

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

ESTUDIO DE CASO BASADO EN TERAPIA HUMANISTA

Alexandra Sachenka Sánchez Jaramillo

Ana María Viteri, Ph.D., Directora de Tesis

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

Psicóloga Clínica

Quito, Mayo 2013

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACION DE TESIS

Estudio de caso basado en Terapia Humanista

Alexandra Sachenka Sánchez Jaramillo

Ana María Viteri, PhD.
Directora de Tesis

Teresa Borja, PhD.
Miembro del Comité de Tesis

Jorge Flachier
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Fernández Salvador, PhD.
Decana del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, Mayo 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: Alexandra Sachenka Sánchez Jaramillo

C. I.: 1717052458

Fecha: Quito, Mayo 2013

DEDICATORIA

Mi tesis es dedicada a mis padres Darwin y Alexandra, a mis hermanos Nathalie y Pavel, mi tía Carmita y Michel pilares fundamentales de mi vida, quienes me inspiran a mejorar. Te pienso siempre tía Blanca, gracias.

AGRADECIMIENTO

Teresa Borja y Ana María Viteri gracias por ser más que maestras, ustedes nos han enseñado más allá de libros y teoría.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad explicar como la Terapia Humanista con técnicas de la Gestalt funciona sobre una paciente de 29 años de edad que presenta baja motivación, leve depresión y trastorno de somatización. El tratamiento consistió en 20 horas de Terapia Humanista centrándose en la transformación de emociones desadaptativas, el trabajo sobre duelo, asuntos inconclusos, sueños y trabajo corporal.

ABSTRACT

This paper aims to explain how the Humanist Therapy with Gestalt techniques operates on a patient of 29 years who has low motivation, mild depression and somatization disorder. The treatment consisted of 20 hours of Humanistic Therapy focusing on transforming maladaptive emotions, work on mourning, unfinished, dreams and body sensations.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CAP 1.	10
1.2 Problema:	11
1.3 Historia Personal:.....	12
1.4 Historia Familiar	13
1.5 Situación Actual	14
Cap 2.....	15
Terapia Humanista.....	15
2.1 Breve reseña histórica sobre el Humanismo	15
2.2 Psicología Humanista de la Gestalt.....	16
2.3 Aquí y ahora, darse cuenta.....	19
2.4 Silla vacía en asuntos inconclusos.....	20
2.5 Trabajo en Duelo.....	22
2.6 Role-play	23
2.7 Exageración de síntomas	24
2.8 Trabajo corporal	25
2.9 Sueños	27
CAP 3.	29
Conceptualización.....	29
3.1 Formulación de Caso.....	29
CAP. 4	34
Tratamiento.....	34
4.1 Curso del tratamiento	34
4.2 Estado mental.....	34
4.3 Información psicológica del Test (SCL90).....	35
Resultados:	35
Pre-test.....	35
Post-test.....	37
Análisis de resultados	39
4.4 Diagnóstico y evaluación funcional.....	40
CAP 5	43
Estructura del tratamiento.....	43
5.1 Metas a corto plazo	43
5.2 Metas a largo plazo	46
5.3 Problemas Éticos/Legales	50
5.4 Temas relacionados a la relación en el tratamiento	51
5.5 Temas e intervenciones.....	52
5.6 Conclusiones	55
Referencias	57

CAP 1.

El presente trabajo tiene como finalidad explicar como la Terapia Humanista con técnicas de la Gestalt funciona sobre una paciente, la cual recurrió a consulta psicológica, presentando baja motivación, leve depresión y somatizaciones. En el transcurso del tratamiento se aplican diferentes técnicas humanistas tales como la silla vacía, se trabaja sobre duelo, sueños y trabajo a nivel corporal. Para comprobar la efectividad del tratamiento se utilizó el test SCL-90, el mismo que muestra efectividad de la terapia.

1. Información de Identificación:

Al iniciar terapia la paciente viene a consulta con preocupación sobre su hijo, al cual llamaremos Pedro para guardar confidencialidad. Sin embargo, después de la entrevista inicial se observa que es la madre quien necesita terapia ya que en la primera entrevista la paciente habla sobre su vida personal y deja el problema inicial con referencia a su hijo. Ella reporta que Pedro es un niño de 7 años de edad, el cual está siendo abusado físicamente por sus compañeros de la escuela.

Ana vive con sus padres desde que se separó del padre de Pedro. Hace 7 años ocurrió la separación, esta situación le ha causado varios inconvenientes tanto emocionales como en su estilo de vida, es un evento que le causa tristeza y desmotivación, ella siente que todavía extraña a su novio.

Como consecuencia de este evento en la vida de la paciente, se retira de la Universidad, consigue un trabajo donde el sueldo es muy bajo y no se siente motivada, empieza a dejar de lado el cuidado personal, se siente triste la mayor parte del tiempo, a pesar de ello tiene la esperanza de regresar con el padre de Pedro. En

torno al abandono del novio, Ana no quiere estar con ningún hombre, pierde la confianza en las personas cercanas a ella.

La relación de Ana con sus padres no es buena, existen constantes peleas en torno a que Ana vive con ellos y no se responsabiliza por su hijo. Como antecedente familiar es importante comentarla paciente reportó que cuando era niña sufrió abuso sexual a los 5 años de edad por parte del tío paterno, situación que ninguna persona dentro de la familia conocía hasta que Ana cumple los 15 años.

1.2 Problema:

Ana es una persona pasiva, su motivación ha bajado desde hace algún tiempo. Le preocupa la falta de interés que tiene al realizar tareas tanto del hogar como del trabajo. Dejó sus estudios un año atrás porque no encontró sentido a estudiar cuando ella anímicamente no se sentía dispuesta. La paciente cuenta que tuvo un embarazo delicado, ya que sus padres la echaron de la casa en su periodo de gestación.

Posteriormente el novio los abandona, cuando Pedro tenía 1 año de edad, desde entonces Ana vuelve a vivir con su familia. El trato que ella ha recibido durante la estancia en casa de sus padres no ha sido adecuado “Me gritan delante de mi hijo, un día hasta mi padre me golpeó en la cara y eso vio Pedro, es por eso que mi hijo no me respeta, no me dejan tomar la comida que ellos compran” , pero se mantiene en la casa por su hijo. Ana es una paciente con poca energía, no tiene un rol definido dentro de su hogar. Pedro no obedece a su madre ya que los abuelos lo consienten y la desautorizan. La paciente cuenta que constantemente llora por las mañanas, no realiza las cosas del trabajo con motivación, se cansa fácilmente, no le gusta salir con sus amigos. De hecho ha perdido contacto con ellos desde hace algunos años, a pesar de ello mantiene la esperanza de que su ex novio vuelva a buscarla. Ana no confía en las personas, esto se pudo comprobar cuando se realizó la primera entrevista antes de

terapia. Se preguntó a la paciente sobre sus amigos o personas cercanas a las cuales les tenga confianza, ella contestó “No tengo amigos ya, la gente a veces no es buena”.

Entre las reacciones corporales y fisiológicas la paciente ha tenido un cambio en su apetito en los últimos meses, en ocasiones no come y en otras come en exceso. Ha tenido diferentes síntomas físicos durante el último tiempo como dolor de cabeza, sufrió parálisis facial por estrés hace tres meses antes de la consulta. La paciente comenta que desde que es joven tiende a somatizar los problemas y situaciones que no puede manejar. La falta de interés por lo que hace, la tristeza que ha llevado con ella varios años y no ha podido hablar con nadie, los dolores de cabeza, la dependencia con su ex novio son unos de los principales problemas que presenta la paciente.

1.3 Historia Personal:

Ana reporta que se ha visto como un ser indefenso: “en la escuela todos los niños me golpeaban, una vez hasta me rompieron la frente pero yo no dije nada, en la casa dije que fue mi culpa que yo me rompí sola”. A su corta edad de 5 años fue víctima de abuso sexual por parte del tío paterno, situación que nunca comentó a sus padres hasta que ella cumplió 15 años “una vez fui a dormir con mi novio y mis papás se enteraron. Yo les dije que no había pasado nada pero ellos insistieron y me llevaron al médico, antes de entrar al ginecólogo les tuve que contar la verdad sobre mi abuso sexual, me sentí peor porque me hablaron por haberme callado”. Cuando cumplió 18 años se queda embarazada por primera vez pero el novio la obliga a abortar “yo si quería a mi bebé pero tomé la decisión de no perder a mi novio y lo hice”. Cuatro años más tarde Ana se queda embarazada y los padres la echan de la casa “una semana entera dormí en la calle”, hubo muchas complicaciones en el embarazo. Un año después del nacimiento de su hijo, su novio la abandona “desde el día que el me

dejó me pregunto porqué lo hizo si yo le entregué mi vida”. Cuando el hijo crece Ana se ve en la obligación de acudir a consulta “vine porque no quiero que mi hijo viva lo que yo viví es muy pequeño todavía y el no entiende que es bueno y malo”.

1.4 Historia Familiar

La relación con el padre no ha sido buena, el padre cumple el rol de hombre de casa dado que no se comunica con sus hijos, sólo trabaja para ayuda económica del hogar, no apoya emocionalmente a la familia, no manifiesta cariño hacia la familia “mi papá nunca me ha aconsejado, el es como que no existiera”. Por otro lado, la relación con la madre es muy similar a la del padre, a pesar de que se comunican más la relación no es buena “mi mamá siempre se pone del lado de mi papá es como si yo fuera enemiga de ellos”. A su vez dentro de la familia existe abuso físico del padre hacia la madre. Ella considera que es una persona que no ha tenido apoyo dentro de la familia “mi papá y mamá siempre han preferido a mi hermano mayor, desde muy chiquita recuerdo que me hacían de menos”. Ana describe su infancia con abuso físico de los padres a ella “a mi hermano nunca le pegaban, siempre la que pagaba los platos rotos fui yo”. Ana indica que su hermano es el que ha sido más cariñoso con ella, aunque la mayor parte del tiempo no pasa en la casa.

Con respecto a la relación que Ana tiene con su ex novio lo que la paciente afirma es que el único apoyo social con el cual ella se sentía protegida y querida fue su ex novio “estoy con el desde que tengo 15 años el ha sido mi padre, el me quería y me consentía”. Sin embargo, cuando su hijo tuvo un año de edad el novio los abandonó y se casó con otra señora, desde ese día las únicas veces que se ven es en el cumpleaños de Pedro o en navidad “pero yo todavía lo sigo queriendo” es el sentimiento que la paciente mantiene sobre el ex novio, tiene la misma intensidad que

antes y ella está convencida de que lo esperará hasta que él se de cuenta que es con ellos donde pertenece. El resto de la familia es lejana y no los ve con continuidad.

