

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia Gestalt Aplicada a un Estudio de Caso

Robert Balfour Arízaga

Teresa Borja, Ph.D., Directora de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Psicólogo Clínico

Quito, Enero 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Terapia Gestalt Aplicada a un Estudio de Caso

Robert Balfour Arízaga

Teresa Borja, Ph.D
Director de Tesis

.....

Ana María Viteri, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

.....

Lellany Coll, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

.....

María del Carmen Fernandez Salvador, Ph.D.
Decana de Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Quito, Enero 2013

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Robert Balfour
C. I.: 1710493287

Fecha: Enero, 2013

DEDICATORIA

A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Un eterno agradecimiento a mis padres, a mis compañeros a quienes les tendré siempre presente y a Teresa Borja por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Este trabajo investigativo presenta la terapia Gestalt aplicada a un estudio de caso de una paciente que presenta problemas paterno-filiales. La paciente de 22 años llegó de manera voluntaria a las consultas gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito. Una vez analizada la demanda inicial presentada por la paciente y los objetivos de la terapia, se prosiguió a formular la hipótesis de la investigación la cual indica que por medio de la terapia Gestalt la paciente entrará en un proceso de integración del self con el cual se espera reducir la intensidad de los síntomas que le aquejaban. La investigación utilizó una metodología combinada entre cualitativa y cuantitativa para poder comprobar la hipótesis. Se utilizó por una parte el test de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R) para poder analizar los cambios en la sintomatología del paciente antes y después de la intervención psicológica y por otra parte ciertos elementos de la teoría de la terapia Gestalt para analizar el proceso continuo de integración del self de la paciente. Los resultados encontrados de la prueba SCL-90-TR después de 12 sesiones indican una reducción en la intensidad de síntomas de la paciente lo cual muestra la efectividad de la terapia Gestalt para paciente que sufren de problemas paterno-filiales.

ABSTRACT

This case study used Gestalt therapy for the treatment of a patient that presented paternal-filial problems. The patient, who at the time was 22 years old, searched voluntarily the help of the psychological services of Universidad San Francisco de Quito. Once the primary demand was analyzed and the goals for therapy set, the hypothesis was created which says that with Gestalt therapy the patient will be able to integrate certain aspects of his self which will directly affect the reduction of the intensity of symptoms of the patient. This case study combined a qualitative and quantitative methodology in order to prove the hypothesis. The Symptoms Test Revised Inventory 90 (SCL-90-R) was used to analyze the changes of intensity of symptoms, while certain elements of Gestalt therapy was used to analyze the integration of the patients self. Reduction of the symptoms found in the results of the Symptoms Test Revised Inventory 90 (SCL-90-R), indicates the effectiveness of Gestalt therapy with patients suffering from paternal-filial problems.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	8
TABLAS	9
FIGURAS	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	10
Antecedentes	10
El problema.....	14
Hipótesis	15
Pregunta de investigación	16
Contexto y marco teórico.....	17
Definición de términos.....	18
Presunciones del autor del estudio.....	20
REVISIÓN DE LA LITERATURA	21
Géneros de literatura incluidos en la revisión.....	21
Pasos en el proceso de revisión de la literatura.....	21
Formato de la revisión de la literatura por temas.....	21
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
Justificación de la metodología seleccionada	52
Herramienta de investigación utilizada.....	53
Descripción de participantes	53
Fuentes y recolección de datos	54
ANÁLISIS DE DATOS.....	57
Detalles del análisis.....	57
Importancia del estudio.....	95
Resumen de sesgos del autor	96
CONCLUSIONES	97
Respuesta a la pregunta de investigación.....	96
Limitaciones del estudio	97
Recomendaciones para futuros estudios	98
Resumen general.....	99
REFERENCIAS.....	100
ANEXO A: SCL-90-TR	102

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Este trabajo investigativo tiene como objetivo el presentar un estudio de caso realizado a partir de las consultas gratuitas de psicología de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ). Se describe el proceso terapéutico seguido a partir de la demanda inicial del paciente XX, mujer de 22 años, quien llegó a las consultas por voluntad propia. El motivo de consulta de XX fue el hecho que se sentía que estaba con muchos problemas, siendo el principal que se había alejado de otras personas y que no se sentía motivada a seguir estudiando en la universidad. Afirmó que sentía mucha ansiedad y que muchas veces lo único que quería hacer era retirarse de la universidad y tratar de aislarse del resto de las personas. Una vez analizado los resultados del test psicométrico SCL-90 se pudo observar que XX presentaba niveles significativos de depresión, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal y psicotismo. XX mencionó que sus síntomas, entre los que se encontraban pérdida de sueño, ansiedad y retraimiento social, no le permitían cumplir con las exigencias académicas de la universidad y sentirse a gusto con como estaba llevando sus relaciones interpersonales.

Antecedentes

A continuación se presenta los antecedentes familiares y personales de XX.

Historia personal.

XX presenta un desarrollo normal sin ningún tipo de alteraciones médicas significativas. Nació en una ciudad pequeña y atendió primaria y secundaria en esta ciudad viviendo con sus padres y hermano menor. Menciona que durante la infancia no tuvo mucho contacto con sus padres debido a que pasaban la mayor parte del tiempo trabajando y regresaban a casa muy tarde por la noche. A parte de esta descripción familiar, no presenta

traumas significativos durante su infancia. Al llegar a la adolescencia, XX comienza a tener confrontaciones con sus padres debido a que comenzaba a tener un punto de vista de la vida diferente al de ellos. Desde los 17 años participa como activista con ciertas fundaciones en contra de la violencia de animales, lo cual, según sus padres, era una pérdida de tiempo e implicaba el pasar las tardes fuera de casa con gente diferente a su familia. De la misma manera una vez que se graduó del colegio decidió que quería estudiar veterinaria, algo que supo que quería hacer desde muy pequeña. Esta decisión fue mal vista por sus padres ya que se preocuparon de que no podría vivir de eso en el futuro y que implicaba el ir a vivir a la capital sola para poder estudiar.

Durante la secundaria menciona que no le gustaba pasar tiempo en la casa debido a que siempre estaba sola. Sus padres trabajaban hasta tarde en la oficina y no pasaban mucho tiempo con ella o con su hermano, razón por la cual se acostumbró a pasar las tardes fuera de casa con sus amigos o trabajando como voluntaria en una institución de salud pública. Este tipo de actitudes incrementaba más las confrontaciones debido a que los padres preferían que XX se quedara en casa estudiando y que no sea vista en las calles con sus amigos. Le molestaba mucho el hecho de que a su hermano no le prohibían el que vaya fiestas o que pase el tiempo afuera de casa mientras que a ella siempre se le impuso normas alrededor de, en palabras de XX, “como comportarse como una señorita.” Al graduarse del colegio se sentía como una persona anormal y que por más que le gustaba hacer las cosas que hacía, le molestaba mucho el hecho de que se sentía comparada con sus primas quienes representaban a un modelo más tradicional de como deberían ser las mujeres en su ciudad natal: no salían las tardes a pasear con grupos grandes de amigos, tenían novios aprobados por la familia y querían quedarse a vivir en la ciudad.

Todo este tipo de acontecimientos y la diferencia de opiniones entre XX y sus padres hizo que a la edad de los 18 se sintiera atrapada en su ciudad natal, encerrada y sin futuro. Trataba de mantenerse ocupada con ciertos voluntariados durante los fines de semana y varias actividades durante la semana, pero mantenía siempre una leve noción de que las cosas que hacía eran por una parte para no sentirse atrapada y por otra para no tener que estar en casa y sentirse sola o tensa debido a las constantes confrontaciones que mantenía con sus padres.

Su último año viviendo en su ciudad natal se hace amiga de un grupo de adolescentes que los describe como muy diferentes al resto de chicos de su colegio. Salían al parque a montar sus patinetas y por lo general no pedían permiso a sus padres para salir de fiestas o pasar las tardes paseando por la ciudad. Esta nueva amistad preocupó más a los padres de XX lo cual agravó más la relación. XX tenía un horario muy estricto en el que tenía que estar temprano en casa y no se le permitía salir por la noche con el grupo de amigos. Este tipo de horarios se mantienen hasta la actualidad aun cuando XX vive en la capital, lo cual hace que le haga sentir igual de atrapada que estando en su ciudad natal.

Una vez en la capital entra en la Universidad para estudiar veterinaria pero al cabo del tercer año tiene problemas académicos con un profesor quien le acusa de no ser una buena estudiante y de haber escrito una carta junto con otros compañeros, de lo mal profesor que era. Debido a este incidente decide cambiarse de universidad y entra nuevamente a primer año de veterinaria sin haber podido revalidar los cursos de la otra universidad. Reporta el haber perdido la motivación de estudiar, que era constantemente presionada por sus padres para que ya termine la carrera y es criticada por ellos por su estilo de vida “alternativo.” Una vez en su nueva universidad comienza a convencerse de que el estudio es una pérdida de tiempo y que prefiere retirarse antes de sentir la presión por parte de los padres de que debe

sacarse buenas notas y graduarse lo antes posible. Mantuvo una relación por un año con un chico de 25 años a quien lo describe como alguien “divertido,” “con quien pude conversar de todo,” pero como alguien dominante y no querido por su familia.

La paciente reportó el no haber atendido a terapia psicológica antes, no toma medicamentos excepto por tabletas de cafeína cuando tiene que estudiar. No reporta hospitalizaciones o eventos médicos significativos.

Historia familiar.

Actualmente XX vive en la capital con sus tíos y hermano menor (19 años) quien atiende a la universidad. Sus padres viven en su ciudad de origen y son dueños de un negocio en dicha ciudad.

XX describe a su hermano como alguien que prefiere permanecer en casa, que no le gusta salir de fiestas y que se preocupa por ella. Ha tenido algunas confrontaciones con él debido a que ha llamado a sus padres para reportar los comportamientos de XX como sus salidas de fiesta, el regresar tarde a casa o el no estudiar. Mantiene una relación distante con él y prefiere no conversar de temas importantes por temor a no ser entendida por él.

Los padres de XX están casados y los describe como personas muy trabajadoras y conservadoras. Su padre es una persona reconocida e importante en su ciudad natal debido a su negocio. XX lo ve como alguien que ha dado mucho por su carrera profesional, muy estricto y que pasaba mucho más tiempo trabajando que con su familia. Describe a su madre como alguien de carácter fuerte, muy trabajadora y autoritaria.

No reporta ningún tipo de problemas de salud en la familia. Lo más importante con respecto a sus familiares es la decisión de XX de mantener una distancia con ellos evitando el contacto y la comunicación.

El problema

XX buscó ayuda psicológica en los servicios Psicológicos Gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito por iniciativa propia. La demanda inicial que presenta XX era el querer mejorar académicamente en la universidad. Debido a que sentía ansiedad con mucha frecuencia (XX mencionó el estar ansiosa los 5 días de la semana), tenía dificultad en concentrarse y pérdida de atención durante sus clases, sus notas habían bajado considerablemente. Presentaba sentimientos de frustración debido a no poder cumplir sus obligaciones de la universidad lo cual hacía aflorar pensamientos negativos con respecto a su desempeño entre los que se encontraban el “no puedo hacerlo,” “no soy lo suficientemente buena” y “no alcanzaré a hacer todos mis deberes.” Estos pensamientos giraban también en torno hacia el futuro de su carrera universitaria, haciendo que XX sintiera muchas veces el querer abandonar la carrera. De manera paralela, XX presentaba retraimiento social en especial con respecto a su familia, prefiriendo el evitar el contacto con sus padres. Las conversaciones que mantenía con su familia las describía como superficiales para de esta manera evitar cualquier tipo de conflictos que podrían emerger si XX les contaba algo con respecto a sus intereses como el activismo a favor de los derechos de los animales, el arte y la cultura y el activismo por los derechos de las mujeres. Aunque este tipo de estrategia le funcionaba, no se sentía cómoda con como estaban las relaciones con sus familiares.

Le costaba el tener que levantarse de la cama y llegar a la universidad y prefería dormir en las tardes en vez de realizar cualquier otra actividad. Esta sintomatología surge y se establece en los últimos 8 meses, después de haber tenido que cambiarse de universidad debido a problemas académicos con un profesor. Una vez en su nueva universidad reportó que perdió la motivación de estudiar y de tratar de hacer nuevas amistades entre sus

compañeros. Esto hizo que XX se llegase a describir como una persona muy solitaria y sin ganas de establecer contactos sociales.

Dentro de los objetivos que se llegó a establecer en la primera sesión fue el de que XX quería tratar de mejorar su desempeño en la universidad manejando de mejor manera la ansiedad que estaba presentando. La ansiedad la sentía principalmente en sus manos como un leve temblor, en las piernas como un hormigueo y muchas veces terminaba con dolores de cabeza. Este tipo de sintomatología venía acompañado de una visión negativa de ella misma y una subsecuente pérdida de motivación. Otro objetivo que XX quería llegar con las terapias era el de poder sentirse tranquila y no sentirse insegura de hacer las cosas que a ella le gusta hacer. XX no tenía muy claro de cuáles eran esas cosas que le gustaría hacer debido a que al momento de visualizarse a ella misma haciéndolas, volvía a sentir ansiedad. Un último objetivo que se planteó fue el hecho de no sentirse culpable con respecto a cómo es ella. XX sentía mucha culpabilidad por cómo se había desarrollado la relación con sus padres y que la manera de cómo era ella y las cosas que le gustaban eran los causantes del estado de la relación. Buscaba sentirse tranquila con ella misma y poder disfrutar de la vida y de las cosas que ella quería hacer sin sentir esa culpabilidad.

Hipótesis

Una vez tomado en consideración los motivos de consulta que XX trajo a la primera sesión, se decidió utilizar la terapia Gestalt a lo largo de este caso para poder tratar ciertos temas que subyacían a los síntomas presentados por XX. Se asume que usando ciertas herramientas de la terapia Gestalt, XX logre entrar en contacto con ciertos elementos de su *self* de manera más espontánea, deliberada y creativa gracias a la capacidad innata de todo ser humano de autorrealizarse (Woldt & Toman, 2007). Se espera que una vez logrado que

entre en este contacto de manera auténtica, los síntomas presentados en la primera sesión bajarán de manera significativa.

Al momento XX mantiene una resistencia hacia ciertos tipos de contactos, en especial el evitar comunicarse con sus padres y el de realizar actividades afines a sus gustos debido al miedo de tener que responsabilizarse de sus propias decisiones y miedo al ser criticada o no valorada por sus familiares. Este tipo de resistencias vendrían a ser vistas desde la perspectiva de Gestalt como un ajuste creativo con el que la paciente ha decidido enfrentarse ante esta difícil situación por la que está atravesando (Woldt & Toman, 2007).

De manera paralela, al preguntarle a XX en la primera sesión de quién era ella, se le hizo muy difícil el poder responder. Licea (2009) comenta que dentro de las principales problemáticas que se pueden encontrar dentro de un espacio psicoterapéutico es justamente la dificultad de los pacientes de responder a una pregunta tan fácil como es el ¿quién soy yo?. El hecho de que XX haya tenido dificultad de responder a esta pregunta, muestra la importancia de entrar en un proceso desde una perspectiva humanista en el que logre integrar ciertos elementos de su *self* para de esta manera reducir las resistencias y defensas que presentó en esa primera sesión y comenzar a construirse usando los elementos que ella misma valora: su amor por los animales, el respeto hacia la naturaleza, su interés por el arte y la cultura y su interés por el activismo de los derechos de la naturaleza y los animales (Licea, 2009).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la aplicación de ejercicios de terapia Gestalt y el uso de los fundamentos teóricos de esta terapia ayudarán a XX en la reducción de los síntomas presentados y llegar a una visión más integrada de su *self*?

Contexto y marco teórico

Debido a que se tomará como eje central la conceptualización de los síntomas presentados por la paciente desde la perspectiva de la terapia Gestalt, es importante considerar que aunque XX presenta en los resultados del test de SCL90 resultados significativos en ciertos patrones de síntomas que podrían constituir como parte de un diagnóstico clínico, la redacción de este estudio de caso no girará en torno al diagnóstico clínico de la paciente porque esto implicaría una forma de aplicar una etiqueta que es la patología (Licea, 2009).

El modelo teórico de la terapia de Gestalt, el cual fue creado por el psicólogo Fritz Perls hace 50 años (Woldt & Toman, 2007), apunta hacia la conceptualización de los casos a partir de la delimitación de las figuras que surgen de un fondo a partir de una necesidad ya sea fisiológica o psicológica de la persona y no necesariamente desde un diagnóstico (Woldt & Toman, 2007; Licea, 2009). La terapia de Gestalt permite que los pacientes tomen consciencia de los continuos bloqueos y mecanismos de defensa que surgen del “yo” al momento de tratar de manejar las varias figuras que se van formando del fondo. Esta interrupción de la espontaneidad del contacto “continúan interrumpiendo otros procesos de contactos significativos” lo cual lleva a la presentación de patologías y desorganización cognitiva, emocional y somática (Woldt & Toman, 2007, p. 38; Licea, 2009). Desde el modelo de Gestalt se analizará la ansiedad, los síntomas de depresión y cualquier otro síntoma presentado por la paciente, por una parte como un ajuste creativo para intentar evitar el contacto con ciertos elementos de su vida y así protegerse de no sentir o pensar de manera negativa sobre ella misma, y por otra parte, como señales que ayudan a reconocer los pasos a seguir en el proceso terapéutico que ayuden en la integración de sus propios elementos y la

diferenciación con elementos del medio ambiente de XX. Se espera llegar a que XX tenga una visión de mayor responsabilidad y compromiso con ella misma.

El uso del Inventario SCL-90-R, será únicamente utilizado para ver cambios en la sintomatología del paciente y no como un instrumento para conceptualizar este caso.

El propósito del estudio.

Se espera que usando la terapia de Gestalt y ciertos ejercicios de ésta, se logre tratar los síntomas presentados por XX y llegar a los temas o a los asuntos más importantes que están por detrás de la sintomatología logrando no sólo bajarlos sino que también promoviendo una Gestalt más completa en la paciente. Se espera el poder experimentar con las resistencias que ha mantenido con respecto a aspectos de su vida, que logre tomar conciencia de ellas y a través de dichos ejercicios encuentre maneras para entrar en contacto con lo que ha tratado de evitar.

El significado del estudio.

La descripción de este proceso terapéutico usando la terapia de Gestalt puede ayudar a otros estudiantes o personas interesadas en este tipo de terapia para entender el uso de ejercicios que se centran en el aquí y ahora dentro de un proceso terapéutico. Ejercicios como la imaginación activa, la silla vacía o el uso de ciertos juegos como la construcción de esculturas de estados emocionales pueden ser útiles inclusive en otro tipos de terapia para ayudar al paciente a entenderse desde otros puntos de vista y visualizar el cambio que él mismo está potencializando.

Definición de términos

A lo largo de este estudio se utilizarán ciertos términos que son propios a la terapia de Gestalt y que difieren de otras corrientes psicológicas.

Gestalt.

Según el diccionario de Cambridge International Dictionary of English, la palabra gestalt significa algo como una estructura o experiencia que cuando se la considera como un todo, tiene cualidades que son más que la suma de sus partes. Desde el punto de vista de esta investigación la palabra alemana de Gestalt será utilizada desde una perspectiva psicológica en la que por medio de pequeños experimentos o ejercicios se intenta analizar qué partes de la paciente, ya sean emociones, cogniciones, su cultura o expresiones corporales, son partes funcionales del todo, o de la demanda que está presentando y que una vez tomados en consideración logren la construcción de una figura bien delimitada y como tal se cierra un proceso de autorregulación del individuo (Koffka, 1935).

Yo.

Para el psicoanálisis el yo funciona como un puente que une y divide las instancias del ello y super-yo. Es por esta línea divisora que el psicoanálisis conceptualiza al ser humano como un ser en constante conflicto (Latner, 1972). Desde la terapia Gestalt, el yo cumple una labor distinta en tanto es capaz de encontrar armonía porque tiene la capacidad de enfrentarse a sí mismo. El yo puede formar como también destruir la Gestalt dependiendo de las necesidades del organismo (Latner, 1972).

Consciencia.

Desde el psicoanálisis este término es parte de los esquemas de la mente y tiene como función el análisis de lo cotidiano, de lo real e intangible. Desde el punto de vista de la Gestalt este término acapara un campo más profundo e importante en el proceso terapéutico ya que significa la capacidad de darse cuenta de lo que sucede al entrar en contacto con una

experiencia. Por lo tanto la conciencia es una herramienta fundamental en el proceso de búsqueda de salud o armonía (Latner, 1972).

