

# La desensibilización: un mecanismo de defensa en la ansiedad

Sosa Ortega, Mariana

2017

---

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3357>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

# UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto  
Presidencial del 3 de abril de 1981



## **LA DESENSIBILIZACIÓN: UN MECANISMO DE DEFENSA EN LA ANSIEDAD**

DIRECTOR DEL TRABAJO  
DR. RAÚL JOSÉ ALCAZAR OLÁN

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO  
que para obtener el Grado de  
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Presenta

**MARIANA SOSA ORTEGA**

Puebla, Pue.

2017

**CASO CLÍNICO**  
**LA DESENSIBILIZACIÓN: UN MECANISMO DE DEFENSA EN LA ANSIEDAD**

Mariana Sosa Ortega  
*Universidad Iberoamericana Puebla*  
Maestría en Psicoterapia  
Mayo de 2017

**Introducción**

Este trabajo tiene como objetivo mostrar el caso de una paciente con ansiedad bajo el tratamiento del modelo clínico-gestáltico, para ello se expone el proceso terapéutico que se siguió, los instrumentos de evaluación y las técnicas utilizadas, así como los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos.

El proceso terapéutico estuvo supervisado por un equipo de terapeutas durante las sesiones en vivo realizadas en la cámara Gessell de la Clínica del OPTA de la Universidad Iberoamericana de Puebla, así como, por la supervisión a través de sesiones videograbadas de las entrevistas subsecuentes.

Este proceso terapéutico se desarrolló en quince sesiones, de las cuales, las dos primeras cumplieron la meta de establecer los objetivos terapéuticos a alcanzar durante el proceso. En la primera sesión, la psicoterapeuta se enfocó en establecer una relación terapeuta-paciente empática, para ello se utilizó como técnica inicial el rapport, con la finalidad de crear una alianza terapéutica y tener menores resistencias al tratamiento, lo que permitió obtener la información necesaria para construir un panorama general de la historia de la paciente y su manera de afrontar las situaciones de su vida.

Las tres sesiones subsecuentes se enfocaron en recabar información para la conformación de un diagnóstico clínico gestáltico.

A partir de la quinta sesión se comenzó a trabajar con las técnicas y experimentos propios del modelo de la terapia Gestalt.

La paciente presentaba ansiedad que fluctuaba en las polaridades de la complacencia y la expresión de sus sentimientos, con una manifestación corporal de ansiedad, las intervenciones consistieron esencialmente en utilizar técnicas gestálticas integrativas, obteniendo como resultado la identificación y expresión de sus emociones, principalmente el enojo.

### **Datos de identificación del paciente**

Mujer de 21 años, soltera, nació el 21 de febrero de 1995 en el estado de Veracruz, actualmente estudia la licenciatura en economía en la BUAP, radica en la ciudad de Puebla desde hace tres años donde comparte una habitación universitaria con una compañera. Su estatura es de 1.60 m, complexión media, tez morena y cabello oscuro.

En su vida cotidiana se dedica a muchas actividades, entre ellas deportivas, practica caminata y natación. En cuanto a actividades culturales, se encuentra estudiando un taller de oratoria con la finalidad de superar su miedo a hablar en público.

Socialmente, tiene pocos amigos, establece relaciones superficiales, debido a que no le gusta expresar sus sentimientos. En el ámbito de pareja, su preferencia es heterosexual y refiere que sólo ha tenido dos relaciones de noviazgo, donde ambas han sido insatisfactorias como resultado de no poder expresar lo que siente hacia su pareja.

La familia de origen está compuesta por cuatro integrantes, el padre, madre, un hermano menor y la paciente que ocupa la primogenitura.

Durante la infancia de la paciente, el padre se va a trabajar a Estados Unidos para enviar dinero y poder mejorar la situación económica de la familia, sin embargo, el padre estando allá, comienza una nueva relación de pareja que terminó por convertirse en una familia con dos hijos.

Para la familia de la paciente, enterarse de esta situación fue devastador, especialmente para la mamá, quien lloraba constantemente. Cuando todo esto sucede la paciente tenía seis años y recuerda que su mamá lloraba continuamente, lo que la hacía sentirse preocupada y triste. Sin embargo, a su corta edad, este evento la llevó a tomar el rol de apoyo y fortaleza para su madre, papel que ha desempeñado hasta la fecha y de donde surge el recurso de la desensibilización emocional.

