

Resumen

El objetivo del presente estudio de caso es dar cuenta del impacto de la terapia Gestalt en un proceso terapéutico con una paciente que presentaba síntomas ansiosos y depresivos a raíz del término de la relación de pareja más significativa hasta ese entonces para ella.

Para llevarlo a cabo, se utilizó una metodología mixta, analizándose la efectividad de la intervención a través del experimento de caso único con análisis de series temporales. Posteriormente, se profundizó sobre las variables del proceso de cambio terapéutico a través del análisis de los datos recogidos desde distintos instrumentos de medición, relacionándolos con el análisis en profundidad del proceso de cambio, tanto desde la visión de la terapeuta como de la paciente. Por último, se identificaron los mecanismos de cambio que contribuyeron u obstaculizaron el logro de resultados, utilizándose para ello análisis de contenido cualitativo basado en observación participante. Aquí, se identifican, describen y comparan sesiones clave en relación a aspectos del vínculo terapéutico, factores del paciente, uso de técnicas y aspectos extra terapéuticos.

En cuanto a los resultados, cuantitativamente fue posible observar diferencias sustanciales en relación a los problemas presentados por la paciente antes de iniciar el proceso terapéutico y una vez finalizado; mientras que cualitativamente, destacaron entre los mecanismos de cambio, la importancia de la alianza terapéutica, la relevancia de distinguir apropiadamente las figuras traídas por la paciente en virtud de su energización emocional, versus el aplanamiento afectivo y la racionalización como variables necesarias de ponderar en tanto posibles obstaculizadores del proceso.

Palabras clave: Terapia Gestalt, análisis de caso único, efectividad, proceso de cambio, duelo.

Introducción

La Terapia Gestalt es uno de los principales enfoques terapéuticos dentro de la corriente humanista existencial (Brownell, 2010). Su momento de máxima expansión ocurrió en la década de los 60-70, durante los últimos años de vida de su fundador Fritz Perls y en la década siguiente. Aunque ha crecido hasta tener institutos de entrenamiento por todo el mundo (O'leary, 2013), su distancia de lo intelectual y la escasez de académicos en universidades con entrenamiento en Gestalt, explican la existencia de muy pocas investigaciones empíricas en este enfoque. De esta forma, cuando comenzó el movimiento basado en la evidencia, no había un amplio cuerpo de investigación en Terapia Gestalt, viéndose ésta expuesta a la marginalización (Brownell, 2008).

Además del desprecio inicial de Perls por lo académico, el movimiento basado en la evidencia inicialmente enfatizó la utilización de metodologías extremadamente costosas, como los ensayos clínicos randomizados. Además, estas metodologías han recibido numerosas críticas (Tschuschke et al., 2010) y no presentan afinidad con los supuestos teóricos y epistemológicos de la Terapia Gestalt y otros modelos humanistas-existenciales (Angus et al., 2014).

En este contexto, el presente estudio es parte de un esfuerzo colaborativo internacional para desarrollar una red de investigación basada en la práctica (practice based research network), usando la metodología de estudios de caso con diseño experimental y análisis de series temporales. Esta metodología específica fue escogida por ser de sencilla aplicación por terapeutas en consulta particular o centros de atención, tener bajo costo y ser más coherente que los ensayos randomizados con los postulados humanistas-existenciales en que se basa la Terapia Gestalt.

Para ilustrar la aplicación de esta metodología, en este artículo se presenta el análisis comprensivo del proceso terapéutico de una paciente que presentaba sintomatología depresiva

y ansiosa a raíz de un proceso de duelo. El análisis muestra cómo esta metodología entrega información rica y detallada respecto de la efectividad de la intervención, donde se aprecian los cambios conseguidos por la paciente, quien logra dar por cerrado su proceso de duelo, abordando otros aspectos relevantes de su funcionamiento. Se aborda cómo evoluciona dicho proceso y los mecanismos que lo explican. Junto a esto, se pretende contribuir a recolectar evidencia respecto de la aplicación de la Terapia Gestalt en casos de este tipo.

1.1 Antecedentes de la Terapia Gestalt y Fundamentos Básicos

La terapia Gestalt fue fundada por Fritz Perls y Laura Perls en la década de los 40-50 del siglo pasado XX, enmarcándose en una aproximación fenomenológica, existencial y relacional, teniendo la teoría de campo como fundamento antropológico (Brownell, 2010). La terapia Gestalt busca impulsar el proceso de crecimiento y desarrollar las potencialidades humanas a través de una mirada holística, sin enfocarse únicamente de los síntomas o estructuras de carácter, sino más bien de la existencia total de la persona (Perls, 1974). Para ello, tiene como marco fundamental la fenomenología, vale decir, el escuchar al paciente de un modo desprejuiciado e ingenuo, sin preconcepciones respecto de él, interpretaciones y/o relaciones causa-efecto. Según esto, lo primordial es buscar la comprensión del otro, del fenómeno único que éste expresa. Este enfoque, está centrado en la conexión emocional con el cuerpo, recuperando la vivencia del paciente en el aquí y ahora. Como ya se dijo, su marco es el Existencialismo, en tanto incluye el campo del ser humano, involucrando el contacto con el otro; de un sí mismo que aparece en dicha interacción, en la relación yo-tú. Como campo, se entenderá la totalidad de lo que constituye lo propio, totalidad que configura el organismo con su entorno. Así, si un elemento cambia, cambia el campo completo (Latner, 2007, p.9).

Otro concepto importante en la terapia gestalt es el de Figura –Fondo. Dentro del campo, a aquello que se configura como una necesidad y orienta al organismo a su satisfacción, en Gestalt se llama figura, el resto del campo pasará a ser el fondo (Latner, 2007, p.23). Ligada a la figura, se encuentra la noción de Autorregulación Organísmica, la cual se refiere a la capacidad del organismo de darse cuenta de los cambios que se producen en su campo, no desde una comprensión cognitiva sino más bien desde la relación entre organismo-ambiente, desde los cambios que debe realizar el organismo y que son relevantes para satisfacer sus necesidades y mantener el equilibrio homeostático. En este sentido, el organismo sano funciona en base a necesidades, ya que al percibir las, realiza la acción correspondiente en el ambiente para satisfacerlas y volver al equilibrio, dando paso a la aparición de una nueva necesidad. El sujeto sano actúa adaptándose de forma flexible a la situación y al entorno, disponiendo de todos sus recursos.

El proceso terapéutico en Terapia Gestalt busca apoyar al paciente en el restablecimiento de su capacidad de autorregulación orgánica. Supone que si esto ocurre, los síntomas desaparecerían, ya que éstos hacen referencia a necesidades no satisfechas, y en este sentido son aliados del tratamiento. Entonces, el objetivo de la Terapia Gestalt es facilitarle al paciente darse cuenta, incluyendo en esto sus necesidades, sentimientos, emociones, etc., ayudándolo a hacerse responsable de su propia vida y decisiones. De ahí en más, el paciente es el que conduce su vida. A nivel de intervenciones, se caracteriza por la utilización de técnicas activas que fomentan la toma de contacto del cliente con su experiencia, tales como la Silla Vacía, Dialogo de Partes, etc. (Naranjo, 1990; Schnake, 1987; Yontef, 1995).

Por otra parte, dentro de la Gestalt, se habla de neurosis cuando el sujeto evita el contacto consigo mismo, interrumpiéndose y no logrando seguir sus figuras pues no logra distinguir cuál de ellas es la más importante. La neurosis responde a la pregunta *¿Cómo tengo que ser en el mundo para ser*

amado?. Aquí, surge la respuesta neurótica, donde las personas no reconocen sus necesidades y se rigidizan en roles a través de los cuales aprendieron a ser queridos. Surge de esta manera una posición existencial, donde el sujeto se rigidiza en una forma de ser, polarizándose y negando aspectos de sí mismo (Latner, 2007, p.83).

1.2 Problemática del Paciente: Terapia Gestalt y Trabajo de Duelo

La paciente en la que se basa este estudio, se encontraba atravesando un proceso de duelo a raíz del cual presentaba síntomas depresivos y ansiosos. Según Tobin, “cuando una relación termina - por muerte, divorcio, alejamiento de una persona, etc.-, la relación en sí misma queda inconclusa. El individuo se halla aún cargado con mucha emoción acumulada y no expresada: viejos resentimientos, frustraciones, antiguas heridas, culpas e incluso amor y aprecio que no han sido expresados. La presencia de estas emociones inexpressadas dificulta poner término a la relación, sencillamente debido a que la otra persona ya no está cerca para escucharlas” (Tobin, 2006, en Stevens 1971, p. 137). Latner, por su parte, refiere: “al vivir en una relación que nos proporciona apoyo seguro, hemos convertido al otro en un tú. Debido a nuestro compromiso hemos convertido al otro en parte de la gestalt de nuestra experiencia, en parte de nosotros mismos. Y, entonces, desaparece el otro. El contacto al que nos abrimos, repentinamente, es un contacto con el vacío. Miramos hacia el vacío y nos llenamos de tristeza y perdición” (Latner, 2007, p.84).

De esta manera, el término de una relación puede ser vivenciado como una Gestalt que queda abierta; Latner señala que un “asunto inconcluso es una indigestión del organismo. Nos sentimos atascados en materia extraña, con las figuras incompletas como resultado de nuestra interferencia con el libre funcionamiento” (Latner, 2007, p. 104). Sin embargo, como el mismo autor señala, cada gestalt lucha por ser satisfecha, dado que nuestras necesidades no se pueden sustraer, sino

solamente su expresión. Es aquí donde emergen los síntomas que son manifestaciones de nuestros conflictos, si bien la Gestalt permanece escondida, es tan insistente que emerge a modo de síntoma, “en terapia Gestalt los síntomas se entienden como intentos que se hace para solucionar un problema grave interno y de la mejor manera posible, dada la conciencia limitada de nuestra situación” (Latner, 2007, p. 106).

De esta manera, según el modo en que la terapia Gestalt comprende el duelo, se espera que el paciente logre recuperar la proyección que ha depositado en el vínculo perdido, entendiendo que el dolor de la pérdida tiene relación con algo propio que necesita ser recuperado. Desde la perspectiva de la Gestalt, el duelo puede ser considerado como una figura que emerge y que genera emociones que dan paso a la emergencia de nuevas figuras. Es una crisis que interrumpe la homeostasis del organismo, donde van surgiendo nuevas oportunidades de autoconocimiento y crecimiento a través del contacto con el ambiente. Así, enfrentar el duelo, da paso a la vivencia del vacío fértil donde emerge la creatividad del sujeto, desde la Gestalt se espera que el individuo pueda entregarse a la experiencia, teniendo confianza en su autorregulación orgánica. Aquí es donde surgen las emociones que encausarán este proceso y que darán cuenta de las interrupciones del organismo (Membrado, 2013). Dice Membrado “si el objetivo de la terapia Gestalt es la ampliación de conciencia, consecuentemente el trabajo en el proceso de duelo consiste en aumentar el darse cuenta, una mayor conciencia que permita una mayor integración tanto de la realidad interna como externa, esto es, reconocer y aceptar las propias necesidades y la relación con el ambiente. Se trata de facilitar la resolución de las autointerrupciones, la gestión de los bloqueos, proponiendo que la persona se ponga de nuevo frente al dolor que no siente o evita sentir, o no se lo permite, o no lo expresa... mirar lo ocurrido y resolver o emancipar el vínculo para cerrar este asunto pendiente que es el duelo por la pérdida” (Membrado, 2013, p.22).

1.3 Diseño Experimental de Caso Único como alternativa para estudiar la efectividad de la Terapia.

El presente estudio se basa en el diseño experimental de caso único, el cual busca establecer un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. En este tipo de diseño, el objeto de investigación, como lo dice su nombre, es único. Dentro de sus ventajas, se puede señalar que promueve la generación de inferencias por analogía, en tanto las reglas que permiten comprender un caso puedan servir para comprender una nueva situación que nos presenta un paciente o un contexto clínico desconocido (Roussos, 2007).

Uno de los principales desafíos para validar empíricamente un modelo de tratamiento psicológico reside en la metodología utilizada para tal validación (Borckardt et al., 2008). Los estudios de efectividad generalmente se realizan usando la metodología de Ensayo Clínico Randomizado (RCT en sus siglas en inglés). Este método, muy usado en la investigación farmacológica, es eficiente para establecer causalidad entre un tipo de tratamiento y los resultados obtenidos, sin embargo presenta varias dificultades (Tschuschke et al., 2010), principalmente: (1) es muy costoso y difícil de implementar, estando fuera del alcance de la mayor parte de los clínicos e investigadores; (2) dada su naturaleza, genera condiciones “de laboratorio” que se alejan de las realidades clínicas típicas de pacientes y terapeutas; y (3) no permite observar finamente los mecanismos de cambio, sólo describiendo un resultado general.

