

Terapia Gestalten un paciente conCáncer y rasgos narcisistas: Un estudio de caso único

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es un diagnóstico cada vez más recurrente en la población mundial. Quien lo vive, es afectado integralmente, es decir en todas las dimensiones de su ser. Como formas de comprensión e intervención en el tema, la Terapia Gestalt, bajo la comprensión del Enfoque Holístico de la Enfermedad de la doctora Schnake (2012), propone mirar el diagnóstico desde la comprensión del mensaje existencial que está dejando, y la integración de los aspectos del carácter que han sido negados con base en una idealización que oscureció la verdadera esencia. Es así como se puede observar una dinámica de funcionamiento en el paciente en la que sus rasgos caracterológicos se tornan un campo fértil para el desarrollo de este diagnóstico en específico.

Como enfoque terapéutico, la Terapia Gestalt ha mostrando efectividad en sus procesos (Latner, 1994). Sin embargo, considerando la percepción del autor, los terapeutas gestálticos tienden al activismo y la práctica, por lo cual se da una fuerte tendencia hacia el interés por el desarrollo de sus prácticas más que por la documentación de las mismas. Por esta razón, la literatura que se encuentra mayoritariamente está enfocada a cómo se debe dar la aplicación de los principios y fundamentos de la terapia, habiendo pocos textos explicativos (Latner, 1994). La literatura que documenta investigación empírica en el enfoque es aun más escasa, identificando solo algunos antecedentes de investigación significativa en el tema (Marcos, 2009; Reiner, 2007). Igualmente, cabe considerar que la terapia Gestalt es un enfoque basado en la especificidad de cada ser humano y su proceso, de carácter efímero, único e irrepetible. Por esta razón, los conceptos que la definen no son fácilmente categorizables y suponen un gran esfuerzo de sistematización (Delisle, 1997). De esta forma, los estudios empíricos que se desarrollen en el tema, favorecen el crecimiento y el fortalecimiento de la terapia Gestalt como disciplina metodológica.

El presente estudio hace parte de un estudio colaborativo internacional que busca desarrollar una red de investigación basada en la práctica (practicebasedresearchnetwork en inglés). Se basa en el uso de la metodología de estudios de caso con diseño experimental y

análisis de series temporales. La elección de la metodología específica se asoció con la facilidad de la aplicación en consulta individual o grupal, tener bajo costo y ser más coherente con la terapia Gestalt y los postulados humanistas-existenciales en los que se basa.

De esta forma el presente estudio describe el proceso terapéutico realizado con un paciente que vivencia un diagnóstico de cáncer, y que presente rasgos caracteriológicos narcisistas. El análisis refleja la efectividad del proceso, cómo se va dando el proceso de cambio y los mecanismos que influyeron en el mismo. El estudio permitirá mostrar cómo los principios de la Terapia Gestalt se aplican específicamente a esta problemática a fin de contribuir con la investigación de la Terapia Gestalt a través del conocimiento empírico.

1.1 Contextualización en Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) el cáncer es una problemática mundial por las altas tasas de morbilidad y mortalidad que genera. Según las cifras arrojadas para el 2012, la incidencia es de 14 millones de personas y 8,2 millones han muerto por el diagnóstico.

Actualmente, es considerada como una de las más frecuentes y mortales enfermedades. La OMS (2015) prevé que estas cifras se incrementen en un 70% en los siguientes 20 años y refiere que África, Asia, América Central y Sudamérica son los continentes en los que se presentan más del 60% de los nuevos casos. Específicamente para América, Correa y Salazar(2007) afirman que es la principal causa de muerte por enfermedad ya que solo el 40% sobreviven. En Colombia, los diagnósticos de cáncer, siguen la misma tendencia.

Conforme a la recurrente presencia del diagnóstico y el gran impacto emocional que genera, existe una fuerte tendencia de los profesionales de la salud por investigar esta patología. En efecto, ha habido un grupo de profesionales que han enfocado sus estudios en los factores psicosociales asociados a la enfermedad crónica, y en especial al cáncer, considerando la unidad cuerpo-alma como base del estudio (Nokolaeva, 1992 y Martin y Grau, 1993 citados en Grau, Knappe, Pire, Villanueva y Rodríguez, 1994).

En cuanto al campo específico de la psicología existen diversos movimientos estudiando la problemática buscando dar respuesta a los factores psicosociales que podrían dar origen al diagnóstico y las formas de acompañar al paciente para generar estrategias de afrontamiento asertivas (Bayés, 1991). Hipkins, Whithworth, Tarrier y Jayson (2004) dejan presente que las variables que influyen en las formas de afrontarlo son la edad, el género, el tipo de cáncer y su localización, las condiciones físicas y síntomas, los recursos económicos, las habilidades individuales, y las redes de apoyo. Conforme el desarrollo de la enfermedad se va dando, el paciente vive miedo y pánico asociado con el deterioro corporal, desgaste emocional y percepción de la cercanía de la muerte (Gallar, 1998). Las formas de terapia y desarrollo de conceptualizaciones frente al abordaje del diagnóstico son relativas conforme a las diferentes corrientes de la psicología: cognitiva conductual, psicoanálisis y existenciales-humanistas.

1.2 Terapia Gestalt y Fundamentos Básicos

Dentro de las corrientes humanistas, se encuentra la Terapia Gestalt, desde la cual el ser humano es concebido bajo una comprensión holística y unificada en la que se incluye el funcionamiento en su dimensión física, emocional, de pensamiento, cultural y de expresiones sociales (Latner, 1994). Para la definición de salud/enfermedad, la terapia Gestalt explica que un organismo sano es aquel que entra en contacto consigo mismo, con su ambiente y con la relación entre estos dos. Por tanto, un organismo enfermo es aquel que no está en contacto consigo mismo y/o con su ambiente (Latner, 1994). Cuando el sujeto reconoce en sí algunas características propias de su carácter y deja por fuera de sí otras características (con las cuales no se reconoce), la posibilidad de reacción ante circunstancias del entorno se verá limitada. Si el sujeto no es consciente de esta limitante, limita su contacto interior y rigidiza sus formas de contacto con el entorno entrando en formas de funcionamiento no sanas.

En coherencia con estas definiciones, el interés terapéutico del enfoque está puesto en la integración y en la dinámica de contacto que se actualiza permanentemente. Así, los terapeutas gestálticos, están enfocados en que su paciente madure emocionalmente y

recupere la conciencia que ha perdido (Latner, 1994). Para lograrlo, se propone que el terapeuta se pare en una mirada en la que en la que la meta sea que el paciente genere mayor flexibilidad de forma en que pueda responder a los efectos de su vida con una mayor posibilidad de opciones. De esta forma, el proceso se basará en la habilidad que tenga el paciente para observar sus estructuras fijas del carácter (Shub, 2007) y pueda lograr la integración de esas características con las cuales no se estaba contactando.

Profundizando en el concepto de enfermedad bajo esta mirada denominada Enfoque Holístico de la Enfermedad, Schnake (2012) propone un enfoque novedoso en el que la enfermedad es considerada como un mensaje existencial que el paciente debe comprender, asociado con la incapacidad de aceptación de un rasgo del carácter, “que corresponde a un elemento que no quiere desaparecer sin que jamás haya sido reconocido ni aceptado” (Schnake, 2007. P.15). Haciendo alusión específicamente al cáncer desde esta mirada, la autora hace referencia a una actitud avallasadora y omnipotente en el paciente, que se refleja en el comportamiento de sus células. Haciendo referencia a la célula oncológica, la autora explica en palabras específicas:

“Por algo ha sido bautizada como maligna: lo demoníaco apareciendo *inocentemente* en nuestro cuerpo, tratando de invadir, seducir a las células comunes, que saben, desde siempre, cuál es su línea de comportamiento, sus límites y posibilidades. Las células malignas, como un verdadero Mefistófeles, tratando de evitar ser rechazadas; que las células normales de cada órgano no se defiendan, no den aviso de su presencia ya que inicialmente aparecen *tan débiles, inmaduras, poco estructuradas*, que las acepten hasta que sean tantas que no le dejen espacio a las que trabajan de verdad” (Schnake, 2001. P.189)

Igualmente, en la profundización del órgano en que se desarrolla el cáncer, la DraSchnake (2001) parte de la base que cada órgano tiene una especificidad en sí, unas características propias para su funcionamiento pleno. Si la persona niega estas características en su propio carácter, el órgano terminará haciendo lo mismo. En palabras de la autora, el órgano:

“Sintiéndose poco valorado por la no aceptación de sus características esenciales, no es capaz de rechazar a esas células, “aparentemente inofensivas”, diferentes a sus células

“específicas” y que se sienten con tanto o más derecho que ellas a permanecer; no puede recurrir al sistema inmunológico para que las elimine y las proteja, a ellas que son las que deben estar en ese sitio y en ese momento”.(Schnake, 2001. P.190.).

1.3 Rasgos Caracterológicos Narcisista a la Luz de la Terapia Gestalt

Conforme esta mirada holística de la Terapia Gestalt en donde el concepto de integración física y emocional es traslucido desde la concepción misma, es importante abordar los rasgos caracterológicos del paciente con el cual se interviene. Para este caso, se abordarán los rasgos del carácter narcisista. Se parte de la base que el concepto del *carácter* es definido como “la forma repetitiva en que los individuos interactúan con su ambiente” (Shub, 1992). Así, los desórdenes del carácter guardan una correlación con el concepto de enfermedad, en la medida en que implican la presencia de rasgos inflexibles que limitan las opciones de afrontamiento que tiene el individuo con su entorno. El individuo termina actuando de forma inflexible repetitivamente en las diferentes áreas de su vida. Cabe resaltar que se hace alusión a esta rigidez como un proceso constructivo del sujeto en su historia de vida, no de carácter congénito. El desarrollo de la rigidez se da como defensa a las dificultades del ambiente infantil(Shub, 2007).

En la definición del Narcisismo, Shub (2007) explica que:

“Es un estado de ser en que los individuos interactúan con el ambiente estando extremadamente preocupados con sus propios sentimientos. Los narcisistas tienden a tomar la mayoría de las cosas en forma muy personal y no son capaces de invertir profundamente en otros. Las personas narcisistas generalmente necesitan mucho apoyo exterior para anclar sus egos inseguros. Nuestra sociedad a menudo refuerza a estas personas preocupadas en sí mismas, como si fueran un martillo, las sigue golpeando toda la vida, demandando éxito. Debido a que están tan preocupadas consigo mismas, se concentran totalmente en una meta sin preocuparse por cómo se sienten las otras personas” (P.56).

En este sentido, el narcisista es una persona que enfoca todas sus acciones en incrementar la admiración del mundo hacia él. Su obstinación por lograr sus metas y su

compromiso con que el mundo los vea como personas con mucho éxito y personas buenas, hace que ellos logren posiciones sociales de reconocimiento. En este sentido, sus acciones no están basadas en el interés genuino por el otro, sino en que los demás enfoquen su atención en lo que ellos necesitan por encima de todo. Por esta razón, en sus relaciones sociales suelen verse como bondadosos, sensibles y cariñosos; pero la experiencia de personas cercanas a ellos, es completamente opuesta y las relaciones se ven afectadas. En sí mismos, sienten mucha seguridad en sus habilidades pero son extremadamente inseguros en creer que las personas los quieren, los valoran y los aceptan como personas. Por esta razón, el reconocimiento de otros se vuelve el apoyo externo sobre el cual dan sentido a sí mismos, en lugar de ser su habilidad para valorarse a sí mismos. Desde aquí, el narcisista busca que los demás sientan que él es el mejor, que tiene cualidades que otros no tienen, y que no se vayan de su lado; hacen mucho esfuerzo para que las personas los aprecien y los quieran. En el fondo son muy frágiles y dependen de los demás para mantener y validar quienes son.