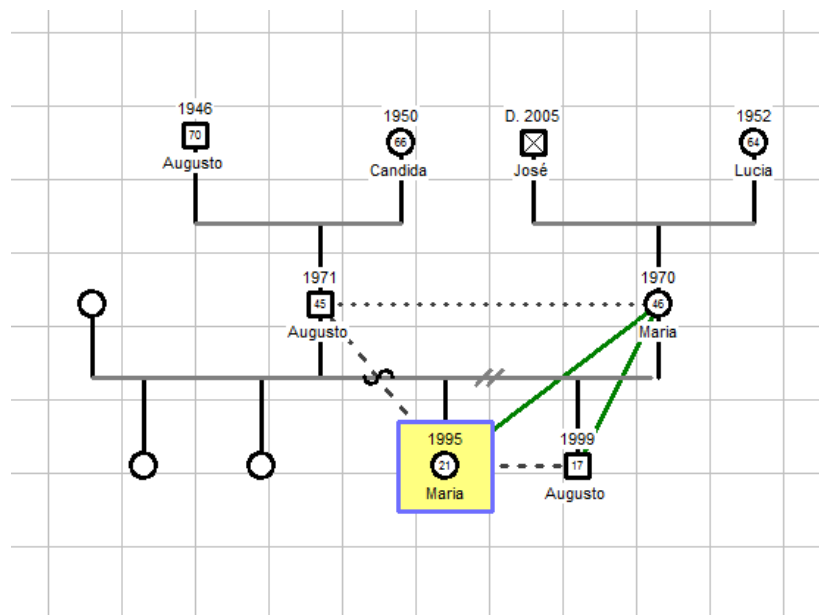


Fig.2.- Familiograma

## **Motivo de consulta**

Inicialmente la paciente refiere: “Quiero conocerme mejor, me parece interesante estar en psicoterapia.”, “No sé identificar mis emociones, no sé cómo me siento”.

En la primera sesión establece que desea identificar sus sentimientos y expresarlos con mayor facilidad, sobre todo el enojo, porque se da cuenta que por no expresar esta emoción, las demás personas abusan de ella.

La paciente refiere que es la primera vez que asiste a un proceso de psicoterapia y explica que esta decisión la tomó cuando descubrió que sus amigos la ignoraban y sus parejas abusaban de ella.

Durante la primera sesión, la paciente menciona estar convencida de que mientras ella sea ecuánime y sus emociones las tenga bajo control, los demás no se darán cuenta de lo que realmente siente y así no podrán lastimarla.

Durante esta sesión se observa a la paciente con ansiedad, le suda la nariz, sonrío y mueve sus manos constantemente. Aunque ella comenta no darse cuenta de esto, si expresa que su ansiedad la lleva a ocuparse en muchas actividades que la estresan mucho.

A partir de esto, se decide indagar la razón por la cual la paciente ha funcionado de esta manera, sus ganancias secundarias y los costos que esto ha tenido.

## **Instrumentos de evaluación**

Para este caso se utilizaron tres escalas de evaluación: El Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck y la Escala de Enojo Rasgo.

El **Inventario de Depresión de Beck** (BDI) es una de las escalas más utilizadas mundialmente para medir la gravedad en síntomas depresivos. Esta escala ha sido estandarizada a la población mexicana por Salvador Jurado en 1998, cumpliendo con los requisitos psicométricos para ser utilizada, demostrando la validez de constructo, contenido y criterio.

La versión 1993 del BDI se tradujo al español y se sometió a validación de 10 jueces expertos en depresión y psicometría. El análisis de consistencia interna arrojó un valor de .87. Todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa, obtenida mediante el contraste del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos. Se obtuvieron normas mexicanas para cada submuestra mediante el procedimiento de rango percentilar. La validez concurrente entre el BDI y la escala Zung con pacientes con diagnóstico de depresión fue de  $r = 0.70$ , y con estudiantes de bachillerato fue de  $r = .65$ .

El Inventario de Depresión de Beck, estandarizado en población mexicana ( $\alpha = .87$ ), está conformado por 21 ítems. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido para la población mexicana fue de 10 puntos.

Las normas de calificación del BDI son las siguientes:

Puntaje crudo	Nivel de Depresión
0 a 9	Mínima
10 a 16	Leve
17 a 29	Moderada
30 a 63	Severa

El **Inventario de Ansiedad de Beck** (BAI) estandarizada por Robles, Varela, Jurado y Páez en el 2001, consta de 21 ítems que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales en la ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en la que 0 indica la ausencia del síntoma y 3 la severidad máxima. Para población mexicana ( $\alpha = .83$ ), es un autoinforme que cuenta con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima.

En la estandarización a nuestro país se determinaron las normas de calificación para la población mexicana, con en el rango percentilar. Se obtuvo la confiabilidad test-retest del inventario; el índice de correlación intraclase fue  $r = .75$ . La validez convergente se obtuvo correlacionando los puntajes del inventario con los del IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo Estado); con la escala de ansiedad de estado:  $r = .60$ ; con la de ansiedad de rasgo,  $r = .59$ . Los pacientes con trastornos de ansiedad obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas que los sujetos de población sana.

Las normas de calificación del BAI son las siguientes:

Puntaje crudo	Nivel de Ansiedad
0 a 5	Mínima
6 a 15	Leve
16 a 30	Moderada
31 a 63	Severa



La **Escala de Enojo Rasgo** creada por Moscoso y Spielberger en 1999 y validada en México por Alcazar en 2011, permite evaluar la predisposición de la persona a experimentar enojo.

La escala de enojo consta de 10 ítems con valores del 1 al 4 que miden la frecuencia con la que se presenta el rasgo del enojo. Los puntajes van de 10 a 40, donde 40 representa la severidad máxima.