Presunciones del autor del estudio

Tomando en consideración que este estudio gira alrededor de una sola paciente, se espera que la información propiciada por la misma ya sea en los test de sintomatología o en las entrevistas clínicas, haya sido honesta y que realmente refleja el proceso terapéutico. De la misma manera se espera que los resultados terapéuticos obtenidos por XX hayan sido producto de las intervenciones realizadas enmarcadas dentro de la teoría de Gestalt. Por último aunque la teoría referente a la terapia Gestalt usa muchos de sus ejercicios sin tomar en consideración de manera específica un diagnóstico clínico del paciente, se espera que éstos sí sean propicios para este caso específico y para la demanda inicial que presentó.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en cuatro partes. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada, el análisis de datos encontrados, y las conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

La gran mayoría de las fuentes utilizadas para la revisión de literatura fueron sacadas de libros escritos sobre la terapia Gestalt. Muchos de estos libros son antiguos, libros escritos por los fundadores de esta terapia en la década de los 50s y 70s, pero son la base de esta terapia y la base de terapias humanistas actuales como la *Emotion Focused Therapy* (Greenberg & Kahn, 2012). A la par de estos libros de buscó artículos de revistas indexadas con respecto a investigación actual realizada sobre la terapia Gestalt, principalmente con respecto a cómo esta terapia utiliza el diagnóstico y las varias técnicas utilizadas durante la terapia.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

La revisión de literatura originó en primer lugar a partir de una búsqueda acerca de cómo la Gestalt conceptualiza el diagnóstico clínico. En función a lo que se encontró se fueron elaborando los temas principales que forman las bases de la terapia Gestalt. Se organizó los temas de investigación desde lo más básico, la capacidad de autorregulación del individuo, hasta temas de mayor complejidad como es la psicopatología vista desde la terapia Gestalt y las técnicas utilizadas a lo largo de dicha terapia. Se puede observar al leer los temas de investigación lo interconectados que están cada uno de ellos en función a la bases filosóficas de la Gestalt: la capacidad innata del ser humano de llegar a una autorregulación y el trato holístico a todo aspecto del ser humano (Latner, 1972).

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de la revisión está organizado por temas. En primer lugar se realiza una revisión de los procesos básicos del ser humano desde la perspectiva Gestalt tales como la autorregulación, el contacto y las funciones del *self*. A partir de esta base y entendimiento del ser humano, se describen temas de gran importancia para el aspecto clínico de esta investigación tales como la psicopatología desde la perspectiva de la terapia Gestalt, el diagnóstico y las varias técnicas utilizadas a lo largo de las sesiones.

Modelo de la Terapia Gestalt.

Autorregulación.

Siendo la terapia de Gestalt parte de la tendencia de las terapias humanistas, la Gestalt basa su modelo terapéutico en la idea de que todo organismo busca su autorregulación y que tienden a buscar su propio desarrollo (Kepner, 1992). Este concepto de autorregulación es primordial dentro del modelo de Gestalt debido a que es el motor principal que lleva a las personas a entrar en contacto con su medio ambiente y, como consecuencia de esto, entran en un proceso de desarrollo personal (Castanedo, 1997). El ser humano busca la autorregulación en función a que siente constantemente necesidades que desea satisfacer. Estas necesidades pueden ser simples con bases fisiológicas o complejas que abarcan temas más espirituales. De la misma manera pueden ser internas como son el caso de necesidades fisiológicas, o externas en el caso de que el medio ambiente está involucrado (Castanedo, 1997). En todo caso sin importar el nivel de complejidad o el lugar en donde nacen, las necesidades surgen a partir de que el organismo siente que le falta algo o que carece de algo y como resultado se encuentra en desequilibrio. Desde el modelo de la Gestalt el proceso para tratar de solucionar el desequilibrio involucra en primera instancia que la persona sienta que algo le falta, seguido por la identificación de lo que le falta por medio de la toma de conciencia y por

último la persona encuentra los medios para poder satisfacer la necesidad y llegar nuevamente a un equilibrio (Castanedo, 1997). Al cerrar este proceso, o la gestalt, la energía que fue utilizada para llegar al balance puede ser utilizada para otra actividad. Este proceso puede funcionar en varios planos de la existencia de las personas ya que puede ser en un plano corporal, afectivo, psicológico o espiritual. Lo importante es que el “organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación” (Perls, 1947, p. 7).

La autorregulación del organismo o la satisfacción de las necesidades es tan importante que inclusive las personas pueden llegar a experimentar bloqueos en su desarrollo o en su crecimiento si no son capaces de identificar sus necesidades y satisfacerlas (Castanedo, 1997). En el caso de no llegar a identificar las necesidades las personas pueden por una parte usar la energía de manera mal direccionada en tratar de cerrar de cualquier manera el proceso, o por otra parte reprimir o negar esa necesidad insatisfecha. En este último caso esas necesidades reprimidas continúan ejerciendo presión en el organismo creando una sensación de desequilibrio (Castanedo, 1997).

Por último se establece que la autorregulación del organismo es un proceso holístico de gran complejidad en la que se relacionan múltiples necesidades del organismo con varias conductas (Latner, 1972). De la misma manera Yontef (en Woldt & Toman, 2007) opina que esta capacidad de autorregulación del organismo es más compleja que la simplicidad de causa y efecto de una teoría de instintos debido a que muestra la capacidad innata del ser humano de orientarse hacia el crecimiento y de encontrar el mejor ajuste posible dentro de su contexto al momento de enfrentarse ante una necesidad específica. El hecho de que las personas son conscientes de lo que les sucede y tienen la capacidad de elegir qué hacer para satisfacer dicha

necesidad específica implica el que no necesariamente respondan de manera automática a sus instintos.

Contacto.

La Gestalt afirma que para que exista la autorregulación es necesario que haya una relación del organismo con su medio ambiente. Es más, Woldt y Toman (2007) afirman que “las necesidades del individuo no pueden aislarse de las reglas sociales” (p.26). Son varias las cosas que suceden con el organismo al momento de que plantea su relación con el medio ambiente y busca su autorregulación, pero en primer lugar se define que las personas consolidan su relación con el medio ambiente por medio del contacto. El contacto vendría a ser la herramienta por la cual el organismo logra autorregularse y colmar sus necesidades. La falta de este contacto sería la indiferencia y presupone un estancamiento en la autorregulación y en los procesos inherentes del desarrollo del *self* (Castaneda, 1997). Contacto es experiencia y denota el límite entre el organismo y su medio ambiente, lo cual presupone que entrar en contacto involucra conciencia sensorial y comportamiento, acción o aspectos motores del cuerpo (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Al ser el contacto por una parte un cierto tipo de experiencia y por otra el estar conciente del medio ambiente, cualquier tipo de reacción del organismo frente a un estímulo puede ser visto como tal. Contacto incluye el tener o no tener apetito, el evitar o acercarse, sentir, el tener sensaciones, manipular, comunicarse, pelear o cualquier tipo de relación del organismo y su medio ambiente (Perls et al, 1951).

Para la Gestalt el entrar en contacto con alguien o algo implica que la persona se sitúe y se sienta como un ser viviente frente a la situación e implica que al momento de tener un contacto interpersonal reconoce a la otra persona con sus semejanzas y diferencias y está atento a las emociones que pueden aflorar en él mismo (Castanedo, 1997). El estar en

contacto con la situación implica que la persona experimente y perciba lo que la experiencia hace que nazca en él: emociones, sensaciones o pensamientos (Latner, 1972). Debido a todas estas razones el entrar en contacto es de suma importancia ya que entra de manera directa en el concepto de salud que el modelo de la Gestalt propone. Latner (1972) afirma que la persona que sufre de depresión ve al mundo opaco y sin vida lo cual implica que mantiene un contacto muy débil consigo mismo y con el mundo que le rodea (Latner, 1972). De manera contraria una persona que goza de una buena salud entra en contacto plenamente y de manera comprometida consigo mismo y con su medio ambiente. Esta diferencia en el contacto presupone que en el último caso la experiencia vivida se la hace de manera completa y satisfactoria (Latner, 1972). Debido a que cada necesidad es distinta, el contacto que nace de la motivación de autorregulación no puede ser rutina, estereotípica o repetitiva. El contacto va hacia la asimilación de lo novedoso y como tal es de carácter creativo (Perls et al, 1951). La búsqueda de contacto implica que el organismo está constantemente discriminando estímulos en su medio ambiente para poder concentrarse en uno solo. La Gestalt define este proceso como figura y fondo y es parte de la teoría de percepción propuesta por los primeros filósofos de Gestalt y que luego fue incorporada al proceso terapéutico de este modelo.

Figura y Fondo.

El fenómeno de figura y fondo presupone que la actividad mental no es una copia exacta del mundo percibido sino que depende profundamente de los procesos de selección y discriminación que realiza la persona con respecto a la información en su medio ambiente (Oviedo, 2004). Para teóricos de la filosofía de la Gestalt como Wertheimer, Koffka y Kohler, actividades mentales como la memoria, el aprendizaje, el pensamiento dependen del proceso de organización de la percepción y el proceso de selección de lo percibido y afirman que la actividad perceptual no es un fenómeno que ocurre de manera causal (Oviedo, 2004).

La causalidad perceptual asume que estímulos físicos en el medio ambiente causan un estado interno en el organismo debido a pensamientos o emociones que afloraron a partir de los estímulos externos (Oviedo, 2004). De manera contraria el modelo de la Gestalt afirma que la conceptualización de la percepción no debe partir desde la sensación debido a que existen ciertos elementos a priori de la actividad mental tales como la tendencia a la conceptualización que determinan cómo la persona percibe el mundo (Oviedo, 2004). Estos elementos a priori funcionan como criterios o categorías que van organizando la información sensorial recolectada de las experiencias. Entre las modalidades de organización perceptual están la “tendencia a discriminar el contorno de los objetos, la tendencia a privilegiar la información que más se repite en un objeto...” y la tendencia a establecer “niveles de contraste entre los datos que se presentan en una imagen (figura-fondo)” (Oviedo, 2004, p. 91). Por otro lado la teoría de percepción de la Gestalt asume que el ser humano al verse frente un estímulo, no opera de manera reduccionista como asume la ciencia. En otras palabras, no es natural que una persona vaya diseccionando cada parte de un objeto para luego llegar a su totalidad. Según la Gestalt el proceso natural de percepción hace que el ser humano se enfrente a su realidad buscando en primer lugar cualidades y en segundo lugar totalidades (Oviedo, 2004). Las personas tienen un funcionamiento mucho más holístico y no elementista, lo cual hace que en la práctica de terapia el rol del psicólogo es trabajar de manera holística con el paciente tratando de que llegue a una Gestalt con respecto a la demanda inicial que presentó.

El concepto de forma dentro de la Gestalt implica que la persona está encargada de extraer información relevante para él del objeto. Esta estructura o forma que saca del objeto se caracteriza en primer lugar por tener elementos que son esenciales para la persona y en segundo lugar estos elementos son claves para poder diferenciar el objeto de otros objetos.

El darle forma a un objeto da la capacidad al ser humano de darle sentido al objeto, de poder adueñarse de él y de hacerlo propio. Esto da la posibilidad a la persona de crear estados imaginativos en los que se puede comparar el objeto con otros, “pensarlos en otros contextos, compararlos en diferentes momentos de la memoria,” abstraerlos y poder interpretarlos de una manera subjetiva (Oviedo, 2004, p. 93). El fin último de la conciencia y de este sistema específico de la percepción es el de poder traducir las experiencias cotidianas desde una estructura conceptual innata en la persona que le ayuda en el proceso de abstracción de lo que le sucede (Oviedo, 2004).

La relación figura y fondo es crucial para el proceso terapéutico de la Gestalt. En primer lugar el fondo es un elemento de homogeneidad el cual consta de información constante e ininterrumpida al que la persona puede acceder. Si la conciencia sólo percibiera esto de su medio ambiente, se aburriría fácilmente y eventualmente pararía de percibir visualmente. Para que esto no suceda es necesario la presencia de la figura, o el elemento de contraste de ese fondo, el cual permite encontrar una variación al fondo y que le dé “sentido, límites y características a ese elemento de homogeneidad que es el fondo.” (Oviedo, 2004, p. 95). Para que exista esta figura es importante que exista el fondo del cual se distingue y viceversa. La gran diferencia entre estos dos elementos es el hecho de que la figura se caracteriza por tener una forma muy definida y que se establece en un espacio y tiempo muy específico. El hecho de que sobresalga del fondo implica también que tiene una textura, un tamaño específico, es resistente a la variación y prominente contra el fondo. De manera contraria el fondo es homogéneo y carece de límites o elementos que le hagan diferenciar (Oviedo, 2004).

Tomando esto en consideración, el modelo de la terapia Gestalt afirma que la toma de conciencia de figuras que emergen del fondo es vital para el proceso de autorregulación

(Reck, 2006). Al encararse frente a una de estas figuras la persona atraviesa por ciertos pasos para tratar de procesar dicho foco de atención que usualmente está relacionado con algún tipo de necesidad o deseo (Reck, 2006). El primer paso de este proceso es la *sensación* o la experiencia fisiológica de la figura. El segundo paso implica el *darse cuenta* de la figura llegando a diferenciarla de otras instancias y clarificarla. A partir de este paso llega la *excitación* y movimiento de energía lo cual lleva a que la persona analice los elementos del medio ambiente que deberán ser puestos en consideración para la asimilación de la figura (Reck, 2006). Una vez que el medio ambiente fue analizado, el organismo toma *acción* para atender a la figura o la necesidad. El momento en que el organismo se compromete con su medio ambiente se da el *contacto* con el cual la persona asimila la experiencia y la integra a su *self*. Por último se encuentra la etapa de cierre en la que si la figura fue atendida de manera correcta entonces ésta deja de tener importancia para la persona y se diluye nuevamente en el fondo (Reck, 2006). Este ciclo de la experiencia es parte también de la conceptualización de la salud desde el modelo de la Gestalt razón por la cual será analizada con mayor detalle posteriormente.

Como ya se mencionó, la idea por detrás de la autorregulación, el contacto y la teoría de percepción de la figura y fondo es que el ser humano está en constante movimiento hacia el relacionarse con su medio ambiente (Woldt & Toman, 2007). Debido a esta característica del ser humano que resulta ser la matriz de su evolución, el modelo de la Gestalt describe al *self* como una estructura con ciertas funciones que ayudan a las personas a relacionarse con su medio ambiente y a asimilar los contactos buscados.

El Self y sus funciones.

Desde el modelo de la Gestalt el *self* se lo define acorde a su función principal. Esta entidad psíquica vendría a ser el complejo sistema de los varios contactos que realiza la

persona para poder acoplarse a su medio ambiente (Perls et al, 1951). Desde este punto de vista al *self* se lo sitúa en el límite de la persona, entre el medio ambiente y el organismo y forma parte de estas dos instancias en tanto su función es relacionarlos constantemente en la cotidianidad (Perls et al, 1951). Como es parte también de su función el asimilar el contacto, el *self* siempre intenta integrar los elementos de percepción que recoge la persona, de organizar las funciones motores/musculares hacia la autorregulación y de asimilar las necesidades orgánicas. Esto implica que el *self* es una entidad espontánea y que está siempre comprometida con la situación. Esta idea de espontaneidad es clave dentro del modelo de la Gestalt y parte integral del *self*. Por espontaneidad Perls y col. (1951) se refieren a que en una situación específica la persona no tiene un sentido de él mismo o de otras personas, sino únicamente la sensación de la experiencia. El *self* en ese momento no se piensa a sí mismo de manera abstracta sino que está conciente únicamente de que está en contacto con algo o alguien en su medio ambiente. Este contacto viene por lo general cargado de emociones, siendo estas parte fundamental de la experiencia del contacto debido a que son naturalmente espontáneas y consideradas como “*the underlying self or soul.*” (Perls et al., 1951 p. 376). Aunque el modelo de la Gestalt define que el *self* tiene varias estructuras que están presentes al momento de la espontaneidad y la subsecuente potencialización del momento, se habla por lo general de tres estructuras que mantienen un rol fundamental en el proceso de los ajustes creativos que realizan las personas. Esta estructura consta del ello, el yo y la personalidad, cada una con una función específica (Woldt & Toman, 2007).

En primer lugar, el yo tiene la capacidad de enfrentarse a las constantes necesidades que afloran del medio y de buscar la armonía para el correcto funcionamiento del organismo (Latner, 1972). En palabras del modelo de la Gestalt el yo logra identificarse con ciertas partes del campo o alienarse cuando no se reconoce en ellas: “es la potencia de la voluntad y

la decisión que caracteriza la singularidad de las elecciones individuales” (Woldt & Toman, 2007, p. 30). El modelo de la Gestalt afirma que es necesario que el *self* logre canalizar su energía sólo a ciertas partes del medio ambiente y el de crear ciertos límites de hacia cuantos estímulos puede poner atención. De esta manera el organismo logra organizar su energía y la enfoca de manera deliberada hacia el proceso de autorregulación (Perls et al., 1951). El sistema de identificación que tiene el yo para poder alienarse o identificarse con un estímulo específico es tremendamente activo. En ese momento el yo es deliberado, es proactivo, se mantiene sensorialmente alerta y físicamente activo. En este estado el organismo se encuentra en alerta, se anula la excitación hacia los demás estímulos mientras incrementa la excitación hacia el estímulo que se escogió para poner atención. El yo se encarga de que en ese momento el organismo se halle centrado en su objetivo, orientado hacia él, organizando los estados de percepción hacia el estímulo y cultivando una sensación de control del cuerpo y la mente. Se convierte en el actor principal de ese momento y como tal, cuando el sistema no funciona de manera correcta, tiene un rol fundamental en el origen de la neurosis (Perls et al., 1951). Al intentar enfocarse en una situación específica, el yo deliberadamente recurre a aquietar o silenciar situaciones inconclusas que pueden aflorar en ese momento y molestar el nuevo foco de atención. En otras palabras tiene la capacidad para entrar en contacto con ciertos elementos de su medio ambiente como también restringir el contacto y de manera subsecuente crear las bases para una patología (Perls et al., 1951).

En segundo lugar el ello vendría a ser la capacidad del organismo de entrar en contacto con su medio ambiente ya sea por el fondo de los contactos asimilados, las varias necesidades fisiológicas o la “vivencia corporal y aquellas sensaciones que se perciben dentro de la piel” (Woldt & Toman, 2007, p. 28). El ello es el fondo y todas las posibilidades de entrar en contacto: las necesidades fisiológicas, situaciones inconclusas que entran en la

conciencia en un momento dado y las necesidades provenientes del medio ambiente (Perls et al., 1951).

En tercer lugar la personalidad es la parte del *self* que logra entrar en contacto con el medio ambiente de manera conciente de quién es y de qué es lo que quiere (Woldt & Toman, 2007). Es un sistema de actitudes que tiene el organismo al momento de entablar relaciones interpersonales las cuales pueden explicar los varios comportamientos del organismo (Perls et al., 1951). Esta pieza es clave para el *self* en tanto es autónomo, responsable y consecuente con cómo es el organismo. Al contrario del *self* creativo, la personalidad es vista como un contrato que llena el organismo al momento de entablar un contacto el cual concluye que la persona será consecuente y constante con como es él. La función de la personalidad se desarrolla a lo largo del tiempo por medio de los varios contactos que el organismo ha ido asimilando en el pasado y los ajustes creativos que tuvo que realizar al momento de enfrentarse a su medio ambiente (Perls et al., 1951).

El *self* entonces se lo define en función a su capacidad de entrar en contacto. Debido a esto sus partes han sido conceptualizadas en función a esta característica. Siendo esto así, es importante mencionar que esta parte del organismo es también parte del medio ambiente debido a que este último es indispensable para la creación y la elaboración del contacto. En función a esto, el modelo de la Gestalt analiza al campo como parte integral de los varios procesos del organismo (Woldt & Toman, 2007).

Con esto concluye la primera parte de la revisión de los temas, con lo cual se prosigue a temas de importancia para la temática clínica de esta investigación.

La psicopatología en la terapia Gestalt.