Ante estas dificultades, muchos investigadores y clínicos por razones prácticas (falta de recursos) o teóricas (desacuerdo con los RCT como única forma de evaluar la efectividad) se han visto impedidos de investigar sistemáticamente los modelos terapéuticos que aplican clínicamente. Esto ha llevado a que datos casuísticos y modelos teóricos no explorados científicamente guíen su

práctica y enseñanza de la psicoterapia en instituciones clínicas. Dado lo anterior, sería un aporte presentar una alternativa validada (Chambless et al., 1998) para estudiar la efectividad psicoterapéutica, como lo es el “Experimento de Caso Único” (Smith, 2012), utilizado en este proyecto.

Los experimentos de caso único tienen una larga tradición en psicología y otras disciplinas, desde Skinner a principios del siglo XX hasta su utilización actual en psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, sistémica, etc. (Crane, 1985; Dallery, Cassidy, & Raiff, 2013; Kellet, 2010; Smith, 2012). En ellos, se estudia un caso individual (que luego se puede agrupar con otros casos individuales, como en este proyecto), el cual se divide en una fase de intervención (con psicoterapia) y otra de control (sin psicoterapia, que sirve como “grupo control”).

Algunas de las ventajas de estos estudios (Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, 1993; Ray & Schottelkorb, 2010; Smith, 2012): (1) son relativamente fáciles de aplicar por un clínico o investigador; (2) permiten explorar procesos terapéuticos en sus contextos naturales, sin generar condiciones de laboratorio; (3) según los criterios desarrollados por la APA para validar empíricamente un modelo terapéutico, estos diseños sirven como evidencia de que una terapia está “bien establecida” (con 10 o más casos exitosos) o es “posiblemente eficaz” (con 3 o más casos exitosos). Esto significa que no sería necesario un ensayo clínico randomizado para evaluar la eficacia de un tratamiento para una población específica (Chambless et al., 1998); (4) para realizarlos se aplican múltiples y detalladas mediciones a lo largo de todo el proceso terapéutico (en este proyecto, registrando diariamente las problemáticas del paciente en una escala según su intensidad). Esto hace que sea mucho más fácil y claro el conocer el impacto de distintas sesiones, intervenciones e hitos del proceso terapéutico, sobre el resultado final de éste.

1.4 Objetivos de Estudio

1.-Evaluar la efectividad de la Terapia Gestáltica en el caso de una paciente con sintomatología depresiva y ansiosa a raíz de un duelo. ¿Cómo inicia y termina el proceso terapéutico la paciente? ¿Los cambios se sostienen una vez finalizada la terapia?

2.-Describir cómo se desarrolla el proceso de cambio en un caso de psicoterapia gestáltica. ¿Cómo evolucionó la paciente en función de los tests aplicados? ¿Se pueden establecer momentos claves que diferencien sesiones efectivas de las no efectivas?

3.-Describir y comparar sesiones productivas de las que no en un proceso de orientación gestalt. ¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre las sesiones menos productivas de las más productivas en relación al vínculo terapéutico, a aspectos del paciente, a aspectos técnicos y a aspectos extra terapéuticos?

2.-Método

2.1 Diseño general

El presente estudio, responde a uno de carácter mixto, dado que presenta elementos cuantitativos y cualitativos. En términos cuantitativos, se utilizó un diseño experimental de caso único de tipo A-B-C, con análisis de series temporales. Dicha metodología implica identificar tres problemas centrales a trabajar con la paciente, los cuales fueron evaluados a lo largo de todo el proceso de intervención. Posteriormente a ello, se compararon los puntajes obtenidos por estos problemas a través de tres fases: preterapia, terapia y post-terapia.

La preterapia, corresponde a la fase inicial del proceso, etapa donde se determinan los asuntos a trabajar por parte de la paciente, definiéndose una línea de base (baseline) en la que dichos problemas son medidos diariamente por la paciente, previamente a la intervención. Esta etapa corresponde al “grupo de control” en los experimentos tradicionales.

La terapia en tanto, corresponde a nueve sesiones de carácter semanal que siguieron los lineamientos de la terapia Gestalt. El proceso se llevó a cabo en un período de cuatro meses.

Por último, la post-terapia comprendió dos semanas e implicó la realización de una “entrevista de cambio” una vez transcurridos seis meses del cierre de la intervención.

Respecto de los aspectos cualitativos del estudio, es dable señalar que se realizó una comparación de las sesiones realizadas, identificándose sesiones productivas, neutras y no tan productivas, todo esto, en virtud de distintos elementos de análisis, como aspectos del vínculo, pertinencia del uso de técnicas, interacción paciente-terapeuta, etc.

2.2 Participantes

Terapeuta: Mujer de 34 años, psicóloga, egresada de Magíster en Teoría y Práctica Gestáltica y autora del presente artículo. Cuenta con nueve años de experiencia clínica en el ámbito público, especialmente en materias de vulneración de derechos en niños, adolescentes y adultos. Actualmente se desempeña como coordinadora técnica y psicóloga en un centro de apoyo a víctimas de delitos violentos dependiente del Estado. Es relevante mencionar que durante la realización de este estudio, la terapeuta contó con supervisión directa del Centro de Psicoterapia Gestalt de Santiago de Chile.

Paciente: Mujer de 30 años, de profesión psicóloga, soltera, vive sola, mantiene contacto permanente con su familia nuclear, de la que se define muy apegada y cercana. Presenta biografía marcada por la drogadicción del padre y por la discriminación positiva que realizaba la madre hacia ella en desmedro de sus hermanas. Actualmente ha cultivado relaciones sociales nutricias, definiendo como característica central de sí misma el cuidado por los otros, teniendo como premisa “no dañarlos”. Se define como muy responsable, eficiente en su trabajo, muy preocupada de sus cercanos y con una marcada inclinación hacia el crecimiento y desarrollo personal.

Respecto del reclutamiento de la paciente, éste ocurre a través de una compañera de magíster de la terapeuta, quien señala conocer a una cercana que estaba interesada en seguir este tipo de terapia. En razón de ello, se establece contacto con la paciente a través de este nexo, contactándola en primera instancia vía telefónica para luego tener contacto presencial en la sesión cero, donde se delimitan los problemas a trabajar a lo largo de la terapia. Es necesario señalar que la terapia se llevó a cabo dentro del ámbito privado, donde se le ofrece a la paciente cancelar un precio moderado por sesión en virtud de los requerimientos del proceso.

2.3 Instrumentos

Dentro del proceso de intervención fueron aplicados distintos instrumentos en función de la etapa del mismo.

Tema	Instrumento	Descripción	Evaluador	Momento en que se usa
Presencia de trastorno psiquiátrico	1) MINI 6.0 (Sheehan, 2010)	Entrevista clínica estructurada, contiene distintos módulos para evaluar la presencia de los distintos trastornos psiquiátricos.	Juez entrevista a paciente	Sesión 0
Expectativas de la terapia	2) PATHEV (Schulte, 2005)	Cuestionario con 11 preguntas divididas en 3 subescalas: “Esperanza de mejorar”, “Miedo a cambiar” y “Adecuación”.	Auto-reporte (paciente)	Sesión 0
Expresividad emocional	3) BEQ (Gross, 2000)	Cuestionario con 16 ítems, divididos en 3 subescalas: “Emocionalidad negativa”, “Emocionalidad positiva” e “Intensidad del impulso”.	Auto-reporte (paciente)	Sesión 0
Sintomatología Ansiosa	4) Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959)	Entrevista estructurada de 14 ítems, divididos en subescalas de ansiedad somática y psíquica en los últimos días.	Juez entrevista a paciente	Sesión 0, final y seguimiento
Sintomatología Depresiva	5) BDI-1 (Beck, 1978)	Cuestionario de 21 preguntas que discrimina entre depresión mínima, leve, moderada y severa.	Auto-reporte (paciente)	Sesión 0, final y seguimiento
Bienestar general	6) OQ-45 (Lambert et al, 1996)	Cuestionario de 45 ítems, divididos en 3 subescalas: “síntomas o malestar subjetivo”, “relaciones interpersonales” y “rol social-laboral”. Según las normas chilenas, el puntaje de corte es 73 (para evaluar si el paciente tiene un malestar mayor o menor al de la población general) y el índice de cambio confiable es 17 (para evaluar si la mejora es clínicamente significativa).	Auto-reporte (paciente)	Sesión 0, antes de cada sesión de terapia, sesión final y seguimiento
Problemas que se trabajarán en la terapia	7) Target complaints (Battle, Imber & Hoehn-Saric, 1966)	Cuestionario en que el paciente enumera y puntúa al menos 3 problemas que presenta y que le gustaría trabajar en la terapia. Luego de su construcción inicial (en conjunto con el terapeuta), el paciente puntúa los 3 problemas principales diariamente.	Se establecen con entrevista a paciente; luego se puntúan con Auto-reporte (paciente)	Se co-construyen en la sesión 0. Cliente lo completa cada día desde sesión 0 hasta dos semanas después de sesión final

Calidad percibida de la alianza terapéutica	8) IAT-Short Form (Munder et al, 2010)	Cuestionario de 12 ítems divididos en 3 subescalas: acuerdo respecto a las tareas terapéuticas, calidad del vínculo y acuerdo respecto de los objetivos terapéuticos.	Auto-reporte (paciente)	Post-Sesión, cada 4 sesiones (ej: 1, 5, 9, 13, etc...)
Evaluación de la sesión	9) SEQ (Stiles et al, 2002)	Cuestionario con 11 ítems, divididas en 2 subescalas (“profundidad” y “comodidad”) + 1 ítem que evalúa globalmente la sesión (“mala-buena”).	Auto-reporte (paciente)	Luego de cada sesión
Descripción y evaluación de la sesión	10) CSEP-II (Elliot, 2003)	Formulario de reporte de cada sesión, que incluye los siguientes tópicos: “notas del proceso”, “evaluación general de la sesión”, “modos de expresión del cliente” y “adherencia a los principios básicos de la terapia experiencial”.	Auto-reporte (terapeuta)	Luego de cada sesión
Experiencia y evaluación de la psicoterapia	11) Client Change Interview (Elliot, 1999)	Entrevista semi-estructurada que evalúa 3 tópicos principales: “cambios observados durante la psicoterapia (positivos y negativos)”, “atribuciones sobre esos cambios” y “aspectos de la terapia que han ayudado y otros que no lo han hecho”.	Juez entrevista a paciente	Sesión de seguimiento

2.4. Procedimiento

Reclutamiento Terapeuta: Terapeuta realiza la presente investigación en virtud de obtener título correspondiente a Magíster en Teoría y Terapia Gestáltica.

Reclutamiento Paciente: El contacto con la paciente se genera a través de una alumna del Magíster mencionado, cercana a ella, quien le sugiere este tipo de terapia. Se le comenta entonces a la paciente la posibilidad de llevarla a cabo y se coordina primer encuentro.

Evaluación pre-tratamiento: Se realiza “sesión 0”, entrevista destinada a explicar encuadre de la intervención, así como también su carácter de investigación. Se entrega y firma consentimiento informado y se indagan los motivos de consulta que energizan a la paciente, los que reciben el nombre de “Target Complains”.

Sesiones: Se realizaron 9 sesiones semanales, en general de una hora, salvo algunas de ellas que tuvieron mayor tiempo en virtud de las necesidades de la paciente.

Post tratamiento: Una vez finalizada la terapia, se solicita a la paciente que lleve un registro diario de los Target Complains por dos semanas luego del término. Pasados 6 meses de la terapia, una terapeuta distinta realiza “entrevista de cambio”, aplicando los tests señalados previamente en la sesión de seguimiento.

3. Resultados

Contexto Y Apreciaciones Generales Del Caso

El motivo de consulta de Ángela dice relación con la sintomatología depresiva y ansiosa que presentaba a raíz del término de una relación de pareja que ella significaba en ese entonces como la más importante de su vida. Según los tests aplicados en un inicio del proceso, se observó la presencia de indicadores que dieron cuenta de sintomatología depresiva y ansiosa de importancia.

En una **primera etapa** del proceso, la paciente se observó con sintomatología depresiva y ansiosa de importancia, la que guardaba estrecha conexión con el reciente término de su relación de pareja, además de la pérdida del proyecto vital involucrado en esto. La canalización apropiada de estas emociones dio paso a que pudiera visualizar aspectos proyectados en esta relación de los cuales no se había dado cuenta. Así, en esta fase, el trabajo estuvo abocado a dar curso natural a las emociones vinculadas al duelo de la relación finalizada y a cerrar aspectos pendientes, para luego abrir paso al trabajo de aspectos más polares de su personalidad, los cuales abarcaron una segunda etapa central del proceso.

