del Norte.
- De Castro, A. & García, G. (2011). *Psicología clínica. fundamentos existenciales* (2a ed.). Barranquilla, Colombia: Ediciones de la Universidad del Norte.
- De Castro, A. (2005). Comprensión cualitativa de la experiencia de ansiedad. *SUMA Psicológica*, 12(1), 61-76.
- Dorr, O. (1995). *Antropología Psiquiátrica*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Ferrer, A., Londoño, N. H., Álvarez, G. E., Arango, L. M., Calle, H. N., Cataño, C. M... & Peláez, I. C. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 73-96.
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona, España:

Masson.

Grant B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Frederick, S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J. & Pickering, R.P. (2004). Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United State: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.

Heidegger, M. (1974). *¿Qué es la metafísica?: ensayos; Ser, verdad y fundamento*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veinte.

López, A. M. (2017). *Existencia & Psicoterapia: de la psicología sin objeto al saber-hacer en la clínica psicológica existencial*. Río de Janeiro, Brasil: IFEN.

Martens, W. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *European Journal of Psychiatry*, 24, 38-45. [dx.doi.org/10.4321/S0213-61632010000100005](https://doi.org/10.4321/S0213-61632010000100005).

Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*. México: Editorial Trillas.

May, R. (1963). El surgimiento de la Psicología Existencial. En R. May (Ed.). *Psicología Existencial*. (pp. 9-58). Buenos Aires, Argentina: Gedisa.

May, R. (1977). *Análisis y significado del movimiento existencial en psicología; y contribuciones de la psicoterapia existencial*. En: R. May, E. Angel & H.F. Ellenberger (Eds.) *Existencia, una nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 19-122). Madrid, España: Gredos.

May, R. (1977). *Existencia*. Madrid, España: Editorial Gredos.

May, R. (1983). *El hombre en busca de sí mismo*. Buenos Aires, Argentina: Central.

May, R. (2000). *Amor y voluntad*. México: Editorial Gedisa.

- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-centred counselling in action*. London, UK: Sage Publications.
- Merleau, M. (1962). *Phenomenology of perception*. New York, USA: Routledge.
- Merleau, M. (1962). *The visible and the invisible*. Evanston, USA: Northwestern University Press.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Moon, B. (2009). *Existential art therapy: the canvas mirror*. Springfield, USA: Charles C. Thomas Publisher.
- Moustakas, C. (1995). *Being-in, Being-for, Being-with*. Northvale, US: Jason Aronson.
- Oldham, J. M., Skodol, M. & Bender, D. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona, España: Masson
- Penado, M. & González, D. (2015). El trastorno esquizoide de la personalidad en la jurisprudencia penal del Tribunal Supremo español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 81-85.
- Riemann, F. (1996). *Formas básicas de la angustia*. Barcelona, España: Herder.
- Rodríguez, G (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España: Editorial Aljibe.
- Rogers, C. (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston, USA: Houghton-Mifflin.

- Romero, E. (2003) *El inquilino de lo imaginario: Formas malogradas de existencia*. Santiago, Chile: Editora Norte-Sur.
- Romero, E. (2003). *Neo-génesis: el desarrollo personal mediante la psicoterapia*. Sao Paulo, Brasil: Editora Norte-Sur.
- Rothstein, S. (1988). *Orientacio Shock Wave*. California, USA: Continental Publications.
- Sánchez, A. (1994). *Psicoterapia humanística un modelo integrativo*. Argentina. Editorial Paidós.
- Schneider, K. (1998). *Existential processes. Handbook of experiential psychotherapy*. En: L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer. *Handbook of Experiential Psychotherapy* (pp. 103-120). Nueva York, USA: The Guilford Press.
- Signorelli, S. La revalorización de la vida a través de la terapia. *Revista Latinoamericana de Psicología Existencial. Un enfoque comprensivo del ser*, (4).
- Spinelli, E. (2000). *The interpreted world: An introduction to phenomenological psychology*. London, UK.: Sage Publications.
- Van Kaam, A. (1966). *The art of existencial counseling*. USA: Dimension Books.
- Van Deurzen, E. (2000). *Existential Counseling in Practice*. London: Sage Publications.
- Yalom, I (2008). *Mirar al sol*. Bueno Aires, Argentina: Emecé.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Yalom, I. D. (2004). *El don de la terapia*. Santiago, Chile: Emecé.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.

8.ANEXOS

Anexo 1. Guía de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE

.....(título)

Nombre de la psicóloga(o):

Señor(a) _____ le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender.... (Especificar aquellos objetivos o preguntas orientadoras a los que apunta el caso).

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre (colocar temática) y de haber recibido del señor(a) _____ explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a (colocar su nombre) para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor _____ y el testigo (si lo hay, lo cual se sugiere), en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Teléfono: _____, Correo electrónico: _____

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Teléfono: _____, Correo electrónico: _____