El concepto principal con respecto a lo que vendría a ser una psicopatología dentro de la terapia Gestalt es “un estado crónico de desequilibrio en el que nunca llegan las satisfacciones que son buscadas” (Latner, 1972, p. 50). Este concepto trasciende la idea de lo que se considera normal desde una perspectiva estadística o contextual, en tanto que la terapia de la Gestalt da una preponderancia al individuo más allá de cualquier etiqueta social o científica (Latner, 1972). Es más Perls y col. (1951) opinan que es imposible el decir que solo un grupo pequeño sufre de ciertas tendencias que pueden ser descritas como patológicas. Para estos psicólogos toda la humanidad sufre de ciertas situaciones inconclusas, neurocitismos o ciertas áreas en el *self* que pueden ser consideradas como maladaptativas (Perls et al., 1951). En todo caso, la insatisfacción de no poder culminar una necesidad trae consigo principalmente una vida caracterizada por la añoranza, el miedo y la frustración las cuales acarrearán dudas ontológicas y trascendentales sobre el verdadero significado de la vida (Latner, 1972).

Esta incapacidad de satisfacer las necesidades surgen principalmente a partir de las varias resistencias que realizan las personas en su cotidianidad. El concepto de resistencia vendría a ser restricciones cometidas por parte del individuo hacia posibles contactos que necesitaría hacer para poder satisfacer ciertas necesidades y regresar a un estado de homeostasis (Reck, 2006). Desde otro punto de vista las resistencias podrían ser vistas como interferencias que ponen los pacientes para impedir su libre funcionamiento (Latner, 1972). Parecería contradictorio esta afirmación en tanto supondría que los mismos pacientes deciden estancar su libre funcionamiento, pero desde el modelo de la Gestalt las resistencias cobran fuerza en la vida de las personas debido a que son aspectos básicos para las mismas personas. En palabras de Woldt y Toman (2007), “creemos que cualquier síntoma o comportamiento definido como patológico es un ajuste creativo que hace la persona frente a una situación

difícil” (p. 32), lo cual implica que la resistencia, o el comportamiento psicopatológico, es en primera instancia un esfuerzo del paciente por tratar de solucionar un evento en su vida. Estos ajustes creativos pueden llegar a convertirse en instancias rígidas, maldapatativas, debido a que son realizadas sin plena conciencia de lo que significan, llevando a que el individuo tenga serias dificultades de cómo entra en contacto y cómo, de manera subsecuente, se relaciona con su medio ambiente (Reck, 2006).

La pérdida de conciencia al momento de entrar en contacto lleva a una característica principal que es básica dentro de la descripción de la psicopatología con respecto al modelo de la gestalt. La falta de conciencia presupone una pérdida con el estar presente o en el ahora de la situación lo cual acarrea repercusiones importantes en el funcionamiento de la persona (Latner, 1972). En una primera instancia el funcionamiento anormal o psicopatológico mina el concepto de ahora y hace que la persona se centre en la zona intermedia de su existencia. Si la zona externa vendría a ser el medio ambiente y la interna la persona, la zona intermedia es un espacio en el que la persona vive dentro de sus fantasías, los pensamientos y los deseos (Latner, 1972). El vivir a partir de esta zona media compromete seriamente el contacto con su medio ambiente evitando así experiencias que apoyan al desarrollo de la persona. Según Perls y col. (1951) este funcionamiento de pérdida de contacto es la base para lo que la Gestalt llamó comportamientos neuróticos o en casos extremos “psicotismo.” Perls y col. (1951) definen al mecanismo neurótico como una interrupción de cualquier tipo de excitación que está sintiendo y la cual previene su futuro desarrollo. La ansiedad vendría a ser el más común de los resultados de estos momentos de represión la cual hace que la persona prefiera retraerse a un ambiente seguro en el que no exista la posibilidad de nuevos tipos de contactos y pueda vivir de la manera “segura” que lo estaba haciendo (Perls et al., 1951).

El modelo de la Gestalt define tres tipos de mecanismos con los cuales las personas logran evitar experiencias y mantenerse estáticos en su funcionamiento. Estos mecanismos, los cuales llevan a la presentación de síntomas neuróticos, son llamados retroflexión, introyección y por último proyección (Perls, et al., 1951). Según Perls y col (1951) estos mecanismos pueden describir a tres diferentes personalidades debido a que el origen de cada uno es diferente y tienen como base a funciones fisiológicas diferentes.

Retroflexión.

Este término implica que la persona interrumpe el desarrollo de la excitación “al volver la energía hacia adentro y no hacia el ambiente” (Woldt & Toman, 2007, p. 33). Con este tipo de comportamientos la persona hace a él mismo lo que tenía previsto hacer a otras personas u objetos. Para de dirigir su energía hacia fuera e intenta manipular el medio ambiente para lograr cambios en éste y así lograr satisfacer sus propias necesidades (Perls et al., 1951). Al realizar esto dirige la energía hacia él mismo y substituye al medio ambiente por él mismo como el blanco al cual estaban dirigidos sus comportamientos.

El desarrollo de este tipo de mecanismo proviene principalmente porque la persona se enfrentó en su desarrollo a un medio ambiente hostil y confrontativo. Sus necesidades no fueron satisfechas y más bien fueron castigadas o no tomadas en consideración, razón por la cual prefirió en vez de enfrentarse a nuevos posibles fracasos, el darse por vencido y permitir que el medio ambiente logre satisfacer sus propias necesidades a expensa de las suyas (Perls et al., 1951). Pero a pesar de que la energía que era destinada para tratar de satisfacer sus propias necesidades fueron reprimidas, esto no significa que dejaron de existir. Siguiendo el principio de autorregulación el organismo en esta situación divide su energía por una parte a presentar su excitación por la necesidad y por otra parte para aquietarla y castigarla. La persona logra este cometido al tensar ciertos músculos de su cuerpo los cuales estaban

originalmente destinados para la exteriorización de la energía. Como resultado de esto lo que empezó como un conflicto entre el medio ambiente y la persona, se introyecta y se convierte en un conflicto interno entre dos partes de la personalidad (Perls et al., 1951). Una vez que la represión se vuelve crónica, habitual y patológica, la persona se olvida que lo hace y se convierte en un *modus operandi* que supuestamente le protege de su medio ambiente y le ayuda a vivir de manera tranquila y sin verdaderas necesidades (Perls et al, 1951). Pero lo que realmente sucede es que la persona vive su existencia colmado de sensaciones de miedo, culpa y vergüenza debido a que por lo general las emociones principales que surgen del mecanismo de retroflexión son la ira y la agresión (Perls et al., 1951). Por una parte en vez de sentir la culpa y el miedo al momento de experimentar las ira, la persona prefiere retraerse lo cual hace que aflore de manera torrencial la ansiedad. Un ejemplo de este mecanismo sería que una persona diga que “no tengo la necesidad (no me conviene) abrazarlo.” (Woldt & Toman, 2007, p. 33).

Introyección.

En este caso el desarrollo de la introyección proviene de la interrupción de la excitación al poner una regla o una definición prematura al evento que se está experimentando (Woldt & Toman, 2007). Esto quiere decir que la persona ha introyectado material, una forma de actuar, de sentir o evaluar, que es ajena a la persona pero que la ha incluido al propio sistema de comportamiento de tal manera que aunque fue forzada, parecería ser que es genuina de la persona (Perls et al., 1951). Debido a que este material fue asimilado de manera forzada y sin realmente comprenderlo, la persona esta conciente de que no es propia pero aun así actúa a partir de este sin poder actuar y pensar como él quisiera. Como resultado de esto la persona no logra disfrutar y satisfacer sus propias necesidades debido a que están controladas de manera muy forzada por leyes externas que nunca fueron

asimiladas como propias. Según Perls y col. (1951) el “yo” de estas personas está compuesta de introyectos y como tal no logra actuar de manera espontánea y auténtica debido a que está construido de reglas, límites y conceptos de la naturaleza humana impuestas desde afuera. Suelen manifestar el disgusto que tienen hacia otras personas y el hecho de que son rechazados por los demás. Pero dentro de todo, lo que realmente están manifestando es una proyección del disgusto que tienen hacia lo que han introyecto en sus personalidades pero de manera paralela el rechazo que tienen hacia observar sus propios introyectos (Perls et al., 1951). Debido a esto la Gestalt asume que los introyectos deben ser considerados como situaciones inconclusas y que una vez analizados en terapia se puede llegar al origen de cuando la energía fue interrumpida.

A la par de los síntomas usuales de rigidez y de crítica abierta hacia los demás, las personas que sufren de introyectos suelen mantener fijaciones o el aferrarse a situaciones, objetos, personas o relaciones que suelen ser nocivos para la misma persona. A la persona se le hace muy difícil el poder soltar estas fijaciones y flexibilizar su existencia debido a que el momento en que se ve frente a la oportunidad de tener una nueva experiencia suelen visualizar los aspectos negativos del cambio y nunca las posibles ganancias (Perls et al., 1951). Al igual que en el caso de la retroflexión, el enfrentarse a nuevas situaciones hace que aflore la ansiedad convenciendo aun más a la persona de que el intentar algo nuevo es malo y que mantener su funcionamiento rígido es la mejor opción (Perls et al., 1951).

Proyección.

Al igual que en los otros dos casos, el desarrollo de la excitación es interrumpida debido a que la persona siente que no la puede manejar. Pero en este caso específico la persona no la reconoce como propia o la atribuye al medio ambiente (Woldt & Toman, 2007). Las proyecciones pueden ser hechas sobre varios aspectos de la personalidad ya sean

una actitud, un sentimiento o un comportamiento. Lo principal de este mecanismo es que como ya se mencionó al no experimentarlas como parte de la personalidad, se las atribuye a objetos u otras personas del medio ambiente para luego experimentarlas como si fueran dirigidas hacia la misma persona. La persona que proyecta puede no estar conciente de que él mismo rechaza a otras personas y al mismo tiempo siente que el resto de la gente le rechaza a él (Perls et al., 1951).

Hay ciertas características necesarias para que este mecanismo funcione. Perls y col. (1951) afirman que en primer lugar es importante que la persona esté conciente de la naturaleza del impulso que aflora en él. En segundo lugar la persona interrumpe el deseo de contactarse con el medio ambiente para de esta manera satisfacer de manera adecuada dicho impulso. En tercer lugar se excluye cualquier tipo de manifestación de este del “yo.” Pero debido a que existe y la persona está remotamente conciente de éste, la persona lo interpreta como si viene de personas del medio ambiente en que él se sitúa. Por último se lo experimenta como si este impulso está dirigido de manera negativa hacia la persona (Perls et al., 1951). A través de la proyección la persona no logre experimentar lo que siente como algo propio, sino que más bien se aliena de sus propios impulsos llegando a no sentirse responsable de estas características negativas que ve en el resto de la gente.

El aspecto principal de este comportamiento neurótico es el hecho de que la persona no se identifica con el impulso que está sintiendo y por ende espera a que el medio ambiente solucione su insatisfacción (Perls et al., 1951). En ciertas situaciones este tipo de mecanismo no es necesariamente patológico, pero cuando es realizado de manera inconsciente y bloquea la integración correcta de las necesidades, éste lleva a un estancamiento en la persona y a mantener gestalts inconclusas. A la par de esto Perls y col. (1951) afirman que la proyección hace que la persona se mantenga dentro de un patrón de víctima y dentro de un rol pasivo

frente a su propio desarrollo haciéndolo incapaz de seguir adelante con ciertos aspectos claves de su vida.

A la par de estos tres comportamientos que impiden la autorregulación y el desarrollo de la persona Perls y col. (1951) mencionan que existe otro tipo de fenómeno que aunque no se sitúa al momento del contacto como en el caso de los tres ya mencionados, tiene un efecto similar al interrumpir el libre funcionamiento de la persona. Este comportamiento se denomina confluencia y ocurre al momento de la formación de la figura. El concepto general de este fenómeno implica que la persona es incapaz de distinguir los límites del objeto y como tal siente confusión con respecto al fondo del objeto. En palabras de Perls y col. (1951) no hay discriminación de los puntos de diferencia o de “otredad” que diferencia por un lado la figura del fondo o dos figuras entre sí. Este suceso no permite la formación de excitación en la persona, el darse cuenta de lo que sucede y como resultado no puede existir el contacto y una correcta relación con su medio ambiente (Perls et al., 1951).

En cualquiera de los casos ya mencionados, ya sean los tres mecanismos de interrupción de la excitación o la pérdida de límites con respecto a la figura y el fondo, Perls y col. (1951) mencionan que el resultado de cualquiera de estos es una persona que vive con ciertos rasgos neuróticos siendo estos principalmente la ansiedad. Dentro de aspectos de sintomatología la Gestalt opina que la ansiedad es el primer gran síntoma que muestra la persona cuando se encuentra reprimiendo sus necesidades y es incapaz de formar una correcta autorregulación. La ansiedad puede ser creada por aspectos cognitivos que la persona está experimentando o por hábitos nocivos de respiración (Yontef & Jacobs, 2000). La principal manera de que la ansiedad se forme debido a aspectos cognitivos es que la persona se sitúe en el futuro y pierda sentido de su presente. Visiones negativas con respecto a su futuro, el catastrofizar sobre posibles eventos y pensamientos irracionales pueden todos

provocar ansiedad. De manera paralela Yonteff y Jacobs (2000) mencionan que el situarse en un espacio temporal fuera del presente y los posibles miedos que afloran al hacer esto, hacen que el rendimiento de la persona en sus varias actividades baje significativamente, lo cual lleva a que la persona se sienta ansiosa.

En el caso de ansiedad creada por malos hábitos de respiración, Yonteff y Jacobs (2000) opinan que cuando la persona se encuentra excitada por alguna figura que se presentó, existe un cambio en el patrón de respiración para acompañar este nuevo estado fisiológico: *“A healthy, self-regulating individual will automatically breath more deeply to meet the increased need for oxygen...”* (s.p) la cual lleva a la movilización de energía y al subsecuente contacto. Personas con características neuróticas hacen lo posible para tratar de controlar la excitación que sienten al momento de enfrentarse a una nueva figura, y lo hacen principalmente por medio del control de la respiración (Perls et al., 1951). El no permitir el cambio de la respiración con las nuevas necesidades del cuerpo, hace que la ansiedad aflore nuevamente. Para Yonteff y Jacobs (2000) aunque la ansiedad no es un síntoma específico de la neurosis, debido a que ocurre en varios otros escenarios, ocurre mucho en ésta ya que se sitúa entre la excitación del organismo y el intento de controlarla.

Diagnóstico en la Terapia Gestalt.

Siendo la Terapia Gestalt parte del movimiento de la Psicología Humanista, esta rama de la psicología se centra en el hecho de que todo ser humano tiende a su autorrealización y como tal tiene los recursos saludables para llegar a ella (Pizarro, 1998). Debido a esto la terapia Gestalt no ve al paciente como un individuo patolizado sino más bien como un agente de cambio, “único, irrepetible y responsable de sus actos” (Pizarro, 1998, p. 5).

Pizarro (1998) menciona que actualmente existe una propuesta más integradora con respecto al diagnóstico dentro de la Terapia Gestalt. Si antes se manejaba estrictamente el concepto de que no se debería etiquetar al paciente dentro de una patología, hoy en día la Gestalt considera que al diagnosticar desde cierto punto de vista no necesariamente implica caer en la trampa del reduccionismo. Debido a esto en la actualidad el diagnóstico se lo ve como un constante análisis fenomenológico del proceso de formación de figura/fondo que realiza la persona (Pizarro, 1998). Este análisis ayuda a la comprensión de la personalidad de la persona y al funcionamiento que tiene dentro de su medio ambiente (Pizarro, 1998).

El concepto de fenomenología apunta a una visión más holística del paciente no centrada únicamente en el curso de la enfermedad, las características biológicas de ésta o los factores genéticos. La fenomenología enfatiza por sobre todo la intuición del observador para captar ciertos elementos del contexto del paciente y principalmente la manera en que este construye e interpreta sus propios síntomas. Debido a esto el diagnóstico fenomenológico pone mucha atención en el lenguaje usado por la persona y su expresión corporal ya que por medio de estos el paciente describe su subjetividad y muestra “con significantes lo que sucede en su vivenciar” (Pizarro, 1998, p. 4).

Siguiendo las bases de la fenomenología, la terapia Gestalt enfatiza el hecho de que el ser humano se encuentra en constante proceso de desarrollo y de autorregulación (Pizarro, 1998). Al utilizar el concepto de figura y fondo dentro de los parámetros de diagnóstico de la Gestalt, se enfatiza el hecho de que el paciente no está estancado en una parte de su *self*, sino que más bien se está analizando qué parte del proceso de la autorregulación se encuentra funcionando de manera incorrecta. Ahora bien, aunque se podría decir que al mencionar los conceptos como introyección, retroyección y proyección se estaría usando un cierto tipo de tipología, Pizarro (1998) asegura que estas se refieren al proceso que se encuentra la persona,

no a la descripción de la persona en sí. Es por esta razón que dichas tipologías describen el ciclo de la experiencia y las razones por las que está bloqueado el libre flujo de energía y cómo la persona lo está realizando. Esto no implica que la persona haya sido encasillada dentro de una patología con una sintomatología específica. (Pizarro, 1998).

Ciclo de la experiencia y el diagnóstico.

El ciclo de la experiencia es clave dentro del diagnóstico de la Gestalt debido a que ilustra de manera precisa el proceso de formación de figura y fondo y cómo el paciente maneja su proceso de autorregulación a través del contacto (Woldt & Toman, 2007). Este esquema ejemplifica el encuentro ideal y cualquier desviación de que se da en este implica un ajuste creativo realizado por la persona usando todos sus recursos para poder satisfacer una necesidad (Woldt & Toman, 2007). Castanedo (1997) afirma que gracias al ciclo de la experiencia el terapeuta puede ver dónde el paciente se encuentra bloqueado y planear sus intervenciones en función a las seis fases activas del ciclo.

La primera fase del ciclo viene a ser la sensación. Esta significa una experiencia sensorial del mundo y es el trampolín que lleva eventualmente a la acción (Castanedo, 1997). Una persona que inhibe sus sensaciones no pasa a la segunda parte del ciclo que es la toma de conciencia. Rupturas del contacto a este nivel implican que las personas no pueden mantener una respuesta emocional estable a estímulos externos o internos y que muchas de sus respuestas están fuera de contexto. De la misma manera no toleran o pueden manejar con facilidad estos estímulos emocionales lo cual implica la formación de figuras inmanejables (Melnick & Nevis, 1997). La clave en terapia para este tipo de cuadro es el de enseñar al paciente formas en las que puede manejar estas sensaciones y que no se sienta inundado por ellas para de esta manera lograr crear figuras claras y continuar con el ciclo de la experiencia (Melnick & Nevis, 1997).

La segunda fase se llama la toma de conciencia y es parte fundamental para la Terapia Gestalt debido a que es poner atención a las sensaciones y organizarlas según las necesidades de la persona (Castanedo, 1997). Consta de tres maneras distintas de funcionamiento, siendo la primera la toma de conciencia interna la cual implica las sensaciones y emociones. En segundo lugar está la externa compuesta por las sensaciones y percepciones. Por último está la toma de conciencia de las fantasías la cual es una actividad mental (Castanedo, 1997).

Durante esta fase la persona moviliza energía en función a la sensación obtenida durante la primera fase. Si existe un bloqueo en esta instancia y la persona no puede liberar la energía, aparece la ansiedad y cualquier tipo de manifestación psicósomática como una especie de ajuste creativo para tratar de superar el bloqueo en el ciclo (Melnick & Nevis, 1997).

A partir de esta fase se produce la excitación la cual surge a partir de la energía que ha movilizado (Castanedo, 1997). Este es el punto energético más alto del esquema y empuja a la persona a que busque el contacto y lograr satisfacer su necesidad (Woldt & Toman, 2007). Una vez en el contacto se espera que la persona logre entablar una relación flexible y apropiada con su medio ambiente (Melnick & Nevis, 1997). Ejemplos de bloqueos en el contacto pueden ser vistos como energía puesta en el medio ambiente que es totalmente descontextualizada. El dar muy poca energía y retraerse socialmente ha sido históricamente llamado como retroflexión mientras que su opuesto, el dar demasiada energía, se lo ha denominado como comportamientos histéricos o histriónicos (Melnick & Nevis, 1997).

Castanedo (1997) opina que el terapeuta de la Gestalt debe interesarse principalmente en los bloqueos que existen a lo largo del ciclo de experiencia de conciencia-excitación-contacto, debido a que estos imposibilitan la autorrealización de la persona.

Las últimas fases del ciclo son el asimilar el contacto y absorber la experiencia por medio de la construcción de un significado con respecto a la vida de la persona. Por último está el cierre en el que la persona deja que la figura de atención se disipe y eventualmente permite la formación de una nueva figura (Castenado, 1997; Reck, 2006).