En una **segunda etapa**, se realiza un trabajo de historización con la paciente, donde se explora respecto del origen de sus polaridades; aquí, emerge una fuerte posición existencial conectada con la responsabilidad y el cuidado por los otros. En este rol, la paciente experimenta fuerte tensión, miedo y constante ansiedad, la que se suma a una sensación constante de autoexigencia y exigencia hacia los demás. Paralelamente, emerge una polaridad más orientada al autorespeto y al reconocimiento por los límites personales, donde reporta sentirse más conectada con su cuerpo y más atenta a sus malestares físicos.

La **tercera etapa** de la terapia parece iniciarse luego de que la paciente retorna de vacaciones, período donde reporta una franca mejoría, cuestión que es explicada por ella desde la posibilidad que le da su viaje de tomar permanente contacto con la polaridad más respetuosa consigo misma. Asimismo, llega más consciente de sus aspectos proyectados dentro de la relación de pareja terminada, dándose cuenta que su tristeza no era tanto por la ruptura, sino por cómo ella había sido en el ejercicio de este vínculo. Reporta estar más consciente de cómo es el miedo que suele sentir y adopta una postura más amorosa y receptiva ante éste, dándose cuenta que antes no le daba cabida y esto generaba un efecto riesgoso, dado que el miedo se duplicaba. Asimismo, logra conectarse satisfactoriamente con su esencia, la que dice relación con sentir una profunda conexión con la vida, con estar conectada consigo misma en primer lugar y luego con los demás.

Finalmente, la etapa de cierre surge desde la motivación de la paciente, quien reporta una marcada mejoría, cuestión que explica a partir de la evidente disminución de la sintomatología inicial, señalando sentirse contenta, a gusto consigo misma y con el motivo de consulta principal resuelto, que era la pena por el término de su relación de pareja.

Según la disposición y apertura observada en la paciente desde un inicio del proceso, es dable señalar que la **alianza terapéutica** fue muy favorable, generándose un clima de confianza, autoapertura y alta motivación hacia el trabajo. Esto se tradujo en que la paciente estuviera muy llana a las propuestas de la terapeuta en cuanto al uso de distintas técnicas gestálticas. En virtud de esto, fue dable el uso de varias de ellas, las que fueron vivenciadas en su mayoría de las veces con una alta conexión emocional por parte de la paciente, quien registraba sentir la intensidad de las mismas y los resultados que visualizaba fuera de la terapia. Ángela es una paciente que genera empatía, cercanía y facilidad en el contacto. Fue habitual su cooperación, favorable disposición y entrega hacia los ejercicios sugeridos, sin embargo, llama la atención que al revisar instrumentos

del estudio que dicen relación con este aspecto, manifestara dudas respecto de mi aprecio hacia ella como paciente, como se desprende del test IAT, donde en el ítem 7 puntúa con 4 el reactivo “Siento que mi terapeuta me aprecia”. Esto podría explicarse a partir de una fuerte polaridad observada en la paciente que dice relación con estar muy al servicio de los otros, teniendo una marcada necesidad de aprobación por parte de ellos.

Sobre la **intensidad de las sesiones**, se observó que durante una primera etapa del proceso éstas presentaron una carga emotiva importante en la paciente, quien se encontraba muy conectada con el término de la relación de pareja más importante para ella hasta ese entonces. La conexión con su tristeza se vio clara tanto en el diálogo como en ejercicios de silla vacía.

Sobre los **objetivos terapéuticos** que guiaron la intervención, aquel que cualitativamente y cuantitativamente mostró mayores cambios fue el que resultó más importante para la paciente, a saber, la tristeza sentida por el término de la relación con su pareja. Sobre éste objetivo en particular, es dable señalar que desde el inicio de la terapia, Ángela se conectó fácilmente con las emociones que implicaba este duelo, entregándose sin interrupciones orgánicas y dándole un curso natural a lo que era necesario procesar de éste. Así, logró conectarse fácilmente con la pena sentida, así como también, pudo relevar aspectos proyectados en la pérdida de esta relación y que correspondían a una posición existencial basada en la entrega desmedida, sin escucha hacia los límites personales y la expresión de la rabia como un canal válido para ser reconocida como un legítimo otro.

Respecto de los **Target Complaints** restantes, se observó un curso distinto. Sobre el definido como “exigencia hacia mí misma y los otros”, éste pudo ser trabajado a través de diálogos de polaridades, donde Ángela fue capaz de relevar nuevamente esta posición existencial marcada hacia la entrega desmedida, la eficiencia, el valor de realizar el trabajo bien hecho, etc., todo, desde

un correlato corporal teñido de tensión, extremo cansancio e incluso tendencia a la depresión. Esta polaridad estuvo en contrapunto con una Ángela más espontánea, bromista, llana y orientada a disfrutar de la vida. Cuantitativamente hablando esto no manifestó mayores variaciones, a diferencia del primer Target Complains, lo que podría explicarse a partir de la lectura realizada por la misma paciente quien refiere que este objetivo de trabajo implicaba cambiar una forma de funcionamiento que prácticamente le habría acompañado a lo largo de toda su vida.

En alusión al último Target Complains, “miedo”, queda la impresión que éste guarda estrecha conexión con una posición existencial muy arraigada en la paciente. En ese sentido, a lo largo de la terapia, se torna complejo llevarla a una conexión vivencial con dicha emoción, la que es explicada sólo desde comprensiones cognitivas, siendo descrita por ella como “un miedo a ser yo misma”, situándolo desde muy temprana edad y en razón de una serie de acontecimientos vitales donde se va descubriendo “más sensible, más especial” que el resto de sus hermanas y tomando el rol de “hacer síntoma” al interior de su sistema familiar. A partir de esta sensibilidad, Ángela va sintiéndose responsable de tomar el rol de “sacar adelante” a su familia, tanto emocional como económicamente, hecho que repercute en el desarrollo de un sentido de responsabilidad muy elevado y teniendo como núcleo central “no causar daño a los otros”. Según esto, el modo aprendido para ser querida en el mundo, tiene una arraigada conexión con la entrega, el cuidado hacia los demás y la responsabilidad.

Dado lo anterior, la posibilidad de ser espontánea, fluir en coherencia con las propias necesidades y ser consciente de los propios límites son asuntos que quedan en según plano, teniendo en cuenta que el modo válido de ser-en-el-mundo, dice relación con situar en primer nivel de importancia las necesidades de los demás. Así, queda la impresión que la dificultad en el contacto con este miedo existencial dice relación con una marcada interrupción en el contacto dado el alto coste

emocional que éste implica y que de hecho, habrían decantado en dos períodos de depresión en la biografía de la paciente.

3.1 Efectividad (Resultados Pre-Post)

Luego de analizar las sesiones, es posible plantear que a nivel cuantitativo se encontraron diferencias significativas a nivel de Pre y Post terapia, lo cual se detalla a continuación:

Problemas a Trabajar (TC)	Pre-Terapia (Baseline)	Post-Terapia (Follow-up)	<i>r</i>	<i>p</i>
	<i>N</i> =28	<i>N</i> =14		
	Promedio	Promedio		
“Exigente conmigo y con los demás”	3,64	2,64	-0.611	0.0776
“Pena por Felipe”	5,25	0	-0.979	0.0001*
“Miedo a tomar decisiones”	2,82	3,35	+0.437	0.1680

*Nota: *r*= R de Pearson; *p*=Valor P, marcado con un asterisco (*) si es estadísticamente significativo.

Tabla 1: Resumen de resultados del Target Complaints, por etapas

Instrumento	Resultados Sesión 0	Resultados sesión Final	Resultados Sesión de Seguimiento
Test de Ansiedad de Hamilton	Total: 9 Somática: 4 Psicológica: 5	Total: 9 Somática: 4 Psicológica: 5	Total: 4 Somática: 0 Psicológica: 4
OQ-45.2	Total: 61 Síntomas: 40 Interpersonal: 12 Rol social: 9	Total: 44 Síntomas: 22 Interpersonal: 13 Rol social: 9	Total: 35 Síntomas: 19 Interpersonal: 12 Rol social: 4
BDI	Total: 20	Total: 3	Total: 3

Tabla 2: Datos cuantitativos de instrumentos en etapas de Pre terapia y Post terapia

Al inicio de la terapia y según los test aplicados en la sesión 0, la paciente da cuenta de un episodio depresivo, cuestión que es corroborada luego de la aplicación del test MINI. Esto es también coherente con los resultados arrojados por el test BDI-1, donde obtiene un resultado de 20 puntos,

el que da cuenta de un estado depresivo moderado, mientras que en el test OQ-45, obtiene un puntaje que da cuenta de un nivel de malestar subjetivo de moderado a alto.

Por otro lado y respecto a los síntomas ansiosos que reportaba la paciente, el test de Hamilton arroja que inicia la terapia con un rango leve de ansiedad, reportando un puntaje de 9 puntos.

En la sesión 0, la paciente reporta tres problemas a trabajar, donde identifica los siguientes Target Complains:

1.-Exigencia hacia sí misma y hacia los otros: Se define como una persona excesivamente estructurada, eficiente, muy responsable y extremadamente cuidadosa de los demás, funcionamiento que la ha llevado hacia la pérdida de su espontaneidad, observándose rígida y extremadamente planificada. Sobre los otros, señala que se comporta como una persona muy entregada en sus afectos, parangón que también les exige.

2.-Pena por el término de su última relación de pareja: Reconoce fuerte tristeza y sensación de duelo ante la pérdida de su ex pareja, así como también del proyecto vital que empezaba a construirse, el que incluía la posibilidad de casarse y tener hijos.

3.-Miedo: Lo define como una emoción que la ha acompañado a lo largo de su vida, reconociéndola como una característica de su personalidad que le suele causar conflicto, en tanto interrumpe su funcionamiento orgánico.

Durante las dos semanas de baseline, el target complains que mantiene un puntaje más elevado de puntuación resulta ser la tristeza por el término de su relación de pareja, el que alcanza un puntaje de 5,78 en promedio, de un máximo de 7,0. Seguido de éste, aparece la exigencia hacia sí misma y los otros, que alcanza una puntuación promedio de 3,64; ubicándose en último lugar el miedo, que promedia 2,57 puntos.

Al finalizar la terapia, los resultados expuestos varían sustancialmente, observándose algunas cuestiones significativas de análisis. En el test BDI-1 la paciente arroja un puntaje de 3 puntos, descartándose la presencia de episodios depresivos, cuestión que es coherente con lo que reporta en el OQ-45 donde finalizada la terapia alcanzando un puntaje de 19 puntos en síntomas, observándose un cambio clínicamente significativo.

Por otra parte y en relación a la sintomatología ansiosa, la paciente inicia la terapia con ansiedad leve según el test de Hamilton, finalizando la terapia sin ansiedad, según el mismo instrumento, dado que reporta apenas 4 puntos.

Finalizada la terapia y analizando en promedio el curso de los target complains, el mayor cambio se registra respecto de la pena asociada al término de la relación de pareja, donde al inicio de la terapia reportaba en promedio un 5,6, para terminar el proceso de intervención durante el seguimiento con un promedio de 0. Luego, el target complains “exigencia”, varía en prácticamente un punto en promedio dado que en el seguimiento, la paciente reporta en promedio un 2,64 de puntaje en este problema. El target complains que llama más la atención respecto de su curso es el “miedo”, el que sube en puntuación, pasando de un 2,5 en promedio durante la línea de base a un 3,35 en promedio durante el seguimiento. Esto parece corroborar mi hipótesis respecto de ciertos funcionamientos de la paciente, donde observé que tendía a normalizar aspectos de sí misma que le generaban malestar emocional, clasificándolos como partes inherentes de su personalidad. Al respecto, es necesario señalar que esto no es reportado como un tema no resuelto o una dificultad durante la entrevista de cambio, dado que la paciente se enfoca en otras cuestiones de su cambio, desestimando el miedo nuevamente como un problema pendiente a trabajar.

Según lo anterior, queda la impresión que uno de los aspectos que más habría contribuido al bienestar emocional de la paciente dice relación con el segundo target complains, el que

subjetivamente, parece ser que le reportaba más problemas de adaptación, en tanto implicaba un proceso de duelo significativo donde la tristeza que esto conllevaba alteraba las actividades cotidianas de la paciente. En este sentido, que la paciente puntúe este problema con 0, habla de la superación concreta de éste, en la medida en que logra estabilizarse emocionalmente, retomar el curso de sus actividades cotidianas y relevar aspectos importantes de esta relación de pareja que al principio no lograba dilucidar producto de su tristeza.