Las normas de calificación de la Escala de Enojo Rasgo son las siguientes:

Puntaje	Tendencia al Enojo
10 a 16	BAJO
17 a 22	PROMEDIO
23 a 40	ALTO

### **Diagnóstico**

Para el diagnóstico se utilizó un modelo terapéutico clínico gestáltico. En la parte clínica, se tomó como referencia el DSM-IV para el diagnóstico multiaxial y los criterios del DSM 5 para definir los rasgos de personalidad.

Dentro de las sesiones se empleó el ciclo de la experiencia propuesto por Salama (2007), para definir la etapa bloqueada y los mecanismos de defensa utilizados.

Dentro de las sesiones se utilizó como método terapéutico, la fenomenología para identificar la figura cristalizada, la figura terapéutica y las polaridades a trabajar.

El DSM-IV propone el modelo multiaxial para evaluar al paciente bajo diferentes variables, conformando un diagnóstico de cinco ejes:

**Eje I:** se incluyen los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica.

**Eje II:** se incluyen los trastornos de la personalidad, el retraso mental y los mecanismos de defensa.

**Eje III:** en este eje se incluyen las enfermedades médicas y los problemas físicos cuando van acompañados de un trastorno mental.

**Eje IV:** se codifican los problemas ambientales y psicosociales que contribuyen con el trastorno.

**Eje V:** se incluye la opinión del clínico respecto del nivel de funcionamiento y actividad del paciente.

Para el diagnóstico de los trastornos correspondientes al Eje 1 y 2 se utilizó el DSM 5, donde se encontró que la paciente cumplía con la mayoría de los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada y rasgos de la personalidad histriónica para el segundo eje.

El **trastorno de ansiedad generalizada** cumple con los siguientes criterios de acuerdo al DSM 5:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

El **trastorno de la personalidad histriónica** cumple con los siguientes criterios según el DSM 5:

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

En la paciente se observa una gran necesidad de obtener la aprobación de los demás para sentirse aceptada y querida. Por tanto, trata de agradar siempre a las personas, se muestra complaciente con ellas, en la mayoría de las circunstancias y evita decirles "no", como respuesta. De manera que termina por hacer siempre lo que los demás desean. Lo anterior, en ocasiones le genera enojo y tristeza, sin embargo se muestra ecuánime y controlada, en todo momento.

Los signos y síntomas que caracterizan a la paciente, conforman el diagnóstico presentado en la Tabla 1:

**Tabla 1.** Signos y Síntomas de la paciente

Signos	Síntomas
Sudoración en nariz	Ansiedad manos y abdomen
Movimiento constante de manos	Sensación de vacío en el pecho
Sonrisa constante mostrando los dientes	Insomnio por pensamientos
Sonrisa ante la necesidad de llorar	Nerviosismo
	Ansiedad al ser observada por otros
	Tensión en espalda
	Aislamiento
	Anorgasmia

El diagnóstico multiaxial de la paciente en este caso queda de la siguiente manera:

**Eje 1:** F40 Trastorno de ansiedad generalizada

**Eje 2:** F60.4 Rasgos de personalidad histriónicos, Mecanismo de defensa: intelectualización, represión, anticipación, proyección, devaluación y rechazo de ayuda.

**Eje 3:** K297 Trastornos digestivos, F52.3 Disfunción orgásmica

**Eje 4:** Divorcio de sus padres, situación económica, migración

**Eje 5:** Escala de Evaluación de la actividad global: 70

## Formulación del caso

El cuadro clínico que la paciente presenta, se explica dentro del marco gestáltico a través de la utilización del ciclo de la experiencia para la detección de los bloqueos y mecanismos de defensa.

El ciclo de la experiencia se simboliza como un círculo que representa al organismo, donde la energía hace un recorrido por las diferentes etapas que inicia y finaliza en un mismo punto. Este círculo está dividido en dos partes, la superior, pasiva, donde la energía se mueve de manera interna, en los pensamientos y emociones; y la inferior, activa, que se externa por medio de conductas. La parte pasiva se subdivide en: zona interna y zona de la fantasía, en la primera, se encuentran las reacciones del cuerpo a través de los sentidos; en la segunda zona, incluye los procesos mentales como ideas, fantasías, memorias, etc.

La parte activa se subdivide en: zona externa y continuo de conciencia, en la primera se localiza el contacto del organismo con el ambiente y la segunda zona representa el resultado de la integración de las tres zonas anteriores.

A su vez, cada zona se divide en dos etapas o fases que son: Reposo, Sensación, Formación de Figura, Movilización de energía, Acción, Precontacto, Contacto y Postcontacto.

La persona puede contener la energía en una etapa y originar un bloqueo que deja inconclusa una experiencia. Los bloqueos son: Postergación, Desensibilización, Proyección, Introyección, Retroflexión, Deflexión, Confluencia y Fijación.

La paciente se encontraba bloqueada en la etapa de sensibilización, es decir, no sentía sus emociones, no las podía describir y mucho menos ponerle nombre, centrándose únicamente en los pensamientos.