En conclusión el diagnóstico en la terapia Gestalt es una herramienta con la cual el terapeuta analiza de manera continua la información que da el paciente y que ejemplifica el proceso en el que se halla (Woldt & Toman, 2007). Dicha información ayuda al terapeuta para identificar qué tipo de intervención puede realizar para ayudar al paciente para que logre continuar con las siguientes fases del ciclo de la experiencia y lograr completar una gestalt. Debido a la importancia que la terapia Gestalt da al contacto, es importante el poder analizar cuáles con las técnicas que utiliza para propiciar un contacto sano que apunte hacia la autorregulación.

Técnica en la terapia Gestalt

Para Latner (1971) el objetivo de la terapia es el profundizar acerca de cómo el paciente es incapaz de poder enfrentar de manera satisfactoria a circunstancias de la vida y buscar maneras de que descubra sus propias herramientas para poder manejar las necesidades de su propio *self* y del ambiente. Debido a esta razón los conflictos que afloran en el momento de terapia son conflictos que muestran una división en el yo y que manifiestan batallas del paciente sobre quién es, sobre lo que quiere hacer y cómo lo va a hacer (Latner, 1972). Las varias técnica de la terapia Gestalt ponen como foco de atención al yo y a formas de fortalecerlo para así lograr que llegue a finalizar sus propios procesos de manera espontánea y libre de elementos como las introyecciones, proyecciones o retroflexiones (Latner, 1972). Para esto se debe descubrir el funcionamiento actual del paciente y después

lograr que sustituya ciertos ajustes creativos con ajustes más adecuados que le ayuden a llegar a su propia satisfacción (Latner, 1972). Con respecto al funcionamiento del paciente, es crucial el investigar los ajustes creativos que ha realizado para tratar de solucionar sus varias necesidades y analizar los posibles asuntos inconclusos que han surgido y que se han mantenido latentes (Castanedo, 1997). De esta manera no se está tratando de anular las actividades del paciente sino que más bien se intenta cambiar su consciencia para que logre decidir si quiere mantener el control sobre sus actos o cambiarlos: “experimentando cómo actuamos, sentimos y pensamos, empezamos a dejar salir los patrones de conducta y de pensamiento que hemos aprendido en la adversidad... al ocuparnos de nuestros actos presentes, empezamos a reafirmar el control del organismo en ellos y así somos capaces de alterarlos como mejor nos convenga” (Latner, 1972, p. 143).

Esta idea presupone una paradoja que está en el centro de la Terapia Gestalt. La paradoja del cambio apunta a que durante la terapia se trata de que el paciente llegue a ser lo que es y no lo que no es; en otras palabras se llega al cambio no al tratar de cambiar al paciente, sino cuando logre aceptar lo que es (Reck, 2006; Woldt & Toman, 2007). Este concepto se basa en que el funcionamiento saludable de una persona está atado al flujo constante e ininterrumpido del ciclo de la experiencia y que el cambio ocurre sin una intención o un esfuerzo. Es sólo cuando existe una atención saludable al organismo que las figuras del paciente aparecerán y luego desaparecerán de manera natural y sin premeditación (Reck, 2009).

Cuando existe un quiebre en el ciclo de experiencia, o cuando no existe un cierre adecuado a una figura, la situación inconclusa es enviada al fondo y reside en este espacio actuando de manera latente en el organismo (Reck, 2009). Al tratar de llegar a ser lo que no es, el paciente ignora la situación inconclusa y por ende seguirá viviendo su vida en función

de ésta. De manera contraria, al revivir la situación inconclusa se logra que el paciente traiga al presente nuevas figuras y nuevas posibilidades de sentir, formando un vínculo con sus aptitudes y con su capacidad de autorregulación, a la misma vez que se quiebra el vínculo con la idea que de lo que la situación inconclusa creó en él: patrones evitativos, ansiedad, alienación social, frustración y miedo (Reck, 2009).

Para que el paciente logre llegar al funcionamiento fluido y natural del ciclo de la experiencia, la terapia Gestalt hace uso de experimentos que apuntan hacia que el paciente viva dicho bloqueo o figuras que emergen en ese rato y pueda llegar a entenderse a sí mismo y a su medio ambiente desde nuevas perspectivas (Reck, 2009). Estos experimentos no son parte de una metodología sistemática, sino más bien dependen mucho del abordaje del terapeuta y de la relación que mantiene con el paciente. En todo caso la creación de experimentos es parte esencial de la metodología de la Gestalt y tiene como objetivo el estimular “el darse cuenta,” el contacto y el descubrimiento en el paciente (Reck, 2009; Greenberg & Kahn, 2012).

Debido a que el uso de experimentos no nace de una metodología sistematizada, es necesario que el terapeuta Gestalt esté en contacto con su creatividad para ver qué tipo de actividades puede usar para poner en práctica lo que se ha dicho durante la sesión (Greenberg & Kahn, 2012). Ya sea el que dramatice una parte de su personalidad, que exagere cierto comportamiento, que entre en diálogo dos partes de un conflicto, o que dramatice como se siente, se anima al paciente a que confronte algún problema en el aquí y ahora, que viva y experimente lo que ha estado hablando y que se sienta y se emocione con lo que vive (Greenberg & Kahn, 2012). El trabajo del terapeuta en estos experimentos es ser un catalizador para que el paciente logre el cambio que necesita. Esto lo hace sin plantear objetivos o metas a los experimentos que el paciente realizará, sino que más bien comparte la

observación y el control con el paciente para llegar a una resolución que es propia y auténtica de él (Latner, 1972).

A continuación se presenta dos ejercicios o experimentos que son parte de la Gestalt y que son utilizados frecuentemente por terapeutas de esta rama de la psicología humanista y que son importantes para la presente investigación.

Silla vacía.

Greenberg y Kahn (2012) afirman que aunque existen muchos posibles experimentos que se pueden realizar con respecto a conflictos interpersonales e intrapersonales, el uso de la silla vacía es un método que ha mostrado gran eficacia al tratar este tipo de figuras que emergen a lo largo de la sesión.

En el caso de un conflicto interpersonal el uso de la silla vacía requiere que el paciente entre en un diálogo imaginario con la otra persona con quien se tiene un asunto inconcluso. Este experimento tiene como propósito el que el paciente entre en contacto con emociones que han sido restringidas y de esta manera logren ser expresadas en el ambiente seguro de la relación psicoterapéutica (Paivio & Greenberg, 1995). Para la Gestalt el evadir emociones dolorosas es uno de los principales mantenedores de situaciones inconclusas y de manera consecuente de bloqueos en el ciclo de la experiencia (Greenberg & Malcom, 2002). Por medio de este experimento el paciente resuelve el conflicto gracias al cambio de percepción que experimenta con respecto a sí mismo o con respecto a la otra persona enfrentado las emociones que ha estado evitando. Puede ser que el paciente logre sentirse de manera empoderada y ver al otro con un nuevo entendimiento empático o verlo responsable del daño que ha cometido (Paivio & Greenberg, 1995).

Con respecto a los conflictos intrapersonales, la metodología es la misma que en el caso del conflicto interpersonal con la diferencia de que el paciente logre reconocer las dos

partes antagónicas de su personalidad (Paivio & Greenberg, 1995). En este caso las dos partes en conflicto toman sillas distintas y se espera que a través del diálogo entre las dos el paciente logre tomar conciencia de las emociones de ambos lados y de cómo cada lado experimentan el conflicto (Greenberg & Kahn, 2012). Al verse en diálogo y no necesariamente confundido por el conflicto, el paciente tiene la oportunidad de integrar estos dos aspectos antagónicos y llegar a una decisión que ha tratado de evitar en el pasado (Greenberg & Kahn, 2012). La resolución de un conflicto como este es que el paciente experimente un cambio en su *self* y que integre las polaridades viéndolas ya no como fuerzas opositoras sino como partes importantes y necesarias de su personalidad (Paivio & Greenberg, 1995).

El uso de esta herramienta para trabajar específicamente asuntos inconclusos ha sido ampliamente modelado, investigado y se ha mostrado de manera empírica su eficacia (Paivio & Greenberg, 1995). Justamente en una investigación realizada por Paivio y Greenberg (1995) pudieron constatar que de una muestra de 42 pacientes que presentaban algún tipo de asunto inconcluso con alguien importante en sus vidas, tuvieron mejorías significativas al final de las terapias usando específicamente la silla vacía. Para esta investigación se utilizó el SCL-90-R para medir niveles de severidad de síntomas al comienzo de las terapias y una vez culminado el proceso terapéutico. Se comprobó los resultados del test entre un grupo que recibió la terapia con la silla vacía y otro grupo que funcionó como grupo control y que recibió únicamente psico-educación con respecto a asuntos inconclusos y a las posibles emociones que se les podría presentar (Paivio & Greenberg, 1995). Luego de analizar los datos obtenido por medio del análisis estadístico Manova, los investigadores pudieron observar que existió una mejora significativa en la severidad de los síntomas en el grupo que recibió la terapia con la silla vacía en comparación al grupo control que recibió únicamente el

componente psico-educativo. De la misma manera los resultados mostraron mayor nivel de resolución en el grupo experimental con respecto a los asuntos inconclusos que presentaban en comparación al grupo control. (Paivio & Greenberg, 1995).

Esta investigación identificó por primera vez una muestra terapéutica que tenía como problema central asuntos inconclusos y para los cuales se investigó la eficacia de la terapia experiencial. Los resultados no solo mostraron reducción en la severidad de síntomas y mejor resolución de los asuntos inconclusos, sino que los cambios positivos se mantuvieron en un seguimiento realizado a los 4 meses y al año de haber concluido la terapia (Paivio & Greenberg, 1995).

Proceso corporal.

La preponderancia que da la terapia Gestalt al experimento y que el paciente logre vivir lo que necesita a lo largo de la terapia en un plano corpóreo y emocional parte de la noción de que la cultura occidental ha dado demasiada importancia a aspectos cognitivos y mentales y como consecuencia ha dejado de lado todo un componente experiencial que es de suma importancia para el ser humano (Kepner, 1992). A la final de cuentas, lo que experimenta el ser humano lo vive en un nivel tanto físico como psicológico y lo experimenta no solo a través del pensamiento sino que también a través del movimiento, de ponerse en alguna posición, de sentir y de cómo se expresa (Kepner, 1992).

Kepner (1992) asegura que los pacientes que buscan ayuda psicológica por lo general tienden a disociarse de sus cuerpos en tanto aseguran que el malestar viene de alguna experiencia corporal desagradable. Intentan a cualquier costo el deshacerse de sensaciones como la respiración interrumpida, los latidos del corazón acelerados que acompañan a la ansiedad y la sensación de miedo que tienen con respecto a algo que les sucede en la vida. Logran hacer esto por una parte evitando cualquier tipo de contacto que tienen con sus

cuerpos o por otra parte tensionando ciertas partes del cuerpo para así lograr contener lo que tanto tratan reprimir (Kepner, 1992). Al hacer todo este tipo de actividades, los pacientes “niegan aspectos intrínsecos del sí mismo, ya sea necesidades, capacidades o conductas...” lo cual trae como consecuencia el que la persona se vea a sí mismo como un ente dividido con partes antagónicas en su personalidad (Kepner, 1992, p. 11).

El proceso corporal en la Terapia Gestalt hace justamente lo contrario de lo que realizan las personas que buscan ayuda e intenta que el paciente entre en contacto directo con su cuerpo logrando una comunicación directa y definitiva con su *self* (Kepner, 1992). Al lograr esto se evita la pérdida de contacto con procesos de autorregulación y la subsecuente alienación de lo que es propio de la persona. Debido a esto la Terapia Gestalt ve al cuerpo con sus tensiones musculares o sus dolores como “mensajes existenciales” que están evidenciando partes negadas del sí mismo (Kepner, 1992, p. 67). El trabajo del terapeuta con respecto al cuerpo es el de hacer inteligible dichos mensajes y reestablecer las brechas que existen con el organismo desarrollando en primer lugar “un vocabulario que describa la experiencia corporal y clarifique el significado de movimientos, sensaciones y otros procesos no verbales” (Kepner, 1992, p. 67). A partir de esto se puede establecer un diálogo entre las partes corporales que están en conflicto elaborando la situación inconclusa para que el paciente logre experimentar y expresar lo que está negando y eventualmente asimilarlo por medio de un nuevo ajuste creativo (Kepner, 1992).

Kepner (1992) describe algunos ejercicios que se pueden hacer para involucrar al cuerpo al proceso terapéutico. Menciona que el paciente puede dirigir verbalmente la atención a su respiración, a la postura que mantiene o a movimientos sutiles que realiza al momento de hablar. El terapeuta puede instruir al paciente a través de ejercicios, movimientos o posturas que se de cuenta de cómo reprime las emociones que está negando y

que crean la interrupción en el ciclo de la experiencia. De la misma manera se le puede pedir que toque ciertas partes de su cuerpo que están involucradas en la situación y que elabore su narración a partir de la sensación que tiene de esas partes (Kepner, 1972). En cualquiera de estos ejercicios la importancia de entrar en contacto con el cuerpo es que el paciente logre entrar en contacto con una sensación clara y orgánica que le lleve hacia la culminación de una necesidad que se le ha presentado. A raíz de este proceso el paciente se sitúa en el mundo y construye nuevas relaciones con su entorno (Kepner, 1972).

A la par de estos dos experimentos ya mencionados, la silla vacía y el cuerpo como instrumento de contacto, existen experimentos que son usados específicamente para incrementar la conciencia del paciente con respecto al proceso que está viviendo o los bloqueos que está experimentando. Experimentos como el enfocarse en cómo usa el lenguaje, los movimientos que realiza en ese momento, o la comunicación no verbal que contradice a lo verbal, son todos métodos que pueden ser usados para ver cómo experimenta el paciente su realidad debido a que se pasa de un plano verbal a un plano de acción (Greenberg & Kahn, 2012). Este pasar a un plano de acción es justamente la razón por lo que la terapia Gestalt se la considere como una terapia experiencial (Jacobs, 1992). Es más, una de las críticas que Perls mencionaba con respecto a otros tipos de terapias es que denigraban la experiencia del paciente a un fenómeno secundario y no se le daba la atención que realmente necesitaba (Perls en Jacobs, 1992).

Al tener como foco de atención principal la experiencia del paciente, Greenberg y Kahn (2012) mencionan que es de suma importancia el tener presente tres principios básicos que nacen del modelo de la terapia Gestalt. El primer principio es la ya mencionada paradoja del cambio: *“change comes about by people changing to become what they already are, rather than what they are not”* (p. 25). El que el paciente se sitúe en un ambiente en el que

puede ser como realmente es, alienta a que explore y descubra nuevas emociones con respecto a quién es. El siguiente principio es que una vez que el paciente acepta que se encuentra en una situación específica, puede surgir el proceso natural de cambio. Estos dos principios juntos forman la base que constituye la “fe en el organismo” y la cual libera al terapeuta de estar concentrado en forzar que algo suceda en el paciente a más bien observar lo que sucede en la terapia. El tercer principio es que el experimento siempre se lo realiza en función a que ayudará al paciente a encontrar información que todavía no tiene conciencia (Greenberg & Kahn, 2012). Para poder llegar a esta información es muy común que el terapeuta Gestalt trabaje en función a polaridades para eventualmente poder llegar a una integración de las partes antagónicas (Greenberg & Kahn, 2012).

Las polaridades son parte esencial de las técnicas terapéuticas de la Gestalt dado a que están profundamente arraigadas en el organismo (Latner, 1972). Procesos de autorregulación trabajan en función al principio de polaridad en tanto que el concepto básico de satisfacción se lo define como una dualidad: insatisfechos/satisfechos, incompletos/completos, inconcluso/concluido (Latner, 1972). El manejo de estas polaridades involucra el que el paciente viva la interacción de sus polaridades y que pase por un proceso dialéctico. Para esto es importante que se logren distinguir cuáles son y que aparezca un conflicto en el que el paciente pueda hablar desde ambas posturas. Una vez que el paciente haya vivido este proceso estará más preparado para no simplemente unir ambas polaridades sino que más bien muestre un resultado en el que aparezca una nueva figura con una voz propia, unificada e integrada (Latner, 1972). Dado a esta razón las polaridades no son consideradas por la Gestalt como dos posturas irreconciliables. Son vistas como partes de un todo integrado que se manifiestan al principio como voces antagónicas (Latner, 1972). De la misma manera, las

polaridades pueden estar muy arraigadas en las personas como pensamientos preconcebidos y que como tales no han pasado por un proceso de asimilación.

Como conclusión la técnica en la terapia Gestalt está profundamente relacionada en procesos de experimentación. A través de los experimentos ya mencionados, el paciente logra entrar en contacto con áreas bloqueadas de su *self* y comprobar qué es lo que necesita para poder llegar a completar su propia Gestalt y cerrar el ciclo de acción específico a esa situación. Más adelante en esta investigación se conceptualizará el caso de XX en función al marco teórico expuesto en estas páginas.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

La presente investigación hace uso de un modelo mixto para analizar la eficacia de la terapia Gestalt utilizada en el caso de XX. El primer método está basado en la filosofía de la terapia Gestalt en la que los cambios en la paciente se observan a lo largo de las sesiones en la manera en que va desarrollando su propia manera de entrar en contacto con su medio ambiente y va tomando conciencia de las necesidades de su propio organismo. Estos cambios serán descritos de manera cualitativa a lo largo de la conceptualización clínica del caso. Esta descripción pone especial atención a las figuras que XX va tomando atención en cada sesión y el subsecuente proceso de autorregulación que ella misma propone.

El otro método consta del análisis de datos cuantitativos obtenidos de un inventario de alianza terapéutica y un inventario psicométrico realizados a la paciente. Siendo la terapia Gestalt parte del modelo de terapias humanistas, el vínculo entre el paciente y el terapeuta es de gran importancia para un buen resultado del proceso terapéutico (Castanedo, 1997). Tomando esto en consideración se utilizó el Inventario de Alianza Terapéutica- Versión

Cliente (WAI) para poder observar el nivel de alianza que existió entre el paciente y el terapeuta. Se obtuvo dos resultados de este test, uno al comienzo del proceso y el otro al final del proceso terapéutico. Por otro lado, por medio del análisis de los resultados obtenidos del inventario psicométrico, se podrá observar si las intervenciones realizadas con la terapia Gestalt tuvieron un efecto al disminuir los síntomas presentados por XX. El test utilizado para dicho propósito fue el Inventario de Síntomas 90 Revisado de L. Derogatis (SCL-90-R).

Herramienta de investigación utilizada

Se utilizaron dos herramientas de investigación. Un inventario psicométrico y un inventario de Alianza terapéutica. A continuación se describen las dos herramientas.

Inventario de Síntomas 90 Revisado de Derogatis (SCL-90-RT).

El inventario SCL-90-R (Anexo A) fue diseñado en la Universidad Johns Hopkins para la medición de un espectro de dimensiones de psicopatología tanto para pacientes médicos o psiquiátricos como para la población normal (Cuevas, Rivera, Benitez, Monterrery, Pulido & Marco, 1991). De la misma manera este inventario es también utilizado para la detección de cambios sintomáticos generales debido a la intervención de algún tipo de psicoterapia (Cuevas et al., 1991). El inventario consta de 90 ítems los cuáles son respondidos en base a una escala del 0 al 4 dependiendo de la frecuencia. La evaluación de los resultados se los hace a partir de las 9 dimensiones de sintomatología creada por Derogatis y Cleary en el año de 1977 a partir de un análisis factorial realizado en una muestra de pacientes psiquiátricos. (Cuevas et al., 1991). Las nueve dimensiones de síntomas son presentados a continuación:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)

- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC)

A la par de estas nueve dimensiones primarias, el SCL-90-R consta también de tres índices globales que miden el malestar psicológico general del paciente. Estos tres son:

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Total de síntomas positivos (TSP)
- 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Este inventario requiere no más de 15 minutos para ser administrado y puede ser tomado por personas que han terminado el nivel de primaria de escolaridad. Los ítems deben ser respondidos en función a cómo la persona se ha sentido en los últimos siete días y dependiendo su frecuencia, siendo el 0 nada, el 1 muy poco, el 2 poco, el 3 bastante y por último el 4 mucho (Cuevas et al., 1991).

Inventario de Alianza Terapéutica – Versión Cliente (WAIS-R).