Por otra parte y teniendo en cuenta el target complains “miedo”, queda la impresión que existe una dicotomía en la percepción de mejoría de este problema según la perspectiva de la paciente y la de la terapeuta. Desde la paciente y según lo señalado por ella, esta dificultad es significada como una característica central de su personalidad a la que incluso terminada la terapia señala haberle “tomado cariño”, mientras que desde la terapeuta, queda la impresión que fue un objetivo de trabajo que podría haberse abordado con mayor profundidad, especialmente teniendo en cuenta en malestar emocional que generaba en la paciente y la corroboración de esto en la puntuación que la misma paciente otorga.

Síntesis Efectividad Pre-Post

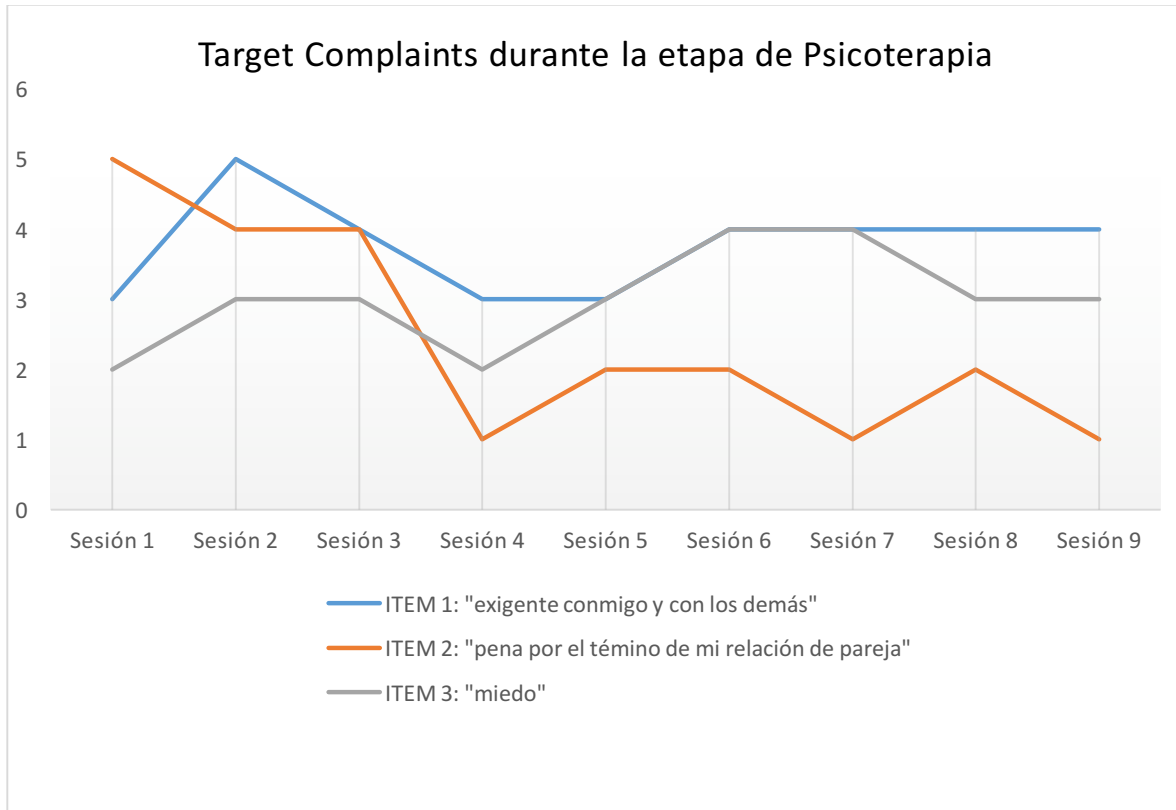
Según lo expuesto recientemente, me es dable señalar respecto de la efectividad del proceso, que la terapia habría sido parcialmente efectiva según los resultados observados. Sin desmedro de ello, esto difiere con lo que manifiesta la paciente en entrevista de cambio donde se muestra satisfecha con los resultados.

En virtud de lo anterior, se observó que la paciente mejoró sustancialmente respecto del episodio de depresión moderado que reportó inicialmente en BDI-1, sin observarse sintomatología en esta

línea según lo arrojado tanto en la sesión final como en la de seguimiento. Esto también es coherente con lo observado en el test OQ-45, donde se apreció un cambio clínicamente significativo y con la disminución de la ansiedad reportada en el test de Hamilton, la que ya en un inicio era de carácter leve.

Sin embargo, se estima que la terapia habría sido parcialmente efectiva, en virtud de la evolución que tuvieron los target complains, donde de los tres identificados por la paciente, dos habrían disminuido (aunque solo el TC referido al duelo por el término de la relación tuvo una disminución estadísticamente significativa), mientras que el “miedo” habría aumentado. Esto es especialmente significativo por cuanto ni siquiera es visto como algo negativo por la paciente, sino como un elemento distintivo de su personalidad que difícilmente podrá modificar, en razón de ello, podría explicarse que la asignación de puntaje a este problema no haya variado mayormente.