La pareja de una persona narcisista generalmente se siente conflictuada en su relación, no se siente vista ni reconocida, se sienten permanentemente criticadas y minimizadas (Shub, 2007). En los narcisistas es propio el sentimiento de inferioridad, hipersensibilidad, envidia intensa, incapacidad para comprometerse con profundidad, dificultad para mantenerse en relaciones amorosas íntimas y fantasías ligeramente perversas. Delegan su omnipotencia en una persona a su alrededor que considere poderosa y se convierta en el apoyo del narcisista, por lo cual se tornan dependientes. Su acción es percibida arrogante y pretensiosa y generan sensación de frustración en las personas que los contactan. Así mismo, su capacidad de contacto es débil y actúa como un “mensaje publicitario” (Delisle, 1997).

Para los narcisistas no es fácil aceptar la idea de ir a terapia puesto que no va con su autoimagen de grandeza. Conforme a que la búsqueda de validación es externa, el terapeuta tiene poder e influencia sobre él. El proceso consiste que el paciente aprenda a no tomarse todo personal y a no sentirse inseguro. Conforme a que este cambio implica un cambio total en su forma de operar, no puede lograrse rápidamente. La terapia se hace difícil en la medida en que debido a que el paciente quiere parecer muy bueno, no pide ayuda, no sabe

cómo invertir e intenta mantener una imagen externa impecable de lo maravilloso que es. (Shub, 2007).

El terapeuta debe confrontar su carácter al mismo tiempo que le da suficiente apoyo para que no salga corriendo de la terapia (Shub, 2007). Igualmente, debe ayudar a actualizar el verdadero yo del paciente (aquella parte de sí que contiene sentimientos de vacío y de pánico, la rabia y las defensas creadas por la carencia de empatía que ha vivido desde niño) y ponerlo a dialogar con el yo falso y el yo sintomático (aquella parte de sí que desarrolla síntomas clínicos y atiende necesidades del yo falso sustituyendo las necesidades del yo verdadero) (Delisle, 1997).

1.4. Diseño Experimental de Caso único como alternativa para estudiar la efectividad de la terapia

Borckardt et al. (2008) plantea que la validación empírica de un modelo de tratamiento presenta un gran desafío en cuanto a la metodología que se utiliza para validarlo. La metodología utilizada generalmente en los estudios de efectividad es el de Ensayo Clínico Randomizado (RCT: siglas en inglés). Este método resulta eficiente en investigaciones farmacológicas en cuanto a que establece relación causal entre tipo de tratamiento y resultados obtenidos; Sin embargo presenta principalmente estas dificultades (Tschuschke et al., 2010): La primera es que podría quedar fuera del alcance de algunos clínicos e investigadores por su costo; la segunda es que se aleja de las realidades típicas de los pacientes y terapeutas debido a las condiciones de “laboratorio” en que se desarrollan; tercero describe un resultado general sin permitirle observar en detalle los mecanismos de cambio.

Por estas razones, los modelos terapéuticos aplicados clínicamente no han sido investigados sistemáticamente por investigadores y clínicos; quienes han tendido más bien a guiar su práctica mediante datos casuísticos, modelos teóricos no explorados científicamente e intuiciones clínicas. Por lo anterior, Chambless et al. (1998) propone presentar alternativas validadas para estudiar la efectividad psicoterapéutica como el “Experimento de Caso único” de Smith (2012).

Este tipo de experimentos tienen una larga trayectoria en que va desde los experimentos de Skinner hasta su aplicación reciente en las diversas corrientes psicológicas: sistémica, psicoanalítica y cognitivo-conductual (Crane, 1985; Dallery, Cassidy, & Raiff, 2013; Kellett, 2010; Smith, 2012). En estos experimentos se toma una fase de intervención psicoterapéutica con un caso individual y

otra fase que sirve como “grupo control” en la que no hay psicoterapia. Para el caso de este proyecto, se tomará varios casos únicos investigados.

Las ventajas que proponen Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer (1993), Ray & Schottelkorb (2010) y Smith (2012) son que: por un lado son de fácil aplicación; permiten contextos naturales para la terapia diferentes a los de laboratorio mencionados; así mismo facilitan la evidencia de que una terapia está “bien establecida” (con 10 o más casos exitosos) “posiblemente eficaz (con 3 o más casos exitosos) conforme a los criterios de la APA para validar empíricamente un modelo terapéutico. De acuerdo con Chambless et al. (1998) no es necesario entonces acudir a un ensayo clínico randomizado para la evaluación de la eficacia de un tratamiento con una población específica; finalmente este tipo de estudios permiten la aplicación de múltiples y detalladas mediciones a lo largo del proceso, que permiten dar cuenta de forma clara y precisa, del impacto de las intervenciones de cada sesión, sobre el resultado final del proceso psicoterapéutico. .

1.5. Objetivos del Estudio

Los objetivos trazados para el estudio son:

1. Evaluar la efectividad de un proceso terapéutico de orientación Gestalt con un paciente que presenta rasgos de carácter narcisista y vivencia un diagnóstico de Cáncer.
2. Explorar las dinámicas del proceso de cambio terapéutico.
3. Identificar mecanismos de cambio que facilitan u obstaculizan el logro de los resultados.

2. MÉTODO

2.1 Diseño general

El estudio evalúa los resultados del proceso y describe el proceso de cambio (mediante aspectos cuantitativos) identificando factores que influyeron significativamente en el proceso (mediante aspectos cualitativos). Desde lo cuantitativo, se utilizó un diseño experimental de caso único de tipo A-B-C, con análisis de series temporales (Borckardt et al., 2008; Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer, 1993; Smith, 2012). Para eso, se seleccionaron tres problemas o síntomas centrales a trabajar y se les hizo seguimiento diario y semanal durante todo el proceso. Al finalizar el proceso, se compararon los puntajes de estos problemas diferenciando 3 fases (A-B-C).

A: Pre-Terapia. En esta etapa inicial se hizo una sesión 0 con el paciente en la que se estableció una línea de base a partir de la aplicación de instrumento y la definición conjunta con el paciente de 3 problemáticas que el paciente quiera abordar, denominadas Target Complaints (T.C.). A estos 3 T.C. se le hizo seguimiento durante todo el proceso terapéutico. Tuvo una duración de 2 semanas. Es equivalente al “grupo control” en un diseño experimental tradicional.

B: Terapia. Esta fase correspondió a un seguimiento de orientación Gestáltica con el paciente de aproximadamente una hora cada semana. Se realizaron 22 sesiones en total durante un año.

C: Post-Terapia, En esta etapa se hizo la sesión final con la aplicación de instrumentos, y el paciente diligenció los formatos de seguimiento diario a los 3 T.C. por dos semanas posterior al encuentro. La entrevista de seguimiento 6 meses después, no se pudo hacer debido al fallecimiento del paciente.

Todas las sesiones fueron grabadas en audio y video. Para el análisis cualitativo de la

información, se hizo una revisión de todos los videos en la que se observó el proceso general, que permitió identificar sesiones claves en cuanto a “productivas”, “perjudiciales ” y “neutras”, teniendo en cuenta tres aspectos: vínculo terapéutico, aspectos de la conducta del paciente, y técnicas e intervención del terapeuta.

2.2 Participantes

Los participantes de este estudio son un terapeuta y un paciente. Se realizó un proceso terapéutico basado en el enfoque de Terapia Gestalt, el cual tuvo una duración de 22 sesiones en total.

Terapeuta

La primera autora de este artículo fue a su vez la terapeuta. Durante el tiempo de la realización del proceso, la terapeuta es una psicóloga de 27 años que lleva laborando cuatro años en el campo de la psicología social y decide ese año incursionar en el campo de la psicología clínica. Inicia a laborar el presente año en una clínica privada de la ciudad de Cali, Colombia atendiendo personal de la clínica que solicita acompañamiento terapéutico por una situación personal y/o familiar.

Igualmente, en este momento de la realización del proceso terapéutico estaba finalizando su formación de magíster en Terapia Gestalt, llevando a cabo su tercer año de formación. Durante el tiempo de intervención, tuvo supervisiones clínicas con un supervisor de la escuela. Posterior a la intervención realizó la fase de investigación formal del presente estudio analizando las sesiones. Las herramientas existenciales brindadas por la Terapia Gestalt le permitieron abordar el caso con una mirada diferencial que el paciente consideró muy provechosa.

Consultante

Paciente de 47 años, con limitaciones visuales asociadas con la pérdida del globo ocular derecho por un Carcinoma Papilar sin causa definida. Se sospecha puede provenir de tiroides, otras glándulas o pulmones. No hay claridad en el diagnóstico de base debido a que no se pudo comprobar conforme exámenes clínicos. La sintomatología se inició 3 años antes de la terapia y se confirmó el diagnóstico cancerígeno 2 años antes del proceso. El dolor le hacía perder la conciencia. Debido al diagnóstico ha presentado amnea del sueño, vaciado total del ojo, pérdida de sensibilidad en el lado derecho de su labio, restricción en su campo visual. Desplazamiento autónomo y no hay limitaciones de movilidad independiente. A nivel psicológico refiere que ve la muerte de cerca y esto lo hace ubicarse en valorar cada día de vida; decir al otro lo que piensa y siente.

No consume cigarrillo ni drogas; consumo de alcohol “social” en dosis bajas (una cerveza cada dos meses). No practica ninguna actividad deportiva hace dos años. Suspendió el nadado por diagnóstico de Cáncer e inicio de tratamiento: riesgo de infección. Interés por teatro, escritura y lectura, cine. Creencias religiosas muy definidas, de marco católico.

Casado, sin hijos. Su esposa de 50 años tiene un diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico. No tuvo estudios posteriores a la secundaria básica y trabajó como secretaria en una universidad pública de la ciudad. Ella tuvo un trabajo de oficina hasta que fue diagnosticada hace 19 años debido a lo cual tuvieron que practicarle una cirugía. Se enfermó recién empezada la relación, llevan 19 años de casada con el consultante. Actualmente, ella tiene pensión por invalidez de un Salario mínimo legal vigente.

El consultante presenta dificultades económicas severas asociadas a la incapacidad laboral de su esposa y a su actual bajo rendimiento productivo asociado con su diagnóstico. Inició una acción de tutela con la entidad oficial de pensiones debido a la negación de la solicitud de pensión por incapacidad laboral.

Niega antecedentes de procesos terapéuticos previos de carácter psiquiátrico y/o psicológico. Sin embargo, en un momento avanzado de la terapia, habla de haber tenido dos acercamientos a psicólogos, los cuales no fueron bien recibidos por el paciente. Se muestra

muy motivado con el proceso y durante el mismo es cumplido con las asistencias y constante en el diligenciamiento de los formatos.