Este inventario (Anexo B) consta de 36 ítems los cuales están organizados según tres subescalas: objetivos, tareas y vínculo (Hanson, Curry & Bandalos, 2002). La subescala de Objetivos mide cuánto están de acuerdo el terapeuta y el paciente con respecto a los objetivos finales que se espera de la terapia. La subescala de las Tareas mide qué tan de acuerdo están el terapeuta y el paciente con respecto a los pensamientos, emociones y comportamientos que

afloran a lo largo de las sesiones y que son la base del proceso terapéutico (Hanson et al., 2002). La subescala de Vínculo mide la relación entre el terapeuta y el cliente y cuánta aceptación, confianza hay entre los dos (Hanson et al., 2002).

Existen tres versiones de este inventario: versión cliente, terapeuta y para un observador. Esta investigación utilizó la versión cliente para poder obtener información del proceso terapéutico desde la perspectiva del paciente. Cada ítem es puntuado por medio de una escala tipo Likert empezando en el uno (nunca) hasta el cinco (siempre). Las subescalas pueden llegar a tener puntuaciones desde 12 hasta 60 o se puede obtener una puntuación general de todo el test entre 36 y 180. Mientras más altos las puntuaciones mejor los resultados del inventario (Hanson et al., 2002).

Descripción de participantes

Número.

La investigación cuenta con sólo una participante, XX.

Género.

La paciente es mujer de 22 años.

Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico de la paciente es media alta.

Características especiales relacionadas con el estudio

No existen características especiales de la paciente. No tiene un diagnóstico de problemas de aprendizaje o algún trastorno de desarrollo.

Diagnóstico y evaluación funcional

Siguiendo los criterios del DSM-IV-TR, la paciente muestra el siguiente diagnóstico (este diagnóstico fue realizado en función a los resultados del inventario SCL-90-R y de las observaciones realizadas a lo largo de las primeras sesiones):

Eje 1: V61.20 - Problemas paterno-filiales

Eje 2: V71.09 – Sin diagnóstico

Eje 3: Sin Diagnóstico

Eje 4: A, B, C

A: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

B: Problemas relativos al ambiente social

Eje 5:

GAFF Inicial: 61-65

(Síntomas moderados con pocas dificultades en el funcionamiento social y universitario)

GAFF Actual: 65 - 70

Criterios del diagnóstico del DSM-IV.

Problemas paterno-filiales

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos (American Psychiatry Association, 2000).

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Conceptualización clínica del caso.

A partir de la adolescencia XX comenzó a sentirse diferente del resto de su familia por como era y como se sentía con respecto a elementos en su vida como la protección de los derechos animales, el querer estudiar primero arqueología y luego veterinaria y el estar más interesada en aspectos culturales y formas de vida “alternativa” que el resto de gente de su ciudad natal. XX afirma que a los 15 años mientras ella comenzaba a darse cuenta de la importancia de estos elementos en su vida, sus padres le comenzaron a presionar y a tratar de guiarle con respecto a como ellos pensaban que era la manera correcta de como XX debía vivir (Esta es parte de la conversación que se mantuvo con la paciente durante la primera sesión):

Terapeuta: ¿Había tensión en la casa?

Paciente: Si, ellos siempre estaban en la oficina y yo buscaba cosas para hacer. Ellos quieren protegerme siempre y no les gustaba que salga.

T: ¿Qué es lo que había atrás de esto que no les gustaba que tu salgas?

P: Había preocupación y entiendo, yo soy la primera y única mujer. Toda mi vida estudiantil me acuerdo no haber ido a una fiesta. Y yo salía con una prima por las tardes pero ellos me decían que qué iban a decir de mi y cómo es posible que salga a caminar.

T: Había una especie de rol muy fuerte de cómo deberían ser las cosas, las señoritas. Y tu no te sentías como que encajabas dentro de esas ideas...

P: Aha! no me parecía justo. A mi ñaño no le decían nada y por qué a mi sí. En mi ciudad natal todos te conocen ... conseguí un grupo de amigos que a mis papás no les gustaba, pero yo creo que nunca me aceptaron como era y como soy...

XX llega a consulta experimentando sentimientos de culpa por las cosas que quería en la vida y a crear constantemente resistencias con respecto a las metas que quería alcanzar, sabiendo que si las llegaba a cumplir plenamente, haría sentir mal a sus padres. Desde la perspectiva de la terapia Gestalt, XX aprendió a realizar estas resistencias y por ende a mantener bloqueado su ciclo de la experiencia para esta manera mantener la homeostasis con su familia y mantener el equilibrio e integridad de su propio organismo. El escuchar sus propias necesidades y tratar de actuar en función de ellas implicaba el sentirse culpable y diferente de su entorno familiar y por ende alienada.

A pesar de que evitar y esconder lo que ella quería con su propia vida le había ayudado hasta la actualidad para mantener las relaciones con sus padres en un tono cordial, a la misma vez todos estos ajustes creativos le llevaron a que en vez de vivir un proceso de diferenciación de sus padres y de su familia entre las edades de 15 y 18 años, XX vivió un proceso de confluencia el cual mantiene hasta la actualidad. Esta confluencia en el contexto de XX implica el que ella prefiere “colarse en el otro, para evitar de esta manera llegar al contacto real, y auténtico” (Castanedo, 1997, p. 92). El “colarse en el otro” significó para XX el evitar ciertos tipos de contactos que le podían llevar a la confrontación y a verse diferenciada y reconocerse como diferente de sus padres. Castanedo (1997) inclusive menciona que es común ver que las personas que han mantenido comportamientos de confluencia por un largo periodo de tiempo, se presentan muchas veces ante el resto de manera apática, sin emotividad. Siguiendo con la conversación que se mantuvo en la primera sesión, XX mencionó:

T: ¿Cómo te hace sentir eso? (El que sus padres nunca le aceptaron como era y como es)

P: Normal, porque ya me acostumbré a que no les guste nada de lo que hago, a la final es eso.

XX afirma que desde los quince años se ha visto en constantes peleas con sus padres para tratar de imponer su punto de vista, pero que en la actualidad siente que lo único que estas peleas le han traído es el querer retraerse de ellos, evitar la confrontación y esconder de sus familiares más cercanos lo que a ella realmente le gusta. Al verse falta de contacto tanto con sus propias necesidades y sus familiares y haber vivido un proceso de confluencia con las necesidades de sus padres, XX presenta actualmente una narrativa cargada con “deberías” y “tengo que hacer” con respecto a la universidad y a sus actividades fuera de la universidad. Para Castanedo (1997) este tipo de lenguaje es una clara señal de que la paciente ha introyectado elementos de su medio circundante sin haberlos asimilados plenamente. XX afirmó en la primera sesión el hecho de que en ese momento de su vida experimentaba mucha ansiedad por la presión de sus padres a que ya debería graduarse, que debería comportarse como una persona responsable y más madura, que no debería salir tanto y no verse con la gente con quien lo estaba haciendo. Debido a toda esta presión que estaba sintiendo llegó a la conclusión de que lo mejor que podía hacer, el ajuste creativo que mejor le calzaba, era el bloquear su ciclo de acción a nivel de excitación o movilización de energía para no llegar a sentir por una parte la fuerza de sus propias necesidades que tantos problemas le estaban causando y por otro lado mantener la tranquilidad con sus padres. Al romper la excitación de sus propias necesidades llegaron los otros síntomas que presentó en la primera sesión: cansancio, no querer salir de casa y evitar contactos sociales.

Perls y col. (1951) mencionan que esa energía que está siendo reprimida se la canaliza y se presenta de otras maneras sin que se llegue a completar una gestalt. En el caso de XX esa energía acumulada estaba siendo dirigida hacia sí misma en forma de hostilidad. Esta es una característica de procesos de retroflexión en los que la persona en vez de dirigir las iras o la frustración hacia el objeto que las causó, las dirige hacia sí mismo. En vez de confrontar ciertos asuntos inconclusos que mantenía con sus padres y mostrar sus emociones de insatisfacción o iras hacia sus seres queridos, dejó que la crítica sea dirigida hacia sí misma con respecto a sus propias emociones, al mal que estaba haciendo a sus padres, lo mala estudiante que era y hacia las posibilidades laborales y emocionales en su futuro.

Debido a que mantenía bloqueado su ciclo de acción en el punto de movilización de energía y por ende de reconocimiento de emociones, el momento en que las comenzaba a experimentar las veía de manera crítica debido a que le incitaban a actuar en función de sus necesidades. XX se acostumbró a intelectualizar sus emociones y a decir que el sentirlas implicaba el ser débil y ser fácilmente manipulada por el resto. Este tipo de justificación para no sentir sus emociones, le ayudaba para mantenerse fuera de contacto con su medio ambiente y mantenerse en su espacio seguro. Como resultado de esto, de anular sus emociones y bloquear la movilización de su energía, XX presentaba ansiedad de manera recurrente. Junto a la ansiedad, XX presentó a lo largo de las sesiones dificultad para respirar de manera profunda, síntoma corporal que para Perls y col. (1951) es parte del origen y lo que mantiene a la ansiedad:

T: Me cuentas de que acá en la universidad sientes que no estas muy motivada, de que no puedes llevarte mucho con gente, de que sientes que es una pérdida de tiempo.
¿Qué crees que es el más importante para ti para hablar en este espacio?

P: El de la motivación.

T: ¿Cómo eras antes motivada?

P: Antes, no sé en qué punto cambió, pero ahora no quiero hacer absolutamente nada.

Como que las cosas no me importan. Pero sigo teniendo interés y no me veo haciendo otra cosa. Entonces no sé qué puedo hacer. Y a ratos tengo muchas cosas en la cabeza y pienso que no voy a tener el tiempo para hacerlas y ese rato me desespero y no sé...

T: ¿Sientes ansiedad en ese momento?

P: Si, bastante.

T: ¿Cómo es esa ansiedad? ¿Cómo le sientes en el cuerpo?

P: Siento como malestar y ese rato me duele el estomago y las manos siento que me empiezan a sudar y que me da como electricidad.

Detalles de los cuestionarios.

Siguiendo la metodología de la investigación, se utilizó dos cuestionarios para poder analizar los resultados de la intervención psicológica. El primer cuestionario, SCL-90-R muestra aspectos sintomáticos de la paciente y el segundo, WAIS-C, mide el nivel alianza terapéutica que existió entre la paciente y el terapeuta.

Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL-90-R).

Resultados.

Pre-test.

Se aplicó el cuestionario SCL-90-R durante la primera sesión. Los resultados obtenidos muestran que 4 de las 9 dimensiones de malestar psicológico presentan puntajes clínicamente significativos ($T \geq 63$) y que XX se encuentra en riesgo en cada uno de ellos. En la escala de obsesiones y compulsiones la cual identifica pensamientos, acciones e impulsos

que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados, XX obtuvo un puntaje $T=80$ lo cual le sitúa dentro del rango de riesgo. La escala de sensibilidad interpersonal, XX muestra un puntaje de $T=63$. Esta escala se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. La escala de depresión, la cual indica la presencia de estados de ánimos disfóricos, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas muestra el puntaje más elevado del cuestionario con un $T=65-70$. La escala de psicotismo, la cual incluye síntomas referidos a síntomas de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento, muestra un resultado de $T=65-70$.

El resto de escalas muestran resultados que se consideran dentro del rango normal con puntajes menores a $T=63$.

En el caso del índice de severidad global (IGS), el cual es un muy buen indicador del nivel actual de severidad del malestar, muestra un resultado de $T=65-70$ lo cual indica que la paciente se encuentra en un rango clínico catalogado como en riesgo. El total de síntomas positivos muestra un resultado de 64 el cual la ubica dentro del rango clínico normal y el índice malestar sintomático positivo muestra en cambio un resultado de $T=65-70$ lo cual puede sugerir dramatismo y tendencia a exagerar los malestares que le aquejan.

Post-test

Se pidió a XX que tome nuevamente el cuestionario SCL-90-R en la última sesión. En este caso se pudo observar que 2 de los 9 dimensiones de malestar psicológico presentan puntajes clínicamente significativos ($T \geq 63$). La escala de sensibilidad interpersonal mostró un resultado de $T=63$, mientras que la escala de depresión los resultados muestran un resultado de $T=63$. La escala de psicotismo bajó de un puntaje clínicamente significativo de $T=65-70$ a un puntaje de $T=60-63$ lo cual sitúa a XX dentro del rango normal. Lo mismo en

el caso de obsesiones y compulsiones en la que obtuvo un resultado de T=60-63. El resto de escalas se mantuvieron dentro del rango normal.

A pesar de que el índice de severidad global muestra un puntaje de T=63 lo cual le sitúa en un rango clínicamente significativo de riesgo, este resultado vio un descenso de trece puntos en comparación al *pre-test*. El total de síntomas de positivos se mantuvo dentro del rango de normal, mientras que el índice de malestar sintomático positivo bajó y se encontró dentro del rango normal con un resultado de T=55.

Análisis de resultados.

El análisis de los resultados indica ciertos elementos que son importantes para ser considerados en función a la conceptualización del caso de XX como a su proceso terapéutico.

Dos de las escalas mostraron resultados clínicamente significativos en ambas instancias. Tanto la escala de depresión como de sensibilidad interpersonal tienen puntajes por encima de T=63. Estas dos escalas se mantienen elevadas en tanto representan los dos componentes que más se trabajó a lo largo del proceso terapéutico. En el caso de sensibilidad interpersonal, XX llegó a las sesiones con una sensación de inadecuación debido a que desde los quince años se ha visto de manera distinta a sus padres sin poder llegar a entrar en contacto con ellos de manera satisfactoria y explicar lo que es importante para ella. Esta sensación de inadecuación, el recibir una constante presión de ya tener que al momento de entrar a su segunda universidad y el repetir clases que ya había tomado, hicieron que pierda la motivación por estudiar y de realizar actividades que realmente le interesen. Esto está relacionado con los resultados clínicamente significativos de la escala de depresión la cual

indica esa falta de motivación, las ganas de quedarse dormida en casa y la desesperanza hacia su futuro.

La escala de obsesiones y compulsiones presenta el cambio de los resultados más significativo debido a una disminución de once puntos entre la primera y la segunda evaluación. A lo largo del proceso terapéutico, XX se quejaba con respecto a que al momento de tratar de estudiar le venían pensamientos desagradables como el “no poder hacerlo” y “no lograré terminar de estudiar” que le dificultaban el permanecer concentrada en sus trabajos de universidad y llegar a terminarlos. Describía estos pensamientos como muy difíciles de evitarlos y que lo único que los aquietaba era hacer algo que no era su trabajo académico. El perder la concentración y realizar otras actividades confirmaba su creencia de que no podía llegar a estudiar y que no era lo suficientemente buena para llegar a terminar su carrera universitaria, lo cual incrementaba aun más los síntomas de depresión y sensaciones de ansiedad. Los resultados presentados en el segundo en el *post-test* con respecto a la escala de obsesiones y compulsiones representó un cambio importante no solo en la disminución de síntomas sino que significó un cambio en como llegó a manejar sus trabajos universitarios al final del proceso terapéutico y como llegó a sentirse con respecto a su carrera (estos cambios están descritos en el siguiente capítulo).

La escala de psicotismo muestra una baja de 5 puntos lo cual le sitúa dentro del rango normal. Este cambio puede representar el hecho de como XX logró experimentar ciertos asuntos inconclusos con sus padres a lo largo de la terapia y logró reformular su sensación de inadecuación, de soledad y de como sus necesidades y su estilo de vida no implica estar fuera de la norma o ser antagonista a la de sus padres.

Es importante mencionar que aunque el índice de severidad de global no bajó por debajo del rango de riesgo, sí mostró una disminución de trece puntos, lo cual le sitúa en el límite del rango de riesgo (T=63).

Inventario de Alianza Terapéutica – Versión Cliente (WAIS-R).

Resultados.

Pre-test.

Se administró este cuestionario después de la sexta sesión para analizar el nivel de alianza terapéutica entre XX y el terapeuta. Los resultados encontrados con respecto a la primera dimensión llamada tarea, la cual representa el nivel de entendimiento y comprensión hacia pensamientos y comportamientos en relación a las intervenciones a realizar en las sesiones, muestra un resultado de 52/60. Los resultados acerca de la segunda dimensión, el nivel de vínculo, fue de 57/60. Por último el resultado de objetivo, el cual muestra el resultado más bajo, fue de 49/60. El índice de alianza terapéutica global, el cual es la sumatoria de todos los puntajes, muestra un resultado de 158/180.

Pos-test.

Se administró nuevamente el inventario después de la última sesión con la finalidad de analizar el nivel de alianza terapéutica que existió al final de todo el proceso terapéutico. Los resultados encontrados con respecto al índice de tarea fue de 59 lo cual representa un incremento de 7 puntos. La escala de vínculo tiene un resultado de 59 lo cual representó un incremento de 2 puntos. Por último la escala de objetivos muestra un resultado de 51 lo cual representa un incremento de 3 puntos. El índice de alianza terapéutica global obtuvo un puntaje de 169/180.

Análisis de resultados.

Varias investigaciones muestran la importancia de la alianza terapéutica con respecto a un resultado positivo en el proceso terapéutico (Martin, Garske & Davis, 2000). A través de un meta-análisis Martin y col. (2000) afirman que sin importar la corriente psicológica que se haya utilizado a lo largo del proceso terapéutico, los resultados de la investigación muestran una correlación positiva entre alianza terapéutica y resultados finales de la terapia (Marin et al, 2000).

Debido a la vasta información acerca de la importancia de la alianza terapéutica dentro del contexto psicoterapéutico (Marin et al, 2000), fue importante el poder analizar los niveles de esta que existieron entre XX y su terapeuta. Tanto los resultados del *pre-test* como del *pos-test* muestran resultados elevados de alianza terapéutica, en particular en la escala de vínculo. De la misma manera, la elevación de puntajes en el pos-test muestra que la paciente termina su proceso terapéutico con una interpretación alta de la alianza que existió con su terapeuta hasta el final del proceso.

Temas e intervenciones terapéuticas

Siguiendo la metodología de la terapia Gestalt los temas que se tratan en esta sección fueron temas que surgieron a lo largo del proceso terapéutico con XX y que representaron una necesidad que la misma paciente propuso como figuras urgentes que quería tratar. Debido a esto, dichos temas no tuvieron un orden cronológico con el que se fue organizando cada sesión, sino que más bien se intentó dar preponderancia a que la misma paciente gane responsabilidad de su propia vida al dejarle que ella proponga los temas que quería trabajar. A continuación se presentan 9 de las 15 sesiones que formaron parte del proceso terapéutico de XX. Estas 9 sesiones son las más representativas del modelo de la Gestalt y muestran intervenciones en las que se utilizó procesos corporales, la silla vacía para la integración de

polaridades y para asuntos inconclusos con sus padres, experimentos con imaginación activa para vivir un duelo y el contacto con emociones que ayudaron a que XX avance con el ciclo de acción. Este recuento de las intervenciones termina con la quinceava y última sesión en la que se realiza un cierre al proceso terapéutico y se habla sobre las diferencias entre como se sentía antes de haber empezado las terapias y en ese momento que había vivido las quince terapias.

Sesión 1.

Durante la primera sesión se intentó obtener información con respecto a dos aspectos que Latner (1972) menciona que están presentes y son importantes a lo largo de todo el proceso terapéutico. En primer lugar está el tomar conciencia del funcionamiento actual del paciente y en segundo lugar está el averiguar nuevas formas más adecuadas que logren satisfacer las propias necesidades. Siguiendo esta idea se realizaron preguntas que exploraban las razones por las que XX se encontraba en terapia. Se exploró acerca de la intensidad y frecuencia que sentía los síntomas principales y que profundice acerca de conceptos que ella tenía acerca de que “no estoy bien,” de cómo era ella no motivada en la universidad y la diferencia con cómo era cuando estaba motivada.