3.2. Patrones de Cambio



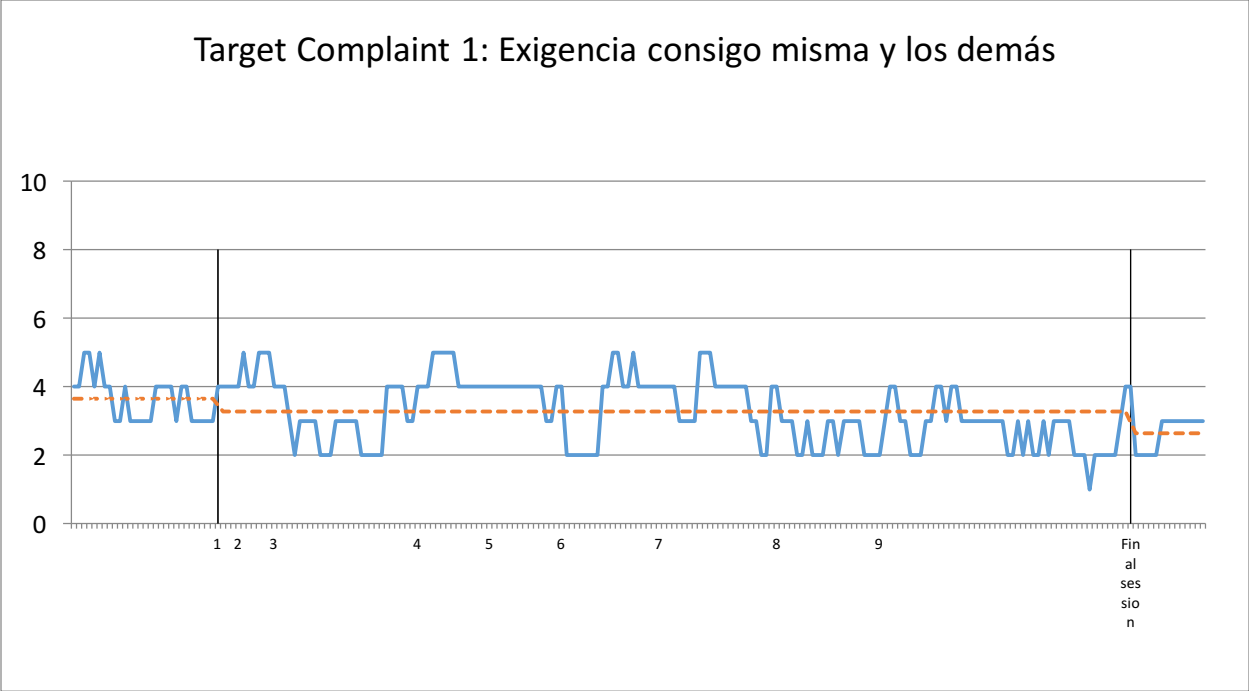


Gráfico 1: Puntajes TC Problema 1 Fases Pre Terapia, Terapia y Seguimiento

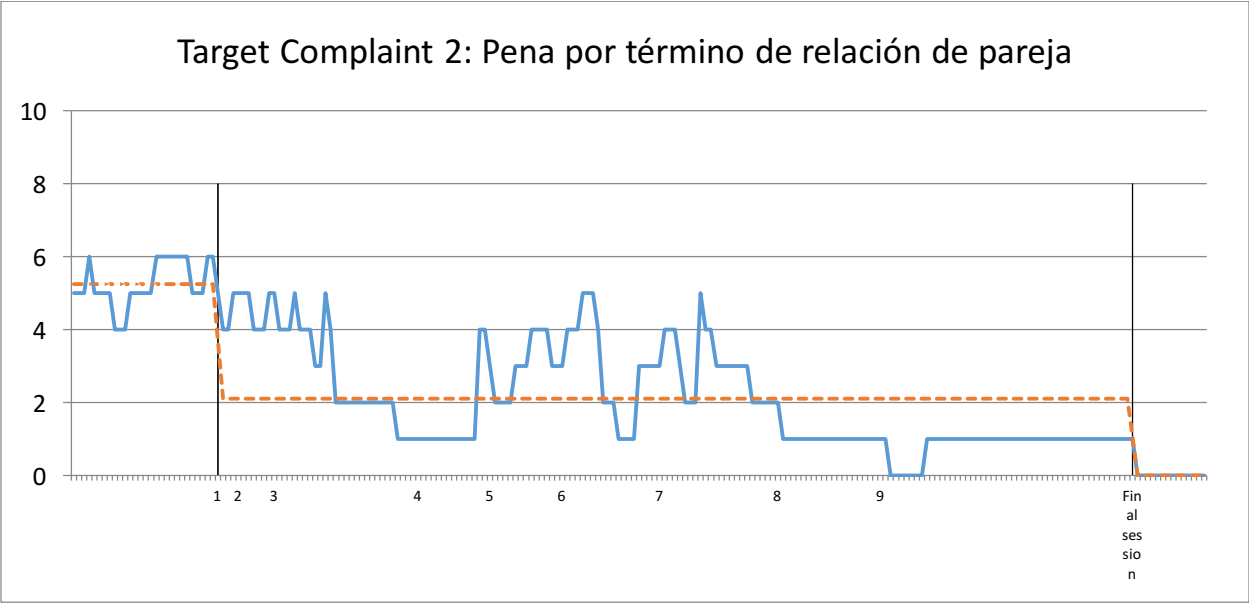


Gráfico 2: Puntajes TC Problema 2 Fases Pre Terapia, Terapia y Seguimiento

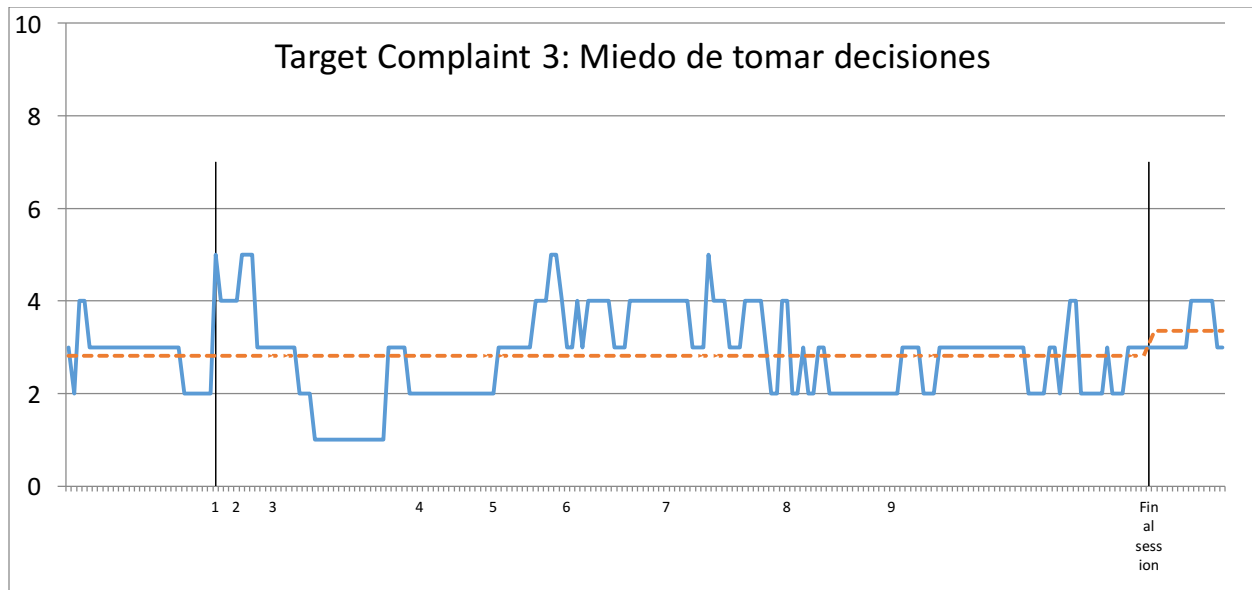


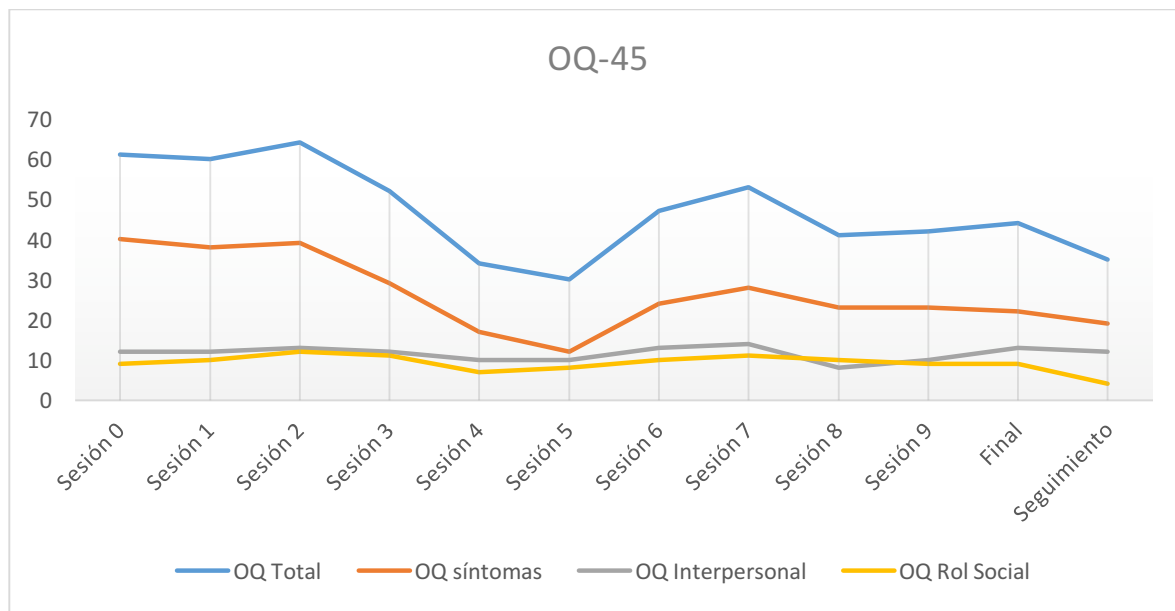
Gráfico 3: Puntajes TC Problema 3 Fases Pre Terapia, Terapia y Seguimiento

Al observar el gráfico alusivo al Target Complaints, se aprecia que el problema que presenta la merma más significativa es la tristeza respecto del término de su relación de pareja. Esto es consistente con lo reportado por ella durante las sesiones y en la etapa de seguimiento, donde refiere que si bien éste fue el motivo que la llevó a consultar en terapia, es al mismo tiempo el que fue cobrando menos importancia en la medida en que le permitió descubrir cuestiones más profundas sobre su funcionamiento, como la dificultad respecto de la postura de límites hacia los otros y de poner sus necesidades en primer lugar.

Por otro lado, es importante puntualizar que la baja más clara de los tres problemas ocurre en la sesión cuatro, la que fue precedida por las vacaciones de la paciente, experiencia que ésta significa como especialmente enriquecedora y sanadora, en tanto le habría permitido –según reporta en entrevista de cambio- establecer un contacto íntimo consigo misma, similar al que obtenía en la terapia, poniendo en práctica los “darse cuenta” acontecidos en su proceso terapéutico. Esto es

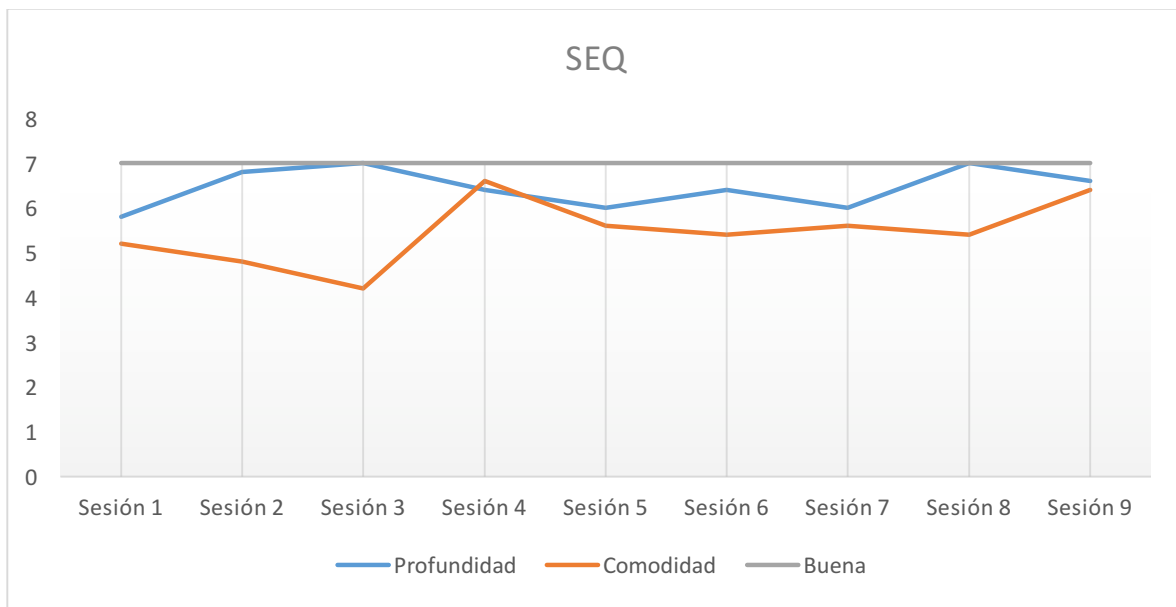
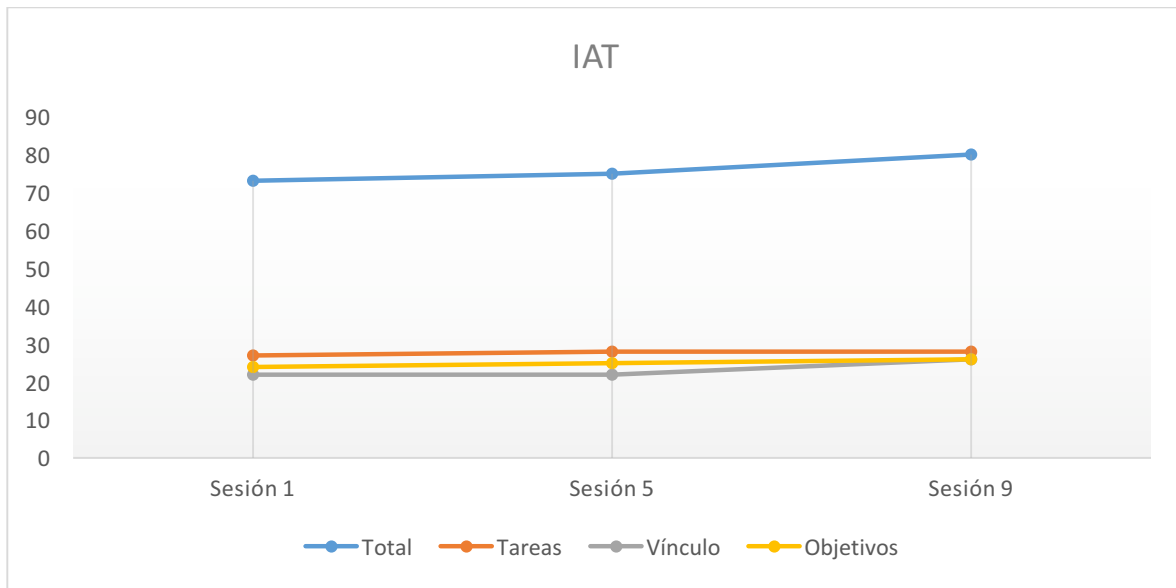
consistente con las mermas bruscas reportadas en el test OQ, el cual en bienestar general pasa de la sesión 3 de un puntaje de 52 puntos, a uno de 34 en la sesión 4.

Sobre los dos problemas restantes, la autoexigencia hacia sí misma y los otros, y el miedo, se observa que éstos no presentan mayores fluctuaciones a lo largo del proceso, hecho que podría explicarse a partir de la concepción sostenida por la paciente de que ambos aspectos son funcionamientos arraigados en su personalidad. Según su propio reporte, refiere más bien haber aprendido a aceptar estas características centrales de sí misma desde un trato “amoroso”, basado en la autoaceptación, aprendiendo incluso a validar sus defectos. A partir de esta comprensión podría entenderse la puntuación estable que habrían presentado ambos Target Complains. Al respecto y teniendo en cuenta mi impresión clínica, considero que el “miedo” se constituye en una posición existencial arraigada desde la temprana infancia de la paciente, la cual además era reforzada por su madre quien le habría entregado un trato distinto, a raíz de ser vista por ella como una “niña especial”. Desde el registro de la paciente, si bien en términos numéricos no fluctúa mayormente, sí habría un cambio en cuando a la relación con esta vivencia, en la medida en que reporta una disminución del malestar emocional al respecto y un mayor registro corporal de esta emoción, cuestión que habría empezado a manejar desde un diálogo interno donde se motivaría a “fluir”.



Respecto del ítem síntomas en el test OQ, es factible señalar que la paciente reporta en la sesión 0, un puntaje de 40, lo que en el seguimiento disminuye a 19 puntos, observándose un cambio clínicamente significativo (superando el “índice de cambio confiable”, cuyo valor para la norma chilena es de 17).

Sobre los ítems de relaciones interpersonales y Rol Social, ambos presentan un puntaje en general, bajo, lo que guardaría relación a un adecuado ajuste social en la paciente, hecho que es coherente con lo reportado por ella a largo de la terapia. Al respecto, es analizable que exista una merma especialmente significativa en el ítem Rol Social, donde la paciente obtiene un puntaje de 9 en la sesión cero y luego de 4 en el seguimiento, hecho que podría estar influenciado por los cambios obtenidos por la paciente en la terapia y que dicen relación con un mejor manejo respecto de la exigencia en su trabajo, donde comenzó a desenvolverse desde un lugar más cercano al auto respecto y el disfrute por su labor más que por la autoexigencia.



En cuanto a la alianza terapéutica, es dable señalar que esta fue consistentemente evaluada por la paciente como “buena”, apreciándose un grado de comodidad que fue avanzando de menos a más, mientras que la profundidad fue sentida como consistentemente alta. Es significativo señalar que

la sesión que la paciente reporta como menos cómoda coincide con aquella donde se trabaja respecto de aspectos muy arraigados en su funcionamiento que dicen relación con una posición existencial donde le cuesta reconocer sus límites, situando en segundo plano sus necesidades. Asimismo, en esta sesión se observa una conexión corporal significativa, así como también importantes “darse cuenta” que implican necesariamente tomar contacto con el dolor.

Por otra parte, es llamativo que en la aplicación del test IAT, la paciente reporte en dos ocasiones sus dudas respecto de mi aprecio hacia ella como paciente, cuestión que queda de manifiesto en la sesión 1 y 5, dado que en ambas ocasiones responde *casi siempre* ante el reactivo “creo que le caigo bien a mi terapeuta”, y luego cuando marca *a veces* ante el reactivo “siento que mi terapeuta me aprecia”. Esto llama especialmente la atención, dado que desde la primera sesión hasta el final del proceso, se generó una relación de contacto y genuino aprecio por mi parte, lo que desde mi impresión clínica también era sentido por la paciente.

En entrevista de cambio, la paciente rescata avances considerables que evalúa como inesperados. Así, refiere que lo que más la marcó fue haber desarrollado un trato distinto consigo misma basado en el respeto y el cariño, cuestión que se cruza de manera opuesta con su tendencia a la autoexigencia, evaluando este target complains como uno de los que habría alcanzado mayor impacto favorable en su vida, cuestión que cuantitativamente sólo disminuye en un punto (de 3, 64 en sesión cero a 2, 64 en seguimiento). Refiere que esto también habría repercutido en el modo en que se posiciona ante los demás, en el entendido que hoy se permite situar sus necesidades en primer término, aun cuando esto pueda generar tensión con éstos.