2.3 Instrumentos

A continuación se presenta una tabla que resumen los instrumentos utilizados en el proceso:

Tema	Instrumento	Descripción	Evaluador	Momento en que se usa
Expectativas de la terapia	PATHEV (Schulte, 2008)	Cuestionario con 11 preguntas divididas en 3 subescalas: “Esperanza de mejorar”, “Miedo a cambiar” y “Adecuación”.	Auto-reporte (paciente)	Sesión 0
Expresividad emocional	BEQ (Gross & John, 1997)	Cuestionario con 16 ítems, divididos en 3 subescalas: “Emocionalidad negativa”, “Emocionalidad positiva” e “Intensidad del impulso”.	Auto-reporte (paciente)	Sesión 0
Bienestar general	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 sesión seguimiento
Problemas que se trabajarán en la terapia	Simplified Personal Questionnaire (Elliot, Mack & Shapiro, 1999)	Cuestionario con 10 ítems en que el paciente enumera y puntúa los 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	7) 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	8) 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	9) CSEP-II (Elliot, 2002)	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

Con el fin de recuperar la experiencia y evaluación de la psicoterapia realizada, se debía haber aplicado en la sesión de seguimiento el “ClientChange Interview” (Elliot, 1999) mediante una 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”. Esta debía ser aplicada por un terapeuta distinto al que realizó el proceso. Sin embargo, esta sesión no pudo ser realizada debido al fallecimiento del paciente.

2.4 Procedimiento

Reclutamiento de los participantes:

La terapeuta inicia su vinculación con el proyecto investigativo por medio de la realización de tesis de grado del Magíster Teoría y Práctica Gestáltica en el contexto de la formación en el Centro de Psicoterapia Gestalt de Santiago en convenio con la Universidad Mayor.

El paciente inicia tratamiento psicoterapéutico, a través de consulta privada, debido a que había participado de una sesión de terapias integrativas en una fundación a la que la terapeuta asistía esporádicamente. Se le contactó telefónicamente con la finalidad de ofrecerle la posibilidad de intervención a bajo costo y él decidió aceptarlo. Se estableció

fecha y hora de encuentro para la realización de la sesión 0, en la cual se observó la difícil condición económica del paciente que incluso limitaba sus posibilidades de transporte a las sesiones, por lo cual se le ofreció la atención gratuita. Esto pudo haber influido en cumplimiento oportuno y puntual de sus citas y del diligenciamiento permanente de los formatos, como una forma de retribución.

Etapa A, Baseline (pre-terapia):

Se realizó una “sesión 0” de contacto inicial en que se aplicaron los cuestionarios: OQ-45.2, SPQ, PATHEV, BEQ y se diligenció el consentimiento informado.

El propósito de esta sesión fue evaluar las problemáticas del paciente con base en una información del estado habitual del mismo previo al proceso. Para dar inicio al proceso, se consideró la estabilidad de las puntuaciones durante las dos semanas que transcurrieron hasta el inicio del proceso. Mediante el instrumento del SPQ se definieron 3 problemas (T.C) en los cuales se centraría el proceso. Sobre estos 3 T.C. definidos, se realizó el seguimiento diario que el paciente traía a terapia en la sesión siguiente. El diligenciamiento de este formato fue continuo hasta 2 semanas después de haber terminado el proceso.

Etapa B, Intervención (Terapia de orientación Gestalt):

Se desarrollaron 22 sesiones de consulta. Se programaba sesión cada 8 días en un espacio de una hora aproximadamente. El proceso se extendió a un año debido a que hubo lapsos de tiempo entre sesiones que se extendieron (incluso aproximadamente de un mes entre una sesión y otra) debido a complicaciones de salud que presentó el paciente y que le impidieron asistir a su terapia. Todas las sesiones fueron grabadas en video y en audio para su posterior análisis. En esta etapa se aplicaron los siguientes instrumentos:

(1) Diariamente: El formulario diario del SPQ. En tres momentos del proceso, el paciente no diligenció este formato debido a hospitalizaciones que tuvo en las que fue aislado por su condición. En el tercer momento hay un espacio de un mes en que no lo diligenció porque estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos tras un infarto grave que tuvo.

(2) Antes de cada sesión: OQ-45.2. y El formulario semanal del SPQ.

(3) Después de cada sesión: SEQ, CSEP-II (completado por el terapeuta). El instrumento IAT-short version se aplicó cada cuatro sesiones (En las sesiones 1,5,9,13,17,21).

(4). En la sesión final del proceso terapéutico: formulario semanal del SPQ y OQ-45.2.

Etapa C, Seguimiento (post-terapia):

La fase de post terapia no pudo ser completada. Se obtuvo el registro diario del SPQ de dos semanas inmediatamente posterior a la sesión final. Sin embargo, la sesión que debía realizarse 6 meses después no pudo darse como fue programada por fallecimiento del paciente.

2.5. Análisis de la Información

La metodología de análisis se describirá de acuerdo a los distintos objetivos planteados para el estudio:

Objetivo 1

Se usó la metodología de experimento de caso único, con análisis de series temporales, para hacer la evaluación de la efectividad del proceso (Borckardt et al., 2008; Smith, 2012). Se compararon los puntajes del test Target complaints en la fase A (pre-terapia), con los puntajes del mismo test en la fase B (terapia) y C (seguimiento). Se usó el Simulation Modeling Analysis para datos de series temporales en la comparación (Borckardt et al., 2008).

Objetivo 2

Las dinámicas del proceso de cambio psicoterapéutico, fueron exploradas mediante el análisis de los datos que fueron obtenidos con los instrumentos de medición. Se

correlacionaron estos resultados con la descripción que hace el terapeuta y el paciente del proceso de cambio.

Objetivo 3

El análisis de contenido cualitativo, basado en la observación no participante (Flick,2004), fue utilizado para identificar mecanismos de cambios que favorecieron y/o obstaculizaron el logro de resultados.Se identificaron sesiones de impacto positivo, neutro y negativo para describirlas y compararlas, en cuanto a aspectos de la interacción paciente-terapeuta, del paciente en la sesión, uso de técnicas específicas, y aspectos que sucedieran por fuera de la terapia.

3. RESULTADOS

3.1. Contexto y apreciaciones generales del Caso

Paciente de 47 años, casado hace 19 años, con limitaciones visuales asociadas con la pérdida del globo ocular derecho por un Carcinoma Papilar sin causa definida.Un hombre proveniente de una familia del campo (pueblo de San Antonio). Padre minero quien estudió hasta la primaria, madre ama de casa. Con una relación familiar “muy bonita” según la descripción del paciente. No identifica ningún elemento de disgusto, molestia o malestar frente a su familia. Lo cual llama especial atención.

Tuvo una toxoplasmosis congénita de niño. Su madre se resistió al tratamiento, acudió solamente a la virgen. Esto generó en él una pérdida de la visión en su ojo. Dice que sus ojos siempre estaban rojos. Se acostumbró a vivir con el dolor desde muy niño. Presenta antecedentes de bullying escolar y rechazo social desde muy niño por las limitaciones visuales que tenía. Su familia tenía una gran preocupación por las restricciones que él tenía no solo por venir de condiciones económicas de pobreza extrema, sino también porque con su situación de discapacidad se restringían sus posibilidades. Estos dos temas desencadenansensación de inferioridad por su dinero y por su diferencia física.

En su adolescencia se traslada a vivir a Cali, ciudad en donde viven pobreza extrema y en sus alrededores hay exposición a conductas delictivas. Inicia a laborar desde los 16 años para poder finalizar el bachiller y estudiar la universidad. Fue el primer profesional de su familia. Es administrador de empresas y técnico en sistemas. Es docente de un instituto donde da clases de hora cátedra para la carrera de administración de empresas. Se enfoca en dar clases de talento humano en la administración.

Durante su trayectoria laboral, recibió rechazo social por su parche. A partir de todas estas vivencias se desarrolla: baja autoestima y la prevención al contacto social que se refleja en que permanentemente teme incomodar a los demás y teme ser rechazado. Por eso, prefiere evitar el contacto; igualmente, acude a su parte espiritual estructurando creencias de fe y confianza en que Dios puede ayudarlo a que su situación sea mejor, en que existen buenas personas y que el perdón hacia los demás es la mejor opción. Con base en estas creencias logra consolidar la única forma de ser y estar en el mundo.

Con base en este histórico, el paciente define como motivo de consulta el que “quiero ver si estoy manejando bien o no sus vivencias frente a la enfermedad y el rechazo social que he recibido”. Quiere aclararse. Se percibe una búsqueda de validación a través de otro, de escuchar su perspectiva frente a lo que hace. Con el pasar de las sesiones, se construye un objetivo terapéutico: Acompañar al paciente en la construcción de su propia estructura a través de revisar y cerrar las gestalts que estaban abiertas para él. Para este objetivo, se observó la situación de conflicto con su esposa, el miedo a morir que experimentaba y las vivencias de rechazo social que ha vivido desde niño. Esto se logra mediante la posibilidad de crear espacios de diálogo que le permitan escucharse y validarse, algo que no había tenido hasta este momento de su vida. Con base en esto, se definen como problemas para trabajar en terapia los siguientes T.C.: 1. Me siento incompatible con mi pareja. 2. Me siento intranquilo con la posibilidad de morir. 3: Me siento inseguro ante el rechazo social.

Frente al **T.C. # 1**: El paciente refiere mucha inconformidad frente a su relación de pareja. No percibe apoyo ni comprensión por parte de su esposa. Refiere haber sido muy atento y comprensivo en el proceso de enfermedad de ella, pero siente que ahora que él es quien lo necesita ella se muestra indiferente y conflictiva. No reconoce ninguna actitud personal en él que favorezca este conflicto. Se percibe víctima en la relación y dice no

comprender por qué ella se comporta de esta manera. En la sesión 0, este T.C recibe la puntuación de 8 y la puntuación promedio para las dos primeras semanas es de 4,4 mostrando una reducción en su molestia.

Para el **T.C. #2**: el paciente refiere ver la muerte muy de cerca. Aunque quiere luchar y superar su diagnóstico refiere que le genera intranquilidad con la posibilidad de morir. En la sesión 0 este ítem recibe una puntuación de 6 y el promedio para las dos primeras sesiones es de 2 reflejando una reducción importante en la puntuación.

El último **T.C.#3**: Hace alusión a que el paciente considera que el rechazo social que ha hecho parte de su vida lo ha marcado profundamente y que actualmente teme sentirse rechazado, especialmente porque sabe que pueden haber cambios físicos significativos asociados a su diagnóstico. Este ítem puntúa en 7 y el promedio para las dos primeras semanas es de 3,6.

Como impresión clínica se registra que el paciente se muestra dispuesto y motivado hacia el proceso. Lo toma como una herramienta de apoyo para su proceso de vivencia del diagnóstico. El verse ante la posibilidad de morir, ha reducido su miedo a cambiar y mejorado su nivel de adecuación.

Las puntuaciones del **OQ** reflejan que la incomodidad en su calidad de vida corresponde a la de la población general, no hay síntomas de trastorno depresivo o ansioso. Igualmente, el **OQ** no registra potencial suicida, ni abusos de sustancias, ni violencia actual o futura en su trabajo, lo cual corresponde con las percepciones clínicas registradas. En coherencia con esto, el **BEQ** muestra emocionalidad negativa baja (15); emocionalidad positiva alta (27); intensidad del impulso baja (19).

Frente a las expectativas frente a la terapia, el **PATHEV** refleja un nivel ALTO de su esperanza a mejorar (19); un BAJO miedo a cambiar (4), y un ALTO nivel de adecuación (15).

Conforme a estos resultados de las pruebas y la percepción clínica, no se aplica **BDI**, **HAMILTON** ni **MINI**.