Aparte la relación con su hijo se ha tornado difícil ya que Pedro no toma con respeto y seriedad la relación con la madre “es como si no tuviera a mi niño, cuando trato de aconsejarle y reprenderle mis padres siempre se meten, inclusive me insultan en frente de él”. La paciente dice que ya ni el hijo la quiere “siento que el tiene derecho a no quererme porque no le estoy dando una familia normal”.

1.5 Situación Actual

La motivación de Ana ha disminuido en el último tiempo, esto ha hecho que deje sus estudios y se descuide física y emocionalmente. La paciente presenta preocupación por su hijo y el abuso físico de parte de sus compañeros de escuela que él está teniendo, como un reflejo de lo que pasó con ella en su juventud. El ciclo amoroso que tuvo con su ex novio es un motivo de tristeza, lo cual al mismo tiempo no la deja seguir con su vida ya que no se hizo un cierre adecuado de la relación.

Existen varios problemas que se han desarrollado desde el abuso sexual que sufrió de niña, es una persona insegura, retraída, con pocas relaciones sociales y figuras de apoyo, no muestra interés en actividades cotidianas, se siente excluida por parte de su familia. Las emociones y pensamientos que ha tenido últimamente la paciente se activaron desde que su hijo no quiere ir a la escuela por miedo, lo mismo que tuvo que pasar la paciente varios años atrás.

Al acudir Ana a consulta, se pudo observar y medir mediante el test SL90 que la paciente presentaba baja motivación, una leve depresión y que tiende a somatizar los problemas a raíz de todas las situaciones que ha tenido que atravesar durante su vida.

CAP 2.

Terapia Humanista

2.1 Breve reseña histórica sobre el Humanismo

A principios de los años sesenta se crea la *tercera fuerza* en psicología, denominando así al Humanismo, donde se empieza a dar prioridad a los valores y experiencias humanas, significados de vida y emociones. El creador de la Psicología Humanista fue Abraham Maslow, quien a sus inicios de la nueva fuerza buscaba la construcción de una psicología comprensiva, sistemática con bases empíricas que abarque el todo en el ser humano (Carpintero, Mayor & Zalbidea, 1990). Las otras dos fuerzas dentro del campo de la psicología son el Conductismo y el Psicoanálisis. La Psicología Humanista criticaba al Conductismo por su forma estrecha de trabajo con los pacientes, como una forma mecánica de resolver los problemas de las personas, mientras que el Psicoanálisis y su forma de trabajar solo veían la parte negativa del ser humano. Es por esto que años más tarde la Psicología Humanista deja en claro cuales son las posibles ventajas dentro de terapia en comparación con el conductismo (Carpintero *et al*, 1990). La primera diferencia entre el Humanismo y el Conductismo según Carpintero *et al* (1990) es que los estudios conductistas se basan en estudios sobre animales donde se excluyen los procesos y experiencias de los humanos. La segunda diferencia es que no se puede aplicar en una totalidad los resultados de laboratorio en la población humana. No se debe descartar la conducta que manifiesta una persona pero se debe integrar con la experiencia subjetiva de la persona. El hecho de querer separar los tipos de terapia conlleva a que los resultados no sean positivos. Según Carpintero *et al*. (1990) la psicología debe interesarse por el estudio individual ya que el estudio de grupo desvía las excepciones de un estudio. Por último la psicología debe buscar lo que enriquece al ser humano. En el artículo de

Carpintero *et al.* (1990) se habla sobre las diferencias frente al Psicoanálisis donde Freud habla de etapas y patologías por cada aspecto de la vida de las personas como en el amor, juego, ciencia, creatividad. Al mismo tiempo los autores Carpintero *et al.* (1990) dicen que las bases del Humanismo no se centran en experiencias del pasado sino en las experiencias presentes donde se trata que el paciente se haga consciente de sus procesos actuales.

Dentro de la psicología Humanista existen diferentes teorías y técnicas que se utilizan para obtener mejores resultados dentro de terapia. Campos como la Gestalt, la terapia centrada en las emociones, son algunas teorías y técnicas utilizadas en el humanismo.

2.2 Psicología Humanista de la Gestalt

La terapia gestáltica es una de las fuerzas dentro del humanismo y el existencialismo. Es un proceso autónomo y netamente experiencial. Desarrollada por Frederick Perls, el objetivo de esta terapia es incrementar el potencial humano a través del proceso de integración, apoyados en los procesos y necesidades genuinos del individuo (Stevens, 2004).

Como se sabe ninguna terapia tiene éxito en un ciento por ciento en cada finalización de terapia, pero se logra un mejoramiento en cada paciente trabajando en la capacidad humana de cada organismo para disolver los problemas internos cuando se enlazan con los externos (Stevens, 2004). Por otro lado, las expectativas de la sociedad crean conflictos con el individuo al tratar de crear una imagen para que encaje dentro de la cultura, esta es cuando el individuo se enmarca dentro de un rol social para ser aceptado y forma reacciones acorde con los estereotipos, el acto de querer ser parte de un entorno hace que el individuo automáticamente se separe de su propia naturaleza. Es paradójico observar que mientras la sociedad más exige del

individuo menos eficiente es consigo mismo (Stevens, 2004). Cuando el individuo se envuelve con los *deberías* de la sociedad pone a un lado las reacciones y necesidades propias. Un ejemplo que nos da el autor Stevens (2004) de este acontecimiento es que imaginemos un elefante y un rosal, el elefante quiere ser rosal y el rosal elefante, hasta que cada uno acepte lo que es en el proceso de vida se sentirán infelices por su inferioridad. Cuando un individuo responde a los *deberías* de la sociedad se vuelve un ser falso, alguien que no está sintiendo lo propio de cada uno, las exigencias externas limitan al individuo a desarrollarse como una persona pluripotencial. Cuando el individuo quiere cumplir todas sus expectativas definidas por la sociedad, la persona se destroza internamente por el sentimiento de querer pertenecer a un mundo irreal y a su vez las energías se agotan (Stevens, 2004).

Los procesos de maduración se ven restringidos porque el organismo rechaza dolores reales y las personas neuróticas evitan dolores imaginarios. Al momento de trabajar con los individuos se tiene que tomar en cuenta el *aquí y ahora* y el *yo y tu* de la terapia, se toma en cuenta las evitaciones que tiene la persona, ya que en ese comportamiento es donde se encuentran sus miedos y fobias (Stevens, 2004). Al inicio de la terapia la persona se verá involucrada con recuerdos pasados y que no tienen la suficiente importancia, pensará sobre lo correcto e incorrecto de las situaciones, hará asociaciones de ideas diferentes, hasta que el mismo se da cuenta que no tiene que evitar el tema del cual quiere hablar y traerlo al presente.

Cuando el paciente acepta su situación adquiere más defensas y se hace tolerante a la frustración entrando en un proceso de maduración (Stevens, 2004). Stevens (2004) define maduración como “la transición del apoyo ambiental al auto-apoyo, se logra este proceso mediante la disminución del apoyo ambiental, el aumento de su tolerancia a la frustración y el desmoronamiento de su falso afán por

representar roles infantiles y adultos.” (pg. 15). Una vez que el paciente tiene la conducta madura el individuo aumenta su capacidad de manejar los recursos propios espontáneamente con el objetivo de enfrentar al ambiente, aprende a tomar decisiones y a estabilizarse por el mismo para poder enfrentar al ambiente (Stevens, 2004).

De acuerdo a García (2009), la terapia de Gestalt fue diseñada para que los pacientes entren en un nivel profundo en sus emociones, cada nivel destinado a un objetivo para el beneficio del paciente. En el nivel 1 el objetivo es que la persona responda algunas preguntas como ¿Quién soy yo? ¿Quiénes son los demás? El paciente empieza un proceso básico individual. El nivel 2 involucra procesos específicos en terapia grupal e individual, el nivel 3 se refiere a ¿Quién soy yo? en torno a un nivel emocional existencial, el nivel 4 se centra en ¿Quién soy yo? en un nivel existencial espiritual. Dentro de las herramientas que se trabaja en terapia utilizando la Gestalt según García (2009) son:

- Recuperación de proyecciones: es un proceso de diferenciación-integración donde la persona obtiene recursos del ambiente.
- Trabajo con el estrato fóbico: en esta etapa el paciente aprende a perder el miedo a hablar en público, el paciente se arriesga a ser uno mismo y a abrirse a un intercambio.
- Proceso figura-fondo: se utiliza esta técnica cuando el problema es muy evidente o significativo, se utiliza esta etapa para trabajar situaciones del presente. Se usa esta técnica cuando la persona ya tenga recursos aunque pueden haber excepciones.
- Procesos para trabajos específicos: el trabajo se centra en trabajar con la persona procesos de auto-descubrimiento, donde se trabaja con los procesos de sueño, muerte, duelo, etc.

2.3 Aquí y ahora, darse cuenta

Una idea básica dentro de la terapia Gestalt es que el presente abarca el pasado y al mismo tiempo tiene gran importancia sobre el futuro. Todas las experiencias que hemos tenido a lo largo de nuestra vida se contienen en el presente. La función del terapeuta es conducir la terapia con información que el paciente expresa en el aquí y el ahora (Woldt & Toman, 2007). Esta es una diferencia dentro de las teorías de psicología ya que el terapeuta Gestalt se enfoca en el presente y no en el pasado como la terapia freudiana y jungiana. Los comportamientos expresados dentro de terapia conllevan una experiencia anterior, se puede dar cuenta al momento en el que el paciente habla, se expresa, movimientos corporales, tono de voz, mirada; todas estas funciones son indicadores de situaciones pasadas (Woldt & Toman, 2007).

El énfasis de la Gestalt se centra en la creencia de que el cambio ocurre en el presente, muchas veces el paciente puede conectar lo que ocurre en terapia con experiencias pasadas. Desde el punto de vista gestáltico, el neurótico no es una persona que tuvo una vez un problema, sino es una persona con un problema continuado en el aquí y ahora, el presente (Perls, 1979). El objetivo del aquí y ahora es darle al paciente los medios con los cuales pueda resolver sus problemas actuales creando un aprendizaje para la resolución de problemas en el futuro (Perls, 1979).

Según Fagan & Shepherd (2008) las perturbaciones emocionales generadas en el pasado son mantenidas ahora por una falsa identidad. La focalización en el presente se refleja de dos maneras, una de ellas es que el paciente preste atención a todo aquello que ingresa al campo de conciencia actual y lo manifieste, los autores Fagan & Shepherd (2008) lo denomina auto-observación pura. La segunda focalización es cuando el paciente habla del pasado o del futuro en forma presente, de ésta forma los

hechos vuelven a ser vividos. Al revivir una experiencia dolorosa el paciente utiliza expresiones verbales y corporales con las cuales se trabaja para sanarlas en el presente.