La terapia Gestalt concibe al ser humano como una totalidad, donde la mente, emociones y cuerpo son parte del todo. Este fue, en todo momento, el fundamento teórico con el que se trabajó. Por esto, mucho del trabajo en las sesiones consistió enfocarse en lo que el lenguaje corporal expresaba más allá del contenido verbal que la paciente decía.

En este proceso se explica la ansiedad como un recurso que la paciente desarrolla a través de su historia para sobrevivir a su entorno. Velásquez (2001) refiere que en la Gestalt la experiencia es considerada por Perls como una autorregulación para buscar la homeostasis.

En este sentido Latner (1999) menciona los siguientes fundamentos teóricos de la Gestalt: 1) Autorregulación del organismo, 2) La relación del organismo y el ambiente, 3) La formación de la gestalt, 4) Prediferenciación o indiferencia y atención dividida, 5) La destrucción y la agresión, 6) Excitación, 7) La diferenciación y la dialéctica de las polaridades. Todos estos como elementos fundamentales que constituyen al ser humano en su interacción con el medio ambiente.

Salama (2007) plantea dos puntos importantes en el enfoque Gestalt, en el primero, el individuo se concibe como un ser creativo en continuo crecimiento, con la posibilidad de guiar su comportamiento y encontrar por sí mismo las soluciones a sus problemáticas, una persona capaz de asumir la responsabilidad de su propia vida. En el segundo punto, las conductas inadecuadas se perciben como señales dolorosas creadas por polaridades, es decir, la persona desarrolla y utiliza determinada polaridad con la finalidad de adaptarse al medio en el que se desenvuelve.

La ansiedad, en este proceso se explicó como el resultado de la desensibilización emocional que la paciente desarrolló como recurso para subsistir en su ambiente familiar, utilizando la complacencia como una polaridad para interactuar con los demás.

Zinker (2000) nos habla de las polaridades como el resultado de la historia del individuo y la percepción que éste tiene de su propia realidad interior. La elección que la persona hace de las polaridades, depende de cuales son yosintónicas, o aceptables por el sí mismo consciente, y las que son yodistónicas, o inaceptables por el sí mismo. Es decir, las polaridades utilizadas por una persona se encuentran en función de la construcción del sí mismo que la persona tiene. En este caso, la paciente se muestra complaciente ante los demás, debido a que ella encuentra más reconfortante percibirse en control de la situación al no dar a conocer lo que siente, que en la vulnerabilidad de mostrar sus emociones a otras personas.

Latner (1999) menciona que las polaridades llenan nuestra conducta y pensamiento, y la relación de estos opuestos consiste en que la existencia de uno necesariamente exige la presencia del otro.

En este caso la ansiedad es la manifestación corporal ante el conflicto entre la expresión de la complacencia, de decir sí en todo momento y el no expresar los verdaderos sentimientos, dado que la expresión de éstos, implica para la paciente ir en contra de su yo, es preferible para ella vivir bajo la ansiedad cotidiana que encontrarse con el miedo a experimentar la vulnerabilidad ante los demás.

La desensibilización, es el mecanismo de defensa utilizado por la paciente para poder responder de manera complaciente en cualquier situación, y al mismo tiempo, la inexpressión de la emoción real, el enojo, le genera ansiedad.

Salama (2007) refiere que los pacientes llegan a la terapia provistos de bloqueos en el ciclo de la experiencia, éstos surgen como un recurso adaptativo con la finalidad de la sobrevivencia del yo (Fig 1).





Fig. 1 Etapas del ciclo de la experiencia

En la Gestalt, para trabajar con las polaridades, bloqueos y conductas inadecuadas, se utilizan los experimentos que comprenden técnicas concretas para lograr que la persona pueda desarrollar conductas nuevas a través de la creatividad y alinearlas a una nueva concepción de sí mismo.

Zinker (2000) plantea los experimentos como la intervención característica del modelo gestáltico que permite alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos: Expandir el repertorio de conductas de la persona, crear condiciones donde el individuo pueda ver su vida como su propia creación, estimula el aprendizaje experimental y la elaboración de nuevos conceptos de sí mismo a partir de creaciones en el plano del comportamiento, completa situaciones inconclusas y supera bloqueos, integra las comprensiones intelectuales con expresiones motrices y descubre polarizaciones de la que no se tiene conciencia.

Existen tres tipos de técnicas que se utilizan en el terreno terapéutico: expresivas, supresivas e integrativas. (Salama, 2007)

Durante este proceso se utilizaron los tres tipos de técnicas y especialmente las integrativas, que permitieron el trabajo con las polaridades de la paciente para desarrollar una nueva forma creativa de expresarse. Dentro de la técnica integrativa principal que se utilizó fue la silla vacía.

Rosalía Delgado (2011) psicoterapeuta mexicana, realiza un estudio cualitativo en el Centro de Justicia para las Mujeres en ciudad Juárez, donde se aplicó la técnica de la silla vacía para trabajar la expresión de sentimientos contenidos, con una mujer en proceso de duelo por un hijo fallecido, obteniendo resultados favorables.