Señala que si bien había ingresado a la terapia teniendo como foco superar la tristeza por el término de su relación de pareja, en el transcurso del proceso, adquirió un aprendizaje mucho más profundo de sí misma y que trascendía esta situación. Destaca la terapia Gestalt como especialmente efectiva

en tanto le habría permitido establecer un cambio desde el diálogo consigo misma y la conexión con sus necesidades desde una posición de respeto y trato amoroso; señalando que se sentía muy energizada hacia el proceso en razón del tipo de terapia, el momento de su vida en que decide participar de ella y el vínculo establecido con la terapeuta, definiendo el tipo de intervención como “asertiva e intensa”. Como factores externos al cambio, rescata el viaje que realiza sola a Europa, instancia que le permitió poner a prueba los aprendizajes de la terapia respecto de situar sus necesidades en primer término y de convivir consigo misma desde un lugar de contacto e intimidad, basado en el respeto por su propio ritmo y satisfacción de necesidades.

Como aspectos de sí misma que habrían favorecido su proceso de cambio, Ángela reconoce su capacidad de entrega a la terapia, donde da cabida a su dolor, confiando en que de esto saldría algo favorable para su desarrollo personal.

Por otro lado, reconoce elementos de su “estructura” que se mantienen, como su tendencia a la ansiedad, haciendo la diferencia en que actualmente puede ser más selectiva respecto de cuándo desplegar esta emoción, sin el gasto energético que involucraba antes.

Como aspecto a analizar, durante la entrevista, Ángela olvida el objetivo “miedo” y lo cambia por inseguridad, situación que podría guardar relación con lo arraigado de este funcionamiento, sin problematizarlo como un aspecto a modificar de sí misma.

En términos cuantitativos, los problemas identificados por la paciente mantuvieron un curso estable y decreciente hasta la sesión 4, la cual fue antecedida por sus vacaciones a Europa. Esta sesión es evaluada con un puntaje de 7 en la prueba SEQ. Esto es especialmente notorio en la disminución que experimenta el segundo target complains, el que parte en 5 puntos para surgir con 1 en la sesión cuatro.

En cuanto a la alianza terapéutica, es dable mencionar que ésta se caracterizó por mantener puntajes altos que se mantuvieron a lo largo de la terapia y que fueron creciendo en el transcurso de ella, cuestión que se observa en el puntaje de 73 obtenido en el IAT al principio de la terapia, el que asciende a un 85 una vez finalizada. Es importante mencionar que el grado más alto de incomodidad es reportado por la paciente durante la sesión 3, la que es puntuada con 7 puntos tanto en profundidad como calidad. Esta cuestión parece tener relación con la exploración vivencial del target complains “miedo”, donde se realiza ejercicio de polaridades, el que implica una vivencia de tensión, agotamiento y molestia emocional para la paciente, cuestión que no merma la percepción de profundidad y efectividad de la terapia, sino que parece facilitar estas impresiones.

En cuanto a los resultados de test SEQ, se observa que la paciente evalúa como las sesiones con mayor grado de profundidad (sesiones 2, 3 y 8) aquellas dónde se aplicaron técnicas como silla vacía, ejercicio de polaridades y continuum de consciencia, evaluándolas con puntajes que fluctúan desde los 6,8 a los 7,0 puntos. Cabe señalar que la paciente evalúa positivamente todas las sesiones, dado que las califica con un puntaje de 7,0, en tanto que el ítem profundidad, presenta en general puntaje por sobre el 6,0.

En cuanto a factores extra terapéuticos necesarios de ponderar, el hecho que la paciente viviera fuera de Santiago, su período de vacaciones y la continuidad relativa de las sesiones, podrían haber sido variables que influyeron respecto de su proceso de cambio. Particularmente, el período de vacaciones fue significado por ella como un tiempo donde pudo poner a prueba los aprendizajes conseguidos en terapia, mientras que la regularidad más distanciada de las sesiones podría haber influido negativamente en la energización de ciertos temas a trabajar en terapia.

3.3 Mecanismos de Cambio

-Identificación Sesiones Claves

Dentro de las sesiones evaluadas como favorables o productivas, la **primera** sesión corresponde a una de ellas. Aquí, se inicia el trabajo de duelo respecto del término de su relación de pareja. La paciente muestra una disposición de cooperación y entrega ante la técnica que se le propone, en este caso, silla vacía con Felipe. Durante el ejercicio, logra conectarse adecuadamente con la tristeza asociada al duelo, a la pérdida de su novio, así como también a la pérdida del proyecto vital asociado a él.

Otro aspecto importante es que también logra darse cuenta de cuestiones de la relación que le parecían nocivas, así como también de funcionamientos propios que no había visto, como interrumpirse en la expresión de su rabia, sobreadaptarse a las agresiones de su pareja y su tendencia a querer “sanarlo”. Sumado a ello, al finalizar el ejercicio, puede rescatar aspectos sanos de la relación, como que por primera vez se permitió abrirse a la experiencia de enamorarse y “entregarse por completo”, viendo además las limitaciones de su ex novio, desde una postura de aceptación, carente de resentimiento.

Como aspecto emergente, reconoce un incipiente aspecto polar, que dice relación con hacerse cargo de la vida los otros, al punto de poner sus necesidades en segundo plano. Surgen dificultades en la expresión de la propia rabia, un fuerte miedo a no comportarse de un modo adecuado, “correcto”.

Otra sesión considerada como productiva, es la **cuatro**, donde la paciente llega de sus vacaciones en Europa. Comenta que el viaje le ha servido para darse cuenta de varios aspectos de su funcionamiento, así como también para poner en práctica cuestiones trabajadas en terapia. Se

observa a sí misma siendo capaz de poner límites a su familia y a la amiga que visita en Europa, adoptando una actitud de naturalidad y seguridad cuando lo hace, muy lejana a su habitual sensación de culpa y miedo.

Por otro lado, el viaje le permite decantar aspectos previamente trabajados de su relación de pareja, como que la tristeza a raíz del término mucho tenía que ver con el modo en que se había dejado traspasar por la agresividad de éste, al posicionarse desde la debilidad y el afán por tener que ser excesivamente tolerante ante él. Queda la impresión de que logra recuperar la proyección de la pena por el término de la relación, lo que se traduce en que cuantifica su nivel de tristeza en un 3 en los Target Complains. En esta sesión, se realiza ejercicio vivencial donde la invito a conectarse con los aspectos favorables que descubre durante el viaje.

Por otra parte y teniendo en cuenta sesiones “malas”, la **sesión seis** realizamos trabajo vivencial donde intento que la paciente tome contacto con el miedo que le provoca involucrarse sentimentalmente con un hombre. Le pido que imagine que se encuentra en una cita con alguien que le parece atractivo y que vaya tomando contacto con el miedo desde su cuerpo. En la medida en que esto ocurre, le pido que vaya presentándose. Al llevar a cabo el ejercicio, me doy cuenta que la sesión es lenta, contratransferencialmente me siento un poco torpe e inexperta. Me cuesta muchísimo poder conectarla realmente con el miedo que siente; el ejercicio vivencial parece una mera descripción física de distintas manifestaciones corporales, con escaso correlato vivencial.

En cuanto a sesiones consideradas como “neutras”, en la sesión tres, realizamos diálogo de polaridades “la que pone límites-la que no pone límites”. La paciente aquí se nota poco energizada, contextualiza a partir de su historia familiar esta posición existencial de estar para los otros, de resolver y estar al servicio de los demás, pero queda la impresión que emocionalmente, se conecta poco con los dolores que arrastra, parece ser que no quiere profundizar demasiado en ello. Aparece

también una conexión entre tener que ser la “cuidadora de los demás” y un fuerte temor a causar daño a los otros, desde ahí se explica la exigencia que se aplica en estar de un modo muy entregado para el resto. Sin embargo, se me pasa por alto profundizar en cómo es este miedo a causar daño.

Como hipótesis que explique lo anterior, puede considerarse que la paciente ya había trabajado este tema en proceso terapéutico anterior, o que faltó desde la terapeuta, facilitar una conexión más profunda con ese fenómeno previa realización de la técnica.

Otra sesión considerada como neutra, es la número 5, sesión dedicada a diálogo de polaridades entre una Ángela espontánea, lúdica, fluida, a la que denomina “locatelli” versus la Ángela que aparece más comúnmente en su vida que se caracteriza por ser muy responsable, organizada, eficiente pero que físicamente se tensiona bastante. En la polaridad habitual surge la preocupación por no causar daño a los otros y para ello, realizar el trabajo adecuadamente es un valor fundamental (quizás a lo largo de la terapia faltó explorar con más profundidad esto).

3.3.1. Análisis cualitativo comparando esas sesiones:

Aspectos del vínculo: En general, la alianza terapéutica estuvo marcada por un permanente contacto basado en el encuentro y en la confianza. La paciente mantuvo una actitud de cercanía y favorable disposición, mostrando actitudes que dieron cuenta de su validación hacia la terapeuta. Desde mi percepción como terapeuta, la paciente me generó sentimientos de simpatía, empatía y genuino deseo de brindarle ayuda. No obstante a lo anterior y considerando las evaluaciones realizadas por la paciente en Test IAT, ésta manifiesta que en ocasiones no se siente del todo considerada por mí. Sumado a lo anterior, como terapeuta un tema importante desde el trabajo realizado fue tomar consciencia de la importancia de mi propio trabajo personal en terapia, en la medida que fui descubriendo que los aspectos trabajados por la paciente guardaban estrecha relación con aspectos que yo misma había abordado, de tal manera que haberlos elaborado trabajado con antelación, desde mi perspectiva fue un factor que influyó positivamente tanto en la alianza como en el trabajo terapéutico de los Targets Complaints escogidos por la paciente.

Considerando las sesiones evaluadas como favorables, cabe mencionar que el vínculo estuvo marcado por la confianza y fluidez de la interacción, primando la complicidad y sentido del humor. Esto si bien no mermó del todo en las sesiones ponderadas como neutras o “malas”, sí existieron diferencias respecto de la fluidez en la interacción, donde más que una interacción equilibrada y recíproca, desde la percepción de la terapeuta, queda la impresión que el esfuerzo y dedicación de estas sesiones estaba más enfocado en sus intervenciones, apreciándose una sensación de desgaste y poca fluidez, en la medida que la paciente era sentida desde un rol más pasivo y desconectado afectivamente.

Aspectos del paciente Desde la “sesión cero”, la paciente despliega una actitud de permanente cooperación, entrega y confianza. Esto es especialmente significativo en lo que ocurre durante la primera sesión de trabajo, donde sin haber experimentado antes una “silla vacía”, se entrega a la experiencia con una actitud desprejuiciada y confiando en la experticia de la terapeuta. En este sentido, queda la impresión que un factor primordial en la efectividad de la terapia dice relación con características propias de la paciente, como su alta motivación al cambio, participación activa en las sesiones, alto interés hacia el desarrollo personal y el cambio.

No obstante a ello y teniendo en cuenta las sesiones consideradas como neutras o “malas”, también surge la hipótesis que dada la tendencia de la paciente a actuar de manera “correcta” y a ajustarse a la norma, en ocasiones haya accedido a realizar ciertas técnicas desde su sensación de cumplir con el “deber ser” más que desde una sensación de genuina voluntad y coherencia interna. Esto es especialmente notorio en algunas sesiones donde no logra contactarse mayormente con la emoción sentida, refiriendo descripciones que dicen relación con racionalizaciones o conclusiones de índole más bien intelectual. Cabe señalar que esto es notorio en trabajos realizados respecto de sus dificultades en cuanto al manejo del miedo. Corporalmente, esto se traduce en una postura rígida, de escasa conexión emocional, desenergización y monotonía en las sesiones.

Aspectos técnicos: Es posible llevar a cabo sin mayores dificultades ejercicios gestálticos de silla vacía, diálogo de polaridades y continuum de consciencia. Sobre esto, cabe señalar que ésta última técnica es la resulta más compleja de llevar a cabo, tanto por la complejidad de la misma como también por las dificultades propias de la paciente respecto del despliegue del miedo. En las sesiones consideradas como “buenas” el uso de técnicas fue expedito, atingente y coherente con las necesidades de la paciente, mientras que en las consideradas como neutras o no tan satisfactorias, el uso de técnicas a ratos pareció ser algo forzado e impuesto desde la terapeuta, cuestión que dificultó la toma de contacto con sus emociones por parte de la paciente, observándose en ocasiones que tendía a la mera descripción racional de sensaciones físicas.