En el libro de Woldt & Toman (2007) se dice que “el darse cuenta es el camino que nos permite comprendernos a nosotros mismos, reconocer nuestras necesidades y conocer la forma en que organizamos nuestro campo y significamos nuestra experiencia.” (pg.118). El darse cuenta es percibir una sensación que surge de un pensamiento, acción o sentimiento que lo estamos viviendo en terapia, es recapitular una experiencia vivida en el pasado y mediante herramientas trabajarlas en el ahora, presente.

El enfoque Gestalt hace hincapié en el proceso de darse cuenta y reconocerlo como camino de clarificación, es subjetivo y se enfoca en lo externo y en lo interno, nos damos cuenta de nuestra existencia gracias a las señales que nos da el cuerpo, las emociones y la percepciones (Woldt & Toman, 2007). Mediante el oído, la vista, olfato, tacto, gusto creamos una conexión del mundo externo con el interno.

2.4 Silla vacía en asuntos inconclusos

En los escritos de Greenberg & Watson (2008) se habla sobre como el trabajo con asuntos inconclusos es la base para resolver problemas de dependencia en la experiencia de depresión. Normalmente los asuntos inconclusos y los duelos no trabajados del pasado suelen ser una causa para la depresión dejando una sensación de abandono o pérdida. Dentro de los asuntos inconclusos la persona presenta soledad, sentimiento de que nadie lo quiere y usualmente resignado. Es evidente también que la persona enseña una segunda emoción, normalmente la ira, para cubrir su emoción primario. Por ejemplo, si un cliente viene con mucha ira, expresa ira y poco a poco se va trabajando en terapia, al finalizar se revelará la verdadera emoción que en muchos

casos es tristeza. Para empezar con el trabajo de la silla vacía el cliente tiene que imaginar una situación que este cargada de emociones, tiene que regresar al momento, sentir, ver, imaginar el evento. Luego se pedirá que traiga al presente el evento y que lo relate como si estuviera pasando en ese momento de forma presente (Greenberg & Watson, 2008). Por ejemplo, si el cliente tiene un asunto inconcluso de su niñez en torno a la madre, se le pedirá que regrese a ese momento y relate la situación en el presente, que está pasando, que hora es, que olor experiencia, con que ropa está vestido, que está pasando ese momento por la mente del niño (Greenberg & Watson, 2008).

A continuación el terapeuta sugiere al cliente que cambie de perspectiva, es decir, si la memoria que el paciente tiene en la silla vacía es sobre su niñez esta vez se le pedirá que tome el rol de adulto en el presente y tenga un diálogo con el niño de la silla vacía. Con esta intervención se le pide al cliente que vea al niño, se le sugiere que busque una solución, una forma en la cual el pueda intervenir, con la imaginación (Greenberg & Watson, 2008).

Luego de realizar este proceso con el cliente según Greenberg & Watson (2008) sugieren que el adulto vuelva al niño, donde se pregunta la necesidad del niño sobre el adulto, que es lo que el niño pide al adulto, que le hace falta, cuál es su deseo con referencia al adulto. Finalmente, el terapeuta regresa al presente, donde se encuentra el adulto, y se le pregunta sobre sus emociones presentes, si quiere despedirse del niño, que significado tuvo para el esta técnica. Muchas de las veces el cliente no quiere cerrar ese círculo, situación que se tiene que trabajar, por ejemplo, si una madre abandonó al niño por cinco años y esta situación ha traído problemas al adulto, durante la silla vacía refleja muchas emociones de ira y rencor, si al final no

quiere perdonar a la madre se deja la puerta abierta para poder trabajar en otra sesión (Greenberg & Watson, 2008).

2.5 Trabajo en Duelo

Cuando se trabaja en duelo se trabaja sobre los síntomas de la persona frente a una pérdida, se entiende por duelo la pérdida material, emocional, amorosa, de algo querido. En nuestro estudio de caso se vio necesario trabajar sobre el duelo amoroso de la paciente con respecto a su ex novio ya que se considera un asunto inconcluso no trabajado por la paciente; se debe tomar en cuenta el tiempo que se ha mantenido el duelo que en este caso son más de cinco años, es por eso que a continuación se explica detenidamente.

Worden (2009) habla en su libro sobre diferentes tareas que las personas deben pasar para superar la separación. La primera tarea es cuando el paciente tiene que aceptar la realidad de la pérdida, darse cuenta que el ser querido u objeto no va a volver. La tarea dos se basa en el proceso de sentir el dolor sobre la pérdida del ser querido, una vez que las emociones se han sentido y trabajado se pasa a la tarea tres. Las tareas no van en orden, ni se pasa de la una a la otra. Son tareas que hay que cumplir y pueden ocurrir al mismo tiempo. Es por esto que Worden (2009) prefiere decir “tareas” en vez de etapas.

En la tarea tres el paciente tiene que ajustarse a una nueva realidad sin la persona ausente, ajustes tanto internos como externos, por ejemplo, una separación amorosa es también una pérdida. Una joven que ha terminado su relación tiene que cambiar su estilo de vida y emociones por la ex pareja, ya que es un cambio global que ocurre y el acoplamiento a una vida nueva se produce. La última tarea de Worden (2009) es encontrar una conexión con la persona ausente sin que inflencie su vida cotidiana (Worden, 2009).

Dentro del duelo se debe tomar en cuenta diferentes factores para reconocer que tipo de duelo está llevando la persona. El duelo puede ser complicado si el paciente no logra superar la pérdida después de seis meses de la pérdida (Worden, 2009). El duelo de una persona se puede ver complicado por el tipo de pérdida, como se produjo la pérdida, que tan cercana era la persona, como era la relación con el ser querido, como han sido superadas sus anteriores pérdidas, la proximidad con la persona ausente, la personalidad es un factor importante dentro de un duelo (Worden, 2009).

Alrededor de la causa con la cual la persona se separó se realizará la terapia, el objetivo de llevar una terapia de duelo es que la persona resuelva sus conflictos internos sobre la separación y sea capaz de afrontar y tener un proceso adecuado frente a otras pérdidas futuras. Luego de pasar las etapas de duelo, la persona se sentirá capaz de empezar con un nuevo plan de vida, se deberá proponer nuevas metas a la persona.

2.6 Role-play

Esta técnica dentro del humanismo fue desarrollada por Moreno a partir del psicodrama, donde el paciente actúa sobre alguna temática que en ese momento le esté causando inconvenientes Gendlin (1996). El role-play puede brindar al cliente un importante sentimiento de experimentar situaciones que nunca se ha sentido antes. Es importante que el terapeuta entre en este drama con el paciente, esto facilitará al cliente a entrar en el rol que se le ha pedido realizar con respecto a la emoción sentida. El role-play tiene el potencial de cambiar de dirección la energía del cuerpo, por ejemplo, si el paciente dice que se siente triste el terapeuta Gestalt pedirá al cliente que actúe esa tristeza, que sea la tristeza (Gendlin, 1996). El role-play tiene buenos resultados ya que se pone al cliente en una posición activa dentro de terapia y

no tiene el papel de víctima, donde es él mismo el que realiza cambios a nivel comportamental y corporal. Cuando se utiliza el role-play en personas con depresión y se pone al paciente en una posición activa se ha visto que acarrea grandes cambios en la persona Gendlin (1996). La energía del paciente se re-activa y se vuelve fuerte; la técnica más utilizada con respecto al role-play es la silla vacía y doble silla vacía, explicada anteriormente, donde se le pide al paciente que sea (que juegue el rol de) una persona importante en su vida, figura o emoción. La idea básica del role-play es brindar el rol contrario al paciente, sintiendo y vivenciando algo diferente del otro lado de la silla, pidiendo que se enfoquen en las emociones que desarrollan en el transcurso del ejercicio Gendlin (1996).

Por otro lado, Greenberg & Watson (2008) dicen que el uso del role-play brinda experiencia y actitud al paciente una vez que lo realiza, a su vez, el role-play puede transformar al inicio algo que no es real en algo real sólo creyendo e imaginando que puede pasar. El uso de esta técnica hace que el paciente evoque una emoción mediante la expresión, mientras el cliente expresa la emoción se cambiará la experiencia al mismo tiempo (Greenberg & Watson, 2008). Para que el role-play tenga resultados, tiene que ser un proceso espontáneo, donde se pueda integrar el cuerpo y la mente, y estos a su vez crean nuevas experiencias en torno a las emociones del cliente (Gendlin, 1996).

2.7 Exageración de síntomas

Una de las técnicas de terapia dentro de la Gestalt es la exageración, donde el paciente tiene que aumentar lo que siente en vez de reducirlo o minimizarlo. Por ejemplo, si el paciente siente temblor es necesario que aumente la contracción de los músculos por un rato, el propósito de esta técnica es que el individuo entre en contacto con sus síntomas y que los exagere, luego de la vivencia de este proceso el

terapeuta tiene que hablar sobre lo que ha sentido el paciente. Es importante que el individuo se de cuenta de su propio cuerpo y como éste reacciona cuando está en terapia y se topa un tema en específico (Stevens, 2005).

Cuando el individuo exagera es más que una simple repetición, un gesto se hará más intenso, una afirmación se hará más fuerte, la emoción tendrá más sentimiento. Al momento de pedir a la persona que exagere y repita una acción varias veces el individuo puede descubrir algo nuevo en su acción, el individuo no crea una nueva experiencia sino que la hace obvia con la precisión de volver a repetir el movimiento (Naranjo, 2006). El proceso de exageración conlleva de cierto modo a darse cuenta de una experiencia, donde podemos descubrir emociones persistentes nunca antes sentidas, al momento de re-sentir estamos en un proceso terapéutico. Naranjo (2006) en su escrito nos dice que “A veces, si nos quedamos con una acción o afirmación a través de la repetición, el énfasis tendrá como resultado una modificación de dicha acción, de tal forma que un movimiento lleva a otro, y un sentimiento o pensamiento a otro diferente.” (pg. 96). De cierto modo se modifica un comportamiento, se aclara una duda, se trabaja en las emociones, se toma conciencia de lo que sucede en el presente.

2.8 Trabajo corporal

Dentro de la terapia Gestalt es de suma importancia el trabajo mental como el corporal “existimos, amamos, trabajamos, y satisfacemos nuestras necesidades siempre cambiantes a través de nuestro ser físico y de nuestras interacciones con el mundo” (Kepner, pg. 7, 1992). La experiencia que tiene el cuerpo es la experiencia del sí mismo, al igual que los pensamientos, imaginación o ideas. Cuando las personas se han alejado del cuerpo cada vez se sienten disociados, fuera de control,

fragmentados; el trabajo con el cuerpo ayuda a sensibilizarse a la persona y a tener contacto interno como externo (Kepner, 1992).