Resumen del proceso terapéutico

Se realizaron en total 23 sesiones, incluida la sesión 0 de evaluación. Este proceso se dio en el término de un año calendario (30 Mayo 2013 a 31 Mayo de 2014).

El proceso podría organizarse en tres fases importantes: la primera comprende las primeras 5 sesiones en donde se busca un ajuste de la terapeuta a la necesidad del paciente. No hay una comprensión clara de cómo relacionarse, es un ensayo-error. Las expectativas de la terapeuta interfieren dejando de lado el ritmo del paciente y haciendo que se contacte con las resistencias personales. La actitud de disposición y apertura al contacto, la escucha activa, son la única herramienta de la terapeuta para llevar el proceso. Estas herramientas facilitaron la construcción de un vínculo emocional seguro para la exploración con el paciente. Esto fue muy importante dada la historia y la situación actual del paciente. Durante esta fase, se acude a la imaginación, la consciencia corporal y esculturas. En la sesión 4 se da una silla vacía que resulta fallida debido a la ansiedad que presenta el paciente con el ejercicio que no le permite conectarse con la experiencia. Cuando esto sucede, la terapeuta se siente confrontada frente a no seguir realmente la figura del paciente sino el intento de la aplicación de técnicas. Es por esto que se permite soltar sus expectativas y seguir la figura del paciente en cada sesión. El paciente no logra conectarse con los ejercicios vivenciales. Le era muy ansioso cerrar su único ojo, tal vez le hacía sentir aun más indefenso, poniendo en evidencia su permanente dificultad para confiar. La figura del paciente ante los ejercicios era “hacerlos bien”, lograr el reconocimiento esperado; por tanto no se daba una conexión real con la posibilidad de un darse cuenta. Esto se sumaba con la presión de la terapeuta de lograr una adecuada aplicación de la técnica, que no le permitía centrarse en la vivencia del paciente en el ejercicio. Tras soltar esta expectativa, se deja de lado la necesidad de utilizar los ejercicios y se trabaja a través de la terapia dialógica (sesión 5), basada en la búsqueda de comprensión genuina de sus vivencias. Es solo aquí que se logra adentrar en el mundo del paciente, permitiéndole a él centrarse en su propia experiencia y generando un vínculo más auténtico.

La segunda fase, se construye desde la sesión 6 hasta la 18 en donde se abordan sus diferentes formas de ver la vida, el conflicto, las relaciones sociales y de pareja y se profundiza en la opción de morir. El reflejo empático es la mejor herramienta. Se hace

necesario trabajar a través de la validación permanente de su sentir, de la profundización en la propia experiencia que generalmente se camufla con una generalización de los hechos y el centrarse en otros. La escucha, el silencio en terapia, la posibilidad de hablar le permiten ir adentrándose en su mundo y observar sus formas de pensar y sentir. Aun cuando las limitaciones de salud y movilidad son arduas, él considera que en estos espacios logra organizarse y entenderse.

La fase final del proceso, se da entre las sesiones 19 y 22. El paciente está pronto a asistir a un viaje de crecimiento espiritual en Brasil por un tiempo prologado, lo cual conlleva a definir una fecha de cierre para el proceso. Solo hasta la sesión 20 se percibe en el paciente la reducción de la resistencia y el logro de la tranquilidad personal en él. El proceso de cierre se basa en recoger sus darse cuenta en el espacio, y su aplicación de aprendizajes en sus escenarios sociales. El paciente logra un contacto más real consigo mismo, una apertura a la escucha y la comprensión del otro (en este caso el terapeuta). Su discurso refleja una vivencia más auténtica, no tan idealizada de sí mismo.

Tres meses después de haber realizado la sesión final, se contacta al teléfono de contacto del paciente y contesta su esposa informando que el paciente murió. Dice que el viaje finalmente no se pudo dar porque su situación de salud se complicó y debieron internarlo en la UCI con manejo de dolor hasta que falleció. Por esta razón, el proceso no tiene etapa de post terapia.

3.2 Resultados cuantitativos

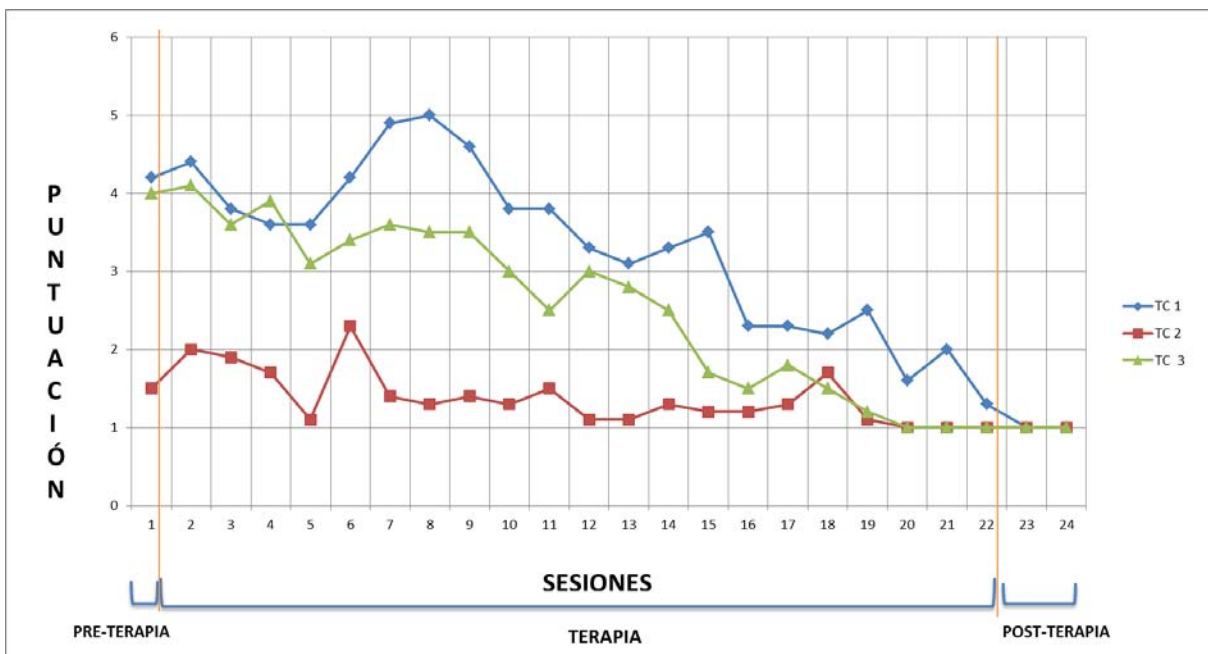
Tabla 1: Resultados pre y post para Single Case Experimental Design (Target Complaints)

Etapas	Pre-Terapia (Baseline)	Terapia	Post-Terapia (2 semanas post sesión final)	Post Terapia (1 semana previa a sesión seguimiento)
Nº días de cada etapa	14	364	15	No hubo
Promedio Target complaint 1: Me siento incompatible con mi pareja.	4,4	3,3	1	No hubo
Promedio Target complaint 2 Me siento intranquilo con la posibilidad de morir.	1,8	1,4	1	No hubo

Promedio Target complaint 3 Me siento inseguro ante el rechazo social	3,6	2,6	1	No hubo
---	-----	-----	---	---------

Los Target complaints se mantienen igualmente definidos desde el inicio del proceso hasta el final. Entre la pre- terapia y la terapia hay el TC#1 baja su intensidad de “bastante” a “poco”; el TC#2 se mantiene considerablemente estable y el TC#3 pasa de “bastante” a “muy poco”. Al finalizar la terapia, el paciente menciona que los tres TC se encuentran en “nada”. Conforme al reporte del paciente, se da cumplimiento a los objetivos terapéuticos.

Figura 1: Promedios semanales SPQ-3 para los 3 Target Complaints en fases del proceso



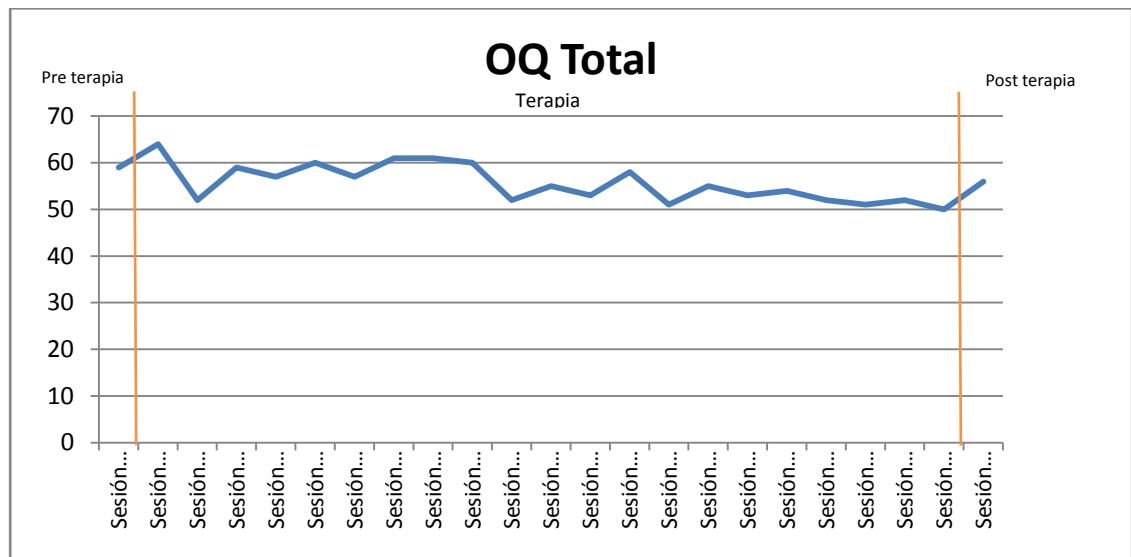
Para el seguimiento a la escala de Bienestar General OQ-45 se muestra lo siguiente:

Tabla 2 Resultados pre y post de las puntuaciones para OQ-45

Instrumento a mirar	Resultados Sesión 0	Resultados Sesión Final
OQ-45	Síntomas: 38 Relaciones:17 Rol Social: 4 Total: 59	Síntomas:34 Relaciones:14 Rol Social:8 Total: 56

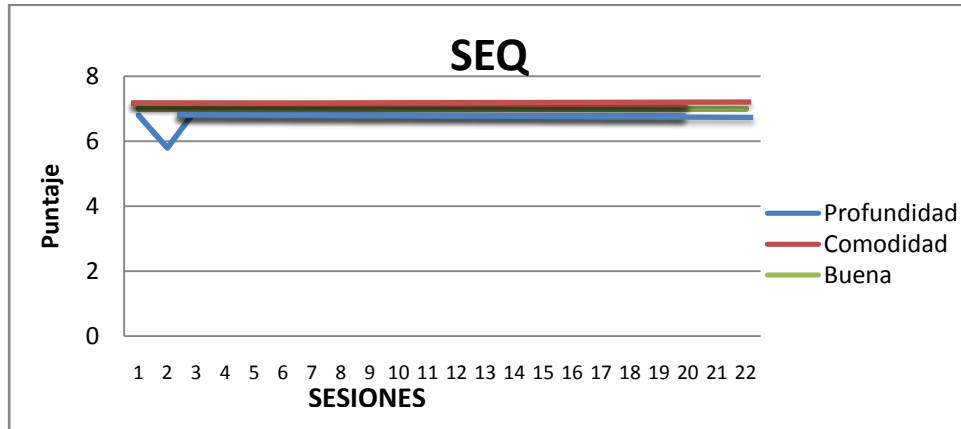
Ninguna de las puntuaciones logra ser clínicamente significativa en cuanto al valor del índice de Cambio Confiable, ni los puntajes superan el PC. Hay un diferencia de 4 puntos en la reducción de síntomas y 3 puntos en relaciones sociales. Esto se refleja en los 3 puntos de diferencia en las puntuaciones totales. El ítem de rol social tiene un incremento de 4 puntos. Esto se asocia con el rendimiento laboral y el estrés producido por la ineficiencia laboral fueron incrementando con la evolución de su enfermedad. Esto relacionado con conflictos de sistema de pensión y salud que no respondieron a su necesidad. Esto incrementó sus puntuaciones para la categoría rol social. La calificación total no logra ser clínicamente significativa pero su nivel de bienestar corresponde a la población funcional.