XX habló acerca de la ansiedad y de cómo había incrementado la frecuencia y la intensidad en los últimos 6 meses. Al hablar de la ansiedad fue importante que en vez de que conceptualice su sensación a partir de pensamientos, lo haga hablando de las sensaciones que experimenta y cómo se relacionan con el cuerpo. Esto era importante para que comience prestar atención a su experiencia corporal y comience a integrar mente con cuerpo. XX habló de que las partes principales en las que sentía ansiedad en su cuerpo eran sus piernas en forma de cosquilleo, el estómago como una presión y que muchas veces la sensación más

fuerte era en las manos. Mencionó que “las siento que empiezan a sudar y que me da como electricidad.” Siguiendo con la idea de que vaya aumentando el nivel de conexión con su cuerpo y que vaya tomando responsabilidad de su propio proceso corporal, se reflejaba ciertas maneras en que se comunicaba con respecto a su cuerpo y se le pedía que cambie ciertas palabras que le lleven hacia una mayor integración de mente y cuerpo: en vez de que diga “siento que las manos me empiezan a sudar,” se aconsejaba a que diga “mis manos me sudan.” Kepner (1992) opina que mientras más se separa la identidad de la propia experiencia corporal, más cosas parecen que le pasa a la persona. XX mencionaba que se sentía confundida de no saber por qué no podía concentrarse al momento de estudiar y por qué estaba tan desmotivada por la carrera que había tenido tanta pasión desde su infancia. A través de la escucha empática, preguntas de exploración y de reflejos, se fue elaborando una posible hipótesis de su funcionamiento actual, los posibles ajustes creativos que realizaba y las razones por las que las hacía:

T: En ese momento te acuerdas de todas las cosas que tienes que estudiar y hacer y ese rato activas la ansiedad. ¿Qué es lo que pasa después?

P: Comienzo a dar vueltas como que quiero tratar de calmarme primero para poder hacer bien las cosas y después me tranquilizo y trato de hacer las cosas pero no me puedo concentrar. Pierdo mucho tiempo y me desespero mucho porque estoy perdiendo el tiempo. Como un círculo.

T: Como un círculo vicioso: Me voy a poner hacer las cosas pero en ese momento me pongo así (Terapeuta hace una escultura con su propio cuerpo de cómo es estar tenso y como bloqueo la acción de estudiar)

P: Sí, aha, pero tengo que hacer algo

T: ¿Qué te dices a ti misma en ese momento?

P: Ya ponte hacer! tienes que hacerlo! Me pongo hacer pero en ese momento me siento cansada y me viene la ansiedad. Pero tengo que hacer y ya terminar!

Se exploró aspectos cognitivos de XX al momento de sentir ansiedad y los posibles pensamientos automáticos que están presentes al momento de sentirla. Los pensamientos automáticos son parte del proceso terapéutico de la terapia Cognitiva y se los define como pensamientos que ocurren de manera involuntaria, rápida, sin tener un proceso lógico y que tienen una relación directa con el origen y la mantención de síntomas como la ansiedad (Beck, 1995). Fue importante el poder explorar estos pensamientos para tener un entendimiento más completo de XX y poder integrar aspectos cognitivos y emocionales de su funcionamiento actual.

T: ¿En qué otros momentos sientes ansiedad?

P: Un poco cuando terminé con mi novio y cuando me veo con él me da iras y me doy la vuelta y ya.

T: ¿Hace cuánto tiempo terminaste?

P: Hace dos meses. Pero... (se queda en silencio y meditativa)

T: Hay como una sombra que todavía queda.

P. Siiii

T: ¿Cómo sientes esa sombra? ¿En qué parte de tu cuerpo está?

P: Pero, es como que necesito hablar de cosas con él, como no me llevo con mucha gente no puedo conversar con ellos. Entonces le llamo. No quiero dejar de llevarme con él. Pero a ratos yo le cuento de cosas y él también y en ese rato me pongo como que no!!

T: ¿Qué son estas cosas que no quieres escuchar?

P: Son cosas como que no tienen nada que ver conmigo, pero me afectan mucho. Hablamos por ejemplo de la minería, y ese tipo de cosas y debatimos de eso y entonces no se por qué me desespera tanto el no poder hacer nada al respecto. Soy activista en algunas instituciones de derechos de animales y a veces pienso cómo la gente puede tratar tan mal a un animal. Me desespero demasiado y me afecta mucho el no poder hacer nada ahorita, y eso también repercute en que estoy perdiendo el tiempo y que me quiero graduar rápido para poder salir y hacer algo, pero no puedo hacerlo.

T: Es la sensación de que tienes esta pasión y te molesta mucho que no puedes hacer mucho con derechos de animales ahorita y vienes acá a la universidad y estas en clases y tienes la misma sensación: Yo no puedo hacer nada.

P: Sí, ese rato es como si me quisiera ir...

T: Irme y dejar de sentir esa pasión, dejar de sentir el no poder hacer nada, dejar de venir a la universidad. Me quiero ir a...

P: A cualquier lado, no sé, donde no me jodan tanto. Es como en mi casa, a mis papas no les gusta que estudie veterinaria pero eso fue como que ya, otra es que tampoco les gusta que esté en esas fundaciones pero si yo no hago eso me desespero aun más.

T: Si no hago eso es como que no me siento con vida.

P: Aha... como que no tiene sentido si estoy estudiando y no voy a poder hacer algo.

T: Veo que son bastantes las cosas que estás sintiendo, o que no quieres sentir. ¿A qué te refieres con irte?

P: Me gustaría irme a una comunidad, en la montaña. Y no tener que toparme aquí en la ciudad con tanta gente, porque aquí es como que me da iras.

Se continúa con el proceso de exploración y construyendo una alianza terapéutica por medio de la escucha activa, la empatía y de poder entender los puntos más importantes del mundo de XX sin juzgarlos. Se plantean objetivos de la terapia en la que XX pone como prioridad el modificar su ansiedad al momento de estudiar, de entender la poca motivación que siente con respecto a sus estudios y por último el poder tomar conciencia de las razones por las que prefiere alejarse del resto de las personas. Se cierra este proceso de exploración viendo los aspectos positivos que tiene y de cómo el ser diferente al resto de las personas en su pueblo natal no es necesariamente algo malo.

T: ¿Qué crees que tus padres pensaban de ti a esa edad?

P: Creo que se decían que ella tiene 17 años y que ya ha de cambiar, o cosas así.

Como que ellos se sienten frustrados de que talvez se equivocaron en algo. Siempre me dio esa impresión (Esta es una señal de un posible ejercicio de silla vacía en el que XX pueda dialogar con sus padres acerca de este tema inconcluso).

T: Que les responderías a ellos si es que realmente piensan de que en qué fallamos o en qué nos equivocamos?

P: Les diría que deberían ver desde otro punto, porque por lo menos soy una persona.

T: ¿Por lo menos?

P: (Se ríe) soy una persona que pienso, mis primas parecen buenas pero no tienen nada más, solo están buscando con quien casarse y eso.

P: ¿Quién eres tu?

T: Otra cosa, cualquier otras cosa.

P: ¿Eres cualquier otras cosa o alguien?

P: No soy algo definido aun.

T: ¿Qué empieza a definirse?

P: De que hay algo más. De que no solo hay full trabajo en mi pueblo natal. Mis padres se pasaron trabajando y nunca nos vieron o pasaban con nosotros.

T: Y yo no quiero eso, ¿qué es lo que yo quiero?

P: O sea, no es como que quiero una familia, pero si la tuviera tendría el tiempo necesario para poder pasar con ellos.

T: Hay cosas más importante que la plata y que el trabajar

P: Aha!

T: Repite esas palabras

P: Quiero tener algo más importante en la vida que solo la plata.

T: ¿Cómo es no ser del rebaño?

P: El analizar bien las cosas, tener un criterio propio. Yo tengo un criterio propio en ciertas cosas y obvio que en otras han sido influenciadas por otras personas.

T: Repite eso otra vez

P: Tengo un criterio propio, yo soy XX

T: ¿Cómo se siente eso?

P: Raro, porque no es algo normal. Y siento que debería hacerlo mas a menudo

T: ¿Deberías o porque quiero?

P: Porque quiero.

Sesión 3.

XX llega a la sesión sonreída y tranquila. Si en la primera sesión se notó que XX le costaba verle a los ojos al terapeuta y que medía las palabras que utilizaba, esta sesión se pudo ver a XX más relajada, viendo a los ojos del terapeuta y disfrutando de la alianza terapéutica que se fue formando en la primera sesión.

Al cabo de una breve conversación sobre el clima en la ciudad, XX trajo al aquí y ahora una figura que quería tratar. La manera en que pareció esta figura fue gracias a la toma de conciencia que ella hizo de un aspecto de su cuerpo que estaba experimentando en ese momento de la sesión. Gracias a que sintió su cuerpo y una breve exploración empática por parte del terapeuta, empezó a salir un patrón de su conducta y una manera en que se pensaba que había aprendido en esos momentos de adversidad (Latner, 1972).

T: ¿Cómo te has sentido hoy día?

P: Un poco estresada y con ansiedad. No se por qué pero últimamente el ojo no me para de temblar y me estresa full! Me ha pasado más seguido esto y ahorita siento que se me cierra el ojo y me molesta mucho! (Mientras dice esto se ríe. No existe congruencia entre el sentirse estresada por el ojo y la risa que presenta).

T: ¿Cómo te hace sentir este titileo del ojo?

P: Es como que no debería estar así, con este ojo y este estrés (Tono de voz cambia a uno más bajo, ya no hay risa).

T: ¿Cómo quisieras estar entonces?

P: No así, normal.

T: ¿Cómo es normal para ti?

P: Tranquila. Yo sé que hay muchas personas que tienen peores problemas que yo y a mi afecta estas cositas.

T: Noto un poco de iras cuando dices eso.

P: Siii!! (Lo dice riendo un poco pero mostrando esas iras con un puño y con ese sí asertivo).

T: Me da iras de...

P: Iras conmigo mismo de que ¿por qué no puedo estar bien?

T: Hmm. Ese rato me digo, miércoles! Por qué no puedo estar bien...

P: Si, y me digo “ya ponte bien”

T: ¿Y que dice la otra voz? (Se realizó esta pregunta sin pensar de que la paciente talvez no esté conciente de que existe otra voz antagónica a la voz crítica y fuerte).

P: Dice como que sí quiero, pero... hay algo que pasa...

T: Pongámosle voz a esa otra voz que está calladita. ¿Qué le está pasando a esta otra voz?

A partir de este diálogo se fue explorando la presencia de una polaridad en XX. Estas polaridades son un punto clave para la terapia Gestalt en tanto que en principio muestran a una persona dividida y confundida, a la misma vez representan la posibilidad de integración que tiene todo ser humano (Latner, 1972). En el caso específico de XX la polaridad que presentó era parte de su funcionamiento de bloquear su ciclo de acción al nivel de toma de conciencia en tanto que aparece una voz crítica que le dice que es indefensa y que se deja afectar por los demás cuando no le debería importar nada. Esta interacción de las dos voces muestra como XX prohíbe el entrar en contacto con ella misma, con sus emociones, con sus necesidades y por ultimo con su capacidad de autorregularse.

P: Es que le afecta unas cosas que ya no le debería importar y me da iras. Recién me enteré que mi exnovio había hecho algo y es algo que no debería importarme.

T: Es algo que no debería importarme pero aun así aparece una sensación y parece que es importante.

P: Pero no debería importarme (Esto lo muestra con iras y con un poco de frustración).

Después de explorar un poco acerca de su exnovio y de las cosas que había hecho, se vuelve al ejercicio de las polaridades y se plantea el experimento de dar voz a una XX crítica y a una voz a la XX que recibe toda esta crítica.

P: (Voz crítica) Ves! Eso te pasa por no hacerme caso (lo dice riéndose). Tu sabías lo que estaba pasando con.... y no tuviste el valor para decir ya basta (Es una voz dominante que exige independencia y respeto pero lo hace de una manera que humilla a la otra voz y la mantiene dependiente y sin posibilidad de actuar).

T: No tuviste el valor para terminar la relación. Dile lo que es.

P: (Voz crítica) Eres una cobarde. Tuviste todas las oportunidades para salirte de la relación y no pudiste hacer nada.

T: Si tuvo la oportunidad para salirse y no lo hizo, ¿qué fue lo que hizo?

P: (Voz crítica) Te quedaste calladita y aceptaste todas las cosas. Por eso tu no tienes voluntad y eres una insegura (Su tono de voz ha bajado y las risas ya son más esporádicas).

T: Vamos a cambiar de silla y quiero que seas XX que recibe toda esta crítica.

¿Cómo te hace sentir esta voz que te dice que eres insegura, que no tenías voluntad y una cobarde.

P: (Voz humillada) Es cierto. Soy indefensa.

T: Quiero que vuelvas a ser la voz crítica y que le vuelvas a decir cómo se portó estando con el exnovio.

Se continuó este diálogo a largo de la sesión y XX experimentó las dos voces que estaban existiendo en ella y como la una es una voz fuerte que no quiere dejarse influenciar por nadie y como la otra voz que es mucho más emocional es indefensa y débil. Es importante anotar que estas dos voces tienen su importancia en el desarrollo de XX ya que la

voz crítica es una voz fuerte e independiente que le puede ayudar a ser asertiva y ser responsable de sus propias acciones mientras que la voz que está siendo criticada es una voz emocional que le permite el entrar en contacto con los demás y ser empática.

Se cerró este diálogo preguntando a XX de qué es lo que se lleva de ambas voces. A lo que respondió que se lleva la fuerza de la voz crítica y el hecho de que no le importa nada y puede ser libre como ella quiere ser. Con respecto a la voz emocional, XX se llevó que esa voz le ayuda a no hacer daño al resto de personas y que le ayuda a proteger al resto de lo que la voz fuerte puede hacer de manera insensata. Concluyó la sesión afirmando que se sentía un poco confundida después de haber escuchado a las dos voces.

Sesión 4 y 5.

Esta sesión empezó con XX afirmando que se sentía confundida por el diálogo que tuvo en la sesión pasada entre sus dos voces. Al preguntarle de qué era lo que le hacía sentir confundida, mencionó que se pelea con ella misma porque muchas veces siente que quiere decir algo a las personas cercanas a ella pero que en ese momento prefiere reprimirse y decide que es mejor no hacerlo. Relacionándose con el ejercicio anterior de la voz crítica, en esta sesión aparece una figura y una posibilidad de que XX trate a través de un experimento romper con esa represión y decir lo que está sintiendo y observar las repercusiones de hacerlo. Este experimento apuntaba hacia los objetivos que persigue la terapia Gestalt en tanto una persona vive en el ahora, se expresa o se comunica, siente las cosas desagradables y toma completa responsabilidad de sus acciones (Castanedo, 1997).

T: Me dices que estás un poco tensa y estresada por la universidad.

P: O sea, estoy medio tranquila porque se acabaron las clases pero se me vienen los exámenes finales y eso me hace estresar. Y estoy mal con la ansiedad porque veo que me toca estudiar mucho y me desespero y lo dejo ahí para no estresarme.

T: Se tú dejando las cosas en ese momento. ¿Cómo lo harías en este momento el dejar las cosas? (Se explora los ajustes creativos de XX y ver si realmente le funcionan).

P: No sé es como que ya, me paro y me voy (Hace un movimiento de hombros como que no me importa)

T: Haz ese movimiento de hombros nuevamente. Cómo se siente el hacerlo y dejar las cosas.

P: Se siente pésimo, pero no puedo. Empiezo a leer y me desespero pero no me concentro.

T: ¿Qué soluciones y qué puedes hacer para estos exámenes que vienen el lunes?

Siguiendo con la idea de Perls de que lo peor que se puede hacer a un paciente es ayudarles, se intentó a lo largo de proceso terapéutico con XX de no proveerle respuestas, sino que ella misma desarrolle su propia capacidad de encontrar las mejores soluciones dependiendo de sus propias posibilidades (Perls en Latner, 1972). Se evita dar al paciente una relación paternalista en la que el terapeuta crea una relación de dependencia entre los dos. El paciente encuentra sus propias soluciones cuando se enfrenta a la figura que aparece en el aquí y ahora de manera libre y espontánea (Latner, 1972).

P: No sé que puedo hacer. El lunes empiezo los exámenes.

T: Que opciones tienes. Tu meta es el estudiar para estos exámenes.

P: El domingo es el día de la madre y me tengo que ir a mi ciudad natal para pasar con mi madre. Pero realmente prefiero no hacerlo. Pero yo sé que mi mamá se sentirá mal si le digo que no puedo ir.

A través de este diálogo se presentó la oportunidad de realizar un ejercicio en el que XX pueda experimentar con la opción de no reprimir lo que necesita decir y entrar en contacto con su madre a partir de una necesidad urgente que está experimentando. La idea del experimento era el que XX vaya construyendo a partir de sus propios significados lo que ella realmente necesita y afianzar el proceso de su autonomía y de su propio proceso de autorregulación.

T: ¿Qué es lo que tu quieres hacer?

P: Me quiero quedar en la capital para poder estudiar.

T: Repite otra vez lo que quieres hacer

P: Me quiero quedar para poder estudiar y no sentirme tan presionado con lo que tengo que hacer para la u.

T: Imagínate que le tienes a tu mamá en este asiento (En ese momento XX produce un gemido y luego dice noooo!). Que significa para ti ese gemido y ese nooo!

P: Es que le tengo miedo (Es importante no ser cómplice del miedo del paciente y en vez de decirle que está bien y no seguir con el experimento, se refuerza el contacto).

T: Cuéntale a tu mamá que le tienes miedo.

P: No puedo hablar con mi mamá de eso. No sé como va a reaccionar y me da miedo.

T: Hagamos un esfuerzo. Este es un espacio seguro. Cuéntale un poco lo que sientes sobre lo que te está pasando ahorita.

P: Quiero quedarme acá estudiando, no quiero que te enojés, no es que no me importe el día de la madre pero necesito quedarme estudiando (Esto lo dice acompañada de

una risa nerviosa, encorvando su espalda y bajando la mirada. Da la impresión de que se ha hecho menor y está esperando un reclamo de su madre).

T: Pon atención a tu cuerpo ahorita, mira como pones tus hombros, la espalda y a donde va tu mirada.

P: Es que me da miedo de cómo va a reaccionar.

El diálogo entre XX y su madre continúa hasta que logra entrar en contacto con una emoción clave. Al preguntarle de cómo se siente con el hecho de que su madre reacciona de manera enojada a este pedido, XX le dice que se siente mal.

P: Yo quisiera que me trates de entender y que no me hagas sentir mal. Eso me haría sentir más tranquila ahorita sin sentirme que estoy siendo manipulada por ti en este momento (XX dice esto sin una risa nerviosa, lo hace con tono tranquilo, firme y asertivo).

T: ¿Cómo te sientes cuando dices esto y lo dices de esta manera tan tranquila?

P: Me siento bien pero igual me siento culpable porque todos van a estar ahí y sólo yo no va a estar ahí.

T: Dile a tu mamá que me da pena el no estar ahí contigo y que yo sé es que un día importante para ti.

P: Si, me da pena el no estar ahí porque es un día importante para ti.

Este diálogo fue de mucha importancia para XX considerando que al principio de la sesión mencionó que no podía hablar de este tipo de cosas con su madre y que prefiere no hacerlo. Este es un buen ejemplo de un bloqueo puesto por XX en el ciclo de experiencia al nivel de toma de conciencia. Por medio de este ejercicio fue importante el que XX experimente y logre darse cuenta de que puede satisfacer sus necesidades sin lastimar a los

demás (Castanedo, 1997). Este ejercicio integraba las dos voces de la sesión pasada usando la asertividad y fuerza de la voz crítica y la empatía y la sutileza de la voz dominada.

Se siguió con el ejercicio y se utilizó imaginación activa para situar una pared entre las dos con la cual XX se sentía protegida. XX imaginó que la pared era grande y de bloques.

T: ¿Qué pasaría si quitamos uno de los bloques?

P: No! me va a ver.

T: Que sucedería si te ve.

P: No sé, talvez no le guste como soy.

T: ¿Cómo te hace sentir esto?

P: Un poco rara.

XX mostró resistencia al ejercicio al ponerse en el puesto de su madre. Pero después de explorar las emociones que sentía con respecto a lo que había dicho XX, llegó a decir a su hija de que le preocupaba mucho y quería lo mejor para ella. La sesión terminó con XX afirmando que ella quería hacer lo que era mejor para ella y que era importante el poder decirle a su madre que quería estudiar el fin de semana.

Se mantuvo en la quinta sesión el trabajo del asunto inconcluso con su madre y de maneras de entrar en contacto con ella a partir de las necesidades de XX. Salió como figura el que XX prefería no contarle a su madre de las cosas que ella hacía porque pensaba que se iba a sentir decepcionada porque no llegó a ser lo que su madre esperaba de ella. La madre respondió a esto que ella sólo quería que su hija sea feliz y esté tranquila. Este diálogo fue de suma importancia para XX debido a que pudo superar ciertas proyecciones que mantenía con su madre. En vez de criticarla como una persona extraña y difícil de comprender, XX fue valiente al admitir que la barrera que existía entre las dos fue puesta en parte por sus propias inseguridades de cómo era ella y para no sentir que decepcionó a sus padres.