Otro elemento importante utilizado durante las sesiones fue enfocarse en el aquí y ahora. Claudio Naranjo en una entrevista realizada en la Universidad de Psicología de Bogotá menciona que la terapia Gestáltica pone énfasis en el aquí y el ahora para poder ver de primera mano los fantasmas o conceptos erróneos que el paciente tiene de sí mismo (Ramírez, 2011).

Zinker (2000) menciona que estar en el aquí y ahora implica contactar con la sensación. Explorarse es un proceso activo en el que se enfoca la atención en la descripción sensorial, esto otorga un sentido de realidad, dado que estar en el presente es lo único real que se experimenta. Estar en el aquí y ahora permite también darse cuenta de la figura y el fondo.

Köleer, Koffka y Wertheimer (citados en Latner, 1999) definían la figura como lo que se destaca de un fondo difuso. En este sentido, la persona al experimentar la sensación puede encontrar la figura, es decir, lo que le interesa y llama su atención, diferenciándolo de lo que le resulta indiferente. En cambio en las personas disfuncionales existe una confusión entre la figura y el fondo.

Finalmente, la terapia gestáltica propone vivir en el momento, atender las necesidades emergentes, y ser auténticos con nosotros mismos en nuestro ambiente. Esta concepción otorga el principal objetivo terapéutico a alcanzar para cualquier persona que se encuentre trabajando bajo este modelo. A partir de esto, se desglosan los objetivos particulares que Latner en 1999 plantea en el modelo gestáltico:

1. Examinar el funcionamiento del yo e incrementar sus recursos.
2. Descubrir los recursos de nuestro yo para desarrollar nuevas alternativas de solución.
3. Sustituir los sueños y fantasías por un funcionamiento total del organismo en el aquí y ahora.
4. Expandir la conciencia para que el funcionamiento natural se pueda reestablecer.
5. Establecer formas más adecuadas para satisfacer las necesidades.

La terapia Gestalt es existencial, experimental y empírica. Se centra en el sí mismo y en su relación con el ambiente. Se enfoca en la consciencia, en la experiencia y su fenomenología. La metodología que utiliza es la experimentación en el campo, para descubrir los recursos que servirán para enfrentarse a las situaciones de conflicto, y lograr la satisfacción. Por último, lo que busca este modelo terapéutico, es integrar nuevas formas de relacionarse con el ambiente en la congruencia de la sensación y la experiencia.

Salama (1993) refiere que la desensibilización es “la negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente”.

En el manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Salama (1993) se identifica cada bloqueo con mensajes, polaridades, manejo de la agresión, temores y necesidades.

De acuerdo a esto, se explica el problema que la paciente presenta en la Tabla 2:

**Tabla 2.** Diagnóstico Gestáltico

BLOQUEO	Desensibilización
MENSAJE	No te amarán : se desensibiliza para no sufrir
POLARIDADES	Afecto-aplanamiento afectivo
MANEJO DE LA AGRESIÓN	Autoagresivo: la energía se vuelca hacia sí mismo a través de autosabotaje, culpándose, victimizándose, alternando las funciones fisiológicas básicas, reteniendo emociones y creando enfermedades.
TEMOR	A sufrir
NECESIDAD	Placer

En este sentido, durante las primeras sesiones, la paciente manifestaba un aplanamiento afectivo, centrándose frecuentemente en sus ideas y pensamientos. De modo que cuando se le preguntaba a la paciente: - ¿Qué sientes? Contestaba: - no siento, ni sé lo que siento.

En la exploración con mayor profundidad, se encontró que su miedo principal era llegar a expresar lo que sentía, que los demás la vieran vulnerable, como una “tonta” o se burlaran de ella.

Por ello, ante situaciones donde los demás eran agresivos con ella, la paciente se mostraba aparentemente “ecuánime”, capaz de decir, “está bien, lo entiendo”, sin embargo, después comenzaba a darse cuenta que los demás se aprovechaban de ella, pero no podía decirles que no o mucho menos, mostrar su enojo.

Dentro de las sesiones se utilizó la fenomenología como técnica terapéutica para identificar los siguientes elementos en la paciente que se muestran en la Tabla 3:

**Tabla 3.** Figuras y Polaridades fenomenológicas

Figura Cristalizada:	Ansiedad
Figura terapéutica:	Enojo
Polaridades:	Expresión del enojo vs complacencia

A partir de estos diagnósticos se establecen las siguientes hipótesis a trabajar:

**Hipótesis Clínica:** Trastorno de ansiedad generalizada con rasgos de personalidad histriónica

**Hipótesis Gestáltica:** Bloqueo en la etapa de sensibilización a la etapa de precontacto del ciclo de la experiencia.

Bajo estas hipótesis se crea un plan de trabajo terapéutico con los siguientes objetivos a trabajar:

1. Descripción e identificación de la emoción (figura)
2. Expresión de la emoción (contacto)
3. Utilizar formas creativas para la expresión de la emoción (enojo)
4. Identificar e Integrar las polaridades como recursos personales

Para alcanzar los objetivos anteriores se utilizaron las siguientes estrategias y técnicas dentro del plan terapéutico:

**1. Descripción e identificación de la emoción (figura)**

Trabajar con el ciclo de la experiencia durante la sesión (contacto, formación de figura, polaridades, experimento, cierre)

Técnicas: vacío estéril-vacío fértil, darse cuenta exterior-interior

**2. Expresión de la emoción (contacto)**

Maximización de la emoción, silla vacía, silla caliente

**3. Utilizar formas creativas para la expresión de la emoción (enojo)**

Narrativa del enojo, ejercicios de asertividad, establecimiento de límites

**4. Identificar e Integrar las polaridades como recursos personales**

Tomar conciencia para que sirven los recursos desarrollados y los nuevos creados

Discriminar en que situaciones se pueden emplear

Identificar costos y consecuencias

Técnicas: silla vacía, diálogo con las manos, no puedo-no quiero, tengo que-elijo que.

Cada sesión se estructuró bajo el **ciclo de la experiencia**, cumpliendo con las etapas a continuación:

1. Contacto
2. Formación de la Figura
3. Polaridades
4. Experimento (*técnicas*)
5. Cierre

La técnica que se utilizó de manera más frecuente para trabajar con las polaridades fue la silla vacía con el objetivo de clarificar el sentimiento y su expresión. La técnica de la silla vacía permite la expresión y liberación de profundas tensiones internas.

Esta técnica se puede trabajar en dos modalidades, utilizando sillas físicas o bien por medio de una fantasía guiada. Salama (2007) propone que el trabajo con la técnica de la silla vacía sea colocando tres sillas, de éstas, dos sillas se ponen frente a frente y la tercera en medio de ambas formando un triángulo. Se le solicita a la persona que se siente en alguna de las dos sillas enfrentadas y tome conciencia con su zona interna por medio de la respiración, y que coloque en la silla de enfrente la polaridad con las características que ésta implica. La tercera silla, es la integradora, para poder metacomunicarse y realizar la integración de ambas polaridades.

Jhon Stevens (2003) propone una silla vacía a través de una visualización guiada, donde se le pide al paciente que se imagine a sí mismo actuando en la característica que comúnmente utiliza, y en frente, como un espejo vea su imagen con la polaridad que generalmente no usa. Después, se le indica que comience un diálogo, diciéndole lo que le molesta o le gusta de la otra parte, posteriormente, se le solicita que tome el otro lugar y

desde esta polaridad le responda, hasta que se establezca un diálogo continuo entre ambas partes. Finalmente, se concluye, trayendo al paciente al aquí y ahora, y explorando, qué fue lo que descubrió, como le resultó este diálogo y de qué se da cuenta.

### **Implementación del tratamiento**

El proceso terapéutico se conformó por sesiones que tuvieran un objetivo claro a alcanzar, de manera que las técnicas utilizadas estaban alineadas a lo que se pretendía lograr.

Conforme se avanzó en el proceso terapéutico, se logró que la paciente contactara con sus emociones a través de la expresión e integración del enojo. A continuación se muestra un fragmento de la sesión donde se utilizó la técnica de la silla vacía con el objetivo de que lograra la toma de conciencia y la integración de esta emoción.

**Terapeuta:** *En una silla vas a hablar desde la mujer complaciente y en la otra, vas a hacerlo desde la mujer enojada...*

**Paciente:** *(en la silla enojada) Me siento enojada porque me dejó plantada y ni siquiera me avisó que no llegaría, me siento enojada porque me dice que lo que siento es poco importante, me enoja que me haya dicho que yo cambiara y ahora ni siquiera valora lo que he hecho...*

**Terapeuta:** *(a la parte enojada) Describe como está tu cuerpo mientras sientes este enojo ¿Dónde se siente el enojo?*

**Paciente:** *Se siente en el estómago, en las manos (mientras las empuña) es una sensación de calor y de fuerza, es desagradable, me duele el estómago*



**Terapeuta:** *Quédate y concéntrate en esto que sientes, si esta sensación pudiera hablar ¿qué diría?*

**Paciente:** *Haz algo!! Ya no te dejes!*

**Terapeuta:** *¿Qué necesitas hacer con este enojo?*

**Paciente:** *Sacarlo, pero es lo que no puedo, me da miedo*

**Terapeuta:** *Ahora pasa a la otra silla de la complaciente*

**Paciente:** *(en la silla complaciente) no quiero que se dé cuenta de que esto me afecta, y cuando esto sucede aparento que no pasa nada y que soy muy comprensiva, aparento que todo está bajo control y que lo entiendo perfecto, me muestro sonriente y tranquila...*

**Terapeuta:** *Ahora háblale a la silla donde estas enojada y dile que hacer con su enojo*

**Paciente:** *Guárdalo y sonrío. (la paciente comienza a llorar y dice no puede ser que me haga esto)*

**Terapeuta:** *¿De qué te das cuenta?*

**Paciente:** *Mmm Que estoy muy enojada*

**Terapeuta:** *¿Qué haces con tu enojo?*

**Paciente:** *Me lo guardo y me hago daño, me siento con ansiedad*

**Terapeuta:** *¿Qué necesitas hacer con esto?*

**Paciente:** *Decir lo que me enoja*

**Terapeuta:** *¿Para qué?*

**Paciente:** *Para no hacerme daño y estar bien conmigo...*

**Terapeuta:** *Ahora siéntate en esta otra silla (tercera silla) Y desde aquí ¿qué le podrías decir a la parte enojada y a la parte complaciente? ¿Para qué están aquí?*