Figura 2: Puntajes de Nivel de Bienestar General del cliente (OQ-45) en fases del proceso



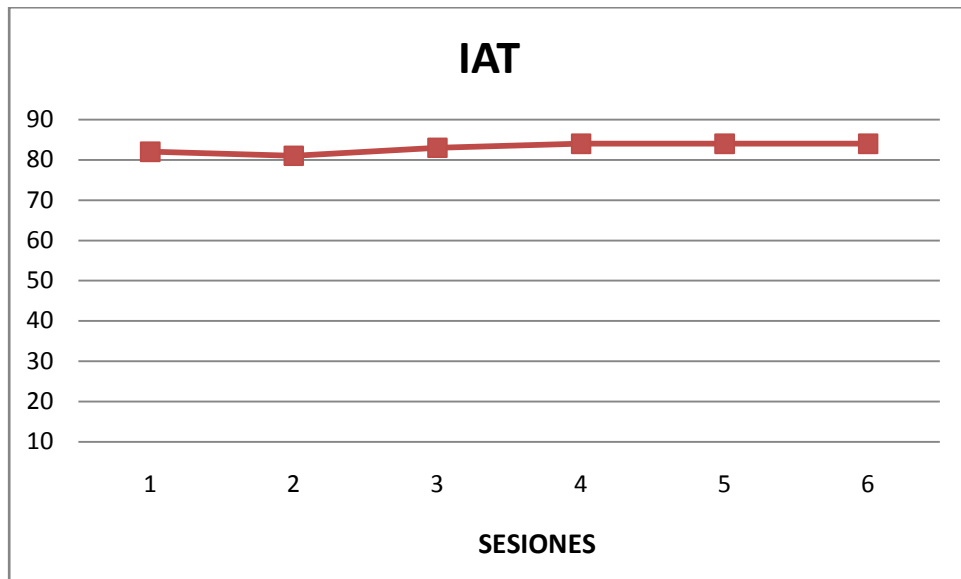
Los resultados presentados anteriormente se podrían comparar con que en el SEQ reportado para el 91% de las sesiones, el paciente manifiesta un 7 (nivel más alto) para comodidad, profundidad que se mantienen desde la sesión 3 hasta la 23.

Figura 3: Puntajes escala SEQ durante la terapia



Con el IAT, los puntajes se comportan de manera muy similar. Puntúa el promedio total (83); tareas (28) vínculo (28) y objetivos (28) puntajes más altos para cada uno.

Figura 4: Puntajes escala IAT durante la terapia



Haciendo una correlación de las puntuaciones arrojadas, se observa que las dificultades del consultante inician puntuando alto, pero se mantienen estables en la pre

terapia y primeras sesiones del proceso de terapia. En la sesión No 4 inicia un ascenso de las puntuaciones TC y OQ, sesión que se consideró incómoda y perjudicial con el paciente. La sensación de incomodidad con el ejercicio de silla vacía y la ansiedad de la terapeuta, no favorecían el contacto auténtico interpersonal.

En la sesión 9 se detiene el ascenso de las puntuaciones que venía dándose en TC y OQ e inicia un descenso de las mismas. En esta sesión, por primera vez se le muestra una percepción al paciente a través de un reflejo directo. Hasta este momento, todo se hacía por medio de preguntas. Inicialmente su actitud es resistente y defensiva pero en las sesiones siguientes hace referencia a que se quedó reflexionando sobre lo conversado y se observa un descenso en las puntuaciones. Igualmente, en este momento, el paciente vive un episodio de cercanía a la muerte y hospitalización que lo lleva a adquirir una mirada existencial. Así mismo, se involucra al proceso una mirada espiritual debido al cuestionamiento que le paciente se hace frente a la vida y la muerte. Previo a esta sesión, la terapeuta recibe una asesoría de caso que permite un cambio en su forma de comprender y abordar el caso.

A partir de esta sesión se dan oscilaciones en las puntuaciones poco significativas hasta la sesión 14 en la que se observan movilizaciones más drásticas en las puntuaciones de descenso para TC y OQ. Conforme a que en la sesión previa el paciente fue percibido como descentrado de su experiencia, utilizando un discurso poco sentido, se le propuso en ésta sesión, abordar su historia de vida volviendo a la experiencia vivida en eventos significativos y recordando los recursos utilizados en diversos momentos para sobrellevar las situaciones. Este ejercicio le permitió al paciente reconocer su historia y observar las decisiones más significativas desde dónde fueron tomadas. Así, aunque la movilización inicial fue confrontadora específicamente en pareja, le permitió darse cuenta de su responsabilidad en su propia vida a partir de sus decisiones, lo cual le permite confrontar su actitud presente frente a sus vivencias.

A partir de la sesión 18 los TC # 2 Y 3 se empiezan a estabilizar hasta el nivel más bajo posible (1) y se sostienen así hasta finalizar el proceso. El TC#1 sigue oscilando en las puntuaciones de estos instrumentos, y en la sesión 21 que se confronta respecto a su actitud en esta relación, baja las puntuaciones. El OQ-45 se mantiene igualmente estable.

En esta sesión, el paciente asiste muy existencialista porque ha vivido experiencias de muerte y reanimación su visión espiritual de los hechos es incluida en el proceso terapéutico como un recurso fundamental de apoyo para él. Esto es algo que a él le llama mucho la atención debido a que refiere que temía que este aspecto fuese tenido en cuenta debido a que la psicología tradicional no es muy abierta a hacerlo. En la sesión posterior, se hace un ejercicio de meditación con el paciente, como complemento a lo abordado.

En cuanto a la alianza terapéutica (IAT) reportada desde la visión del paciente, se evidencia una estabilidad en las puntuaciones a lo largo del proceso, puntuando el nivel más ALTO para puntuación general y las tres sub escalas. Sucede lo mismo con las puntuaciones del SEQ que reflejan siempre el nivel de puntuación máximo posible.

Este hecho denota una percepción muy positiva del paciente frente a la relación terapéutica que podría corroborarse con sus expresiones: “Pues sabes que es que me he sentido bien porque es que no había encontrado alguien con quien poder comentar las cosas y sentirme tranquilo . Eso de que mi intuición.. vuelvo e insisto.. con usted me pasa algo muy diferente y siento esa confianza.. y siento que si hay posibilidad de ese entendimiento dentro de lo humano, de lo espiritual también y de lo otro que llamo físico o como lo quieran llamar no sé.. en psicología como le llaman a esas vainas. Porque yo noto una diferencia muy grande con el psicólogo convencional. Para mí la hay.. de hecho yo he leído..” (VIDEO 8 Minuto 42:27 hasta 43:17). Desde la visión de la terapeuta hubo momentos de “freno” o poca movilidad debido a la confusión que sentía frente a las primeras sesiones. A partir de la sesión 6 fue organizando sus ideas y avanzando en la comprensión del caso y puso soltar la exigencia sobre el proceso.

Sin embargo, la correlación de los puntajes arrojados por todos los instrumentos, que denotan resultados idealizados se podrían unir con la hipótesis diagnóstica de la terapeuta en la que hay rasgos caracterológicos de personalidad narcisista que lo llevan a la idealización de la terapeuta y la terapia, a la maximización del impacto de la terapia y a la tendencia a la búsqueda de comportamiento socialmente perfectos como forma de recibir el reconocimiento y la validación que busca.

Guardando coherencia con esta hipótesis, se registró en el CSEP-II que el paciente prestaba común atención a eventos externos, no a su experiencia; haciendo caso a lo que otras personas hacen y no en cómo esto lo afecta; comprendiendo sus experiencias más

desde la lógica que desde el sentir; comúnmente conteniendo sus emociones e intentando racionalizarlas. Esto está relacionado con su historia de vida y profundo temor a expresar su sentir en un contexto que no lo validaba. Sus búsquedas en el proceso estaban más enfocadas a hablar y ser escuchado, a comprenderse a través de su discurso con otro por quien se sentía realmente escuchado. Eran comunes sus expresiones activas y se abría frecuente al terapeuta pero confiando y llegando a la auto-reflexión. En las sesiones 6,10 y 14 y 19 se da una apertura mayor al contacto, evidenciando un contacto más real y auténtico.

En cuanto a las Técnicas aplicadas se utilizó la imaginería en la sesión 2, esculturas en la sesión 3, silla vacía en la sesión 4, escucha y diálogo en la siguientes sesiones. Se hace una línea de vida en la sesión 14, relajación en la sesión 17 y una meditación en la sesión 19. Podría decir que el uso de ejercicios con ojos cerrados no fueron de alta funcionalidad. El paciente puede referir interés por hacerlo, pero el nivel de dificultad para involucrarse es tal que no logran cumplirse los objetivos de la misma; por lo cual se dejó de lado la idea de la aplicación de las mismas y se optó por trabajar a través del reflejo empático y la escucha activa. Eso necesitaba el paciente, pensando que era una primera etapa del tratamiento. La dificultad visual del paciente y su temor a la agresión influían en su dificultad incluso para cerrar sus ojos. Igualmente, esta situación generó mucha confusión en la terapeuta. Solo hasta que la terapeuta recibe una asesoría de caso antes de la sesión 9, que permite un cambio en su forma de comprender y abordar el mismo, se logra entender el motivo de su dificultad. Esto se complementa con la familiarización que ambos logran hasta este momento con los dispositivos de audio y video utilizados para grabar la sesión. Finalizando el proceso, las sesiones 17,19 el paciente logró vincularse mejor con ejercicios de introspección tras haber abordado sus resistencias y se haber fortalecido el vínculo.

3.2 Evaluación cualitativa

Comparación de sesiones claves

Con base en los resultados cuantitativos y las percepciones clínicas registradas por el terapeuta, se definen algunas sesiones consideradas como “más productivas” , “poco

productivas” y “perjudiciales”. Para la definición de las mismas, se tuvieron en cuenta las categorías de “vínculo terapéutico” “conducta del paciente” y “técnicas de intervención de la terapeuta”.

Vínculo

Se definieron las sesiones 6 y 18 como “más productivas” considerando aquí los que los criterios de categorización fueron el que en estas sesiones se reportara un contacto auténtico interpersonal entre paciente-terapeuta; que hubiese un diálogo consciente y sentido de ambos en cuanto al tema a tratar.

Las dos primeras sesiones y la 13 fueron consideradas “poco productivas” frente al tema debido a que hubo contacto poco auténtico o superficial en la relación paciente-terapeuta que no favorecieron pero tampoco entorpecieron el proceso.