A raíz de esta dinámica fue importante el continuar explorando lo que XX quería de su vida y lo que era importante para ella sin ya sentir tanta culpa por lo que podrían sentir sus padres al ella aceptarse más como era. Fue importante el normalizar el ser distinta a otras personas y el reforzar los valores positivos que tenía como el respeto a la naturaleza y a una vida más simple sin tantos aspectos materiales.

P: En este momento no quiero tener una seguridad tan... No quiero estar tan segura de lo que soy.

T: Es como que quiero poder explorar lo que puedo ser y lo que quiero tener.

P: Aha! Probar cosas nuevas y vivir cosas nuevas, aunque a mis padres no les guste.

T: Repite otra vez esas palabras.

P: Quiero explorar nuevas cosas y hacer cosas distintas porque eso me hace feliz.

La sesión termina con XX expresando que todavía no quiere hablar con su madre y que ella siempre ha sabido las cosas que quiere hacer, pero que igual su madre le sigue haciendo sentir culpable y prefiere no hablar con ella.

Sesión 7.

XX llegó a la sesión visiblemente decaída. Al momento de conversar lo hizo con un tono de voz muy bajo, despacio y sin mucha energía. Explorando lo que había sucedido, comenzó a relatar que quizás iba a ser suspendida de la universidad debido a que su promedio se encontraba bajo lo permitido. Se pasó toda la semana tratando de solucionar el problema de poder registrarse para el próximo semestre en unas clases y el manejar la presión de que debía subir su promedio para poder continuar en la universidad. Al preguntarle de qué es lo que ella realmente quería, si continuar con la universidad o salirse, ella respondió que quería continuar con sus estudios pero que en ese momento estaba muy triste debido a la

muerte de su perro. Inmediatamente el foco de atención cambió y la figura de la muerte de su perro se volvió el tema principal de la sesión. XX estaba con una mezcla de emociones, pero en todo caso lo que más sobresalía de la narración de XX era el fuerte vínculo afectivo que tenía hacia su perro. Worden (2001) menciona que es común el que una persona que se encuentra en duelo experimente un rango de emociones y cierto patrón de comportamientos. En el caso específico de XX, ella presentaba principalmente tristeza y una sensación de culpabilidad. La culpa venía principalmente de la noción de que no hizo lo suficiente y que debería haber estado en su ciudad natal para acompañar a su perro en los últimos momentos y no tener que recibir la noticia de sus padres quienes le contaron de una manera muy “fría” y como si “no les importaba.”

Siguiendo el proceso propuesto por Worden (2001) se intentó el que XX profundice acerca de este acontecimiento y pueda entrar en contacto con la emoción de tristeza que estaba sintiendo y en cualquier otra que apareciera. De la misma manera era importante el poder realizar un proceso de duelo debido a que XX no pudo ver el cuerpo de su perro, realizar algún tipo de ceremonia o el estar en los últimos momentos de su vida.

T: Es importante dar un espacio en este momento para valorar su vida y también para sentir su muerte. Me cuentas que todo fue muy rápido y que no tuviste una oportunidad de despedirte.

P: Si como que nunca le vi a su cuerpo y todavía no lo creo (Dice esto con lágrimas y con un tono de voz muy bajo).

T: ¿Sientes como si vas a regresar y va a estar ahí?

P: (No responde, solo realiza un suspiro muy profundo)

T: ¿Qué dice ese suspiro?

P: Es que siento que fue mi culpa porque yo tenía que ir a verle (Entra por completo en su emoción de culpa y tristeza y dice estas palabras dejando salir las lágrimas).

T: Yo tenía que ir a verle, siento que podía haber hecho mucho más.

P: Si, pero tenía prácticas en ese momento y no iba a alcanzar a verle. Todo pasó muy rápido.

Siguiendo con este diálogo, se fue trabajando con el hecho de que muchos de los pensamientos que tenía con respecto a no haber hecho lo suficiente carecían de evidencia y que no eran verdad. Se realizó un ejercicio de silla vacía para que entre en diálogo con su perro y le cuente todas las cosas que estaba pensando. Fue un momento de intenso contacto con emociones, muchas iras hacia ella misma, pero que poco a poco, mientras más entraba en diálogo con su perro y le hablaba de todas las cosas que había hecho por él y lo que había significado en su vida, XX se iba dando cuenta de la tristeza que sentía por la muerte de su perro. En esta instancia su *self* entró en contacto con su tristeza y poco a poco se fue haciendo posible una ceremonia de despedida. Es importante mencionar que XX fue congruente con sus emociones y poco a poco fue recordando los momentos buenos y malos de su perro.

P: Aunque sea le hubiese podido haber enterrado (Toma conciencia de la muerte de su perro y entra en contacto con una necesidad, su despedida)... Le quería mucho. Yo debería haber estado ahí todo el tiempo con el, hasta en las vacaciones.

T: ¿Qué crees que te diría tu perro si te escuchara decir esas palabras? “debería haber estado todo el tiempo ahí”

P: El no me hubiese reclamado pero igual me duele.

Se dejó que XX decida lo que quiere hacer en ese momento y poco a poco se fue llegando a una despedida. Fue importante el haber escuchando las necesidades que iban

aflorando en el momento, el sentirse culpable y responsable por la vida y muerte de su perro, el poder llorarle y entrar en contacto con su tristeza y el movilizarse hacia la acción y crear una despedida, ya que representan intentos de la paciente de autorregularse.

P: Me lo llevaré en la memoria

T: ¿Qué quisieras llevarte de él en tu memoria?

P: Lo grande y cariñoso que era (Esto lo dice con una sonrisa).

Como cierre de la sesión se pidió a XX que cierre los ojos y que se imagine el funeral que quería para su perro. Se utilizó imaginación activa para crear un ambiente cálido, en el campo, bajo un árbol y en las montañas. En ese ambiente, XX dijo unas palabras de despedida y logró decirle las cosas que se llevaba de él por siempre. A la final se logró cerrar esta gestalt y la figura fue asimilada con todas las emociones y pensamientos que surgieron.

Sesión 9.

La sesión empezó con XX hablando de las cosas que “debo hacer” y lo que “tengo que hacer.” Se explicó que este tipo de lenguaje representa para la terapia Gestalt las normas del medio ambiente que no fueron propiamente asimiladas (Latner, 1972). Realizando preguntas exploratorias y realizando reflejos, XX llegó a la conclusión, con la ayuda del terapeuta, de que muchas veces la voz crítica cargada de “deberías” y “tienes que hacer” no es una voz propia, sino una que viene del medio ambiente. Al preguntarle que le ponga una cara a esa voz externa del medio ambiente y que la describa, XX respondió que la primera cara que se le viene a la mente es la de su papá. Una cara que le intimida un poco en especial porque sabe que su papá nunca tuvo problemas en la universidad y que siempre fue un estudiante de 10/10. Se planteó el realizar una silla vacía con su padre y lo primero que

emerge como figura es el hecho de que no pasaba mucho tiempo en casa y que se le hace difícil de poder hablar de este tipo de cosas con él.

P: Mi papá siempre estaba ocupado. Nunca estuvo en casa (Hay un cambio en su cuerpo cuando dice estas palabras. Cuando llegó a la sesión, XX estaba relajada y sonreída, el rato en que se enfrenta ante su padre su postura cambia y se vuelve más rígida, deja de sonreír y tensa sus hombros).

T: Anda poniendo atención a lo que sucede con tu cuerpo cuando hablamos de tu padre.

P: Si yo se me pongo un poco tensa. Es que se me hace difícil hablar con él de estas cosas.

XX describe la relación con sus padres como muy distante. Afirma que siempre le sacan en claro la cantidad de plata que invierten en ella para educación y que se podría portar más madura y responsable.

P: Nunca están en casa y que solo suben a la casa por la noche para dormir. Y siempre me echan en cara de que lo hacen para pagarnos nuestra universidad. Me hacen sentir culpable.

T: ¿Qué les quieres decir de esto?

P: Que no me gusta que me hagan sentir culpable, por mí que no trabajen más y yo me las arreglo y podríamos estar más tiempo. Ahora tienen un ritmo de vida horrible (Hay un cambio de voz en XX, no se ríe y es más firme y asertivo).

P: A mí me da tristeza, porque siento que he perdido muchas cosas

XX sigue con la conversación con su padre con un tono de voz triste, siendo congruente y en contacto con una necesidad que tiene. En este diálogo no hay risas o cambios de temas, se mantiene en contacto con esta necesidad que ha aflorado como figura.

Al explorar acerca de las necesidades que tiene con respecto a su padre, XX dice con lágrimas en los ojos que le gustaría más tiempo con él, que no trabaje tanto y que puedan verse más. Al igual que en el caso de la silla vacía de la madre, se pide a XX que se ponga en los zapatos del padre.

P: (Hablando como su padre) Yo crecí así, siempre trabajando y es la única manera que tengo de...

Se estimula a que XX siga hablando desde el punto de vista de su padre. Desde esa silla ella dice que sus padres le enseñaron a que tenía que trabajar, que él no podía salir tampoco de chico y que tenía la suficiente plata para pagar sus estudios. Se mantuvo el diálogo llegando a preguntar que qué cosas quiere dar a su hija ahora en la actualidad. XX logró vivir desde este otro punto de vista y entrar en contacto con una parte de su vida que últimamente lo estaba bloqueando, llegando a decir desde la silla de su padre que él no quiere que ella pase lo que él pasó creciendo. Por medio de este diálogo XX entra en contacto con su *self* y es congruente con la emoción que emerge y con la necesidad que estaba atada a ella.

Sesión 12.

Mientras transcurren las sesiones, XX se muestra más en contacto con sus necesidades siendo la principal de estas es el poder vivir su vida de manera independiente, tomando sus propias decisiones con respecto a lo que ella quiere hacer de su vida. Habla acerca de que se ha dado cuenta de que veterinaria es lo que realmente quiere estudiar y como ha entrado como voluntaria en un centro de atención para animales, en una investigación que se realiza con una ave del país y que mantiene su participación en instituciones que demandan los derechos de los animales. Se sentía segura con la idea de no querer regresar a su ciudad natal y estaba conciente de que ese tipo de decisiones representaban el que se mantendría alejada

de su familia. Este tipo de decisiones representan como XX estaba entrando en acción sin interrumpir su ciclo de acción por miedos que podrían aparecer por tomar responsabilidad de su vida.

De la misma manera, si en las primeras sesiones mantenía una risa nerviosa y una respiración restringida cuando trataba de entrar en contacto con sus padres o cuando trataba de definirse como persona, en estas sesiones las acciones de XX y la narración que presentaba eran congruentes con las emociones que estaba presentando: sentía iras y en vez de reírse tomaba un tono serio de voz y hacía gestos como el poner la mano hecho puño y golpeaba una de sus piernas; entra en diálogo con su padre y en vez de expresar iras al momento de como su padre no estuvo en casa cuando ella lo necesitaba, lo hace con lágrimas en los ojos. Esto implica que el hecho de que XX se encuentra en contacto con sus emociones permite el que surja un deseo propio de responsabilizarse por su vida (Latner, 1972).

El relato de esta sesión desarrolla justamente el trabajo con una incongruencia que XX mantenía con respecto a la importancia del activismo por los derechos de animales pero la poca importancia que ella como individuo representaba en el cuadro general de estas actividades y el desarrollo de las protestas.

Comienza la sesión contando acerca de como fue detenida la semana anterior por involucrarse en una demostración en contra de la violación de los derechos de animales. Su padre, al enterarse de lo que había pasado, estaba muy furioso con ella por dejarse influenciar por un grupo de personas que no llevan a nada.

P: Ninguno de los otros papás les insultaron a sus hijos. Me dijeron que “vos que crees que ganas con esto si no eres nadie. El único que se beneficia con esto es el dirigente de la fundación. Tu no ganas con esto, ¿para qué haces esto?”

T: ¿Cómo te hicieron sentir estas palabras?

P: Ya he estado haciendo esto desde hace tanto tiempo. No entiendo por qué siguen reaccionando así. Esto es importante para mi y sí funciona lo que hacemos.

T: Sí funciona lo que yo hago.

P: Es que no es sólo yo, somos varios y entre todos hacemos algo.

T: Quieres tratar de decir que soy una parte importante del grupo. Lo que yo hago es importante.

P: Hmm... sí funciona lo que yo hago. Se me hace difícil decirlo, es como que no me creo.

Perls opinaba que “si la expresión lingüística es modificada pasando de un lenguaje que contiene –esto- a un lenguaje con el pronombre personal –yo-, se puede decir que se ha logrado una integración considerable con este simple ajuste.” (Perls en Castanedo, 1997, p. 131). Se intentó el que XX tome conciencia de que muchas veces hablaba de sus aportes y de sus conductas en tercera persona y desligándose de ellas. Al cambiar este tipo de oraciones usando un lenguaje en que XX pueda adueñarse de la situación, se intenta crear un sentido de responsabilidad y de valor de la palabra que motiven a XX a que sienta control de su vida (Perls et al., 1951). De manera paralela se intenta aproximar un contacto que se mantiene distante a un contacto cercano y personal.

T: ¿En qué apoyas tú en estos eventos?

P: (Se mantiene en silencio)

T: ¿En qué apoyas tú?

P: No sé...

T: ¿En qué apoyas tú?

P: (No dice nada)

T: ¿En qué apoyas tú?

P: En algo... (Esto lo dice con un ligero tono de frustración).

T: ¿En qué apoyas tú?

P: No sé, supongo que en logística, en hacer bulto.

T: ¿En qué apoyas tú?

P: En que conmigo fuimos 8 detenidos y no 7 (Esto lo dice con una risa nerviosa).

Existe una incongruencia en este punto de la terapia. Ella hablaba acerca de la importancia de realizar este tipo de protestas y de lograr concientizar a la gente del trato correcto que se debe dar a los animales, pero lo hace con un tono de voz débil y cansado. Esta dinámica ocurre en especial cuando habla sobre sí misma dentro de este escenario. Al hacerlo, baja la mirada y aunque sigue hablando de la importancia de las protestas, lo hace sentada con los brazos caídos y la espalda encorvada. En ese momento el terapeuta percibe que XX pierde el contacto con ella misma y bloquea la energía de su ciclo de experiencia. Para tratar de lograr de que XX tome conciencia de esta pérdida de contacto se realiza un pequeño experimento en el que se invierten los roles y se pide a XX que sea el terapeuta y realice la pregunta de “¿en qué apoyas tu?” y el terapeuta a su vez, responde como si fuera la paciente:

P: ¿En qué apoyas tu? (Roles cambiados, la paciente es ahora la terapeuta)

T: (El terapeuta se recuesta en el asiento, baja la mirada y pone las manos a los lados intentando exagerar la respuesta que dio XX) No sé... Pregúntame otra vez

P: ¿En qué apoyas tu?

T: (Nuevamente exagerando la postura de derrota) Necesitan bultos en estos eventos.

Por medio de reflejar la conducta de XX, se intentó que descubra y que pueda ver el bloqueo que pone al momento de pensar acerca de la importancia que tiene ella en estos eventos. Se vuelven a cambiar los roles y el terapeuta hace nuevamente la misma pregunta:

T: ¿En qué apoyas tú?

P: (Esta vez con un tono más serio y asertivo) Una parte de mi para generar conciencia.

T: ¿Qué parte de ti?

P: Mi presencia, mis ideas, mi tiempo. Esto es importante para mi porque quiero que se respeten a los animales...

P: Siempre que hablo de mi misma y lo que yo valgo intento desviar el tema

T: ¿Cómo desvías el tema? (Se busca el ajuste creativo de este bloqueo).

P: No sé... Es como cuando estaba con mi ex. Siempre hacíamos lo que él quería hacer y a la final yo le seguía por todas partes.

T: Hmm. Evitabas hablar de ti viendo que él era el centro de atención

P: Sí. El era muy dominante y siempre estaba celoso así que casi nunca salía con mis amigos

T: ¿Qué ganabas tú estando en esa relación? ¿Qué ganabas estando con él?

P: Yo creo que era muy dependiente del man. Yo dependía de él para tomar mis decisiones. Así no tenía que responsabilizarme de mí misma

T: ¿Cómo sientes ese seguro ahora?

P: Era fácil. Ya no lo quiero. Quiero hacer mis propias cosas y poder escucharme a mi misma. Pero me da mucho miedo esto de estar sola

El diálogo continúa y poco a poco XX se va dando cuenta que si se mantenía en las relaciones como la de su exnovio y si seguía sintiéndose culpable del mal que hacía a sus padres por realizar lo que le gustaba, se mantendría siempre en ese espacio seguro sin llegar a hacer nada por ella misma. Como forma de experimento, se vuelve a exagerar el bloqueo en su ciclo de experiencia y se pregunta a XX que de todo el cuarto, qué lugar se asemejaba más

a esa zona segura que mencionaba. Se le sugiere que puede ser en el piso y en la esquina. Una vez sentada ahí se le pide que hable desde ahí. XX toma conciencia de la seguridad y comodidad que representa el quedarse en la esquina. Pero a la misma vez tiene presente el hecho de que estando ahí no podrá hacer muchas cosas que son de su interés. Termina la sesión diciendo que estaba confundida y que no sabía si era mejor quedarse en esa esquina. Menciona también que el empezar su vida ella sola y escuchándose a ella misma le daba un poco de miedo.

Sesión 13.

Se continuó con el trabajo corporal que se empezó en la sesión pasada y se pidió a XX que retome la idea de lo que significaba para ella el poder estar en un espacio seguro en el que no tenga que tomar responsabilidad de sus propias necesidades y pueda vivir bajo la tutela de los demás. A partir de ese momento se le pidió que utilizando únicamente su cuerpo haga una escultura que represente esa situación en la que XX la describió como una instancia de quietud, de voz callada y de no asumir responsabilidades. Se le pidió que antes de realizar la escultura que repita las palabras y que esté atenta a si hacían algún tipo de resonancia en su cuerpo.

P: La única escultura que se me viene a la mente es el estar hecho bolita en el suelo.

XX se sienta en el suelo con sus piernas recogidas y abrazadas por sus brazos y con la frente de su cabeza topando sus rodillas.

T: ¿Qué significa para ti el tener la cabeza escondida?

P: La tengo así para no mirar.

T: ¿Qué es lo que no quieres mirar?

P: Cosas obvias que ya me han dicho las personas.

T: ¿Cómo le sientes a la escultura, le sientes fuerte o débil?

P: No sé...

T: ¿Este no sé podría ser parte de la escultura?

P: Sí, puede ser. Es como si ya nada, no me importa. Cuando estaba con mi exnovio me acuerdo de todas las cosas que no quería ver y me digo que era mi culpa lo que pasó con él. Igual siento la presión de estar con él y lo que significa.

Una vez terminada la descripción de su escultura, el terapeuta decide realizar la misma escultura para que XX pueda verla desde afuera. Una vez posicionado en la escultura repita las palabras que la paciente dijo con respecto a esa instancia.

T: Tengo la cabeza abajo porque no quiero ver, siento un peso sobre mis hombros y aquí no me importa nada. ¿Cómo describirías desde afuera a la escultura? ¿Qué es lo que ves?

P: Veo miedo y Inseguridad! (Dice esto de manera enfática y con iras). Veo también un poco de que no le importa nada.

T: ¿Cómo te sientes con estas palabras?

P: Mal, no me gusta verme tan insegura.

Una vez que XX terminó de describir la escultura y de decir lo que sentía sobre esa pieza, se le pidió que vuelva a posicionarse como la escultura pero que esta vez comience a pensar y a sentir en su cuerpo el proceso en el que se encontraba en ese momento: el romper con los bloqueos en su ciclo de experiencia y querer empezar ella sola a buscar sus intereses, el tener la iniciativa de buscar lo que quiere, el ser responsable de sus actos y de lo que le gusta hacer, responsabilizarse de sí misma y de sus decisiones.

T: ¿Que quieres hacer con esta escultura?

P: Todavía no la quiero cambiar mucho, no quiero salirme mucho, estar quietita.

T: ¿Qué más quieres hacer que es distinto a lo que sentías en la otra escultura?

P: Empezar a darme cuenta de las cosas que me pasan. Con como me porto. Por ejemplo las relaciones con mi familia, con mi ñaño.

T: Cuando estabas en la escultura antigua no había necesidad de ver hacia fuera, no había ni si quiera las ganas.

P: Aha! Aquí me doy cuenta que hay veces que llego a casa y ni siquiera saludo con el resto. Quisiera talvez un poco más de comunicación con ellos. Es como que no hay nada de malo de conversar un poco, por más que me cueste.