**Paciente:** *(Se dirige a la enojada) Perdón por no hacerte caso y hacerte daño... está aquí para decirme que no me deje de los demás... (a la parte complaciente) mientras más estás*

*tú más daño te haces y das permiso a los demás que lo hagan...está aquí para protegerme...*

**Terapeuta:** *¿Qué quieres hacer con estas dos partes tuyas?*

**Paciente:** *...que salga la enojada cuando alguien me hace daño o abusa de mí para decir “no” o no hacer algo que no quiero, y la complaciente ... no sé....¿cuándo solo quiera obtener algo? No sé bien*

**Terapeuta:** *¿Qué descubres con todo esto?*

Al finalizar las sesiones la paciente refiere que se ha convertido en una persona más determinante y ha logrado también expresar su tristeza y ponerse a llorar delante de un amigo.

El proceso trabajado fue desde la etapa de la sensación y consistió en que la paciente pudiera otorgar el nombre a lo que sentía para llevarla a la acción congruente de la expresión.

## **Resultados**

Se obtuvieron resultados cualitativos y cuantitativos. Los primeros, bajo el enfoque terapéutico utilizado y los segundos, gracias a los instrumentos que se aplicaron en las sesiones 1, 5 10 y 15.

Los resultados cualitativos que se obtuvieron fueron evaluados en relación a los objetivos planteados en el plan de trabajo terapéutico. Lo que se logró fue que la paciente identificara sus emociones, las describiera sensorialmente y pudiera darles nombre.

Aprendió a expresar lo que siente, sobre todo el enojo, y a establecer límites a partir de éste, como una alternativa creativa de utilizar esta emoción. Integró sus polaridades, identificándolas como recursos personales que ha desarrollado en su vida para sobrevivir a las circunstancias, y consiguió discriminar en qué situaciones puede actuar a su favor utilizando una polaridad o la otra. La paciente refiere de manera textual: "He identificado cuando me siento enojada y le he dicho lo que me enoja"

Los resultados cuantitativos que se consiguieron fueron los siguientes: en la Escala Global hubo un incremento en los ítems en la quinta sesión, dado que la paciente comenzó a expresar su enojo, afectado las áreas de amistad, familia y escuela. En la sesión décima los puntajes descienden debido al proceso de adaptación de esta nueva forma de expresarse, y en la última sesión, disminuyen aún más, integrando los efectos generados por los cambios realizados en la expresión de sus emociones (Tabla 4).

En la Escala de Depresión de Beck, los resultados van en disminución en todas las sesiones subsecuentes hasta llegar a puntaje cero. Esto puede explicarse debido a que en el aumento de la expresión de sus emociones, especialmente el enojo, la paciente, dejó de recriminarse y rumiar su incapacidad de enfrentamiento (Tabla 4).

En la Escala de Ansiedad de Beck, se observa un incremento en los puntajes en la quinta sesión, dado que la ansiedad incrementa ante los intentos de enfrentar la expresión de las emociones, mientras que en la décima y quinceava sesión los puntajes disminuyen (Tabla 4).

**Tabla 4.** Puntajes de la paciente en la sesión 1, 5, 10 y 15

Mediciones	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 10	Sesión 15
Depresión	10	8	2	0
Ansiedad	6	20	14	4
Enojo	11	16	14	4
Vida en social*	1	5	2	4
Vida laboral/escolar*	1	5	1	2
Vida en ratos libres*	1	2	2	2
Vida familiar*	1	1	1	1
Salud física*	1	2	1	1
Vida general*	1	5	2	4
Vida de pareja*	N/A	N/A	N/A	N/A

\*Escala Global, mayor puntaje indica mayor daño o afectación

### **Factores asociados al terapeuta**

Dentro de las supervisiones en vivo y video se identificaron los siguientes factores asociados al terapeuta que permitieron que el proceso alcanzara los objetivos planteados: la habilidad para el manejo de sentimientos, la objetividad para el establecimiento de metas terapéuticas, la capacidad de empatía, el acompañamiento y contención. De igual forma, se identificaron aquellos factores personales que pudieran obstaculizar un adecuado proceso tales como: bajo mi tono de voz en el momento de conectarme con la emoción de la paciente y proyectó una baja energía, cambio mi lenguaje corporal cuando la paciente entristece y tomo también una postura de tristeza, es decir, hago confluencia con la paciente.

Las habilidades personales con las que cuenta un psicoterapeuta van más allá del manejo de las técnicas de cualquier modelo de terapia, más bien, son obtenidas

generalmente a través de la propia experiencia de vida, la conciencia del sí mismo ante las vivencias y el propósito que se le decida dar a cada una de éstas.