La sesión 4 es considerada perjudicial en esta categoría debido a que hubo un pseudo-contacto con la necesidad del paciente que no favoreció el vínculo terapéutico.

Conducta del paciente

Las sesiones 3 y 10 son definidas como “más productivas” debido a que en éstas, se le percibe al paciente más dispuesto y abierto a la experiencia de la terapia, conectándose con su sentir y su experiencia, más que racionalizando la experiencia.

En la sesión 11 y 13 se habla de una sesión “poco productiva” debido a que el paciente tiende a la racionalización y teorización de sus reflexiones. No se percibe una experiencia vívida y sentida.

La sesión 4 de nuevo es seleccionada como perjudicial debido a que el paciente asume una actitud despersonalizada, atendiendo a responder a la necesidad del terapeuta más que a la propia.

Técnicas e intervención del terapeuta

Las sesiones 9 y 21 junto con la 14 fueron observadas como aquellas “más productivas” debido a que el terapeuta logra hacer una intervención oportuna siguiendo la necesidad del paciente y logrando que él tenga un darse cuenta significativo.

Las sesiones 8 y 11 fueron definidas como “poco productivas” debido a que los aspectos mencionados y referentes del paciente no fueron atendidos completamente por la terapeuta dejando pasar elementos que hubiesen permitido una mayor profundización en el tema.

La sesión 4 es la única considerada perjudicial en términos de que la terapeuta tuvo un desacierto en el uso de técnicas de intervención que no favorecieron el darse cuenta en el paciente.

Tabla 3: Descripción de sesiones significativas

Variable del Proceso	Sesiones más productivas	Sesiones poco productivas	Sesiones perjudiciales
Vínculo	6: Sesión muy existencial. Sale de un proceso casi de muerte. Por primera y única vez llora. Se conecta con su vida. 18 la terapeuta siente un vínculo genuino, el discurso del paciente refleja confianza y entrega al diálogo.	1 y 2: La terapeuta hace figura la cámara y el estar siendo grabada, dejando de lado la profundización en la experiencia real del paciente. 13: El paciente presenta un discurso en el que permanentemente busca la validación externa, la terapeuta se frustra.	4: El haber acudido a la realización de un ejercicio sin considerar los tiempos del paciente, hace que ninguno de los dos sienta confianza en lo que sucede en la sesión.
Conducta del paciente	3: En el ejercicio de las esculturas, en las que se refleja la posición del paciente ante el mundo, él logra un darse cuenta amplio de sí. 10: El paciente presenta una actitud de apertura hacia la vida, la escucha y la reflexión.	11 y 13: El paciente muestra mucha teorización, habla desde lo descriptivo e idealizado.	4 El paciente no se conecta con su propia necesidad, sino que busca agradar al terapeuta y hacer "bien" el ejercicio.
Técnicas e intervención del terapeuta	9: Por primera vez, la terapeuta tiene una confrontación ante su actitud. 14 Por el ejercicio de línea de vida. Aprende a ver su espíritu de lucha, ver lo positivo de sí desde sí. 21 se repite una confrontación clara y directa frente a su relación de pareja	8: La terapeuta deja pasar ideas de omnipotencia ante su esposa y de muerte existencial de la que habla. Solo se facilita la expresión emocional. 11 el paciente se torna idealizado y descriptivo y la terapeuta no lo encamina.	4 por la incomodidad que le generó.

En relación a Factores Extra terapéuticos se toman en cuenta elementos principales que ejercieron una influencia transversal como lo fueron: sensación de desánimo, cansancio, molestia, debilidad, malestares estomacales, palpitaciones cardiacas, dolor

muscular, dificultades para dormir y dolores de cabeza; síntomas que se incrementaron progresivamente. Estas sensaciones hacían parte de las consecuencias del tratamiento que disminuía su vitalidad. Entre la sesión 5 y 6 hubo un periodo de hospitalización y coma prolongado. Esta situación crítica de salud, se presenta de nuevo entre la sesión 17 y 18. Él parecía aceptar el deterioro de su cuerpo, pero le molestaba profundamente la negligencia del sistema de salud con sus tratamientos. Aunque veía la muerte muy cerca y reconocía esta posibilidad como algo venidero, le dolía que médicamente no se pudiera hacer más de su tratamiento por falta de autorizaciones a los procedimientos indicados por el médico. Igualmente, la debilidad corporal en las condiciones de pobreza en que vivía le generaban impotencia por la dificultad económica que le generaba mayor angustia y tensión al no sentirse capaz de salir a trabajar para generar ingresos adicionales para él y su esposa. Éstas fueron sensaciones con las que tuvo que luchar permanentemente y que lo agotaban más que el dolor físico que sentía. Los inconvenientes con la gestión negligente de los procesos de la entidad de pensiones y la prestadora de salud, entidades que no garantizaron la atención oportuna para preservar la salud y la vida del paciente.

Hipótesis o ideas sobre facilitadores u obstaculizadores del proceso de cambio

HIPÓTESIS 1: Respetar los límites, tiempos y ritmos, le ayuda a confiar también en sus propios ritmos y a enfrentar sus miedos.

Un elemento facilitador del proceso fue ir al ritmo del paciente, considerando que el ritmo era mucho más lento de la expectativa del terapeuta. El paciente valora este elemento como muy significativo en su evolución. Al confiar en el ritmo del proceso, el paciente empieza también a confiar en sus sensaciones, su sentir y su intuición. No se siente presionado y se siente escuchado, lo cual se ve reflejado en la siguiente viñeta:

P: “Otra cosa grande que me ha ayudado es que ya no pienso en “el loco” (haciendo referencia a su yo espiritual) cuando pienso en esas cosas que siento, y que de alguna manera no les puedo dar una lógica pero que las siento. Ya ese loco lo veo como esa parte de intuición. Esa intuición me ha servido. Y al darle como más campo a eso, me han pasado cosas muy buenas. Un mundo de cosas, me han venido pasando. He sentido como esa tranquilidad. He aprendido a no tenerle miedo a lo que siento y a confiar en lo

que soy, a confiar en mi ... que esa intuición si tiene algo que ver y se da por algo. Entonces creo que alguna manera puedo sentir eso, y en la medida en que verdad lo siga alimentando como que va a ser mejor, no lo voy a perder. Esas son las cosas que yo digo que uno no debe perder”.

Igualmente, el propiciar en el espacio el uso de la primera persona, fue un eje transversal en el proceso, que le ayudó a personalizar su relato, verse a sí mismo y empezar a identificar lo que es suyo y lo que es de los demás. Observarse y aclararse le ayudó a enfrentar su temor al rechazo, él lo expresa de la siguiente manera:

P: “Ahora cuando digo “yo” me siento más partícipe de la situación y siento más claridad que muchas cosas están dentro de mi. Entonces cuando yo hago eso, me siento dueño de mis cosas, estoy mas claro y soy más consiente de lo que estoy haciendo”. De verdad yo siento que he ganado mucho. Y he ganado algo muy grande y es que como que me encontré de nuevo, para poder recuperar esas cosas que de niño no podía explicar. Ahora yo me quiero primero y me respeto y cuando yo me quiero y me comprendo y eso es grande, ya sobra lo que digan los demás”.

Frente a la terapeuta, también fue necesario el aprender a confiar en el proceso mismo, la terapeuta se sentía presionada hacia la necesidad del uso de las técnicas, lo cual no fueron de gran utilidad debido a las resistencias del paciente para involucrarse en las mismas. Por esta razón, se acudió a la escucha y diálogo como método.

HIPÓTESIS 2: la escucha activa del terapeuta fue fundamental en la generación del auto-apoyo.

P: “Entonces aquí es donde vienen los créditos... Tengo que agradecerle mucho porque llegaste en un momento que fue esa persona que más allá de la terapia psicológica, me hizo acordar que uno cuando siente esas personas... como que te llaman a reflexionar. Entonces sentir esa paz, porque tu con esas personas puedes sentir esa tranquilidad y espiritualidad.. y eso te hace reflexionar... Y a la vez también, cuando estás en ese momento como decaído, es el ángel que aparece y te escucha y te ayuda; y así ayuda a otras personas para cambiar tu alrededor.

Entonces ¡no estás solo! Siempre encuentras algo de apoyo en el mundo, siempre hay algo que te va a ayudar en esos momentos difíciles. Entonces también hay un crédito en esto, que de verdad; te lo digo muy sinceramente, lo agradezco mucho. VIDEO 7 Minuto 39:54 hasta 40:56

El haberse sentido escuchado por alguien para quien su relato era importante, hacía que él se prestara más atención a sí mismo y empezara a observarse, acercarse a sí mismo para irse identificando con su propio sentir, sin forzarse a hacerlo (De Casso, 2003). El sentirse valorado por el terapeuta como otro que vale como ser humano, no que vale por sus logros, hace que él aprenda a verse a sí mismo de la misma manera. Esto se refleja en la siguiente viñeta:

P: “Es muy constructivo. Es como cuando estás descubriendo algo... entonces he tratado de volver eso a mentalidad de aprendiz o de niño “ve esto tan curioso.. ve esto como que me está pasando y comienzas como en el juego y verlo no como una obligación o una cadena, sino con ese interés de que salga eso nuevo que has aprendido que vas a manejar, y ponerle ese interés. Entonces ah que rico! Ve que chévere! Estoy evolucionando aquí” sabroso.. ” VIDEO 12:2:40 hasta 3:13.

HIPÓTESIS 3: incluir la dimensión espiritual fue fundamental en su proceso.

El verse ante la muerte hace que el paciente cuestione aspectos relacionados con la vida-la muerte, las percepciones extrasensoriales y la energía, sintiendo que desde aquí temía ser rechazado. El haber tomado esto como parte de la terapia, incluyendo y validando sus ideas como un recurso, hizo que el vínculo terapéutico se fortaleciera y él se abriera más al espacio. Lo anterior se puede observar en la siguiente viñeta:

P: ¿Qué me llevo? Yo, muchas cosas... Primero es lo que siempre le he dicho. Cada vez encuentro más mi camino hacia esas cosas que de pronto tenía allá y no me las sabía explicar.. A creer en eso. A sentirlas de otra manera y a mirar más hacia mi interior (que lo había tenido olvidado). Cada día voy reafirmando que cuando yo estoy acá, firme en mis cosas, yo estoy en paz con todo eso: soy más fuerte, estoy tranquilo, y estoy en la manera también tocando y ayudando en mi entorno. Y a sentir esa paz y esa tranquilidad cuando en ese entorno hay cosas que no quieren...

Entonces eso me va dando mucha tranquilidad. Ya puedo decir que no he vuelto a sentirme como tan triste, así de llorar, no. En estos días me sentí como un poquito cansado de tanto dolor que me sentí como aburrido, pero bueno, pasó. Todo esto, me ha ayudado a manejar todo esto del dolor. Porque es que un dolor todos los días, eso es tremendo y agota. Y cosa buena es que estoy utilizando menos esa Oxiconona. Entonces morfina ya no he vuelto a tomar nada. Entonces creo que lo voy manejando. Eso me hace sentir que yo puedo, que si yo soy capaz. Por lo demás, como siempre, un agradecimiento muy profundo para usted, en esa manera de tratar de comprender al ser humano; no solamente en lo loco de allá, en lo tradicional, sino esa parte que tiene que ver con su comportamiento espiritual que uno no lo puede alejar. Eso me ha ayudado mucho. Yo creo que para mí, eso ha sido como la parte fundamental de todo este proceso que yo veo que me ha ayudado a crecer más y a mejorar... Porque lo que le contaba, yo peleaba con toda la gente de recursos humanos solo por eso.. a veces me sacaban el bloque. Ahora veo que si dije y no entendió...pierde el que no recibe, no el que da. VIDEO 14: 1:05:32 hasta 1:08:14.