Otros: experiencia de la investigación, otros factores. Uno de los factores necesarios a considerar son aspectos externos a la terapia como que las sesiones no pudieron ser del todo continuas por motivos de enfermedad, vacaciones, etc., variables que podrían haber influido en que los temas abordados no tuviesen la energización necesaria.

3.3.2. Planteamiento de Hipótesis respecto de facilitadores y obstaculizadores del cambio terapéutico

En términos generales, es dable señalar como factor común en las sesiones favorables, el hecho que la paciente mostraba *gran energización* respecto de los temas que se trabajaron mediante el uso de técnicas. De hecho, una de las mejores sesiones es la primera, donde el motivo de consulta se encontraba en la etapa de mayor carga emotiva, cuestión que es desplegada por la paciente en la realización de silla vacía. Lo mismo ocurre en la sesión cuatro, donde la paciente se observó sumamente energizada con los cambios tangibles que había vivenciado en sus vacaciones, cuestión que nuevamente es materializada a través de un ejercicio vivencial donde se compromete de

manera profunda. En ambas sesiones -primera y cuarta-, es notable el nivel de energización de la paciente, quien llega muy conectada con emociones de tristeza y alegría, respectivamente. **El curso de estas sesiones es muy orgánico, natural y poco forzado, de tal manera que las técnicas utilizadas calzan de un modo coherente y fluido**, cuestión que es consistente con el lenguaje no verbal de la paciente, quien se muestra motivada y dispuesta ante las técnicas propuestas. Sumado al factor “energización”, otro elemento clave guarda relación con mi **registro interno como terapeuta donde me siento muy tranquila y confiada** en seguir la figura de la paciente sin mayores ruidos internos, dado que se me hace muy evidente que debo encausar la conexión con lo que trae a sesión, teniendo la **sensación interna también de fluidez, comodidad y confianza**.

A diferencia de las sesiones “buenas”, en aquellas que no resultaron serlo tanto o que fueron neutras, se observó que éstas tuvieron en común cierto **aplanamiento afectivo en la paciente**, cuestión que decantó en que **la terapeuta adoptara un rol más activo**, poniendo énfasis en aspectos polares que resultaban obvios de trabajar, pero que no presentaban la misma carga emotiva que el motivo de consulta inicial para la paciente. Asimismo, queda la impresión que sobre estas polaridades que eran evidentes, la paciente había realizado cierta racionalización y normalización en procesos terapéuticos previos, donde tendía a incorporarlas como parte de su funcionamiento, cuestión que también hacía dificultoso hacerla tomar contacto con el malestar emocional que estas conllevaban. En este sentido, una de las variables que podría haber influido en que las sesiones no fuesen del todo profundas dice relación con la **intención de la terapeuta de energizar a la paciente y no haber recogido la figura de la poca energización al respecto**. Una alternativa ante esto, podría haber sido recoger esta figura, reflejarla a la paciente y explorarla junto a ella.

Según lo anterior, se pueden relevar como facilitadores del proceso, el vínculo de cooperación y confianza entre paciente y terapeuta, el cual funciona a lo largo del proceso como un piso firme que permite la expresión de la paciente de figuras importantes que son reconocidas por facilidad por la terapeuta para ser encausadas a través de técnicas idóneas. Sumado al vínculo, cobra particular importancia la energización de estas figuras mostrada por la paciente, cuestión que facilita con evidente claridad el trabajo de los objetivos terapéuticos.

Otro aspecto que se vislumbra como facilitador dentro de la terapia y que se encuentra en estrecha conexión con el vínculo, dice relación con el reporte fenomenológico de la terapeuta que dice relación con percibir el clima de la sesión como fluido, orgánico y como una suerte de danza en la relación terapéutica, donde la protagonista es la paciente y sus figuras, cuestión que desde el registro corporal de la terapeuta es vivenciado con una sensación de confianza y tranquilidad, de tal manera que el foco se encuentra en lo que el otro está desplegando en la sesión.

Con respecto a los obstaculizadores del proceso, surgen aspectos contrarios a los recién mencionados, que dicen relación con la percepción de sesiones sentidas como “planas afectivamente”, donde la terapeuta toma un rol excesivamente activo, afectando la fluidez de las sesiones, al mismo tiempo que la conexión emocional de la paciente es baja. Así, la relación terapéutica parece estar en niveles distintos, dado que la terapeuta es incapaz de relevar lo obvio (que la paciente no muestra energización en lo que trae a sesión), sin lograr rescatar la figura de la paciente, imponiendo más bien una figura que para ella resulta obvia como terapeuta, pero no así para la paciente.

3.3.3. Viñetas Ilustrativas

Hipótesis 1: **La energización de la figura favorece sesiones productivas:**

Durante la primera sesión, la paciente llega muy contactada emocionalmente con la tristeza por el término de su relación de pareja, razón por la cual se releva esta emoción y se le propone ejercicio de silla vacía con esta persona, ante lo cual se muestra muy disponible y entregada en la realización del ejercicio. En éste, la paciente se observa muy involucrada y tomando cabal contacto con su emoción de tristeza, así como también relevando aspectos importantes de dicha relación:

“...pero todo me hace acordarme de lo que hicimos juntos, lo que queríamos...pero necesito avanzar, siempre en mi vida me hice cargo de los problemas de los otros y contigo también, pero ya no puedo, no lo necesito, estoy convencida de que la pena que siento se me va a ir algún día, pero la quiero vivir...(llora copiosamente) ya no, fue una función que a medida que crecí la fui desarrollando pero siempre omitiéndome, contigo me omití hartito, me callé muchas cosas

T: Dile a él lo que te callaste... *“ el no haber conversado contigo las cosas que no me parecían () la forma en que tu expresabas tu rabia, tenías mucha rabia () conscientemente sabía que no iba dirigida a mí al cien por ciento, como que yo era un canal () me descolocaba, me daba miedo, nunca te dije que me daba miedo, me angustiaba mucho, me daban ganas de alejarme de ti”*

Esta cita da cuenta de la responsabilización del propio dolor, donde la paciente mantiene una posición de apertura ante éste como una oportunidad de crecimiento. Asimismo, reconoce el despliegue en esta relación de una posición existencial donde se hace cargo de los otros, sobreadaptándose, sin poner límites desde su rabia, conectada desde el miedo. En esta sesión es especialmente significativo el nivel de entrega al ejercicio por parte de la paciente y su gran conexión emocional, donde finalizada la sesión reporta sentirse agotada, pero al mismo tiempo, dándose cuenta de las proyecciones que había depositado en esta relación de pareja.

Durante la sesión 3, retomo las dificultades de la paciente respecto a la expresión de su rabia, donde reconoce que este funcionamiento es algo generalizado y que le ocurre con la mayoría de las personas, especialmente con su papá. Se observa a Ángela desplegando un discurso muy lógico y racional, sin manifestar mayor carga emotiva ni sensación de conflicto al respecto, adoptando una actitud de naturalización ante las dificultades en la expresión de su rabia:

P: "...con mi familia como siempre tuve que ocupar ese rol de mediadora, con mi papá por ejemplo siempre era el conflicto y me acuerdo que ¡En toda mi vida, una vez, sólo una vez le dije! Y que fue un súper esfuerzo, porque es como automático que la voz como que se me bloquea como que todo el rato apretaba la guata pa que me saliera la voz y me acuerdo que fue cuando él tuvo los temas en el trabajo y tenía el juicio con la empresa y él se había ido, se separaron mis papás y se fue a vivir a Rancagua y me acuerdo que no sé de donde salía mucha plata, como que trabajé mucho y yo le pasaba plata semanal y me acuerdo que después de un par de meses apareció con el auto roto, él golpeado, según él que le habían robado, pero claro, después supimos que él tenía un problema con una mujer que tenía en Rancagua y ella súper asumida que él se drogaba y se juntaban y ahí tuvieron problemas con alguien...entonces claro yo traté de separar el tema de la infidelidad pero lo que me llenó fue que él muy patudo no reconocía nada y llegó con una actitud súper déspota, pero fue lo único que pude hacer (se ríe)"

La sesión transcurre plana, donde la paciente profundiza sobre el rol que ha adoptado al interior de su familia, desde una postura de desconexión afectiva que es pasada por alto por la terapeuta, quien parece sintonizar con la naturalización que la paciente realiza de las dificultades en la expresión de su rabia, así como también con los conflictos observados en la relación con su padre, pasando por alto la figura que claramente es este aplanamiento afectivo, tanto en relación a la rabia como con los conflictos en dicho vínculo.

Hipótesis 2: Vínculo basado en la confianza, respeto y sentido del humor facilita el proceso terapéutico.

Durante la sesión seis, emerge como figura la exigencia, particularmente en las relaciones de pareja, cuestión que da paso a la exploración de este tópico, donde se genera una interacción fluida y basada en el humor entre paciente y terapeuta:

-T: *¿Esta exigencia la ves en todos los ámbitos, es decir, familia, amigos, o sólo en las relaciones de pareja?*

-P: *No, es sólo en las relaciones de pareja porque creo que soy más tolerante con mis amigos (ríe), creo que soy con ellos soy todo lo que no soy en las relaciones de pareja...*

-T: *¿Cómo es eso?*

-P: *Yo creo que a lo mejor sucede porque me siento más en confianza, como que no me tengo que esforzar ni ellos tampoco se tienen que esforzar para agradarnos...*

-T: *Cómo que está dado no más, ¿Una cosa así?*

-P: *¡Sí!*

-T: *¿Y en cambio con los chiquillos, cómo es?*

-P: *No sé poh, ¡Cómo que tiene que darse! (ríe)*

-T: *(En todo de broma) ¡Tiene que trabajarse! ¡Hay que invertir!*

-P: *Sí, sí (ríe de buena gana)*

-T: *A mí se me ocurre que si te gusta alguien, vas a intentar ser lo más simpática, lo más agradable, conociéndote me da la impresión que vas a tratar de dar la mejor impresión de ti misma...*

P: Es que siento como que no fluyo, pero no necesariamente tiene que ver con mostrarme de la mejor manera, sino que en algunos minutos me he visto que no me muestro no más.

T: ¿Y cómo es eso para ti?

P: Como que me estanco, dejo de ser espontánea, soy observadora, o sea, lo soy en el día a día, pero como evaluándolos...

T: Como “sacándoles el rollo”

P: Sí (ríe) entonces eso me impide también fluir

T: Claro y eso conlleva además que te sitúas por sobre el otro, porque este pobre otro no sabe sacarte el rollo, si no es psicólogo...

P: Claro, entonces si hay algo que no me gusta...

T: Cuac (onomatopeya de chicharra), siguiente, es muy narciso...

P: jajajaja...sí, sí, es muy eso! Entonces me veo así como cerrada...

Esta interacción basada en el humor, posibilita que la paciente vaya adentrándose paulatinamente en el miedo que le provoca mostrarse ante potenciales parejas, donde logra luego, describir lo poco espontánea que se siente y su temor de no ser correspondida.

Hipótesis 3: Registro corporal de la terapeuta de tranquilidad y confianza surge como indicador que facilita el proceso.

Tras las sesiones uno y cuatro donde en ambas realizo ejercicio de silla vacía, como terapeuta siento que éstos van cobrando sentido para la paciente, en la medida que la observo conectada con su emoción y entregada genuinamente a los ejercicios. Internamente, mi registro corporal es de

estar atenta y al mismo tiempo, con una sensación de calma y confianza en que la paciente me entregará la pauta de cómo tendré que ir guiándola. Sumado a ello, voy observando una relación muy fluida entre la paciente y yo. Esto es coherente con mis registros en el instrumento CSEP-II, donde me autocalifico con puntaje máximo en varios de los ítems que evalúan el modo en que aplico los principios básicos de la terapia, como en el reactivo 4.1 “logré sintonizar empáticamente con la experiencia del cliente, dejando de lado preconcepciones, entrando en el mundo del paciente, resonando con mi propia experiencia, captando lo importante”.

Hipótesis 4: Dificultades en el reconocimiento de la figura de la paciente por parte de la terapeuta, obstaculizan el proceso de intervención.

Durante la sesión seis, la paciente refiere sentirse “contenta” y dejando atrás su tristeza producto del término con su pareja. Se observa más bien plana emocionalmente y refiere que siente que permanece “el miedo” como un asunto pendiente a trabajar, especialmente respecto a cómo se plantea a sí misma cuando está conociendo a alguien, describiéndose muy inhibida y poco espontánea en estos escenarios. En razón de ello, le propongo tomar contacto con esta emoción, de lo que surge lo siguiente:

“Es una sensación de inestabilidad como que siento que las piernas y las manos se me mueven, como de tiritones...es como ansiosa, de verdad como que me perturba, como que me pongo nerviosa y como que siento que hasta me afecta el habla, es posible que me ponga tartamuda...”