En este sentido, cuenta mucho mi historia, mis tiempos, mi dolor, mi alegría, mi familia, mis creencias y muchas otras cosas más que me conforman, que me identifican y me diferencian, que me conectan con los demás y que han permitido que desarrolle recursos para ver en el otro a una persona como un todo, lleno de posibilidades y dotada de gran creatividad para generar nuevas realidades.

### **Discusión**

Durante este proceso psicoterapéutico, en un primer paso, se establecieron los objetivos a alcanzar de manera conjunta, terapeuta-paciente. Cada sesión, la paciente establecía el tema a trabajar de acuerdo a cómo se encontraba en el aquí y ahora, y en conexión con los objetivos establecidos.

La implementación del modelo terapéutico gestáltico y clínico, bajo la estructura del ciclo de la experiencia que se utilizó sesión por sesión, permitió trabajar con el aquí y el ahora y contactar con las sensaciones corporales para que la paciente logrará identificar sus emociones y tomara consciencia en qué momento su cuerpo le manifestaba un sentimiento, y de esta forma, en lo relacional, pudiera darse cuenta como necesitaba expresar esa emoción ante los otros. Al lograr esto, conseguimos desbloquear la sensibilización para dar paso a la siguiente fase, la formación de figura, es decir, que la paciente pudiera dar nombre a su sentimiento y actuar en consecuencia de éste.

Con relación al diagnóstico clínico inicial, la ansiedad y la personalidad histriónica, se consiguió que la primera disminuyera, al liberar la situación de tensión que se generaba al guardarse las emociones y no expresarlas, esto pudo lograrse utilizando técnicas integrativas y expresivas. En lo que respecta a la personalidad histriónica, el “como si” característico de este trastorno, la paciente lo reconoció como un recurso que podía ya no utilizar, dando paso a la expresión del sentimiento real y dejar de actuar “como si no pasara nada”.

El hecho de que la paciente lograra expresar sus emociones generó en consecuencia que los criterios para la personalidad histriónica disminuyeran, así como el nivel de ansiedad bajara.

En este caso podemos observar lo que el modelo gestáltico sostiene, la persona es un ser creativo capaz de generar nuevas formas de comportamiento, la paciente consiguió expresar su enojo y utilizarlo como una señal para ponerse un límite ante las personas con las que se relaciona. Esta manera creativa de manejar el enojo la llevó a conocer sus límites ante las diversas situaciones que se le presentaban y relacionarse de manera asertiva.

Este proceso psicoterapéutico nos permite comprobar que la técnica de la silla vacía es de gran utilidad en casos donde los pacientes requieran encontrar un equilibrio al utilizar sus recursos personales opuestos. Gracias a esto, la paciente logró tomar consciencia de las polaridades con las que se manejaba, verlas como recursos y discriminar en que situaciones podría utilizarlas a su favor.

Las técnicas implementadas para el manejo psicoterapéutico de este caso fortalecieron el empleo del enfoque gestáltico, lo cual facilitó que se alcanzaran los

resultados esperados por parte de la paciente, así como el logro de las metas terapéuticas que se plantearon en el plan de trabajo. Lo anterior permitió el cumplimiento de los objetivos que el propio modelo terapéutico señala, tales como: expandir el repertorio de conductas para la expresión de emociones, la conciencia y responsabilidad de percibirse como autora de su vida, percibirse bajo un nuevo concepto de sí misma, superar el bloqueo de la desensibilización y descubrir sus polaridades como recursos para integrarlos.

Finalmente, se consiguió que la paciente describiera sensorialmente sus emociones, las identificara y con el trabajo en las polaridades, descubriera su resistencia ante la expresión de ellas, lo que la llevó a expresarlas de manera abierta y funcional.

Los logros terapéuticos obtenidos en el tratamiento de este caso, confirman que el modelo gestáltico es de gran utilidad para el trabajo con personas que sufren de ansiedad y con aquellas que tienen personalidades histriónicas, ya que facilita el contacto con la emoción, el desbloqueo de la desensibilización y la congruencia entre la emoción y su expresión.

### **Referencias**

- Alcazar, R.J, Deffenbacher, J.L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 307-318
- Delgado, D.R. (2014). Elaboración del duelo de una madre cuyo hijo trabajaba como sicario en Ciudad Juárez Chihuahua. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23,224-244

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela R. (1998).

La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31

Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. México: Cuatro Vientos

Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 321-343.

Ramírez, C.I. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Escuela de Gestalt Claudio Naranjo, Transformación Humana*, Colombia, Vol. 10. 287-296.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*, 18, 211- 218

Salama, H. (2007). *Psicoterapia Gestalt: Proceso y Metodología*. México: Alfaomega

Stevens, J.O. (2003). *El darse cuenta: sentir, imaginar y vivenciar*. Chile: Cuatro Vientos.



Velásquez, L.F. (2001). Terapia Gestáltica de Friedrich Solomon Perls: Fundamentación fenomenológica-existencial. *Psicología desde el caribe. Universidad del Norte*, 7, 130 -137

Zinker, J. (2000). *El Proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.