4. DISCUSIÓN

El paciente llega a terapia con la finalidad de observar cómo ha sido el afrontamiento histórico de sus vivencias, en alguna medida recibir una validación externa que le permita saber si lo ha hecho bien o no. Con el pasar de las sesiones, se construye un objetivo terapéutico que fue acompañar al paciente en la construcción de su propia estructura a través de revisar y cerrar las gestalts que estaban abiertas para él. Esta construcción le permitió ir revisando su relación de pareja con quien se siente incompatible, enfrentar su miedo a morir, y observar el temor al rechazo social que ha vivido desde niño. Para esto se genera la posibilidad de crear espacios de tranquilidad que le permitan escucharse en sus propios relatos y validarse, algo que no había tenido hasta este momento de su vida. Las puntuaciones arrojadas en el IAT Y SEQ que evalúan vínculo y percepción del proceso, son las más altas y permanecen estables a lo largo del proceso.

A nivel cualitativo, el paciente refiere haber generado un espacio seguro que le permitió conocerse para observar sus miedos, preocupaciones y formas de comportamiento, logrando así su forma de enfrentar su diagnóstico. Así mismo, a través de los análisis cuantitativos que comparan la fase de pre terapia y post terapia, se observa un comparativo claro en el descenso de las puntuaciones para T.C., descenso en OQ-45, aun a pesar de que el malestar físico fue incrementando y llevó al paciente a morir. Los tres T.C. finalizan en la menor puntuación posible. Lo anterior permitiría reflejar una efectividad del proceso en cuanto a la reducción de síntomas, incremento del bienestar general del paciente y logro del objetivo terapéutico. Como sesiones significativas se reporta la sesión 4,9,14 y 18 en las que se dan cambios significativos en la actitud del paciente, terapeuta y en la relación entre ambos, las cuales se ven reflejadas en las variaciones de las puntuaciones. Para el logro del proceso, se hace necesario acudir a la aplicación diferencial de la terapia gestáltica, que se aplica a personas con alteraciones del carácter (Yontef, 2009) en el que el reflejo empático, la escucha activa y el seguir la figura del paciente fueron fundamentales. Escucharlo y reconocerlo como persona (no por sus logros) con mucho respeto e interés, fue fundamental para que él se fuera comprendiendo.

La sesión 4 es considerada un sesión perjudicial en cuanto a que va en contra de los principios gestálticos en los que el único objetivo de la terapia es el darse cuenta, que le permita conocer el ambiente, responsabilizarse de sus decisiones y comportamientos, auto-conocerse y auto-aceptarse para poder contactar (Yontef, 2009). Según el autor, el rol del terapeuta es observar el apoyo del paciente para solucionar sus dificultades, basándose en la auto-regulación y el auto-apoyo del paciente. Esto permite que el paciente y el terapeuta vayan volcando la atención a aspectos generales de la personalidad. El haber observado todo lo anterior, permitió generar la primera hipótesis de elementos facilitadores u obstaculizadores del proceso de cambio.

A partir de esta sesión, se construye en la sesión 9 un diálogo más auténtico en el que la terapeuta confronta su actitud de victimización y crítica del entorno ante la cual él se percibe “bueno” y “víctima de las circunstancias”. Esta sesión permite que a la sesión siguiente, él llegue movilizado con una apertura mayor hacia la vida. Mediante el diálogo, se logra la comunicación de la perspectiva fenomenológica para que el paciente se de

cuenta de lo que está haciendo, de cómo lo está haciendo y de qué puede cambiar para aceptarse y valorarse a sí mismo, objetivo que sigue el método de la Gestalt planteado por Yontef (2009).

Desde la sesión 12 y especialmente en la sesión 18, el paciente ha incluido una dimensión espiritual en su terapia, sobre la cual se da un elemento fundamental en su proceso. Cuando estos temas aparecen, son incluidos como parte de sus significados y redes de apoyo que favorecen la introspección y revisión de su conducta. Se logra la “comunicación genuina y sin restricción” planteada por Buber como característica de la presencia dialogal. El terapeuta hace presencia como persona, no como técnico ni analítico, dando la posibilidad de compartir significados con el paciente, entre los que se incluye “el significado total de la desesperación, el amor, la espiritualidad, la rabia, la alegría, el humor, la sensualidad”. (Yontef 2009). El seguimiento a estos principios en su efectividad terapéutico da origen a la segunda hipótesis de elementos facilitadores u obstaculizadores del proceso de cambio.

Conforme el análisis cualitativo del proceso se fue dando, se observó que el elemento central del proceso se volvía el entrar en el mundo del paciente para comprender el desarrollo de su enfermedad y cómo sus rasgos del carácter jugaban un rol fundamental en esto. Acudiendo a la concepción de Latner, (1994) en donde la enfermedad tiene que ver con desconexión interna, externa y entre ambos y la rigidez de las formas de contacto; se observó que el paciente estaba muy desconectado de sí mismo. El paciente expresa lo siguiente cuando se da cuenta de esto:

P: “Yo estaba viendo como que esto no funciona, esto tampoco.. como que me salí tanto afuera que me olvidé de acá y veo que eso me estaba afectando mucho. Eso me estaba haciendo daño para mi salud, mi autoestima... todas esas cosas”. El centrar la terapia en la observación del sí mismo desde la comprensión genuina, no-enjuiciadora, le ayudó a que él validara su experiencia sin juzgarla por sus logros, como había aprendido a hacerlo desde sus referentes más primarios. Esta forma de aplicación de la Gestalt funcionó profundamente como lo plante Yontef (2009) en la intervención con pacientes de rasgos narcisistas.

Esto se debía a que las historias de rechazo vividas desde su infancia generaban rigidez en él como forma de protección. Este centramiento en sí mismo, basado en la preocupación de sus sentimientos, tomándose todo muy personal y sintiéndose incapaces de invertir profundamente en otros dan cuenta de rasgos narcisistas conforme a la teoría de Shub (2007) y Yontef (2009). Esto explica el por qué la percepción de que el paciente necesitaba la validación externa para poder anclar su ego inseguro.

Este aspecto, también puede relacionarse con la correlación de los puntajes arrojados por todos los instrumentos utilizados en el estudio, que denotan resultados idealizados (SEQ y IAT con puntuaciones máximas, T.C. en las puntuaciones más bajas posibles). Los rasgos caracterológicos de personalidad narcisista que lo llevan a la idealización de la terapeuta y la terapia, de sí mismo, a la maximización del impacto de la terapia y a la tendencia a la búsqueda de comportamiento socialmente perfectos como forma de incrementar la admiración del mundo hacia él y el reconocimiento de sí como una persona “buena”. Esta percepción es coherente con la percepción clínica de que su capacidad de contacto es débil y actúa como un “mensaje publicitario” aspecto explicado por Delisle(1997) en los narcisistas.

En cuanto al TC1 la relación con su pareja, hay también elementos que dan cuenta de sus rasgos narcisistas en los que se dan ideas de grandiosidad frente a su esposa reflejadas en frases utilizadas frente a ella como:

P: “Entonces aceptemos; de pronto mi misión en esta vida era esa.

T:Qué?

P: Sobrellevar un ser de estos (con su mano señala algo pequeño a su derecha)”

Frente a este tema , el paciente mostraba sus mayores resistencias, logró llegar hasta ver que él también podía tener parte en el conflicto con su esposa, porque sus expresiones siempre era de rechazo y desprecio hacia ella, aun cuando él se consideraba un ser “demasiado bondadoso” con ella. El haber confrontado sus actitud en la sesión 9 frente a ella y frente a su relación mostrándole su participación en esta dinámica fue movilizador para él en cuanto a que no se le validó seguirse viendo como la víctima de esta mujer que él quería ver como un ogro. Aunque él reportó cambios, en cuanto a asumir una actitud

más comprensiva con ella, esta información no se corroboró con ella, debido a que él se negó en diversos momentos a aceptar que ella viniera a consulta con él. Argumentaba ideas muy negativas de ella hacia la psicología que le impedían asistir.

Además de estas ideas de grandiosidad relacionadas con sus rasgos narcisicos, se observaban ideas muy omnipotentes en las que los límites no eran reconocidos. En su discurso se observaba que él siempre quería ser más “especial” de lo que sentía que era. Esto se puede evidenciar en el siguiente relato:

P: “A uno le nace ser así (haciendo referencia a toda su parte bondadosa y servicial, que no juzga a nadie y todo lo comprende) porque mi hermana es súper diferente y mi hermano. Ellos sufren más, son más así (golpea sus manos mostrando rigidez).. ese es el misterio que nunca he podido resolver ..

T: Cuál es el misterio?

P: El por qué soy así? Y de pronto..

T: Y si cambias el “por qué soy así” por un “¿para qué soy así? ¿para qué crees que tu eres así?”

P: No, si yo doy igual. Yo creo que hay mucha gente mejor que yo, que da más. Que son más ejemplos de uno. Entonces pues.. son las mismas respuestas, uno no ha logrado cambios en cada persona.. no pues algunas personas que uno conoce, dice “ve esto me sirvió ”

T: Entonces has generado algo en algunos..

N: Si, en algunos si (con cara de resignación).. pero no es esa respuesta como por ejemplo ... uno ve a un Tony Meléndez y uno dice “ahhh bárbaro”

T: Ahhh él si! Tú no, pero él si?.

P: Si, porque esa persona ha tocado mucha gente.. y de alguna manera, esa gente que ha tocado ha hecho cambios.. por ejemplo yo ceo que esas personas ven ese video y hasta lloran! Yo uso mucho ese video en mis clases..”

Siguiendo estas ideas de omnipotencia y el desarrollo de su enfermedad, se retoma el tema de la aparición del cáncer en coherencia con una actitud avallasadora y omnipotente en el paciente, que se refleja en el comportamiento de sus células. Schnake (2012) Refiere

una frase que sintetiza un aspecto fundamental de la postura existencial del paciente ante la muerte “corresponde a un elemento que no quiere desaparecer sin que jamás haya sido reconocido ni aceptado” (Schnake, 2007. P.15). El paciente tiene un gran anhelo de reconocimiento social y aceptación basado en las necesidades que desde niño no fueron satisfechas. Estas búsquedas insaciables reflejan la poca aceptación y validación que tuvo de sí mismo lo cual se vuelve una característica de su relación organismo/entorno y un campo fértil para la aparición del cáncer.

Como forma de intervención al respecto, se trabajó a través de la aplicación diferencial de la terapia gestáltica basada en el reflejo empático (Yontef, 2009) en la cual, se dio una permanente escucha y validación de su sentir dando apoyo pero al mismo tiempo confrontando sus actitudes y carácter (en las últimas sesiones) como lo plantea Shub (2007). Dice el autor que de esta forma se logra la actualización del yo verdadero del paciente. También el reflejo empático permitió ir siguiendo su figura, el terapeuta asumió el rol de lazarillo y el paciente el de guía, en el que se iba avanzando a su ritmo; respetando que aunque hubiesen momentos en que se quisiera haberle mostrado más, si él mostraba una resistencia había que detenerse. El ser una oreja para él, permitir que hablara le ayudaba porque cada sesión en la que él se recontaba a sí mismo, le daba un poco de estructura a su carácter, el acompañarlo desde el reflejo empático hacía que él fuera haciendo autoestima: Se iba viendo a través del otro y a través del sí mismo. En este caso, el vínculo fue fundamental porque le permitió sentirse respetado y valorado por lo que él es, no por lo que logra y hace como lo vieron sus padres. Contar su vida sin que le cuestionen lo que hizo, solo que él vea lo que hizo. Estos logros son coherentes con la visión de la terapia de Yontef (2009).