Una de las formas como podemos sentir el cuerpo es dejar de ejercer presión sobre él, relajarlo. La persona tiene que estar dispuesta a sentir cada parte del cuerpo, tiene que estar en contacto con el exterior mediante su cuerpo. La persona se tiene que familiarizar con cada sensación que el cuerpo nos otorgue, si nos pide acostarnos en el suelo para estar en contacto permitir a la persona que lo haga (Stevens, 2004). Se tiene que dejar al cuerpo hablar por nosotros “Constantemente estamos controlando nuestro cuerpo. Esto es simplemente suprimir el control, dejar que mi cuerpo haga lo que quiere hacer. Mi cuerpo sabe mejor que yo lo que le conviene.” (Stevens, pg. 178, 2004). Las personas han dejado de tomar un tiempo para sentir lo que el cuerpo nos quiere decir, el tiempo cada vez es más corto para las actividades que se necesitan hacer en el día, sin embargo, es básico que entremos en contacto con nuestro cuerpo por un lapso corto de tiempo.

Cuando pacientes asisten a consulta por algún dolor muscular, estrés o alguna sensación corporal desagradable, las sensaciones disminuyen con solo ponerse en contacto con ellas, el dolor se disuelve cuando se pone atención en él. Si el paciente llega a consulta sin ningún dolor o malestar es indispensable que la persona vaya un poco más a fondo, que explore su organismo, yendo lentamente porque apurarse no es explorar (Stevens, 2004). Al momento en que la persona entra en contacto con su cuerpo los pensamientos se disuelven, se logra una relajación centrada en el cuerpo.

Basta con que la persona logre realizar este proceso una vez para asegurarse que lo volverá a hacer; la respiración y enfocarse en ella es una técnica que facilita el contacto con el organismo, no se tiene que forzar o presionar, el proceso es lento (Stevens, 2004). En otros casos no es necesario preguntar si el síntoma es físico o

psicológico, se sabe que son ambos. Normalmente, se trabaja con dolores que se ubican en el centro del cuerpo, una de las técnicas que utiliza el Gendlin (1996) es pedirle al cliente que sienta el centro del cuerpo y que al mismo tiempo se centre en el dolor, si esta técnica no funciona se le pide al cliente que lleve el dolor hacia el centro del cuerpo. Las sensaciones pueden ser re-ubicadas, esto ayuda a que el paciente reduzca la sensación corporal y encuentre significado a la emoción que se esconde atrás de ese dolor (Gendlin, 1996).

Dentro del Humanismo se encuentra el Focusing, una técnica que integra la parte corporal y emocional del ser humano. Gendlin (1996) habla sobre como el cuerpo se expresa desde el interior, el cuerpo es quien habla por nosotros mismos, muchos especialistas como ginecólogos o médicos generales han dicho que sólo con observar como se encuentran los músculos de una persona pueden predecir la causa de la situación sin que sea una causa física. Fisioterapeutas ayudan a las personas a que el dolor o malestar desaparezca a nivel corporal únicamente, pero el trabajo de un psicólogo como terapeuta es trabajar con el cuerpo desde la parte interna, unir la parte corporal con la mente y emociones de la persona para tener buenos resultados (Gendlin, 1996).

2.9 Sueños

En terapia Gestáltica, el trabajo con los sueños se basa en el enfoque de los recuerdos, las acciones físicas o los síntomas dentro de los sueños. Los gestálticos interpretan los sueños como un mensaje existencial que puede ser entendido pero no se busca la comprensión pensando solo en ello, es importante que el sueño no sea solo recordado sino que sea traído a la vida, únicamente vivenciando el sueño podemos ganar conciencia de lo que está transmitiendo (Naranjo, 2006). Al momento de narrar el sueño se lo tiene que hacer en presente, como si estuviera pasando en ese instante,

el verbalizar en tiempo presente hace que las emociones y sensaciones en torno al sueño se agudicen y se pueda recordar con más facilidad. Al mismo tiempo se puede actuar el sueño, se lleva a la persona a un nivel de creatividad, por otro lado cuando el paciente no recuerda todo el sueño se le pide que llene los espacios vacíos, que imagine que hubiera pasado para formar un nuevo diálogo (Naranjo, 2006).

Todos los procesos que se usan dentro de terapia Humanista presentadas anteriormente, muestran efectividad con pacientes que han utilizado este tipo de terapia. Estudios en este campo indican mejoría en pacientes que acuden a consulta. En su estudio Castañeda (2007) afirma que la terapia Gestalt y sus técnicas actúan de manera holística en el organismo, uniendo diferentes partes del ser, la terapia Gestalt tiene un enfoque experiencial donde el cliente vive la situación, la trabaja y se previene para otras situaciones. A su vez la terapia Gestalt expone al organismo con el ambiente formando una relación sana, crea herramientas de protección y resolución de problemas, se trabaja con sueños y psicodrama técnicas fundamentales para el proceso de terapia (Castañeda, 2007).

CAP 3.

Conceptualización

3.1 Formulación de Caso

Para la formulación de caso se utilizará la terapia humanista, la cual como principios tiene centrarse en el presente, emociones, forma de reacción del cuerpo, procesos de duelo.

Ana es una persona que ha pasado por varias situaciones problemáticas desde su niñez, lo cual ha sido una experiencia no tan positiva dentro de su vida. Presenta auto-estima baja, poca motivación y leve depresión en torno al abandono de su novio que ocurrió seis años atrás. Según Greenberg & Watson (2008), las emociones son básicas en la formación del sense of self y para el self-organization. Las emociones son una forma adaptativa del medio ambiente y promueven un ambiente sano. Ana tenía un self organizado alrededor de un esquema de tristeza por abandono, probablemente forjado desde su infancia por la falta de cercanía emocional con sus padres.

Cuando tenía cinco años sufrió abuso sexual por parte de su tío paterno, este evento no fue revelado hasta que cumplió quince años. Todo ese tiempo la paciente crea emociones desadaptativas de tristeza, vergüenza, evitación y miedo lo cual impide que se comunique con sus padres sobre el evento ocurrido. Cuando va creciendo estas emociones continúan y se reactivan cuando su ex novio la abandona. Cuando las personas tienen problema en la regulación de emociones tienden a desarrollar patologías como la depresión (Greenberg & Watson, 2008). Las emociones de Ana nunca tomaron un proceso, es decir no se trabajaron en su tiempo, es por ello que a esta edad las emociones reprimidas empiezan a aparecer.

De ser una niña activa pasa a ser una persona pasiva que en vez de sentir tristeza frente al abandono y buscar consuelo, desarrolla miedo frente al abandono, lo

que la lleva a rechazar momentos de cercanía con la madre, se siente no querida por parte de la madre “Ella como madre tuvo que haberse dado cuenta de lo que me pasaba, yo cambié mucho en la escuela y en la casa”, crea temor a personas del sexo masculino, se torna vulnerable “Para que me dejaran jugar en la escuela yo me dejaba pegar, me tenían como el pato feo para todo”, pierde confianza sobre las personas, se vuelve una niña aislada “Casi no hablaba, prefería quedarme callada, muchas veces por no querer hablar mi padre me pegaba”, al mismo tiempo fue víctima de abuso físico por parte del padre y la madre. Estudios han demostrado que las emociones son parte fundamental en los procesos cognitivos en cuanto a la toma de decisiones y que las emociones pueden cambiar estados a nivel cognitivo (Greenberg & Watson, 2008). Las emociones cuando niña cambiaron su forma de percibir el mundo, hicieron que se distancie de su ambiente, esta situación causó que sus emociones de ira, tristeza no se expresen y se tornen a su interior con falta de contacto con las emociones adaptativas que dirigen a una acción adaptativa.

La forma en que la cognición de Ana trabaja con respecto a las emociones gira en torno a su nuevo ambiente, las emociones que vive de niña crean una adaptación a su self y otra a su nuevo ambiente. Estudios han demostrado que eventos interpersonales con emociones ambiguas afectan directamente a las creencias de la cognición de una persona (Greenberg & Watson, 2008). Por esta razón creó nuevas estrategias de sobrevivencia en el que predominan la falta desconfianza y no siente seguridad, como ejemplo de esto es que pierde seguridad de sí misma, no tiene una figura de apego seguro, no encuentra motivación sobre actividades escolares, se retrae y prefiere pasar tiempo a solas. En su escrito Greenberg & Watson (2008) dicen “la experiencia emocional y la expresión claramente involucran afecto, cognición, motivación y el nivel de conciencia experiencial cuando

se es adulto, la emoción y la cognición están mutuamente relacionadas y determinadas” (pg. 19). Ana encuentra un sentido de vida por medio de su maternidad ya que desde que Pedro nació ha buscado ser un ejemplo para su hijo; según Greenberg& Watson (2008) existen estudios que muestran una ventaja dentro de terapia cuando la persona es capaz de formar emociones positivas y encuentra un significado en la vida.

El esquema emocional de miedo al abandono y distanciamiento se aplica luego a nivel de sus amistades, hacia las cuales desarrolla desconfianza “recuerdo que en primer curso mi mejor amiga se metió con el chico que me gustaba”, por este motivo extra decide no hablar con nadie ya que ella piensa “Si cuento mis cosas la gente se aprovecha de eso”.

En cuanto a la relación con el padre, no tienen comunicación “El solo ha hecho el rol de padre, nunca me ha aconsejado, siempre está sentado leyendo el periódico me puede ver llorando que no me dice nada”, al hablar sobre el padre es evidente la ira, una emoción secundaria desadaptativa que ha aplicado a los “hombres “en general. En una ocasión Ana dijo “Como poder confiar en los hombres si ni mi propio padre me quiere cuidar”, esta ira se denomina como una emoción secundaria según Greenberg& Watson (2008), ya que la emoción primaria es la tristeza. Las emociones secundarias se hacen presentes cuando las emociones primarias no quieren ser sentidas, Greenberg& Watson (2008) hablan que la ira, la culpa, la vergüenza son emociones secundarias cuando funcionan como una máscara frente a la emoción básica. La repercusión que ha tenido a raíz de esta relación con el padre, es que no cree en ningún hombre, piensa que es ella misma la que tiene que solucionar sus problemas. Por otro lado, el padre ha abusado físicamente de la madre, evento que afirma las emociones y creencias que tiene sobre los hombres, “Yo no sé que hace

que mi mamá permanezca a lado de mi padre, la golpea, la trata como empleada, no hace nada positivo por la familia, ha engañado a mi madre, así son todos los hombres, hasta el padre de mi hijo”. La relación con la madre no es buena tampoco, “Mi mamá se hace a mi papá siempre, hasta cuando estuve embarazada fue ella quien me sacó de la casa ella debió apoyarme”, la paciente no ha tenido apego seguro en torno a la madre o persona de cuidado, se basa en los deberías para poder tener una respuesta sobre asuntos que han causado dolor, es claro el ejemplo de la madre, donde ella nos habla de que la madre debió protegerla, más no habla sobre yo quise que me proteja ó me cuide.

Ana es una persona que siente que no tiene derechos, “Yo siempre hago cosas por los demás, nunca recibo nada a cambio y está bien siempre y cuando no me hagan nada malo”, la acumulación de emociones negativas como sucesos inapropiados, han hecho que forme una barrera contra las demás personas, la cual no le permite valorarse a sí mismo como persona importante.

Otra situación que ha contribuido con las emociones dolorosas que no le permiten avanzar y han creado una leve depresión, desmotivación y somatizaciones, es el abandono de su novio. Cuando el niño cumple un año de edad el padre los abandona, esto hace que entre en un estado de depresión “Sentí que el mundo se me cayó encima, él era mi único apoyo, en quien deposité todas mi cariño y esperanza”, este evento se puede ver como un duelo, donde el ser querido no regresará más y la paciente tiene que trabajar las diferentes tareas en torno a esta pérdida (Worden, 2009). Como objetivo dentro de la terapia de duelo es resolver los conflictos que han causado las separaciones y brindar mejor adaptación (Worden, 2009) la situación con su ex novio es una situación que se presenta como un duelo, ya que él está casado con otra persona, sin embargo, la paciente mantiene la fe que el regresará con ella y su

hijo. Worden (2009) nos dice que la persona tiene que experimentar las emociones y sentimientos en torno a la pérdida para que la persona se de cuenta verdaderamente del evento. Cuando una persona pasa por un duelo es de suma importancia el apoyo social y familiar, esto hace que la persona realice que la pérdida o muerte sea más creíble y verdadera. Esto es otro motivo por el cual a la paciente se le ha hecho difícil sobrellevar esta ruptura amorosa, ya que no recibe el soporte familiar ni social que es necesario.

CAP. 4

Tratamiento

4.1 Curso del tratamiento

Se han realizado alrededor de 20 horas de sesiones con Ana durante ocho meses, se hace seguimiento cada dos a tres meses.

4.2 Estado mental

Ana al asistir a terapia se presenta con 5 minutos de anterioridad a la consulta, ha acudido a todas las sesiones, en caso de no poder asistir ha comunicado con anticipación. La ubicación en el tiempo, lugar y situación es adecuada en las sesiones asistidas. La vestimenta de la paciente es adecuada y acorde a la situación, ropa cómoda, limpia y en buen estado. El estado emocional de la paciente ha sido expresivo, es consistente con lo que relata y sus sentimientos expresados. El tono de voz es bajo en todo momento, existe tristeza evidente cuando se topan temas como su niñez, ruptura amorosa con su ex novio y eventos en torno al hijo. El discurso de la paciente es coherente, no ha presentado pensamientos o ideación suicida, colabora con los ejercicios de terapia y tareas que se envían para el hogar. La paciente expresa emociones fuertes, en ciertos momentos se ha evadido temas que con el tiempo han sido trabajados. La relación paciente terapeuta ha sido apropiada, al iniciar consulta se hizo firmar a la paciente el consentimiento informado el cual explica la confidencialidad de la terapia, el tiempo de tratamiento y que se puede elegir el caso como trabajo de tesis.

4.3 Información psicológica del Test (SCL90)

Para poder evaluar a la paciente y ver si existieron cambios a nivel cognitivo, comportamental y emocional al iniciar y finalizar terapia se utilizó el Inventario de Síntomas SCL 90, el cual mide diferentes patrones de conducta en las personas y síntomas actuales. Tiene nueve dimensiones primarias y tres dimensiones globales para medir malestar en los pacientes, consta de 90 ítems en total, cada uno se mide en cuanto a la puntuación de 0-4. El tiempo utilizado para este test varía entre 12 a 20 minutos, se toma en un rango de edad de 13 a 65 años de edad, se debe tomar en cuenta cuando la puntuación T supera los 63 puntos (Gonzales, Mercadillo, & Graff, 2007).

Las dimensiones globales del test son: Somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), psicotismo (PSIC). Las dimensiones globales son: Índice global de severidad (IGS), total de síntomas positivos (TSP), índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP).

Resultados:

Pre-test

Los puntajes T score presentados a continuación son el resultado de cada dimensión global aplicada a la paciente, hay que tomar en cuenta que $T > 65-80$ se considera dentro de riesgo y debe ser tomado en cuenta; $T > 63$ a pesar de estar en el límite se debe considerar para la terapia. La escala de somatizaciones (SOM) tiene 12 ítems los cuales evalúan el malestar corporal como reflejo de preocupaciones o presencia de estrés la paciente puntúa $T=70$, este ítem se toma en cuenta ya que sobrepasa el rango normal $T > 65$, como reflejo de este puntaje alto en terapia se ha observado la tendencia a somatizar problemas como dolor de cuello, dolores

estomacales, cefaleas; un mes antes de que la paciente asista a terapia sufrió parálisis facial por preocupación, comentó Ana. La escala de obsesiones y compulsiones (OBS) tiene 10 ítems los mismos que evalúan pensamientos y comportamientos que no pueden ser controlados y que se tienen que llevar a cabo o la persona entra en un estado de ansiedad, como lavarse las manos varias veces al día, tener rituales, realizar lo que se piensa la paciente puntúa $T=65$, con referencia a $T>65$ este ítem se encuentra dentro de la media por lo que se tiene que tomar en cuenta los comportamientos y pensamientos que la paciente tiene, aquí también se ubican las creencias que la paciente tiene en torno a ella y el mundo exterior como “todos los hombres son iguales por eso no quiero permanecer con nadie”. La escala de sensibilidad interpersonal (SI) tiene 9 ítems que evalúan la inadecuación que la paciente siente de ella misma, sentimientos de inferioridad hacia los demás es de $T=63$ que se ubica dentro del límite del rango normal pero se tiene que tomar en cuenta. La escala de depresión (DEP) consta de 13 ítems los cuales miden el estado anímico de la persona, ideación suicida, falta de energía y baja motivación, la puntuación obtenida es de $T=65$ está sobre la media $T>65$ que a pesar de no ser muy elevada se debe tomar en cuenta para el tratamiento ya que la paciente en sesión ha demostrado baja energía, poca motivación y una depresión no tan marcada pero existente. La escala de ansiedad (ANS) tiene 10 ítems que miden en sí la ansiedad presentada por la persona, ataques de pánico, tensión, nervios y como la persona reacciona ante esto fue de $T=50$. La escala de hostilidad (HOS) tiene 6 ítems que miden el comportamiento y pensamientos de la persona en torno a enojarse con facilidad fue de $T=50$. La escala de ansiedad fóbica (FOB) tiene 7 ítems que están relacionados con el miedo a lugares, personas, situaciones que pueden poner a la persona en situaciones de pánico o de incomodidad fue de $T=65$ en la media $T>65$ se

toma en cuenta para el trabajo psicológico, dentro de terapia se ha visto una reacción no adecuada al momento de hablar sobre algunos temas en específico como la separación de su ex novio, el abuso sexual que sufrió de niña. La escala de ideación paranoide (PAR) tiene 6 ítems que miden pensamientos proyectivos con otras personas, sentimiento de persecución, lectura de pensamientos fue de T=63 dentro del límite de la media pero se debe tomar en cuenta. La escala de psicotismo (PSIC) tiene 10 ítems que miden pensamientos esquizoides, alucinaciones, relaciones sociales, control de comportamientos y pensamientos fue de T=60.

Dentro de las escalas globales esta el índice de severidad global (ISG) que mide el nivel de severidad del malestar presentado por la persona y la inter-relación de los ítems es de T=63, este resultado nos indica que la persona presenta malestar a pesar de estar bajo dos puntos de la media T>65-80 se debe tomar en cuenta. La escala total de síntomas positivos (TSP) que evalúa el total de ítems que tienen una respuesta positiva fue de T=60 dentro de la media. La escala índice de malestar sintomático positivo (IMSP) evalúa el estilo de respuesta e indica si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares presentes, T= 63 sobre la media.

Se puede concluir que las escalas que la paciente presenta elevadas y tienen que ser trabajadas son la escala de somatización T=70, obsesiones y compulsiones T=65, depresión T=65 y ansiedad fóbica T=65. Sin embargo, escalas como sensibilidad interpersonal T=63, ideación paranoide T=63 son escalas que se deben tomar en cuenta por encontrarse con dos puntos de diferencia bajo la media.

Post-test

Los puntajes T score presentados a continuación son el resultado de cada dimensión global aplicada a la paciente, hay que tomar en cuenta que T>65-80 se considera dentro de riesgo y debe ser tomado en cuenta; T>63 a pesar de estar en el

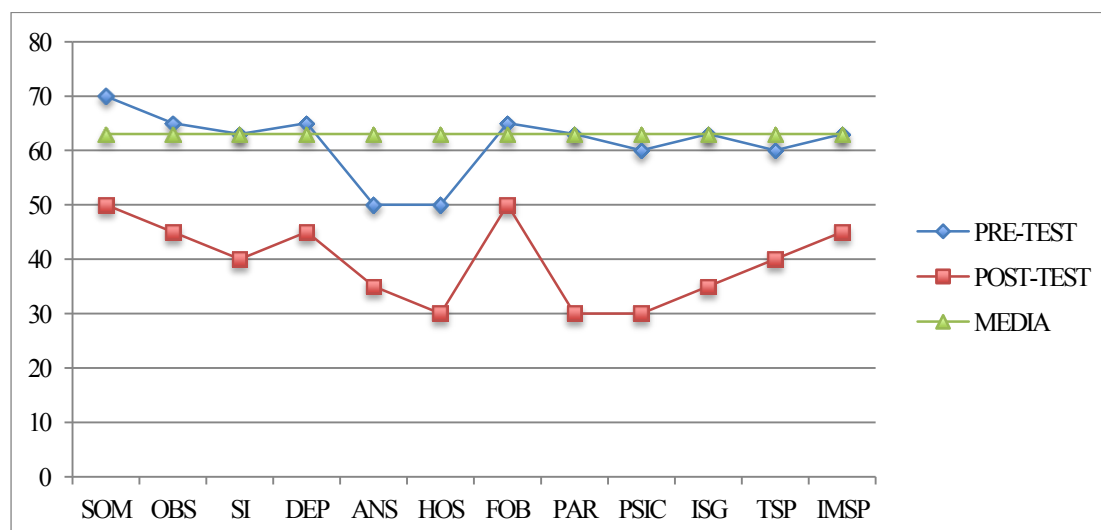
límite se debe considerar para la terapia. Luego de haber aplicado el tratamiento se tomó el post-test SCL-90, el mismo que se utilizó al inicio de sesión, para poder posteriormente tener datos cuantitativos. En la escala de somatizaciones (SOM) tiene la paciente puntúa T=50 se puede observar que la cliente disminuyó 20 puntos T luego del tratamiento, esto sugiere que los malestares creados por estrés y/o preocupaciones ha disminuido notablemente. En la escala de obsesiones y compulsiones (OBS) la paciente puntúa T=45, notablemente la paciente ha reducido 20 puntos T, este cambio ha sido notorio en terapia en cuanto a pensamientos que ella tiene en torno a las demás personas y a la ansiedad que las mismas causaban al inicio de tratamiento. La escala de sensibilidad interpersonal (SI) es de T=40 ubicándose en el rango normal. La escala de depresión (DEP) la puntuación obtenida es de T=45, en consulta se ha registrado el cambio de la paciente en torno a los síntomas anteriores, se la ve activa y motivada, tiene nuevas metas que cumplir y es una de las razones que la mantiene activa, la paciente disminuyó 20 puntos T. La escala de ansiedad (ANS) el promedio fue T=35. La escala de hostilidad (HOS) la paciente puntuó T=30 que la ubica en un rango normal. La escala de ansiedad fóbica (FOB) fue de T=50 luego de aplicado el tratamiento. La escala de ideación paranoide (PAR) fue de T=30 ubicándose en un rango dentro del límite de la media. La escala de psicotismo (PSIC) fue de T=30.

Dentro de las escalas globales está el índice de severidad global (ISG) que mide el nivel de severidad del malestar presentado por la persona y la inter-relación de los ítems es de T=35, este resultado nos indica que la persona ha colaborado con el tratamiento y ha logrado reducir el puntaje anterior de T=63. La escala total de síntomas positivos (TSP) que evalúa el total de ítems que tienen una respuesta positiva fue de T=40 dentro de la media. La escala índice de malestar sintomático

positivo (IMSP) evalúa el estilo de respuesta e indica si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares presentes, T= 45 normal en la escala.

En un inicio de terapia cuando se tomó el test SCL-90 se pudo concluir que las escalas a trabajar eran la escala de somatización T=70, obsesiones y compulsiones T=65, depresión T=65 y ansiedad fóbica T=65. Tras el transcurso de terapia, el empeño de la paciente y el tratamiento seleccionado se ha logrado reducir los puntajes T, escala de somatización T=50, obsesiones y compulsiones T=45, depresión T=45 y ansiedad fóbica T=35.

Tabla 1. Comparación gráfica del test SL90 antes y después del tratamiento.



Análisis de resultados

Para el siguiente análisis es importante tomar en cuenta que la utilización de un solo test como el SCL-90 no puede reflejar un análisis estricto en terapia, es necesario tener flexibilidad e interpretar de buena forma. Las escalas a analizar son en primer lugar es la escala de obsesiones y compulsiones, Ana ha pasado por varios eventos no agradables en su vida es por eso que las protecciones que ha creado reafirmaron sus creencias, protecciones como “todos los hombres son malos y me van

a lastimar” “si no salgo con ningún chico evito sufrir” “me quedo en la casa cuidando de mi hijo así el no pasa lo mismo que yo pase”, luego del pertinente trabajo Ana logró crear nuevas expectativas, nuevas metas y el resultado disminuyó en 20 puntos.

La segunda escala es la escala de somatización, tiene un visible comportamiento de poner toda la energía y el estrés sobre su cuerpo, es por eso que mediante ejercicios de relajación y el poner atención de lo que el cuerpo nos quiere decir y expresarlo se ha logrado reducir en 20 puntos desde la primera sesión. La escala de depresión puntuó al inicio T=65, lo cual nos sirvió para tomar en cuenta los procesos que estaba pasando y que a un futuro pudieron haberse empeorado, la soledad, el llanto, la desmotivación en un principio eran dueños de la paciente, al finalizar el tratamiento logró bajar 20 puntos T. Finalmente la escala de ansiedad fóbica que al principio se daba por la baja autoestima, la desprotección que por ella misma había creado, al fin del tratamiento se logró que confíe más en sus cualidades puntuando T=35 dentro del rango normal. Para lograr que este proceso se haya logrado fue necesario trabajar en conjunto, ya que una escala se influencia por la otra, es decir, tanto la escala de depresión como la de ansiedad tienen la misma raíz y se interconectan entre ellas.

4.4 Diagnóstico y evaluación funcional

EJE I: F 45.0 Trastorno de Somatización

EJE II: V 71.09 No diagnosis

EJE III: V 799.99 Referido al médico por parálisis facial

EJE IV: A, B, D, E, F

A. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Ana ha pasado por la separación de su novio, abandono, sufrió de abuso sexual y físico de niña, conflicto con el hermano.

B. Problemas relativos al ambiente social: El apoyo social y familiar que recibe es inadecuado, se siente de menos por ser madre soltera.

D. Problemas Laborales: Constantemente amenazan con desemplearla, tiene un trabajo estresante, no está satisfecha con su trabajo, existen conflictos con los compañeros de trabajo.

E. Problemas de vivienda: No hay estructura de hogar en su casa, en su casa viven todos los hermanos con sus respectivas familias, existen conflictos e inseguridad hacia los vecinos.

F. Problemas económicos: La economía de Ana es insuficiente ya que ella es la que cubre todos los gastos de la casa, no recibe pensión del novio para la ayuda de Pedro.

EJE V: GAF= 60 Síntomas moderados

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:

F45.0 Trastorno de Somatización

Según el DSM-IV (1995) este trastorno los síntomas empiezan antes de los 30 años de edad, persiste algunos años hasta buscar ayuda médica profesional o las áreas laborales, sociales y familiares pueden verse afectadas. Para cumplir con este trastorno es necesario que la persona tenga 4 síntomas dolorosos relacionados a partes del cuerpo como es el abdomen, tórax, recto, extremidades, articulaciones. A su vez deben existir 2 síntomas gastrointestinales como náusea, vómito, diarrea, intolerancia a ciertos alimentos. Debe existir también un síntoma sexual como indiferencia sexual, menstruación irregular. Por último un síntoma pseudo-neurológico como parálisis, debilidad muscular focalizada, nudos en la garganta, dificultad para deglutir.

Con el resultado del test, se puede apreciar que la paciente tuvo un trastorno de somatización al inicio del tratamiento, el cual fue tratado con la terapia Humanista de la Gestalt. Dentro de los síntomas y puntuaciones presentados por la paciente, se

pudo observar baja motivación lo cual llevó a que la paciente entre en una depresión leve, no pronunciada, pero que sin embargo, se reflejó en el estado de ánimo de Ana y en su estilo de vida. Luego de haber pasado por las técnicas en general de la Gestalt y el tratamiento en sí, se puede observar la mejora de la paciente, tanto a nivel psicológico y físico. En los 8 meses de tratamiento, no se volvió a presentar una parálisis facial, ni otro problema de somatización. La motivación aumentó mediante objetivos a corto y largo plazo, como resultado la depresión leve desapareció.

CAP 5

Estructura del tratamiento

Dentro de la terapia uno de los objetivos fue el crear un ambiente confiable, donde la paciente sienta tranquilidad y libertad de expresar todas las problemáticas que acarrea. Así mismo, crear una alianza terapéutica segura y colaborativa dentro de terapia, ya que es un factor indispensable para que el tratamiento tenga resultados positivos (Paivio & Pascual-Leone, 2010).

5.1 Metas a corto plazo

Para iniciar el tratamiento se crearon conjuntamente con la paciente diferentes metas a corto plazo. 1) Crear alianza terapéutica, empatía y aceptación positiva incondicional, 2) determinar objetivos que se quiere alcanzar durante y al finalizar la terapia, 3) centrarse en el aquí y ahora, 4) catarsis, 5) promover experiencias, 6) confrontar situaciones presentes mediante imaginación.

Para lograr la primera meta fue importante crear un ambiente de confianza, donde la escucha es abierta, se acepta a la paciente tal y como es, donde las emociones y situaciones que el paciente relata y se observa dentro de consulta se las acepta positiva e incondicionalmente, tomando así el lugar del paciente acorde a lo que sucede en ese momento para tener empatía y poder entender mejor desde su perspectiva. En su libro Paivio & Pascual-Leone (2010) hablan sobre la alianza terapéutica, primero se le brinda al paciente un entorno seguro donde se puede revivir un material que cause dolor, esto es la base para luego desarrollar la empatía y el tipo de apego que se desarrollará para el éxito de la terapia. Dentro de la primera meta se validó cada situación o evento de la paciente en la terapia para poder reducir la ansiedad y dar sentido de confianza personal.

Nuestra segunda meta fue el fijar objetivos durante la terapia y cual sería su objetivo final de terapia, en este espacio la paciente propuso que quiere cerrar el círculo con su novio ya que esa relación inconclusa era la que le traía ansiedad, desmotivación, dolores corporales, problemas laborales y familiares. Otro objetivo dentro de terapia fue mejorar la relación que tiene con su hijo, tomar el rol que le corresponde dentro del hogar y como madre. Preocuparse con su bienestar tanto psicológico como físico fue otro objetivo planteado en terapia, volver a construir las amistades que dejó hace algunos años atrás. Como objetivo final de terapia, motivo por el cual aceptó el tratamiento y hacia donde nos llevan los objetivos anteriores es “quiero quererme a mí misma, poder trabajar en mis dolores del pasado, descubrir quien soy, empezar una vida tranquila”, luego de haber sugerido a la paciente que se tomara un tiempo para reflexionar a donde nos llevaban los pequeños objetivos y pensara en el objetivo principal dijo que el objetivo es ella misma.

Luego de haber tenido ya algunas sesiones con la paciente, se le explicó la forma en que se abordaría el tratamiento, con la Terapia Humanista centrada en la Gestalt, como funciona esta terapia y cuales serían algunas de las intervenciones que se realizarían en el proceso. Se le dijo que si en algún momento siente que la terapia es demasiado rápida o emotiva para ella se sintiera segura y confiada en decir lo que le pasara, se le dijo que la terapia es la unión de mente, cuerpo y emociones donde lo primordial es centrarse en el presente ya que el aquí y ahora es el reflejo de asuntos inconclusos del pasado. Si se trabaja en el presente podemos hilar situaciones anteriores e ir cerrando círculos incompletos, a su vez se lograría reducir los malestares corporales que la paciente ha presentado como es el parálisis facial, dolores de cabeza, somatizaciones en general.

Una vez dentro de terapia se dejó que la paciente empiece hablando sobre su vida, este tipo de terapia no es directiva, así que la paciente decidió empezar ha hablar sobre su niñez. En ciertas ocasiones se desviaba del tema, en ese momento se hacían preguntas para retomar el camino. Al principio hubo llanto e ideas que no estaban claras, pero conforme se avanzó en la terapia se observó serenidad en los relatos. Existió momentos en que se toparon temas que notoriamente generaban mucho malestar, así que se sugirió guardar el tema y dejar una puerta abierta para cuando ella estuviera dispuesta a trabajarlo.