T: ¿Qué ganas con esto de querer hablar un poco más con ellos?

P: Me abriría un poco más con ellos y podría compartir mis cosas.

En ese momento XX crea la nueva escultura la cual tiene como característica principal el que haya levantado la cabeza simbolizando el querer poder verse a sí misma y a los demás, el apoyar las manos a sus costados lo cual daba la impresión de apoyo y de querer levantarse. El poder ver también implicaba el investigar el tener un punto de vista propio sobre la vida. La cabeza agachada implicaba el no tener un punto de vista propio y vivir bajo la tutela de los demás. Al pedirle que ponga nombres a las esculturas XX llamó a la primera miedo y a la segunda seguridad.

Sesión 15.

En la ultima sesión, XX terminó su proceso terapéutico describiendo ciertos cambios que ella misma ve como importantes. En primer lugar expresó el sentir mayor confianza en sí misma cuando realiza actividades que le interesa. Aunque mencionó sentir que podía hacerlas muchas de estas cosas sola afirmó que todavía no se cree por completo el que es una mujer independiente. En todo caso en al aquí y ahora se le hace más fácil decirlo y le suena

más creíble. Al explorar los cambios que han provocado para que pueda decir con mayor naturalidad el que es más independiente, concluyó que no estaba muy segura de qué era exactamente el cambio pero que en todo caso sabía que no quería regresar a vivir como en el pasado viviendo bajo los parámetros y necesidades de las demás personas. Esta idea apunta a un sentido de mayor responsabilidad de su propia vida y que en vez de evitar sus propias necesidades, las comienza a afrontar poniéndose en contacto con los elementos de su medio ambiente para crear situaciones satisfactorias.

Cuando se le preguntó acerca de cómo estaba con la carga académica de la universidad y los problemas de concentración que presentó al principio del proceso terapéutico, mencionó que el cambio principal es que ahora cuando decide ponerse a hacer deberes los logra completar sin los problemas de ansiedad que experimentaba en el pasado. Se siente mucho más tranquila bajo la presión académica y logra completar sus deberes de manera más rápida sin tener todas las molestias que experimentaba en el pasado. Esto lo describió como algo “increíble.” Este cambio le trajo un gran alivio porque ahora se da cuenta que sí va a terminar la carrera. Si se toma en consideración que al comenzar el proceso terapéutico, XX estaba dispuesta de abandonar todo y refugiarse lejos de la ciudad para dejar de sentir lo que le acontecía en ese momento de su vida, el que finalice su proceso psicológico motivada de terminar su carrera, es un gran señal de que los bloqueos en su ciclo de experiencia han disminuido y ahora ve a su carrera como una gestalt a completarse y asimilarla. Afirmó que de todas maneras hay ciertas cosas que hay como mejorar pero que estaba dispuesta y motivada para hacerlo. Como ejemplo de esto ha empezado a organizarse para su final de semestre y ha adelantado algunos deberes y proyectos para de esta manera tener más tiempo para sus estudios.

Ha logrado entrar en contacto con sus propias necesidades e intereses y en vez de callarlos y reprimirlos como solía hacer, los tiene presente y entra en contacto con ellos gracias a un *self* fortalecido y más asertivo. A lo largo del proceso terapéutico decidió entrar como voluntaria en la clínica veterinaria de su universidad y ha comenzado un proyecto con una especie de aves de la sierra ecuatoriana en el que se siente muy contenta y orgullosa de trabajar. Este tipo de ejemplos muestran como XX moviliza su energía en vez de bloquearla en algún punto de su ciclo de experiencia y la utiliza para fortalecer el contacto con su medio ambiente en función a sus propios intereses y necesidades.

La relación con sus padres la describió como tranquila y que había decidido pasar sus próximas vacaciones con ellos en su ciudad natal ayudándoles en el negocio. Aunque afirmó que esta no era la mejor opción, se sentía tranquila y motivada de poder regresar y pasar tiempo con ellos. De esta manera se cerró su proceso terapéutico y se espera que se haya propiciado un ambiente sano y enriquecedor para que haya podido cerrar y asimilar esta gestalt.

Importancia del estudio

La importancia principal de este estudio es poder presentar evidencia de la eficacia de la terapia Gestalt ya que todavía hace falta estudios de esta naturaleza. Aunque el modelo de la terapia Gestalt no se fundamenta en el cambio de síntomas, es importante tomar en cuenta que los síntomas patológicos disminuyen por sí mismos cuando la persona entra en contacto con sus propias necesidades y cuando por medio de los experimentos se logra tomar conciencia de los ajustes creativos que la persona realizaba y como consecuencia mantenía bloqueado su ciclo de experiencia. Gracias al análisis de los resultados cuantitativos de ambos cuestionarios, más el análisis de las viñetas de las sesiones, se puede observar que la

terapia Gestalt tuvo en efecto positivo por sobre la paciente y se concluye que es una metodología que puede ser utilizada en casos de la Universidad San Francisco de Quito.

Aspectos éticos

El departamento de Psicología de la USFQ exige ciertos aspectos éticos que deben ser explicados por parte del terapeuta para poder comenzar y desarrollar un proceso terapéutico.

Estos aspectos van paralelos al Código de Ética de la Asociación Americana de Psicólogos el cual tiene como base 5 principios generales:

Principio A: Beneficencia y no Maleficencia

Principio B: Fidelidad y Responsabilidad

Principio C: Integridad

Principio D: Justicia

Principio B: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Siguiendo los lineamientos del Código de Ética propuesto por el departamento de Psicología de la USFQ, durante la primera sesión se debe propiciar al paciente un consentimiento informado el cual debe ser leído y firmado (Anexo C). Una vez que se le fue entregado a XX dicho consentimiento informado, se prosiguió con la explicación de confidencialidad, supervisión del caso, la posibilidad de grabar las sesiones, el uso del caso para ser usado académicamente como una tesis de grado y situaciones en las que la confidencialidad puede ser suspendida. Justamente el artículo 3.11 del Código de Ética de APA exige el que organizaciones que dan servicio de consultas gratuitas de psicología deben entregar un consentimiento informado que deberá ser leído y firmado por la paciente.

Seguendo el artículo 4.07 del Código de Ética de APA el psicólogo no puede publicar o utilizar como material didáctico información recolectada a lo largo del proceso terapéutico al menos que a) se tomen los pasos necesarios para ocultar a la persona involucrada, b) la persona tiene el consentimiento por escrito o c) hay autorización legal para hacerlo (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Seguendo el artículo 4.02 del Código de Ética se debió discutir con el paciente acerca de los límites de confidencialidad y se manifestó que la confidencialidad del caso se puede romper si presenta cualquiera de las instancias presentadas en el consentimiento informado (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Seguendo el artículo 2.01 del Código de Ética, se debió informar a la paciente que debido a que el terapeuta era todavía estudiante de psicología, este debía buscar supervisión de un psicólogo profesional de manera regular (APA, 2002, citado en Fisher, 2009).

Se debe mencionar que se mantuvo de manera estricta estos lineamientos del código de ética a lo largo de todo el proceso terapéutico.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La investigación muestra que la terapia Gestalt aplicada a la paciente disminuyó los síntomas que la paciente sufría una vez culminado el proceso terapéutico. Es importante recalcar que aunque la terapia Gestalt no se centra en síntomas ni en el diagnóstico clínico con respecto a los pacientes, los resultados del cuestionario SCL-90-TR en el caso de XX mostraron altos índices de ciertas subescalas que indicaban la presencia de posibles diagnósticos clínicos.

Siguiendo la base teórica de la terapia Gestalt la paciente mostró una integración de ciertos aspectos de su *self*. Al comienzo de la terapia XX se encontraba en constantes batallas entre elementos de su personalidad. Pero poco a poco mientras iba experimentando con los varios ejercicios que le hacían entrar en contacto con elementos de su vida, iban apareciendo nuevas posibilidades de cómo actuar, pensar o sentir. Entró en contacto con dos polaridades que representaban por un lado fuerza y determinación y por otro empatía y sutileza. Experimentó el entrar en contacto con su padre sintiendo empatía por él y perdón. De la misma manera, habló con su madre e intentó conectarse con ella no sólo desde las iras sino que también entendiendo la preocupación de ella. Se vio en ejercicios en los que gracias a procesos corporales fue creando una noción de querer independizarse y ser responsable de sus propios intereses. XX terminó su proceso terapéutico encontrando apoyo en ella misma y no sólo en su medio ambiente.

Todos estos elementos que fueron formándose a lo largo de la terapia estaban directamente relacionados con la baja de síntomas que XX experimentó al final del proceso. Escuchando estos síntomas como mensajes existenciales, XX fue siendo guiada por sus propias figuras a que entre en contacto con ella misma.

Limitaciones del estudio

La principal limitación que presenta esta investigación es el hecho de que no se puede generalizar los resultados de un solo estudio de caso (Flyvbjerg, 2006). A pesar de que los resultados apoyaron a la hipótesis y se pudo constatar la efectividad de la terapia Gestalt en reducir síntomas a través de la integración del *self* de la paciente, estos resultados pueden ser fácilmente interpretados como subjetivos y por ende carentes de cualquier objetividad lo cual no permite generalizar los resultados (Flyvbjerg, 2006).

Otra limitación del estudio es que los resultados del SCL-90-TR dependen exclusivamente de que la paciente haya respondido de manera honesta. Al contrario de otros cuestionarios psicológicos, el SCL-90-TR no consta de una escala que pueda medir la validez de como fue contestado el test. Por ende, los resultados encontrados dependen 100% de que la paciente fue honesta en como manifestó su cuadro de síntomas.

Al tener esta investigación una metodología cualitativa, el constante análisis que el terapeuta realizaba con respecto al ciclo de experiencia de la paciente carecía de objetividad. Es importante el usar métodos más confiables que sólo una persona para medir cambios en cómo la paciente experimenta su ciclo de experiencia. Esta limitación esta atada al hecho de que el terapeuta cursaba el último semestre de su carrera de psicología clínica, lo cual significaba que no contaba con mucha experiencia para poder asegurar que las intervenciones psicológicas que realizó con XX fueron llevadas a cabo de la mejor manera. Así también, es posible que no pudo analizar de manera precisa los comportamientos, emociones y pensamientos de su paciente para poder decidir cuál experimento podría utilizar en ese preciso momento.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomienda para futuros estudios el poder trabajar con pruebas psicométricas que puedan dar un diagnóstico del paciente. Los resultados cuantitativos en estas investigaciones tendrán mayor validez si se analiza los cambios en terapia a partir de un solo diagnóstico y no a partir de varios cuadros sintomáticos. De la misma manera sería interesante el que un panel de jueces expertos en terapia Gestalt vean las viñetas de cada sesión y analicen lo que sucede en cada uno de estos con respecto a la integración del *self* de la paciente.

Con respecto a la metodología cualitativa se recomendaría que se utilice cuestionarios de satisfacción para que el paciente pueda llenarlos en cada sesión y así graduar el nivel de efectividad que tuvo un experimento específico con respecto a una figura que haya sido presentada por el paciente.

Por último sería necesario el que la muestra de la investigación sea más elevada. Se podría realizar un filtro y escoger únicamente pacientes que sufren de un tipo de diagnóstico y trabajar con la terapia Gestalt y ver la eficacia de esta en relación a la reducción de síntomas.

Resumen general

XX llegó a las consultas gratuitas de la USFQ buscando ayuda con respecto a ciertos problemas académicos que estaba experimentando. Entre los síntomas principales se encontraban una incapacidad para concentrarse en sus estudios y terminar los deberes a tiempo, el haber perdido la motivación por la carrera que había querido estudiar desde los 15 años, el querer retraerse socialmente y no estar interesada en contactos sociales y una relación problemática con sus padres.

Usando la base teórica de la terapia Gestalt se analizó el comportamiento actual de la paciente para poder encontrar los ajustes creativos que estaban bloqueando el libre funcionamiento de su ciclo de experiencia. A la par de esto se utilizó un cuestionario de síntomas para poder analizar la efectividad de la terapia Gestalt. Se aplicó el cuestionario al comienzo de la terapia y una segunda vez al finalizar la terapia. Los resultados arrojaron un cambio positivo en tanto se pudo ver una baja en la intensidad de algunas escalas de síntomas del cuestionario. Se concluye la efectividad de la terapia Gestalt en este estudio de caso específico.

REFERENCIAS

- American Psychiatry Association (DSM-IV-TR). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision*. Washington, DC: Author.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, London: The Guilford Press.
- Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Barcelona, España: Empresa Editorial Herder, S.A.
- Cuevas, C., Rivera, L., Benitez, H., Monterrery, L., Pulido, F., Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93-96. Obtenido de http://www.psicoter.es/art/91_A098_20.pdf
- Fisher, C. B. (2009). *Decoding the ethics code, a practical guide for psychologists*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Quality Inquiry*, 12, 219-245. Obtenido de <http://flyvbjerg.plan.aau.dk/Publications2006/0604FIVEMISPUBL2006.pdf>
- Hanson, W., Curry, K., Bandalos, D. (2002). Reliability generalization of working Alliance inventory scale score. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 659-673. Obtenido de http://www.edst.purdue.edu/faculty_profiles/hanson/hansonworkingalliancerg.pdf
- Jacobs, L. (1992). Insights from psychoanalytic self psychology and intersubjectivity theory for gestalt therapists. *The Gestalt Journal*, 15. Obtenido de http://www.gestalttherapy.org/_publications/insights_selfpsychology.pdf
- Kepner, L. (1992). *Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. Méjico: El Manual Moderno, S.A.
- Koffka, K. (1935). *Principles of Gestalt therapy*. London, England: Lund Humphries.
- Latner, J. (1972). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- Licea, F. (2009). *Procesos básicos en psicoterapia Gestalt*. Méjico: Manual Moderno, S.A.
- Greenberg, L., Kahn, S. (2012). Experimentation: A Gestalt approach to counselling. *Canadian Counsellor*, 13, 23-27. Obtenido de http://scholar.google.com/scholar?q=EXPERIMENTATION:+A+GESTALT+APPROACH+TO+COUNSELLING&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=CfjOUMG-PIL69QTRhoGIBw&ved=0CC8QgQMwAA
- Greenberg, L., Malcolm. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 2, 406-416. Obtenido de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2002-02267-015>

- Martin, D., Garske, J., Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Conselling and Clinical Psychology*, 68, 438-450. Obtenido de [http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/5%20Psychotherapy%20and%20Preventive%20Intervention%20\(42\)/martin,%202000.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/5%20Psychotherapy%20and%20Preventive%20Intervention%20(42)/martin,%202000.pdf)
- Melnick, J., Nevis, S. (1997). Diagnosing in the here and now: The experience cycle and DSM-IV. *British Gestalt Journal*, 2, 97-106. <http://xa.yimg.com/kq/groups/23208632/532834149/name/Diagnosing.pdf>
- Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89-96. Obtenido de <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/view.php>
- Paivio, S., Greenberg, L. (1995). Resolving “unfinished Business:” Efficacy of experiential therapy usinf empty chair dialogue. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 63, 419-425. Obtenido de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-34108-001>
- Perls, F. (1947). *Ego, Hunger and agresión*. London, England: G. Allen and Undwin Ltd.
- Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitment and Growth in the human personality*. Goulsboro, USA: The Gestalt Journal Press, Inc.
- Pizarro, P. (1998). El diagnóstico en la terapia Gestalt. *Universidad Internacional SEK Chile*. Obtenido de <http://www.euskalnet.net/zimentarri/numero3/art03.pdf>
- Reck, M. (2006). Awareness and acceptance: A critical guide to the theories of health and change in Gestalt therapy. *Pacific University*. Obtenido de <http://commons.pacificu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1122&context=spp>
- Yontef, G., Jacobs, L. (2000). *Gestalt therapy*. Bedmont, USA: Thomson Higher Education
- Woldt, A., Toman, S. (2007). *Terapia Gestalt: Historia, teoría y práctica*. Méjico: Manual Moderno
- Worden, J. (2002). *Grief counseling and grief therapy*. New York, USA: Springer Publishing Company.

ANEXO A

**SCL90 Test de Síntomas L. R. Derogatis.
Adaptación USFQ 2011.**

Nombre _____

Edad _____

Fecha de hoy _____

Sexo: Mujer Hombre**Educación:** Primario incompleto Secundario incompleto Superior incompleto Primario completo Secundario completo Superior completo**Estado civil:** Soltero Divorciado Viudo/a Casado Separado En pareja

Ocupación: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia actual: _____

A continuación hay una lista de problemas que tiene la gente.

Lea y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se ha sentido o en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado

durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado					
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE (7 días).					
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					

6. Critico a los demás.					
7. Siento que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Siento que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tengo dificultad para memorizar cosas.					
10. Estoy preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Me siento enojado/a, malhumorado/a.					
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA ÚNICAMENTE					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Me siento con muy pocas energías.					
15. Pienso en quitarme la vida.					
16. Escucho voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Pierdo la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tengo ganas de comer.					
20. Llora por cualquier cosa.					
21. Me siento incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Me siento atrapada/o o encerrado/a.					
23. Me asusto de repente sin razón alguna.					
24. Exploto y No puedo controlarme.					
25. Tengo miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Me siento culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No puedo terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Me siento solo/a.					
30. Me siento triste.					
31. Me preocupo demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tengo interés por nada.					
33. Tengo miedos.					
34. Me siento herido en mis sentimientos.					
35. Creo que la gente sabe lo que estoy pensando.					
36. Siento que no me comprenden.					
37. Siento que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Me siento inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Siento que me vigilan o que hablan de mí.					

44. Tengo problemas para dormirme.					
45. Tengo que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tengo dificultades para tomar decisiones.					
47. Tengo miedo de viajar en tren, bus, metro o subterráneos.					
48. Tengo dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tengo que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Siento que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tengo un nudo en mi garganta					
Piense en cómo se ha sentido o en qué medida estos problemas le han preocupado o molestado	N A D A	M U Y P O C O	P O C O	B A S T A N T E	M U C H O
durante la última semana (7 días).					
54. Pierdo las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Siento flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Me siento muy nervioso/a, agitado/a					
58. Siento mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pienso que me estoy por morir.					
60. Como demasiado.					
61. Me siento incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tengo ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesito golpear o lastimar a alguien.					
64. Me despierto muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repito muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Duermo con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesito romper o destrozar cosas.					
68. Tengo ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estoy muy pendiente de lo que los otros puedan pensar de mí.					
70. Me siento incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Siento que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tengo ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Me siento mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Me meto muy seguido en discusiones.					
75. Me pongo nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Siento que los demás no me valoran como merezco.					
77. Me siento solo/a aún estando con gente.					

78. Estoy inquieto/a; No puedo estar sentado/a sin moverme.					
79. Me siento un/a inútil.					
80. Siento que algo malo me va a pasar.					
81. Grito o tiro cosas.					
82. Tengo miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Siento que se aprovechan de mí si lo permito					
84. Pienso cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Siento que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tengo imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Siento que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Me siento alejado/a de las demás personas.					
89. Me siento culpable.					
90. Pienso que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

ANEXO B

COPIA PARA LA PERSONA QUE ACEPTA RECIBIR CONSULTAS SICOLÓGICAS

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo _____ acepto voluntariamente venir a consultas psicológicas con el/la estudiante de último año de Psicología Clínica _____ (NOMBRE DE LA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA)

Sé que puedo retirarme en cualquier momento.

Me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

El/la estudiante que me atiende será directamente supervisado/a por un profesor/a durante todo este proceso.

Acepto que se filme, se grave o se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas con fines académicos únicamente.

Acepto que mi caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado.

Sé que se guardará absoluta reserva sobre mi identidad, de manera que cualquier información que se comparta no permitirá mi identificación.

Sé que el/la estudiante que me atiende, romperá la confidencialidad en el caso de que yo revele información que me ponga directamente en riesgo físico a mí o los que me rodean o si intento cometer algo contra la ley.

Sé que las consultas son gratuitas.

Si tengo algún inconveniente, sé que puedo acudir a Teresa Borja (2971700 ext 1264, 099803001), coordinadora del departamento de Psicología de la USFQ.

Yo _____ estudiante de último año me comprometo a seguir las normas éticas de la APA para psicólogos clínicos.

También me comprometo a asistir puntualmente a las citas y a cancelarlas telefónicamente con por lo menos 1 hora de anticipación.

Firma de la persona que recibe atención psicológica