T: ¿Cómo vas sintiendo tu cuerpo? *me siento tensa...la espalda, estómago...*

T: ¿Qué estás haciendo con tus manos? *me las toqué, me las junté, las siento heladas, necesito moverlas un poco...como que me cuesta hacerlo...como que siento que...eh...como que estuviera*

trabado el movimiento, como que no pudiera hacer...me sobo las piernas... bien lo hago porque siento que me transpira la mano...

T: *¿Cómo vas sintiendo tu cuerpo? como pesado () en las piernas, en las pantorrillas y como el trasero puede ser, como estoy sentada, es difícil moverme... trato de tomarlo con calma como para que no se vea como me siento, tensa, nerviosa...como que...no sé, me sobo...yo creo que eso es una de las formas de tomarlo con calma...*

El ejercicio transcurre de esta forma, convirtiéndose en una descripción bastante racional de distintos estados corporales donde la paciente adquiere escaso contacto con el miedo, volviéndose lento, monótono y sin que la terapeuta recoja la dificultad de este contacto.

Hipótesis 5: Rol excesivamente activo de terapeuta dificulta la emergencia orgánica de figuras en la paciente.

En la sesión tres, explorando formas de ser en el mundo de la paciente, surge una incipiente polaridad donde describe ser muy entregada con los otros, desconociendo sus límites. La profundización de esto, parece ser una necesidad más de la terapeuta que de la paciente, dado que ésta se aprecia desenergizada y aplanada afectivamente durante la sesión, razón por la cual, como terapeuta adopto un rol excesivamente activo e imponiendo realizar técnicas:

-P: En realidad siempre he sentido como...eh... ese sentido de utilidad, como de oye, ya que tú estay por allá, podis hacer eso? Siempre, y yo siempre sí, de repente decía ah ya, bueno, antes siempre era sí, ahora por lo menos puedo decir que no, que no voy a pasar por ahí o que no puedo...

T: Lo que yo veo Ángela, de repente igual podemos hacer un ejercicio...

P: (Paciente con expresión neutra en el rostro).

T: Lo que pasa es que en la vida como que vamos rigidizándonos en ciertos modos de ser en función de lo que aprendimos...me estoy explicando mal... es como que de niños vamos aprendiendo cómo tenemos que ser para ser amados y según lo que tú me contabas parece ser que en tu familia tuviste que tomar este rol de estar muy pendiente, muy entregada, de siempre decir que sí, de estar más en los otros que en ti y quizás te fuiste rigidizando en este modo de ser y quizás te has polarizado, ahora igualmente existe otro lado en ti que no es de esta manera, entonces sería interesante que a través de un ejercicio pudiéramos revisar estos dos lados...¿Te tinca?

P: Mmm-hu (asiente desenergizada con la cabeza)

T: Es igual como aquella vez que hiciste la silla vacía con Felipe, pero ahora tienes que ponerte de la Ángela que aparece poquito y luego de la que aparece más frecuentemente...

Luego de esto, iniciamos ejercicio de polaridades, donde la paciente muestra una actitud inicial de desgano, quedando la impresión que accede al ejercicio debido a su tendencia de agrandar a los otros, cuestión que durante la sesión no es percibida por la terapeuta, pero que se torna evidente una vez revisada la grabación de la sesión.

4. Discusión

Según los análisis realizados es dable señalar que la terapia Gestalt realizada tuvo resultados favorables en la vida de la paciente. En primer término y según la comparación de los resultados pre y post terapia es posible señalar que dichos cambios se sostuvieron en el tiempo. La paciente inicia el proceso ansiosa y deprimida producto del término de la relación de pareja más importante que había tenido hasta ese entonces y en el curso de la terapia, logra recuperar aspectos proyectados en esta relación que tenían conexión con elementos polares de su funcionamiento y que al final del

proceso, cobran para ella mucha más relevancia que su tristeza inicial por el término de esta relación. En este sentido, la paciente logra dar curso a las emociones que este duelo había implicado en su vida, cuestión que redundaba en que logre contactarse con aspectos significativos de su funcionamiento y que emergen como nuevas figuras una vez que la Gestalt del duelo ha sido cerrada por ella. De esta manera, logra ir abriéndose camino a trabajar en otras figuras, entendiendo que las emociones implicadas en su duelo eran necesarias para darle curso natural a éste.

Sobre los otros dos target complains, es relevante mencionar que éstos no tuvieron mayor variación en términos cuantitativos, cuestión que desde este plano hace suponer que podrían haberse trabajado en mayor profundidad. Sin embargo, desde un plano cualitativo y según lo reportado por la paciente en algunas sesiones y en la entrevista de cambio, ésta señala que tanto el miedo como la exigencia forman parte de su funcionamiento y que si bien no siente haberlos superado del todo, el cambio radicaría para ella en desplegar una actitud de apertura y aceptación ante estos funcionamientos, dándose cuenta que su tendencia neurótica era negarlos, no darles cabida o suprimirlos, cuestión que desde su visión les entregaba más poder. Desde ahí, cabe tener en cuenta que si bien desde la perspectiva de la terapeuta, estos problemas podrían haberse abordado en mayor profundidad, al mismo tiempo, parece coherente la visión de la paciente con los postulados de la Gestalt, cuando afirma que se encuentra en un proceso de aceptar quien realmente es y comenzar a darse un trato amoroso. Esto se condice con lo que refiere Naranjo, cuando señala: “resulta paradójico decir que una actividad psicoterapéutica, la cual naturalmente entendemos como orientada hacia el cambio, esté en este caso basada en la postura de aceptar a una persona tal como es. Por otro lado, a partir de toda forma de psicoterapia sabemos que de hecho, si no en teoría, la aceptación (en la forma de auto-aceptación a veces facilitada por un genuino apoyo externo) lleva al crecimiento más bien que al estancamiento” (Naranjo, 2011, p.15).

Como variables significativas dentro del cambio terapéutico, adquiere especial relevancia el importante vínculo terapéutico co-construido con la paciente, cuestión que es corroborado por ella en la entrevista de cambio. Dicho vínculo estuvo dado por una fuerte conexión, confianza y genuino deseo de formar una alianza de ayuda entre la paciente y la terapeuta. Respecto de la paciente en particular, cabe destacar que su permanente motivación hacia el crecimiento personal y su concepción del dolor como una oportunidad de maduración, fueron variables importantes que incidieron positivamente en su cambio.

Respecto de aspectos técnicos de la intervención que tuvieron un impacto positivo en la paciente, el ya mencionado vínculo basado en la conexión, autenticidad y sentido del humor, favoreció que estas sesiones fueran fluidas y muy orgánicas, entendiendo esto como un espacio protegido donde la paciente daba cuenta de aspectos que la energizaban en su vida y que necesitaba vaciar, al mismo tiempo que la terapeuta era capaz de recoger con claridad estas figuras y encausar la emergencia de éstas de una manera apropiada, ya sea mediante el diálogo y la escucha o el uso de técnicas determinadas. En estas ocasiones, la energización emocional de la paciente era muy clara y la sensación de genuina atención y calma en la terapeuta, también. Esto es coherente con lo que postula Naranjo, cuando refiere que para Perls “ser terapeuta gestáltico es ser uno mismo” (Naranjo, 2011, p.11), explicando que éste confiaba en que ser auténtico con los pacientes generaba un efecto contagioso en ellos, dando énfasis en la importancia de estar consciente y responsable de las propias acciones y sentimientos al interior de la terapia.

Sobre los elementos que dificultaron el proceso, surgen hipótesis que dicen relación con aspectos de la paciente y la terapeuta. Por un lado, queda la impresión de que la paciente tendió a racionalizar aspectos de sí misma que impactaban negativamente su vida, como su sensación constante de miedo. Así también, se apreció muy tendiente a naturalizar capítulos de su historia

vital que dejaban entrever experiencias traumáticas, las que presumiblemente podrían tener relación con aspectos polares de su funcionamiento.

La terapeuta en tanto, pasó por alto evidentes estados de aplanamiento afectivo que observaba en la paciente, intentando energizar figuras que eran claras para ella como terapeuta pero que no lo eran para la paciente. Lo lógico y coherente con la terapia Gestalt habría sido recoger precisamente este aplanamiento afectivo que era obvio. Esto, repercutió que en las sesiones significadas como “malas” el registro interno de la terapeuta fuese una sensación de “estar trabajando mucho” o de adoptar un rol excesivamente activo, cuestión que habría llevado a forzar el uso de algunas técnicas. Esto es apoyado por lo que señala Latner, cuando refiere “el organismo sigue a sus necesidades, dirigiendo la energía que tiene a su disposición para atender lo que le resulta más importante. Sólo lo que es determinante en forma espontánea, puede provocar la concentración en un solo propósito y este es un aspecto necesario en la formación correcta de figuras. Seguir cualquier otro interés significa que el organismo tiene que restringir su impulso natural para ocuparse de lo que determina su atención, y la energía de esta restricción se pierde en detrimento de su compromiso con la Gestalt que se estaba formando”(Latner, 2007, p.27).

Uno de los aspectos que más facilitó el proceso de intervención fue que la paciente presentó una alta motivación al cambio, además de un evidente agrado de participar activamente en su proceso, cuestión que puede guardar conexión con el hecho de estar familiarizada con el tema, dada su profesión de psicóloga. En este sentido, podrían visualizarse estas condiciones como limitantes por cuanto estas variables favorecieron bastante el proceso, desde ahí, cabe suponer que quizás estos resultados no sean tan generalizables a pacientes que no se encuentren tan cercanos con la psicoterapia y que además, presenten mayores resistencias al cambio.

Otra limitante a considerar puede ser el hecho que por razones de distancia y otras dificultades, las sesiones no pudieron llevarse a cabo siempre de manera continua. En este sentido, surge la interrogante que de haber podido realizarse el proceso de esta forma, quizás esto habría repercutido en favorecer la energización de la paciente en algunas sesiones, mostrándose menos aplanada afectivamente, cuestión que dificultó el proceso.

Sin desmedro de lo recién expuesto y teniendo en consideración los resultados del presente estudio, cabe señalar que éste tiene implicancias favorables para la práctica clínica en la medida que viene a dar cuenta de la efectividad de la terapia Gestalt en la vida de una paciente, quien reporta cambios significativos que se han mantenido en el tiempo. Asimismo, comprueba que el poder del vínculo basado en la confianza, el trabajo en conjunto y el respeto por el proceso del otro, son aspectos centrales en la efectividad de la terapia, así como también el ejercicio del terapeuta basado en la fenomenología de escuchar sin sesgos al paciente y siguiendo con genuino interés las figuras que energizan al paciente.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Incorporated.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2014). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 1–18. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: a guide to case-based time-series analysis. *The American Psychologist*, 63(2), 77–95. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>
- Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: a guide to contemporary practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Brownell, P. (2008). *Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy*. Cambridge Scholars Publishing.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Latner, J. (2007). *Fundamentos de la Gestalt*. (2ª edición) Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos
- Membrado, R.(2003). *El proceso de Duelo bajo el Enfoque de la Gestalt*. <http://es.slideshare.net/rosamembrado/el-proceso-de-duelo-bajo-el-enfoque-gestltico>
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1974/2010) *Sueños y Existencia*. (20ª Reimpresión) Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos
- Perls, F., Hefferline, R F., y Goodman, P. (1994) *Terapia Gestalt*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle Inclán
- Roussos, Andrés J. *El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XVI, núm. 3, noviembre, 2007, pp. 261-270. Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina.
- Stevens, J. (Ed.) (1978) *Esto es Gestalt*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Tschuschke, V., Crameri, A., Koemeda, M., Schultess, P., Wyl, Von, A., & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on Psychotherapy research and Initial results of the naturalistic Psychotherapy Study on outpatient treatment in Switzerland (PaP-S). *International Journal of Psychotherapy*, 14(3), 23–35.

Yontef, G. M. (1995). *Proceso y diálogo en Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.

Comentarios

Muy buen trabajo, felicitaciones!!!

Arreglaste algunos pequeños problemas pero no agregaste más elementos a la discusión. Yo corregí los gráficos con los nuevos datos que me mandaste y en la sección “Instrumentos” cambié los párrafos redactados por esta tabla que es lo que estamos incluyendo en los nuevos artículos.

Te falta agregarle la portada y fijate en los detalles formales de la entrega, el empaste, etc.

NOTA FINAL: 6,4.