Luego de varias sesiones, una de las metas fue promover experiencias en terapia. Cuando la paciente relató hechos importantes de su vida, existieron momentos donde se veía malestar físico; es cuando se tomó una pausa y se realizaron ejercicios de relajación. Después, se pidió que volviera a relatar lo que anteriormente estaba contando pero que esta vez lo hiciera en primera persona y como que los hechos estuvieran pasando en este preciso momento. Una de las cosas que la paciente trajo a terapia fue “estoy en mi casa, alguien está timbrando a la puerta. Es mi novio, él está algo enojado, lo invito a pasar. Yo estoy nerviosa porque no se como decirle que vamos a tener un bebé, el me pide algo de comer. Estamos comiendo; Juan tengo que decirte algo importante, estoy embarazada. El me grita, me dice que lo hago por retenerlo, siento como me coge fuerte de los brazos, me insulta y me pide que aborte” en ese momento se observa mucha emotividad, se pidió que respirara otra vez y que si deseaba continuar lo hiciera. La paciente continuó, y al finalizar el ejercicio se pidió que definiera como se siente con esa experiencia, que dijera que sintió de diferente o igual. Para que una terapia tenga importancia y buenos resultados según Paivio& Pascual-Leone (2010) se debe reconocer, poner atención, explorar y satisfacer necesidades del pasado y del presente, a su vez encontrar un significado que el

paciente sienta auténtico. De esta forma, se realizó varias veces el ejercicio con diferentes momentos.

Una meta que tuvo buenos resultados fue la utilización de técnicas de imaginación. Se utilizó la técnica de la silla vacía, donde la confrontación se realizó con su ex novio, su madre y ella misma. Greenberg & Watson (2008) sugieren que el uso de ésta técnica amplía el campo, emergen nuevas emociones, se cierran asuntos inconclusos. Otra técnica que se utilizó fue el role-play, se puso a la paciente en situaciones que le causaran estrés y/o ansiedad y que se anticipara a un resultado, con este ejercicio se pudo observar como ella reaccionaba ante problemáticas, que momentos le causaban desmotivación, tristeza, ansiedad y enfrentar a la paciente a cambios de comportamientos que se pueden suscitar. Se trabajó con los sueños, Castañeda (2007) afirma que el trabajo con los sueños es una técnica que unifica al self, formando un organismo holístico, de esta manera se pidió a la paciente llevar un diario de sueños, en el caso de existir un sueño repetitivo o que sienta que le causa algún tipo de emoción se lo trabajaría en consulta. Finalmente, se trabajó en el duelo, siguiendo los pasos de Worden (2009) en cuanto a la relación de afecto con su ex novio, donde la idea principal fue aceptar que su novio se había ido y formado un nuevo hogar, que ella tiene que seguir adelante sin esa persona a su lado.

5.2 Metas a largo plazo

Las metas a largo plazo ayudan para que la paciente evite recaídas y cree una psico-educación para futuras situaciones. 1) Reducir miedo, ansiedad, evitación, 2) transformación de emociones, 3) resolución de problemas mediante emociones, 4) reflexión y creación de nuevos significados, 5) unión de emociones, mente y cuerpo.

Una de las metas principales es el reducir el miedo, ansiedad y evitación, ya que estos componentes colaboran para que se formen dolores corporales y evitan que

la paciente se da cuenta del aquí y ahora. Esta meta se centra en el trabajo de traumas anteriores tanto emocionales como de memorias pasadas, una reacción mal adaptativa de estas emociones provocan colapsos corporales y se reflejan en malestares físicos (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Cuando la persona tiene situaciones presentes similares dentro de un mismo contexto como un trauma del pasado, el miedo y la ansiedad se activan; dentro de estas emociones secundarias se activa la evitación y la culpa, lo indispensable en esta parte de la sesión es hablar sobre “sentimientos malos” y “dolor emocional” (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Conforme las sesiones avanzaron, se direccionó un poco la terapia, ya que se empezó a trabajar en base a los objetivos acordados. Es así que se intervino “cuéntame Ana, si estas dispuesta a hablar sobre tus sentimientos malos del pasado, si no lo estás aún podemos esperar hasta cuando sientas necesario”. La paciente asintió, “la verdad es que soy una persona con muchos sentimientos malos, más aún memorias tristes de mi pasado, cosas que no se las he dicho a nadie y ahora luego de algunas terapias estoy consiente que son las culpables de no dejarme avanzar en mi vida”. Con esta apertura se inicio una psico-educación indicando que normalmente lo que somos ahora es en algunas ocasiones es por reflejo de un pasado. En esta sesión se pidió cerrar los ojos, respirar profundo e ir a una de esas memorias tristes del pasado, la paciente inició el ejercicio “estoy en mi casa, no hay nadie. Bueno, estoy con mi perro, alguien toca la puerta; es mi tío. Se acuesta en el sillón de la sala, me dice que vaya a ver tv con el...” la paciente empieza a hiperventilar, se le pide que respire y que si quiere parar el ejercicio lo puede hacer, ella continúa. Al finalizar el ejercicio, se le explica que el hablar sobre una situación que nos crea una emoción fuerte ya es trabajar con nosotros mismo, se le dijo también que es importante la regulación de emociones, el trabajo sobre experiencias dolorosas, enfrentar la desesperanza, dar simbolización a

nuestras experiencias de vida (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Otro ejercicio para esta meta fue la exageración de síntomas, ya que mientras más se evita una emoción la intensidad aumenta y luego es más difícil poder manejarlas, si las emociones no se manejan se hacen persistentes (Naranjo, 2006).

Nuestra segunda meta fue la transformación de emociones, es por eso que se tomó la técnica centrada en la emoción de Greenberg & Watson (2006). Al haber ya realizado los ejercicios anteriores se preguntó a la paciente “¿Cuál de las emociones que experimentaste en los ejercicios anteriores tiene más intensidad? Quiero que te quedes con el más intenso, vamos a darle un color, forma, tamaño, ¿Cómo lo ves dentro de tu organismo?” ésta técnica tiene relación con el aquí y ahora de la Gestalt ya que el trabajo se lo realiza en el presente y se le da un significado actual. La paciente dijo “tengo un cuadrado negro que pesa mucho en mi pecho, le salen algunas llamas, eso hace arder mi estómago y pecho. No quiero que desaparezca, solo quiero que sea manejable y que no tenga fuego”. Dar significado a nuestras emociones es una técnica que ayuda a reducir las somatizaciones y el peso negativo de las emociones. Es trabajar directamente con nuestro cuerpo, es otorgarle un significado nuevo que por ende nos relaja y despeja la mente.

La tercera meta de resolución de problemas por emociones se basa en las diferentes emociones que la paciente presente, en este caso ira, miedo, ansiedad, evitación. En esta fase del tratamiento se trabajo con los diferentes tipos de duelo de la paciente y tipos de apego, en esta parte de la sesión se da herramientas a la paciente de cómo sobrellevar pérdidas, pero lo más importante de cómo enfrentar el proceso. Se debe recordar que el trabajo de duelo no sólo es referente a pérdidas de muerte, sino a pérdidas materiales, emocionales, físicas, de relaciones interpersonales. Worden (2009) nos había dicho ya que la ruptura amorosa es una pérdida referente al

duelo, el manejo de la misma ayuda a que la persona cierre sus círculos, de una nueva perspectiva a su vida, pero indispensable es que la persona avance con su vida. Los ejercicios que se realizaron en esta fase del tratamiento fue aceptar la pérdida de su novio, que no volverá por doloroso que sea. Se pidió a la paciente que realice una carta a su novio, en la cual va a expresar todo lo que siente o sintió por él en su momento, este ejercicio tomo dos sesiones. Se pidió que leyera en voz alta la carta, se dejó abierta la posibilidad de quemar la carta o guardarla, la paciente dijo “yo quiero quemarla, ahora que me he dado cuenta de lo absurda que soy pensando que volverá quiero empezar desde cero, mis sentimientos están puestos en el papel, pero si los quemo poco a poco irán desapareciendo” de echo, la carta fue quemada. Ahora la paciente se notaba más relajada, luego de todos los ejercicios de las técnicas de la Gestalt que se han venido realizando, la evidencia fue que la paciente presentaba cada vez menos dolores corporales, el apetito se regularizaba al igual que el sueño y pérdida de cabello entre otras causas corporales.

Dentro de las últimas sesiones, el tema giró en torno a dar nuevos significados a las situaciones que nos han acompañado a lo largo del tratamiento y como crear nuevos significados de vida entregando nuevas oportunidades en el futuro de la paciente (Paivio & Pascual-Leone, 2010). Así mismo, el poder despedir a la terapia fue una de las partes del crecimiento personal de la paciente, en esta estancia se dio a la paciente retroalimentación de la terapia y de las técnicas utilizadas a su vez la paciente dio su retroalimentación sobre la terapia, se discute sobre las emociones expresadas dentro de terapia y de cómo se ha sentido dentro de la ella. Se dejó la puerta abierta en caso se querer volver. Se formó un puente hacia el futuro, Paivio& Pascual-Leone (2010) dicen que en esta parte de la terapia es importante crear conexión entre la terapia y los procesos de la vida del paciente, se habla sobre las

herramientas que se han creado en la terapia, formas de reacción sobre las emociones que expresamos dentro y fuera de consulta, enfrentar a nuevas situaciones en el cierre de terapia “bueno Ana, hemos tenido varios meses de tratamiento. Como tu sabes existen altos y bajos en la vida, así que me gustaría saber ¿Qué pasa si un día estas emociones y sentimientos aparecen o se crean unas nuevas? ¿Qué herramientas tienes ahora si emociones negativas se forman en el resto de tu vida?”.

Para concluir con la terapia de Ana, fue indispensable hablar sobre la unión de mente, cuerpo y emociones. Se hizo una pequeña recapitulación de la importancia de estar en conjunto con nosotros mismos, al momento de hacer conciencia de nuestros problemas, hacemos conciencia de procesos naturales creando una integración del organismo. Al momento en el que el paciente acepta su condición adquiere y va creando defensas, al mismo tiempo entra en un proceso de maduración que como resultado es la unión de un organismo holístico mente, cuerpo y emociones (Stevens, 2004).

5.3 Problemas Éticos/Legales

Al empezar la terapia se hizo firmar a la paciente el consentimiento informado el cual explica la confidencialidad, privacidad, publicación en caso de ser tomado en cuenta el caso como tesis. Según The American Psychological Association (2002) el consentimiento informado se hace firmar por el paciente al inicio de terapia, donde el terapeuta tiene que explicar la base de la terapia y como funcionará el proceso; legalmente. El código de ética (10.01) de The American Psychological Association (2002) dice que el estudiante de psicología debe tener un supervisor de caso, se explicó a la paciente sobre el supervisor y que el caso podría ser usado como tesis. Al firmar y aceptar la paciente, asumió grabaciones y filmaciones como parte de un proceso educativo y requerido por parte del supervisor para llevar con precisión la

terapia y que la paciente no se vea afectada. En este caso de estudio hubieron situaciones que la paciente vivió años atrás como abuso físico, psicológico y sexual, dentro del código de APA se dice que estos tipos de abusos deberían ser denunciados ya que la paciente está siendo afectada directamente; sin embargo, no se realizó la denuncia ya que el tiempo de abuso fue hace más de 20 años y no se tuvieron las suficientes pruebas para poder demostrarlo.

5.4 Temas relacionados a la relación en el tratamiento

Dentro de terapia tanto la paciente como el terapeuta expresan emociones, pensamientos y comportamientos favorables, pero en ocasiones reflejan algún tipo de emoción negativa hacia otra persona indistinta del terapeuta pero que se refleja en consulta ya que es una relación que se crea al iniciar las sesiones; se llama transferencia y contratransferencia.

La transferencia se refiere a conductas y emociones inconscientes por parte del entrevistado, que corresponde a pautas que nos puede dar el paciente sobre procesos que se han formado durante el desarrollo de su vida. Por otro lado, son vivencias que el entrevistado tiene con el entrevistador donde se integra la parte irracional e inconsciente que a su vez se puede observar en terapia (Bleger, 1964). En la transferencia existe la parte negativa y positiva, en la parte negativa se puede decir que el paciente actúa de manera irritable hacia el terapeuta; no quiere decir que haya una mala relación de por medio, pero es una forma de expresar situaciones inconsciente del paciente. La parte positiva es cuando el entrevistado está de acuerdo con el terapeuta, lo ve como un ejemplo; a su vez este tipo de transferencia no indica una adoración nata sino un reflejo de todo un desarrollo psicológico. Ambas transferencias ayudan a que la terapia lleve una dirección, estudios han demostrado que la transferencia es esencial para que la terapia sea satisfactoria:

“Con la transferencia, el entrevistado apostó aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él, sus fantasías de la entrevista, su fantasía de ayuda” (Bleger, pg. 11, 1964).

Mientras que la contratransferencia la situación pasa a ser parte del entrevistador, se va formando a partir de la historia que el paciente relata con hechos de la vida del terapeuta. Se debe tomar en cuenta que situaciones específicas son las que crean estas emociones y pensamientos, ya que en algunas instancias hacen que la terapia no tenga un buen rumbo si no se auto-trabaja a tiempo. Es indispensable que la terapia tenga validez y eficacia, por eso es indispensable un buen manejo de terapia tanto para el entrevistado como para el entrevistador. La transferencia y contratransferencia debe ser utilizada como herramienta para que la terapia cumpla su propósito, no se debe tomar el lado negativo, ya que son promotores de una buena finalización de consulta (Bleger, 1964).

5.5 Temas e intervenciones

En terapia se utilizó técnicas de psicología cognitiva de Beck (2005) como el registro de pensamientos, el cual constó de monitoreo diario.

SITUACION	EMOCION	REACCION
Cuando pienso en mi ex novio	tristeza, soledad	Me quedo en mi cuarto

Al inicio se educó a la paciente a regirse con este esquema para tener un poco de orden y poder trabajar paso por paso situaciones que le estaban causando mucha

incomodidad. Luego de enseñar el esquema de Beck (2005) se pidió que le diera un puntaje de 0 a 10 según la intensidad de la emoción.

SITUACION	EMOCION	REACCION
Cuando pienso en mi ex novio	tristeza, soledad (9)	Me quedo en mi cuarto
Sola en el trabajo	tristeza, ira (8)	Sigo trabajando.

Estas fichas se pidieron a la paciente que haga durante todos los días que no teníamos terapia, así se podría llevar un monitoreo fuera de consulta, a su vez se pudo añadir más información acerca de las emociones y situaciones. Es importante saber que el registro de pensamientos se dirige sobre un tema fundamental, Beck (2005) lo llama creencias centrales. El realizar estas fichas dio direccionalidad a la terapia, la paciente se sintió acompañada con las tareas que tenía que cumplir “con los deberes siento que estoy trabajando en lo que me pasa, pongo de parte”. Uno de los propósitos de estas fichas es ir disminuyendo poco a poco el promedio (0-10) que se ha puesto a cada emoción e ir modificando la reacción, ya que si no hay cambio el patrón se repetirá y la emoción negativa no disminuirá. Al finalizar terapia con respecto a las situaciones anteriores dadas por la paciente se logró:

SITUACION	EMOCION	REACCION
Cuando pienso en mi ex novio	tristeza, soledad (4)	Escribo o salgo a leer

Otra de las intervenciones que se realizó con la paciente fue el focusing de Gendlin (1996) con la técnica de role-play. Muchas veces se trabajó con la imaginación de la paciente, llevándola a diferentes situaciones intensificando las emociones:

-Vamos a cerrar los ojos e imaginar cuando estamos en el trabajo, quiero que visualices tu ropa, tu oficina, tus compañeros...Luego de respirar tres veces profundo vas a verte aquí y ahora en la oficina, podrías decirle a tu jefe lo que opinas de la última vez que te gritó ó como te sientes en ese trabajo.

- Estoy con mi uniforme, todos hablan de mi de que en estos días no me he arreglado, mi jefe pasa por mi oficina... me siento enfadada, quiero gritar pero está mi jefe.

- Quiero que te pases a la otra silla, vamos a quedarnos con ese enfado, siéntelo, céntrate en él, ahora hagamos hablar a ese enfado que nos dice, ¿cómo es?...

Al finalizar el role-play se pudo observar mucha energía por parte de la paciente, ira reprimida, tranquilidad al expresar lo que ha callado.

Otra técnica que se abordó fue la de relajación y trabajo corporal (Kepner, 1992). Se educó a la paciente a respirar durante la terapia, al iniciar un nuevo ejercicio, al empezar a sentir malestar corporal, se trabajó con música ambiental en días que se notaba mucha tensión. El focusing que es parte de la EFT de Greenberg (2008) esta técnica se refiere a centrarse en el dolor y/o emoción de la paciente que se presenta en terapia. El focusing se utiliza en dolores corporales para reducción de ansiedad, dolor. Esta técnica tuvo buenos resultados con la paciente, ya que las somatizaciones disminuyeron.

Por ejemplo:

-Vamos a sentir ese nudo en la garganta que no te deja hablar cuando quieres hacerlo, ese nudo que ha estado ahí desde que eras pequeña, ¿cómo es? ¿qué tamaño tiene? ¿puedes ver algún color? ¿de qué material está hecho?

- Es de metal, un metal negro muy pesado y grande, es más grande que mi garganta, tiene rostro pero no me quiere ver, me está pidiendo ayuda...

La integración de diferentes técnicas psicológicas dentro de esta terapia tuvo éxito, ya que fue un tipo de terapia flexible e integrativa. Herramientas extras que hicieron la diferencia, conjuntamente con la Terapia de la Gestalt, el acompañamiento positivo incondicional, la relación terapeuta-paciente, fueron favorables para que la terapia haya cumplido con los objetivos de inicio de sesión.

5.6 Conclusiones

Ana llega a consulta por su hijo, pero resulta que mediante el proceso de entrevista es ella quien se convierte en paciente. El trabajo con Ana se centró en reducir las somatizaciones que presentaba ya que se estaban haciendo cada vez más intensas; llegó a presentar parálisis facial, problemas de sueño y de alimentación.

En las sesiones se trabajó en situaciones que han creado incomodidad a la paciente, una de ellas fue el abandono de su novio, la falta de comunicación con sus padres, abuso sexual que sufrió de niña, el miedo de que su hijo tenga las mismas situaciones que ella. Dentro de la Terapia Humanista la Gestalt trabaja en el aquí y ahora, emociones, cuerpo y mente. En todas las sesiones se trató en medida de lo posible que la paciente integre estos elementos para crear nuevos significados cognitivos y a su vez un equilibrio emocional.

El trabajo realizado en este estudio de caso tuvo diferentes intervenciones psicológicas que ayudaron positivamente a la paciente tales como la silla vacía para asuntos inconclusos, registros del pensamiento para un monitoreo diario y detallado de la paciente, relajación mediante respiración para entrar en temas que causaron incomodidad y auto-educar a la paciente a reducir los niveles de ansiedad, rol play para anticipar reacciones de ira, miedo y estrés en la paciente en diferentes situaciones de la vida cotidiana que anteriormente causaron malestar emocional.

Al iniciar y finalizar las sesiones para poder medir cambios estadísticos significantes se utilizó el test SCL-90 el cual demostró reducción de síntomas en la paciente, el principal según el DSM-IV Trastorno de somatización causado por altos niveles de ansiedad y bajo manejo de problemas.

Se puede concluir que el uso de la Gestalt en la paciente fue positivamente favorable, se cumplió con los objetivos de terapia que se establecieron a un inicio, lo más importante es que se creó confianza en la paciente. A su vez los niveles de ansiedad, miedo y evitación bajaron. Se debe indicar también que la relación terapéutica es clave para una terapia exitosa, se creó alianza terapéutica y se acompañó incondicionalmente en el proceso a la paciente.

REFERENCIAS

Association, A. P. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* .

Washington: APA.

Association, T. A. (2002). *Ethics Code*. Washington: APA.

Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford

Publications.

Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. *Departamento de psicología* .

Carpintero, H., Mayor, L., & Zalbidea, M. (1990). Condiciones del surgimiento y

desarrollo de la psicología humanista. *Revista de filosofía* , 71-82.

Castañeda, C. (2007). Terapia Gestalt y análisis transaccional. *Revista de análisis*

transaccional y psicología humanista , 33-39.

Fagan, & Shepherd. (2001). *Teoría y técnica de la psicoterapia Gestáltica*. Buenos

Aires: Amorrortu Editores.

García. (2009). *Procesos básicos en psicoterapia Gestalt*. DF: Manual Moderno

Gendlin, E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy*. New York: A division of

Guilford Publications .

Greenberg, & Watson. (2008). *Emotion-focused therapy*. Washington: APA.

Kepner, J. (1992). *Proceso corporal*. D.F: El manual moderno.

Naranjo, C. (2006). *La vieja y novísima Gestalt*. Santiago: Cuatro vientos.

Naranjo, C. (2006). *Por una Gestalt viva*. Santiago: Ediciones La Llave .

Paivio, S., & Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma*. Washington: APA.

Perls, F. (1979). *El Enfoque Gestáltico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Woldt, & Toman. (2005). *Gestalt therapy: history, theory, and practice*. California: Sage Publications.

Worden, W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy* .New York: Springer Publish.