Cuando el terapeuta logra sintonía empática y vínculo, el paciente se siente suficiente mente seguro para mostrar su polaridad “grandiosidad-espiritualidad” vs “humano- no valioso”. Cuando se frustra, muestra sus emociones y el trabajo vino a través de una escucha y respuesta fenomenológica en la que la terapeuta le devolvía lo que él le mostraba para que él lo viera. Según Yontef (2009) los pacientes narcisistas necesitan que el terapeuta les muestre pero que sea él quien lo descubra, que no se lo digan porque él necesita saber que él fue el que lo descubrió.

Es importante reflejar el impacto del espacio en la vida de él. El paciente aun cuando estaba enfermo, adolorido y sin dinero para el bus, asistía a las consultas refiriendo que el encuentro le ayudaba para ir exteriorizando su sentir y vivir su afrontamiento al diagnóstico de una manera distinta. Manifestaba en múltiples ocasiones todo lo que valoraba el espacio y cómo éste era muy significativo para sí. Iba porque estaba haciendo un examen retrospectivo, estaba construyendo autoestima como lo plantea Yontef (2009).

Desde la primera sesión fue fundamental para el paciente, el que el terapeuta le forzara a usar el “lenguaje del ego” que le permitiera personalizarse y responsabilizarse de sí y de su comportamiento. A esto el autor De Casso (2003) le llama la terapia de la concentración en la que al usar el singular (yo) se re apropian las partes rechazadas del sí mismo y se acercan los sentimientos propios recuperando el “auténtico ser”.

Con el proceso, el paciente logró cerrar algunos asuntos inconclusos como el reconocimiento de cuánto afectó a su vida el rechazo social infantil que recibió por su defecto físico. Se fueron cerrando aspectos inconclusos en el proceso de enfermedad-muerte él se fue transformando en más coherente, más seguro, más confiado de sí mismo. El vínculo y la construcción lenta y suave, permitieron un pequeño acercamiento del paciente a su ser esencial profundo, a su esencia, a su yo verdadero. El estar cerca de la muerte le ayudó a tomar esta posibilidad de psicoterapia y meterse en el diálogo y el contacto real consigo. Aprendió poco a poco que podía verse y aceptarse, sin tanta exigencia. Fue integrando de alguna manera, la posibilidad de ser humano con rabias y dolores. Y cuando logró esto, pudo morir, pudo irse, porque ya no tenía la única posibilidad de ser el ser grandioso que creía que debía ser, para poder ser valorado. Cuando se pudo sentir un poco “ser humano” se fue.

Como temas pendientes a trabajar, se consideró el trabajo con el niño herido, tema que no se tocó debido a que se percibía al paciente en un nivel de sensibilidad tal asociado al niño, sin un adulto contenedor incorporado que pudiera comprender y soportar la experiencia. No se le percibía preparado para ver psicológicamente a su niño herido porque no había un adulto con recursos capaz de contener. Igualmente, no se hizo el trabajo con órganos, porque en éste tipo de trabajo, le pretende mostrar cuál era su estructura, su personalidad, y él no era capaz de soportar la mas mínima crítica, entonces se consideraba

necesario empezar por ahí. En un proceso posterior, se hubiese trabajado sistema inmunológico, tiroides, y la célula cancerígena. En la actualidad se consideraba que él estaba tan frágil por su problema físico, su nivel de dolor permanente, que requería del apoyo externo para poderse primero ver. Se buscaba lograr una terapia en la que confiara y respetara su realidad fenomenológica y como parte de esto, se percibía que el paciente no estaba listo.

A nivel del terapeuta, el proceso fue un reto bastante arduo en la medida en que su inexperiencia no le permitía ver con claridad aquello que podía hacer. Al inicio su actitud fue de mucho temor ante las grabaciones y su atención estaba puesta en “hacer las cosas bien” lo cual desviaba su atención de la figura más importante: el paciente. Se sentía presionada a tener que utilizar técnicas en terapia, mostrando incompreensión de lo que es la terapia Gestalt desde su esencia fenomenológica y existencial. Sin embargo, la asesoría de caso le permitieron soltar estas expectativas e irse centrando en el reflejo empático, en escuchar con profundidad y flexibilidad tal como lo plantea Yontef (2009). El foco de su intervención cambió siendo más coherente con De Casso (2003) quien plantea que al pretender guiar al paciente, se le empuja a ser diferente, haciendo que permanezca igual porque debe lidiar no solo con su propia resistencia sino también con la del terapeuta. La idea del proceso es generar la autonomía y el auto apoyo que solo se favorece con dejar que el otro se movilice frente a su ritmo. Esto implicó que la terapeuta soltara sus deseos de ver cambios rápidos y se centrara en entrar en la vida de su paciente para comprender y dosificar la información, las formas y los tiempos. Esto a su vez implicó en la terapeuta una revisión interna desde la cual, el paciente le estaba mostrando sus propios aspectos narcisistas de su carácter que debía trabajar.

Igualmente, al finalizar el proceso, hubo gratificación en cuanto a el paciente decía sentirse tranquilo para afrontar el proceso de muerte que se le venía encima. Terapéuticamente fue muy gratificante el haber acompañado al paciente a morir en estas condiciones en la medida en que el espacio se tornó un espacio de autoconocimiento para ambos (terapeuta-paciente) que permitió ir hacia las profundidades del dolor, la vida y la muerte.

Como limitaciones del estudio, se reconoce únicamente el hecho de la utilización de cámaras y videos que genera interferencia en el terapeuta, el paciente y la relación entre ambos. Sin embargo, con el paso de las sesiones, éstas se van resultando más cómodas para ambos y se va permitiendo la fluidez en el contacto auténtico interpersonal. Igualmente, una limitación específica de este estudio fue la imposibilidad de la realización de la fase de post terapia en la actividad específica del seguimiento semestral al proceso. Sin embargo, esto es algo que sale de las manos del alcance humano y no pudo ser evitado.

Otra limitante es el doble rol que realiza la investigadora y terapeuta que podría sesgar la interpretación de los resultados. Sin embargo, el hacerlo explícito y ponerlo en supervisión terapéutica en el Centro Gestáltico, ayudó a mitigar el impacto.

Como ejercicio de práctica terapéutica e investigativa, este estudio se considera muy relevante y significativo en cuanto a que permite observar un proceso psico-terapéutico en su totalidad comprendiendo momentos claves, posturas teóricas de fundamentación al proceso y actitudes terapéuticas que favorecen y/o entorpecen el desarrollo adecuado del mismo. Es así como se sugiere continuar con la investigación en el tema que permita la estandarización de la terapia Gestalt como enfoque terapéutico efectivo para el abordaje de enfermedades no solo físicas sino también del carácter.

5. REFERENCIAS

- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Borckardt, J.J., Nash, M., 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/10.1037/0003-066X63.2.77>
- Chambless, D.L., Baker, M. J., Baucom, D.H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.
- Correa, D. y Salazar, I.C. (2007). Aspectos Psicológicos Del Cáncer Y Su Afrontamiento. En M. Arrivillaga, D. Correa e I.C. Salazar (Eds.), *Psicología de la Salud: Abordaje Integral de la Enfermedad Crónica*, (pp. 3-26). Bogotá, D.C: El Manual Moderno.
- Crane, D. R. (1985). Single—Case Experimental Desings in Family Therapy Research: Limitations and Considerations. *Family Process*, 24(1), 69-77.
- Dallery, J., Cassidy, R. N., & Raiff, B. R. (2013). Single-Case Experimental Designs to Evaluate Novel Technology-Based Helath Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), e22. <http://doi.org/10.2196/jmir.2227>
- De Casso, P. (2003). *Gestalt, terapia de autenticidad: La vida y la obra de Fritz Perls*. Madrid: Editorial Kairos.
- De la Parra, G., von Bergen, A., & del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 201-209.
- Delisle, G. (1997). *Las Perturbaciones de la Personalidad: Una perspectiva Gestáltica* (3rd ed.). Madrid: Editorial del CTP.

- Elliot, R., Mack, C. & Shapiro, D. (1999). Simplified Personal Questionnaire Procedure. Network for Research on Experimental Psychotherapies website: <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>
- Elliot, R. (1999). Client Change Interview Protocol. Network for Research on Experiential Psychotherapies website: <http://experientialresearchers.org/instruments/elliott/chagei.html>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. (U. Flick, Ed.). Madrid: Morata.
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Grau, J., Knappe, E., Pire, T., Villanueva, T. y Rodríguez, H. (1994). *La Psicología De La Lucha Contra El Cáncer: Hechos Y Posibilidades*. En G.M Berrio (Ed.), *Psicología De La Salud En Colombia*, vol. 3 (pp. 31-65). Bogotá D.C: Asocopsis.
- Gross, J.J., & John, O.P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.
- Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N. y Jayson, G. (2004). Social Support, Anxiety and Depression After Chemotherapy For Ovarian Cancer: A Prospective Study. *Journal of Health Psychology*, 9(4), 569-582.
- Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T. & Dyer, J. F. (1993). A Paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.
- Kellett, S. (2010). A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 389-405. <http://doi.org/10.1348/147608306X161421>

- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt* (2nd ed.). Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos. P.3
- Marcos, M. (2009). *El Proceso De Duelo Ante La Enfermedad En Pacientes Con Cáncer Desde Una Mirada Gestáltica*. Tesis de maestría, Universidad Mayor, Santiago de Chile, Chile.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 231–239. <http://doi.org/10.1002/cpp.658>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). Cáncer. Recuperado el 16 de Julio de 2016 de la World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ray, D.C. & Schottelkorb, A.A (2010). Single-case design: a primer for play therapists. *International journal of Play Therapy*, 19(1), 39-53. [http://doi.org/1037/a00117725](http://doi.org/10.1037/a00117725)
- Reinero, S. (2007). *La "dificultad de poner y aceptar límites" en el proceso de la enfermedad cáncer de mamas, desde una visión analítico existencial*. Tesis de pregrado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile, Chile.
- Shub, N. (1992). *Gestalt Therapy Over Time: Integrating Difficulty and Diagnosis*. En N. Shub (2007). *Metodología Gestalt Para El Tratamiento: Desórdenes De Carácter (Desórdenes De Personalidad) Self Fragmentado*, (pp. 35). Veracruz: CEIG editorial.
- Shub, N. (2007). *Metodología Gestalt Para El Tratamiento: Desórdenes De Carácter (Desórdenes De Personalidad) Self Fragmentado*. Veracruz: CEIG editorial.
- Schnake, A. (2001). *La Voz del Síntoma*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

- Schnake, A. (2007). *Enfermedad, Síntoma y Carácter*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18(4), 481-494.
- Stiles, W. B., Gordon, L. E., & Lani, J. A. (2002). Session evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. En G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 325-343). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Tschuschke, V., Cramer, 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. (2009). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile.