



Comprendiendo el proceso de integración de polaridades desde la psicoterapia Gestalt en un caso clínico

Memoria para optar a título de psicóloga

Autora

Montserrat Espinoza Sylvester

Profesor Patrocinante

Pablo Herrera Salinas

Santiago de Chile, Enero 2023

Resumen

En el presente estudio de caso, se utiliza metodología mixta para investigar el proceso de integración de polaridades en una psicoterapia en la que se utiliza la perspectiva de polaridades en la línea Gestalt. El análisis de las polaridades se lleva a cabo a través del Instrumento de Evaluación de Polaridades (IEP), creado el año 2018 por Pablo Herrera. Este se aplica en el caso de una paciente con sintomatología ansioso- depresiva y angustia, que fue abordado desde la línea Gestalt con foco en polaridades, y que fue grabado para la realización de una tesis de magíster en Gestalt. Cuando el caso fue reportado originalmente, el terapeuta identificó una polaridad principal, sin embargo, como resultado de esta investigación se establecen dos polaridades adicionales que son analizadas al igual que la primera. A partir de esto, se propone la “Visión Existencial” tras cada polaridad, así como el cambio que se observa de ésta. Por último, se plantean posibles mecanismos de cambio observados en el proceso de integración de cada una de las tres polaridades, donde se distinguen dos grupos: restauración de contacto con el polo rechazado, y la transformación de aprendizajes emocionales implícitos a partir de una o más experiencias correctivas.

Palabras clave: Polaridades, Proceso de Polarización, Psicoterapia Gestalt, Integración de polaridades, Visión Existencial, Estudio de caso

1. Introducción

Las polaridades cobran importancia en psicoterapia desde que el fundador de la terapia Gestalt, Fritz Perls las integra como parte de la concepción básica filosófica de esta terapia (Castanedo, 1981). Este concepto lo acuñó de Friedlander existiendo desde mucho antes que se utilizara en psicoterapia (Perls, 1970 citado en Peñarrubia, 2004). Por parte de Perls (1978), concede gran relevancia al concepto de integración que, de hecho, se posiciona en como uno fundamental de esta terapia, así como también se hace alusión a las polaridades, y plantea una serie de polos opuestos que pueden causar conflicto en lo que llama, la conducta neurótica (Perls, 1974; Perls, 1978). Como dice Ceballos (2016): “no podemos hablar de integración sin hablar de polaridades”. Aun así, el autor no extiende un desarrollo teórico profundo sobre el último ni sobre su aplicación en psicoterapia.

Peñarrubia (2004) plantea: “el gestaltista piensa en términos de polaridades (pensamiento diferencial) porque su filosofía es integrativa. El pensamiento lineal, por el contrario, introduce dualidades y dicotomías, genera disociación y conflicto interno” (p. 104). Es así como posteriormente autores contemporáneos de este enfoque se encargan de profundizar en torno al concepto de polaridades y su aplicación en Gestalt (Herrera, 2016).

Autores tales como Gary Yontef y Joseph Zinker, desarrollaron el concepto de polaridades (Herrera, 2016), el cual actualmente se encuentra bastante extendido particularmente en Latinoamérica donde es muy común que sea parte de la concepción de la terapia Gestalt (Ceballos, 2016). Este autor plantea que polaridades refiere a la existencia de propiedades opuestas en el ser humano, y cita a Polster y Polster (1980), para referirse a la forma particular de la Gestalt de concebirlas: como un “proceso emergente de potencialidades y cualidades opuestas del organismo determinadas en una situación de campo” (citado en Ceballos, 2016. p. 73). La polarización es considerada un proceso hacia la neurosis, producto del conflicto básico inicial entre las necesidades orgánicas y las demandas sociales (Herrera, 2016). Luego de este proceso, el ciclo de la experiencia estaría continuamente interrumpido por ciertas figuras conflictivas y necesidades (Zinker, 1979 en Herrera, 2016). En general, en la terapia Gestalt se hace uso de la técnica de silla vacía para el trabajo con polaridades (Schnake, 1987).

En el contexto chileno, Herrera (2018) en conjunto con el Centro de psicoterapia Gestalt de Santiago, han desarrollado un instrumento para evaluar polaridades, creando un manual con 2 módulos dispuestos con este objetivo. Desde entonces, este ha sido utilizado en una memoria de título precedente a esta (Barahona, 2020), así como en algunas investigaciones en curso por parte del Centro de psicoterapia Gestalt mencionado. Este estudio se encuentra enmarcado en el mismo origen de la temática de investigación que estos por lo que cuentan con objetivos similares. El objetivo general de este estudio es el de comprender cómo funciona el proceso de integración de polaridades en un caso clínico.

Para cumplir con aquel objetivo, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y describir las polaridades presentes en el caso de estudio.
- Analizar los niveles de integración de cada polaridad a lo largo de la terapia.
- Identificar y describir una propuesta sobre la Visión Existencial correspondiente a cada par polar.

- Formular hipótesis respecto a los mecanismos de cambio surgidos en terapia.
- Identificar y describir el cambio en la Visión Existencial que se propuso para cada polaridad identificada.

La relevancia de este estudio es tanto contribuir al desarrollo y mejoramiento del instrumento de evaluación de polaridades mencionado, como también generar un aporte en la teoría del concepto de polaridades y su aplicación en psicoterapia Gestalt, a través del método de estudio de caso construcción de teoría, con el cual se puede poner a prueba la teoría en un caso específico y así confirmar aspectos de esta, así como también generar nuevas discusiones en torno al tema (Stiles, 2007 citado en Barahona, 2020)

2. Marco teórico

2.1 Historia de Polaridades en Gestalt

Para comenzar, ni el proceso de polarización ni el trabajo con polaridades son abordados de forma específica en Gestalt por el reconocido autor Fritz Perls (Castanedo, 1981). Sin embargo, encontramos los cimientos de la importancia que se le da luego en conceptos e ideas que introduce, tal como el de indiferencia creativa, que rescata de Friedlander, y que hace alusión a un centro indiferenciado en contacto con el cual los seres humanos podrían acceder a la totalidad de sus potencialidades (Martínez, 2015). También hace alusión al conflicto polar del perro de arriba y el perro de abajo (*top dog* y *under dog*), en el cual el primero se concibe como la parte crítica, autoritaria y perfeccionista de la persona, y la segunda como la parte pseudocomplaciente y boicoteadora, permaneciendo en constante necesidad de control el uno sobre el otro (Perls, 1974). Perls (1978) escribe:

La filosofía básica de la terapia gestáltica, es la diferenciación e integración de la naturaleza. La diferenciación conduce por sí misma a polaridades. Como dualidades, estas polaridades se pelearán fácilmente y se paralizarán mutuamente. Al integrar rasgos opuestos completamos nuevamente a la persona. (p.18)

De esta forma el autor siembra un precedente para concederle un lugar de importancia a este concepto. Luego otros/as autores gestálticos desarrollan su teorización, y varios autores y teóricos de esta línea reconocen la importancia de las polaridades en la aplicación práctica de la psicoterapia gestáltica. (Castanedo, 1981; Schnake, 1987; Herrera, 2003; Martínez, 2015)

2.2 Polarización como solución neurótica.

Desde la Gestalt, se entiende el proceso de polarización como uno que surge a partir del conflicto básico entre individuo y la sociedad que ocurre en edades tempranas cuando la necesidad de apego es primordial para el sentimiento de seguridad y supervivencia del niño/a. La sociedad, por otra parte, es representada por la familia, profesores, entre otros cuidadores. El conflicto surge a partir de necesidades o deseos dispares entre ambos, ante lo cual el/la niño/a debe optar por una conducta específica (Perls, 1978). Según el mismo autor, va a optar por la conducta que le asegure el afecto que requiere, teniendo que sacrificar necesidades propias para acceder a la valoración positiva o alejarse del rechazo de sus pares, surgiendo así la solución neurótica, al igual que existiría la solución psicopática al priorizar las propias necesidades a las de los cuidadores (Perls, 1978; Perls, 1974). Por ejemplo, la mamá y el papá son los cuidadores principales de una niña. Estos trabajan constantemente con muy poco descanso pues creen que lo más importante en la vida es trabajar para poder subsistir. De esta forma, sacrifican muchos aspectos de su vida por el trabajo, promueven una valoración positiva acerca del esfuerzo constante para conseguir metas y adquirir bienes materiales. Además, muestran admiración y felicitan a su hija cuando ven que se esfuerza mucho por estudiar y la critican cuando ven que dedica tiempo a otras cosas como pasar tiempo con sus amistades. Ante esto, la niña, que tiene la necesidad y deseo de sociabilizar y compartir con sus amigas/os después de clases, interrumpe aquello para llegar rápido a casa a estudiar todos los días, pues lo que es más importante es tener buenas calificaciones para poder estudiar una buena carrera y asegurar el éxito material. La anterior sería la solución neurótica adquirida por la joven, para resolver el conflicto polar entre sus necesidades y los deseos de sus cuidadores. Perls (1978), inicialmente, advierte sobre la “conducta social neurótica”:

Al responder al “debería” el individuo se basa en necesidades que no son genuinas, se torna falso y fóbico. Se resiste a ver sus limitaciones y representa roles que no corresponden a su propio potencial. Al buscar

orientación en lo externo esta “computando” y responde con reacciones que básicamente no son propias. Construye un ideal imaginario de cómo

“debería ser” y no como realmente es. (p. 13)

Asimismo, Yontef (1995), define lo anterior con el concepto de regulación deberista como una forma de regular el comportamiento basado en normas externas o introyecciones, en contraposición con el de autorregulación orgánica, que es definida por Perls (1976) como la capacidad de mantener el equilibrio psicológico cada vez que este se perturba.

Las conductas que devienen de la solución neurótica se irían retroalimentando a través del tiempo, quedando enraizada a nivel sensorial o motora y rigidizándose también el carácter de la persona, hasta llegar al punto en el que esta pierde conciencia (Darse cuenta) de su necesidad inicial, y así también la posibilidad de contactar con sus recursos para resolverla (Herrera, 2016).

2.3 Proceso de integración de polaridades

Como se explica en el apartado anterior, al perder capacidad de traer a la conciencia o tomar contacto con necesidades orgánicas, así como posibilidades del Self debido a la regulación deberista (Yontef, 1995), la persona neurótica se rigidiza en su autoconcepto y capacidad de tolerar expresiones de sí, que en ciertas situaciones o contextos específicos podrían ser de hecho recursos adaptativos (Zinker, 1979). Es por esto que en el trabajo con polaridades se busca reestablecer el contacto con aquellas posibilidades rechazadas, completar así el ciclo de contacto interrumpido y retomar un equilibrio dado por la autorregulación orgánica. Esta última, requiere que la persona “sea capaz de reconocer tanto la realidad externa y sus necesidades, como las necesidades internas, sentimientos y creencias, y luego saber holísticamente qué se ajusta a ella en el ambiente” (Yontef, pp. 13-14, 1995)

Existen variadas técnicas terapéuticas desarrolladas por la línea Gestalt que se utilizan para desarrollar el contacto con las partes de sí rechazadas por la/el paciente. Su aplicación será de utilidad cuando la persona necesite desarrollar más recursos que estén asociados a la parte negada de su personalidad (Herrera, 2003). La persona polarizada sufre interrupciones de contacto con ciertas partes específicas de su experiencia, ya sea ciertas emociones, sensaciones o respuestas motoras, etc. (Herrera, 2016). Y ha reducido al mismo tiempo su autoconcepto, negando o rechazando algunos aspectos de sí e

identificándose abiertamente con otros, necesitando estirar su autoconcepto para retomar el contacto integral con dichas partes de su experiencia (Zinker, 1979). Herrera (2016), indica dos formas de trabajar con polaridades: el enfocarse terapéuticamente en las interrupciones de contacto, o trabajar explícitamente con polaridades como foco de terapia a través de lo que podríamos llamar la personificación de los polos en conflicto, es decir, crear personajes artificiales para que las partes puedan dialogar entre sí. Ya sea por uno u otro camino se estaría contribuyendo en el proceso terapéutico a la integración de polaridades.

Para trabajar con par(es) polar(es) como foco de terapia, Herrera (2016) cita a Greenberg (1979) para definir que será necesario detectar un conflicto polar que sea importante para la o el paciente sobre el que quiera trabajar, de los cuales al menos uno se observa que es rechazado (consta de interrupciones sistemáticas de contacto). Ambos polos se caracterizan como si fueran dos personajes opuestos entre sí en cuanto a los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que representan (Herrera, 2016). Los niveles de aceptación y rechazo de cada uno podrán ir variando de forma dinámica, no necesariamente de forma progresiva hacia la integración, sino que pueden también disminuir los niveles de esta (Herrera, 2016). Luego de crear estos personajes polares, se pueden aplicar distintos ejercicios como el de silla vacía que es ampliamente utilizado en Gestalt, en el cual la idea es que la o el paciente personifique cada polo involucrándose de la forma más completa posible (integrando emociones, sensaciones, pensamientos etc.) y así puedan comenzar a comunicarse a través de un dialogo, que puede ser pacifico o conflictivo, pero que de cierta forma tenderá a la reconciliación al ser cohabitantes del mismo organismo (Schnake, 1987). El punto medio no se considera la moderación de cada parte para alcanzar un equilibrio en su personalidad o que se convierta en neutra, sino que la persona sea capaz de contactar con ambas partes, y estén disponibles como recurso según la circunstancia o el contexto lo amerite, siendo este el que prime (Zinker, 1979 en Herrera 2016). Si la persona valida y acepta más partes de sí, estas estarán disponibles a ser contactadas y se transformarán en recursos disponibles para ella, “completándose” o integrándose, con mayor capacidad para responder y adaptarse a los distintos escenarios (Zinker, 1979). Dice Herrera (2016), que la integración implica ser capaz de contactarse completamente con cada polo, sin perder al otro en el camino.

2.4 Visión Existencial en la comprensión de las polaridades

Las bases filosóficas de la conceptualización del Self en Polaridades se torna importante, pues apuntan a una teoría básica de la Gestalt explícitamente relacional (Herrera, 2016). El Self no se entiende como una estructura unitaria, rígida y centralizada, sino más bien dinámica, fluida y múltiple, ya que se considera como un proceso de contacto con el medio ambiente (Perls et al., 1951 citado en Herrera, 2016). No se puede concebir al ser o la experiencia humana sin la relación continua con el medio ambiente que habita en el presente. Esto tendría que ver con la teoría de campo en la que se fundamenta esta línea (Yontef, 1995). A partir de esto, Herrera (2016) indica:

Cada polaridad no funciona aislada de las demás y el contexto.

Clínicamente, esto significa que cada polo no solo es una colección de características, emociones o recursos personales sino es una forma de estar en el mundo, percibiendo a los otros y al ambiente. (p. 8)

Bajo estas concepciones, el Centro de Psicoterapia Gestalt Chileno adoptó el término de visión existencial, que hace alusión justamente a la construcción subjetiva del mundo de la persona, a partir de su propia historia y vivencia subjetiva (Herrera, 2016). Es como imaginar que cada persona tiene sus propios lentes que ha diseñado y construido en base a sus propias experiencias, que son únicas, y así también con un diseño, colores y formas particulares con los que verá mundo, luego, lo va a vivenciar desde ahí. Asimismo, Martínez (2015), compara metafóricamente la visión existencial con un mapa del mundo y de la relación propia con este, donde lo relevante es cómo sobrevivir afectivamente, lograr el afecto y alejarse del rechazo del mundo en el que se vive. Es así como también suele utilizarse la expresión “construcción de mundo”.

Lo anterior adquiere importancia en el tema que abordamos, pues será el sentido o el valor que adquieran ciertas emociones, actitudes, comportamientos, afectos, etc. en base a nuestras experiencias respecto a estas/os, lo que dará lugar y forma a la polarización (Martínez, 2015). Para ilustrar esto podemos tomar el ejemplo del apartado anterior, la hija de esta pareja existista, que se niega a socializar, puede decir que no lo hace pues considera que hacerlo es una “pérdida de tiempo” o que es “algo superficial que no tiene sentido”, connotando así aquel acto con un valor negativo y alejándose de esto (a pesar de ser un deseo y una necesidad existente en ella). Si indagáramos en la visión existencial en este caso, nos encontraríamos con que la valoración negativa sobre

socializar ocurrió en base a las creencias y juicios que emitieron sus padres entorno a valorar muy positivamente el éxito y las buenas calificaciones, y desvalorar lo que podría distraerla de alcanzarlas, en este caso, la socialización. Entonces al descifrar el “mapa” que sigue la chica o su visión existencial, y traducirlo, podría decir algo como *“si me va mal en el colegio, no me van a querer mis padres”* o bien *“si no estudio, me irá mal en el colegio y seré rechazada por mis padres* esto por parte del polo que estaría predominando en este caso que podríamos nombrarlo como “la aplicada”, siendo el polo rechazado la parte social y que se quiere divertir, que podríamos nombrar como “la relajada” y que sigue la premisa de “si me divierto y socializo, pierdo tiempo que podría ocupar en estudiar y obtener buenas calificaciones para lograr la aceptación y cariño de mis padres”, también puede ser “si socializo estoy haciendo algo indebido que no es valorado por mis padres, por lo tanto, no me van a querer”. A partir de esta premisa, que no es solo una creencia racional sino una vivencia (también puede involucrar distintos sentimientos, emociones y sensaciones corporales como por ejemplo el miedo, tristeza, dolor de estómago, etc.), esta chica se desenvolverá en el mundo utilizando los recursos que tenga disponibles para sobrevivir al riesgo existencial. En este caso, se verá reflejado en la decisión de estudiar continuamente y rechazar el ámbito social de su personalidad, polarizándose.

Como se explicó anteriormente, y como indica Martínez (2015), las configuraciones polares se rigidizan, entonces tienen la particularidad de permanecer en el tiempo a pesar de que las circunstancias o condiciones externas hayan cambiado, y ya no sea necesario recurrir a la solución neurótica. De esta forma, puede ocurrir que incluso sea perjudicial/no adaptativo aplicarla a un nuevo contexto. Esto sucede porque existe un impedimento para conectar plenamente con la gama de posibilidades del self. Es por esto que es importante destacar la idea de que no se trata, bajo la perspectiva gestáltica, de una mera creencia o idea racional, que puede ser removida y reemplazada por otra, lo cual llevará al cambio conductual. En cambio, se postula que el cuestionamiento y la reflexión a nivel discursivo puede ser de ayuda, pero no el único componente ni el más importante para el éxito terapéutico. Esto es justamente debido a los componentes sensoriales, emocionales, y afectivos involucrados en la visión existencial que tiñen la vivencia de la persona en todo momento, incluyendo la terapia misma (Perls, 1976; Elliott, Rice, & Greenberg, 1996). Siendo necesario de esta forma considerar los niveles de experiencia mencionados, en la terapia, para que ocurra la transformación deseada. En esto radica la riqueza del trabajo con polaridades: se abre el espacio para que la persona conecte plenamente con sus polos en conflicto involucrando los distintos niveles de experiencia: sensoriales/corporales,

emocionales/ sentimentales y afectivos, cognitivo/discursivo, tendiendo un puente para elaborar las interrupciones de contacto y trayendo a la conciencia a través de la terapia los distintos aspectos que han quedado relegados a un espacio ensombrecido (Elliott, Rice, & Greenberg, 1996).

La idea tras el concepto de visión existencial también se puede encontrar en otras teorías compatibles con la psicoterapia Gestalt. Entre estas encontramos, por ejemplo, la que se propone en la Terapia Centrada en Emociones: un cambio en los esquemas emocionales del paciente como objetivo del trabajo terapéutico, considerando a estos como las estructuras de acción cognitivo/afectivo/motivacional/relacional integradas del sí mismo en el mundo (Elliott, Rice, & Greenberg, 1996). Los/as autores plantean a modo de ejemplo:

Un esquema emocional que genere, por ejemplo, desilusión con relación a una falta de apoyo incluye no solo la creencia o expectativa de que “nadie estará a mi lado” también incluye una tendencia a retirarse, auto protegerse, un sentimiento de vacío en la boca del estómago y deseo de ser consolado. Las estructuras internas llegan a formar nuestro sentido nuclear del sí mismo vivido. (Elliott, Rice, & Greenberg, 1996, pp. 91-92)

Con la cita anterior se entiende que el significado de visión existencial anteriormente explicado, es compatible con el de esquemas emocionales en el sentido que consideran la vivencia de la persona esta adherida a los significados construidos a través de las experiencias de contenido emocional trascendente que vive a lo largo de su vida.

2.5 Experiencia correctiva y cambio en terapia

En cuanto a la investigación sobre cómo ocurre el cambio en terapia, estos enfoques calzan con la explicación originalmente planteada desde la línea del psicoanálisis por Alexander y French (1946), a través del término Experiencia Emocional Correctiva (ECC), actualmente más conocida como Experiencia Correctiva (EC) (Alberti, 2018a; Alberti, 2018b). Este ha sido ampliamente revisado y complementado a lo largo del tiempo, sin embargo, conserva elementos fundamentales del concepto original (Alberti, 2018b). Según Alexander y French (1946), el cambio en terapia tendría que ver con la desconfirmación de expectativas desadaptativas por parte del paciente en la situación

terapéutica, quien, mediado por la transferencia, espera una respuesta por parte del terapeuta coherente con las personas significativas de su pasado, que podría ser continuamente desconfirmada en terapia. El término compitió inicialmente en la esfera del psicoanálisis con el insight y la interpretación, al cual defendieron múltiples autores, siendo relegada la ECC al punto de ser casi desechada (Christian et al, 2012). Hasta que, en la década de 1980, aparece Kohut, importante teórico psicoanalista que da énfasis en la importancia la actitud analítica que se produce en la relación terapéutica para sustentar el cambio. Tanto así, que en última instancia confirmó creer que la ECC equiparaba su efecto curativo con el del análisis (Kohut, 1984 en Christian et al, 2012). El concepto, entonces, fue retomado -no sin algunas críticas- (Christian et al, 2012) y en las últimas décadas es complementado con nuevos planteamientos, como el de la universalidad de este mecanismo en cualquier sistema de terapia y también en cuanto a los distintos canales de experiencia, además del “emocional” (Goldfried, 1980 citado en Ecker, 2018a), a partir de entonces, se ha continuado complementando el paradigma de la Experiencia Correctiva (EC). Así también, que una EC -global- estaría conformada de múltiples micro-EC, es decir, de múltiples oportunidades en las que el terapeuta desconfirma que sea una nueva versión de la figura introyectada de su pasado (Goldfried, 2012 citado en Alberti, 2018a). Adicionalmente, autores dicen que se podría intervenir en sesión para generar experiencias emocionales correctivas, en dos puntos que resume Alberti (2018b), además de la actitud del terapeuta como plantea la teoría original. Estas serían: promoviendo en terapia las EC, con el fin de desmentir aspectos por largo tiempo negados por parte del self -lo cual atribuye a líneas más experienciales-, y también confrontando acerca de las inconsistencias y contradicciones en el discurso del paciente entre sus pensamientos, sentimientos, expresiones no verbales, con el fin de que se haga consciente de su inconsistente autorrepresentación (Safran & Segal 1990; Golden 1978 citado en Alberti, 2018a). Alberti (2018a), propone la interesante hipótesis que las EC tienen un efecto más rápido e intenso cuando ocurren a partir de la desconfirmación activa de las expectativas, en comparación con las que ocurren de manera espontánea. Esto debido a que las EC producidos de esta forma tocarían directamente los sentimientos, comportamientos y pensamientos. Es por esto que solo una micro-EC podría ser suficiente para provocar un cambio (Alberti, 2018a)

Actualmente, se ha contribuido a la profundización del mecanismo de formación de una micro-EC a través de recientes investigaciones empíricas, que han revelado lo que llamaron reconsolidación de la memoria o RM (Ecker, 2012 en Alberti, 2018a). Este

mecanismo describe el proceso en el que se actualizan de manera profunda y definitiva aprendizajes codificados en la memoria consolidada (Ecker & Vaz, 2022). De esta forma, sería posible modificar los contenidos de la memoria, incluyendo la memoria semántica implícita que se compone de los esquemas mentales que rigen la visión de mundo, expectativas, normas, roles y tácticas de autoprotección (Ecker & Vaz, 2022). De forma resumida, lo que ocurre en este proceso (que es descrito en etapas), es que, a partir de una experiencia de desajuste entre una expectativa activa producto de un aprendizaje objetivo (por ejemplo, codificado en la memoria semántica implícita) y la experiencia real, se produce un “error de predicción” o experiencia de desajuste en la que se desconsolida el aprendizaje objetivo, se vuelve inestable, y luego de una ventana de tiempo se vuelve a consolidar (Ecker & Vaz, 2022). Los autores explican que esto el proceso ocurre independiente de si son modificados los contenidos de la memoria del aprendizaje objetivo, es decir, no es necesaria la modificación para que ocurra una reconsolidación de la memoria. Si no ocurre un nuevo aprendizaje, se vuelve a consolidar el que prevalecía hasta el momento (Ecker & Vaz, 2022). Para que se genere la desestabilización del aprendizaje objetivo, se ha visto que debe contener los elementos de discrepancia y sorpresa (Ecker, 2018 citado en Ecker & Vaz, 2022), también describen una serie de “condiciones límite” como la edad y fuerza de la memoria del aprendizaje objetivo, la duración de la reactivación, etc. La investigación ha demostrado que se requieren ciertos tipos de experiencias (subjetivas), y no un procedimiento concreto (Ecker & Vaz, 2022).

Entonces, uniendo estos términos con los conceptos del apartado anterior, podemos considerar que lo llamado “visión existencial” en Gestalt, en otras líneas se nombran como aprendizajes implícitos o esquemas emocionales, y que tienen en común que estos podrían ser modificados a través de las experiencias correctivas o reconsolidación de la memoria.

2.6 Debates sobre polaridades en psicoterapia Gestalt

Existe un importante tópico que causa debate en cuanto al concepto de polaridades y su aplicación clínica, que tiene que ver con el número de polaridades que se pueden observar en las personas. Esto toma importancia en la práctica clínica, ya que se podría utilizar tan solo una polaridad central como foco de terapia, o incluir más de una a lo largo de esta.

Para comenzar, tenemos autores no gestálticos, como por ejemplo C.G Jung, que plantea conceptos claves a la hora pensar en partes polares para explicar el funcionamiento de la psique humana, a través de conceptos como persona v/s sombra, que serían

estructuras que existen en toda psique humana desarrollada (Stein, 2004). Por una parte, tenemos el concepto “persona” o también llamada “máscara”, que hace alusión a la forma en que el individuo se muestra al mundo, que no representa al yo sino solo parte de este, pero con el cual este tiende a identificarse. Por otra parte, la “sombra” como un conjunto de aspectos que son incompatibles con el yo y la persona, siendo muchas veces indetectables por el yo consciente, pues se le consideran rechazables, y son proyectados inconscientemente a otras personas (Stein, 2004). La “máscara” se considera de utilidad para que el ser humano pueda adaptarse a las normas sociales y culturales, ser aceptados por la sociedad y escapar de la vergüenza y la culpa que podría provocar ciertos aspectos del yo, los cuales quedarían relegados a la sombra (que es más una categoría de rasgos psicológicos que una cosa) (Stein, 2004). Para Jung, la meta es la individuación, y para lograrla es necesaria la integración de la persona y la sombra a lo largo de la vida (Martinez, 2015). Tras la teoría de persona y sombra que plantea Jung, podemos ver que se agrupa en una sola polaridad de dos categorías (luz y sombra) a los distintos aspectos del ser humano, pudiendo formar parte de estas ya sea expresiones del carácter de una persona, emociones, o cualquier aspecto que cumpla con las definiciones antes planteadas.

En esta línea podríamos considerar al autor gestáltico Zinker (1979), en su propuesta de considerar al autoconcepto como punto central, según el cual la persona podrá acceder a sus posibles comportamientos (multilateralidades) dependiendo si son aceptados o rechazados. Siendo el objetivo de la psicoterapia ampliar el rango de aceptación de aspectos antes rechazados para integrarlos al autoconcepto, estirando este último y así lograr adaptabilidad a los distintos contextos. Zinker (1979) concede la categoría de yosintónicos o yodistónico, dependiendo de la aceptación o no de estos aspectos para que sean recursos disponibles o no en la gama de experiencias, categoría que podríamos asociar con la función que cumple los conceptos de sombra/ persona de Jung que se mencionó anteriormente, ya que al igual que en esta, las lateralidades quedarían divididas en dos grandes grupos de aspectos contrarios.

También Martinez (2015) desarrolla y argumenta la existencia de una sola polarización, y habla de peligro de ver los casos con una mirada explicativa y no comprensiva o fenomenológica, al hablar de más de una, ya que piensa que se pueden confundir con simples etiquetas. Él diferencia los conceptos de polaridad y polarización, entendiendo la primera como cualquier par de opuestos que caracterizamos en potencia (alegría v/s pena, autoritario v/s sumiso, etc.), mientras el segundo concepto lo entiende

como “la escisión de las características propias del ser humano en dos polos opuestos. Cada uno de estos polos implica un conjunto de características o cualidades. No podemos por tanto pensar que la polarización implica un solo par de características” (Martinez, pp. 136, 2015), explicando que tras la polarización existe un sentido dado a la experiencia, aludiendo a la noción de visión existencial y solución neurótica (Martínez, 2015). Estos serían los autores y las perspectivas que encontramos que aluden a una sola polaridad o polarización existente en las personas. Del lado contrario, no se encontraron propuestas tan específicas, pero existen algunas que nos acercan a pensar en la existencia de más de una polaridad o polarización en las personas. Por ejemplo, podríamos recurrir a las variadas teorías y aplicaciones terapéuticas que -al igual que en Gestalt- se basan en la perspectiva de la multiplicidad del Self (Honnos-Webb & Stiles, 1998; Rowan, 2011). Entre estas, cabe mencionar el modelo de Asimilación, en la cual Honnos-Webb & Stiles (1998) proponen en su reformulación, distintas “voces” de las cuales habría una comunidad de voces aceptada y otras no deseadas. Estas voces internas, cuentan con sentimientos, motivos e información, y las voces rechazadas actúan como voces separadas activas, que se manifiestan en síntomas cuando exigen ser escuchadas, por lo que estas, según los autores, poseen realmente el ímpetu del cambio (Honnos-Webb & Stiles, 1998). Sería importante de esta manera, que a través de un proceso de psicoterapia se logre traer a la conciencia las voces que condicionan comportamientos, de las que el individuo no es consciente, con lo cual se podría facilitar el diálogo entre las voces mencionadas, proceso al cual llaman asimilación (Honnos-Webb & Stiles, 1998). Sin embargo, Herrera (2016) indica ciertas dificultades para utilizar esta teoría en polaridades, como el que se le denomine “voces” a cualquier actitud o rol determinado, sin que necesariamente este enraizada a la experiencia sensorial o motora. Ceballos (2016) señala que sería un error comparar a las polaridades con sub-personalidades, ya que sería asemejarlas con estructuras fijas de la personalidad, así también respecto a la teoría junguiana de las polaridades, lo cual sería incompatible con la teoría procesual de la terapia Gestalt.

3. Marco Metodológico

3.1 Diseño

Este estudio corresponde a un estudio de caso de construcción de teoría, “Theorybuilding case study” (Stiles, 2007). En este tipo de estudios, lo que se hace es

analizar un caso realizando un diálogo entre los datos empíricos de un proceso de terapia y los supuestos de un modelo teórico, con el objetivo de actualizar, mejorar o crear teoría. Así, al acumularse la evidencia, es posible generar sustento para la construcción de teoría (Stiles, 2007). En el caso de este estudio, se compara la teoría de la conceptualización de “polaridades” en Gestalt, además se utiliza el instrumento de evaluación de polaridades (Herrera, 2022). En ambos casos se aplica y compara a un caso de estudio que es abordado a partir de la teoría de las polaridades desde la línea Gestalt.

También se utiliza metodología mixta, ya que se utilizan tanto herramientas cualitativas, en el análisis de vídeos para detectar polaridades, visión existencial, el cambio en esta y los posibles mecanismos de cambio en terapia, como cuantitativas, al utilizar instrumento para evaluar polaridades, para medir durante toda la terapia si hubo cambio en la integración de las polaridades presentes.

3.2 El caso

El caso de estudio fue solicitado al Centro de psicoterapia Gestalt de Santiago, y fue seleccionado por cumplir con los requisitos de haber sido abordado directamente con teoría de polaridades desde la línea Gestalt y contar con casi la totalidad de las sesiones grabadas en vídeo. Fue relevante también que este caso contara con diferencias respecto al caso analizado anteriormente de forma similar. Así, se observó que el anterior es tratado casi exclusivamente con el foco de polaridades (Barahona, 2020), mientras en el presente caso de estudio el terapeuta amplió bastante el foco enfatizando también el aspecto relacional en la terapia.

Este caso fue utilizado para la investigación de la tesis de grado del terapeuta, quien se encontraba completando su formación de magíster de teoría y práctica gestáltica. El tratamiento tuvo una duración de 18 sesiones en total más dos entrevistas de seguimiento. En su investigación, el terapeuta investigador utilizó metodología mixta, donde los factores cuantitativos fueron el utilizar el diseño experimental de caso único de tipo A-B-C para evaluar los resultados de la terapia y describir el proceso de cambio, y los cualitativos, identificar los factores que influyen en dicho proceso de cambio (Casale, 2019). Para el presente estudio, se cuenta con este material como insumo en cuanto a la información que proporcionan las entrevistas de seguimiento, de las cuales no se cuenta con material grabado, así como también presenta la perspectiva clínica del propio terapeuta del caso en cuestión, así como su perspectiva en cuanto a investigador de la teoría Gestalt aplicada a este proceso de cambio. Sin embargo, cabe mencionar, que aquella información no es

utilizada directamente para el procedimiento de este estudio. El presente estudio, en cambio, se centra en la teoría de las polaridades y el proceso de integración que se vio a lo largo de la terapia, siendo importante la visión existencial tras ellas, el posible cambio observado, y los posibles mecanismos de cambio que guían un proceso de integración en terapia.

3.3 Paciente

Mujer de 26 años, kinesióloga. Es soltera, vive en la casa de su mamá junto a ésta y dos hermanos menores. Cuenta con sintomatología ansioso-depresiva y un nivel de angustia significativo. El motivo de consulta tiene que ver con problemáticas relacionadas con su familia, con la que se siente insuficiente. Además, el exceso de relaciones sociales y también de trabajo, son elementos que no puede evitar. Durante los fines de semana refiere importante consumo de alcohol. También refiere incapacidad para tomar decisiones (Casale, 2019).

3.4 Terapeuta

Psicólogo de 33 años, se encontraba completando su formación en terapia Gestalt (tercer año en magister teoría y práctica gestáltica). Cuenta con años de experiencia, 4 en psiquiátrico estatal y 3 años en consulta particular, en lo cual trabajaba al momento de atender el presente caso de estudio, el cual utilizó para realizar su tesis de grado del mencionado magíster (Casale, 2019)

3.5 Tratamiento

El tratamiento contó con 18 sesiones de psicoterapia con enfoque Gestalt (de una hora aproximadamente) que se llevaron a cabo durante 5 meses, más dos entrevistas de seguimiento. Estas últimas, se realizaron, la primera dos semanas después de la última sesión de psicoterapia, y la segunda, 9 meses después. De estas sesiones se contaron para el presente estudio con 17 sesiones grabadas en vídeo, es decir, todas menos la sesión 2 que no fue encontrada. Estos videos fueron solicitados y obtenidos del Centro de psicoterapia Gestalt de Santiago, por el coinvestigador de este estudio. El terapeuta e investigador del caso refiere que las primeras 15 sesiones se realizan con frecuencia semanal, mientras las restantes se realizaron cada dos semanas (Casale, 2019). Luego de las cuales, se aprecian cambios significativos en el estado de la paciente, donde remiten la sintomatología ansiosa/depresiva y la angustia que presentaba. Esto se sostiene durante las sesiones de seguimiento (Casale, 2019)

3.6 Instrumento

El instrumento de medición utilizado fue el Instrumento de Evaluación de Polaridades (IEP), creado por Pablo Herrera el año 2018, en conjunto con el Centro de psicoterapia Gestalt de Santiago. Se utiliza el IEP actualizado en el año 2022 con algunos cambios respecto a los puntajes del módulo 2. El Manual de aplicación del instrumento cuenta con 2 módulos, de los cuales se pueden aplicar todos o solo uno. Los módulos son los siguientes:

Modulo 1: Identificación de la(s) polaridad(es) principal(es) del evaluado.

Modulo 2: Evaluación de los Niveles de Integración de la(s) Polaridad(es) Principales.

De estos se utilizó el módulo 2, que se puede utilizar para evaluar los resultados de un proceso terapéutico, así como el proceso de cambio enfocado en las polaridades (Herrera, 2022). Se utiliza justamente para evaluar la variación de los niveles de integración de polaridades a lo largo de la terapia, aplicándose en cada una de las tres polaridades observadas. Se evalúan en específico, a partir grabaciones de video de las sesiones de la terapia, 5 criterios: Reconocimiento del polo, valoración, efectividad, disponibilidad, y relación entre polos. Cabe mencionar que todos estos criterios excepto el último se evalúa en cada polo del par polar. También se utiliza una pequeña parte del módulo 1, que es la tabla que resume la polaridad principal identificada (tabla N°2), para sintetizar la descripción de cada polaridad en el presente estudio, y clarificar su comprensión.

3.7 Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo en una serie de etapas:

Primero, con el objetivo de generar una comprensión teórica del tema de investigación y llevar a cabo las siguientes etapas, se recabó información sobre polaridades en Gestalt y se estudió el concepto a partir de la literatura pertinente y las clases impartidas en el Diplomado Humanista-Existencial de la Universidad de Chile.

La segunda etapa, consistió en ver cada video de las sesiones grabadas, generando transcripciones o apuntes de lo más relevante. Luego, analizar la sesión para cumplir el objetivo de identificar y describir la polaridad observada, y también evaluar el proceso de integración de polaridades aplicando los 5 criterios del IEP a la polaridad observada. A la vez se iba recabando observaciones y posibles elementos de la visión existencial de cada polaridad. Luego de generar los apuntes, observaciones y los puntajes de una sesión, estos eran discutidos con el investigador colaborador, quien había visto previamente los videos

de las sesiones y también cuenta con amplia experiencia en la teoría y práctica de psicoterapia Gestalt. Al llegar a un acuerdo en base a lo observado, se continuaba con el análisis de la siguiente sesión. Durante este proceso también se observaron posibles cambios para el manual del instrumento. Todo lo mencionado se llevó a cabo con cada uno de los 17 videos de la terapia.

Posteriormente, en una tercera etapa, a partir de los datos anteriormente recopilados, se realizaron los gráficos que muestran la “relación entre polos” del IEP, a lo largo de la terapia en cada polaridad. También es seleccionada la información de utilidad en la comprensión de la visión existencial de cada polaridad.

Finalmente, en la cuarta etapa, se generaron hipótesis de mecanismos de cambio producidos en terapia para cada polaridad a partir del análisis de los resultados del estudio. También se buscó identificar los cambios ocurridos en la visión existencial propuesta, durante el transcurso de la terapia.

4. Resultados

4.1 Primera polaridad (polaridad 1): polo “Activo” v/s polo “Pasivo”

4.1.1 Descripción de la polaridad

Esta polaridad fue definida a partir del dialogo entre el terapeuta y la paciente durante las primeras sesiones, estableciendo este conflicto polar como foco para trabajar en la terapia. El polo activo es que predomina en la vida de la paciente siendo este el polo dominante, y el pasivo el polo rechazado.

Según lo que conversan en las primeras sesiones, el polo activo tiene que ver con estar haciendo cosas constantemente de forma apresurada, sin detenerse a pensar o reflexionar. De esta manera ocurren sus interacciones sociales, que son hartas y enfocadas en actividades de distensión y entretención. Así, ella establece que las ventajas de este polo son principalmente la entretención y el hecho de socializar. Por otra parte, el polo pasivo se da cuando se encuentra sola en casa, sin hacer nada, sintiéndose “fome”, triste y sola. Por otro lado, polo activo tiene el defecto o desventaja de no poder descansar, mientras el pasivo cuenta con este único aspecto como ventaja. Esta polaridad se observa en las primeras 8 sesiones (luego en la 15), presentándose un cambio en la sesión 6 y 7, donde se realizan ejercicios específicos para abordar esta polaridad, apareciendo en el

discurso de la paciente aspectos positivos que considera parte del polo pasivo, antes no considerados, invirtiéndose la valoración de los polos. Más adelante, la paciente reconoce lo importante que ha sido darle espacio al polo pasivo, lo ve mucho más presente y reconoce aspectos del lado activo que no le gustan. A continuación, se muestra la “Tabla n°2” del Manual de aplicación del IEP (Herrera, 2022) que se utilizará para describir cada polaridad.

	Polo a: Activo Características:	Polo b: Pasivo. Características
Las virtudes, recursos y los aspectos positivos asociados al polo (si aparecen)	Alegre Divertida	Descansa Empática* Tranquila* Sentido de la justicia*
	Sociable	Reflexión* Autoconocimiento*
Los defectos y los aspectos negativos asociados al polo (si aparecen)	No descansa	Aburrida/ “fome”
	Se siente obligada a cumplir expectativas externas	Se siente triste, es “depresiva”
	Relaciones interpersonales “superficiales” no satisfactorias	Se siente sola
	Desorganizada*	Se siente Desesperada/angustiada
Características que no son claramente buenas ni malas, o son una mezcla	Alejada de su familia Olvidadiza Desorganizada	Cercana a su familia Falta de concentración Inactividad

En qué situaciones aparece el polo (opcional: anotar si aparece)	Cuando está mucho tiempo en su casa.	Cuando “no tiene muchas cosas que hacer” En su trabajo* Cuando era chica y tenía más dialogo interno*.
De qué forma aparece el polo (opcional: anotar si aparece)	Asistiendo a reuniones sociales, haciendo muchas actividades rápido y a la vez.	Estar en casa y dormir/descansar.

*Estos aspectos fueron reconocidos a partir de la sesión número 6 en adelante.

4.1.2 Visión existencial

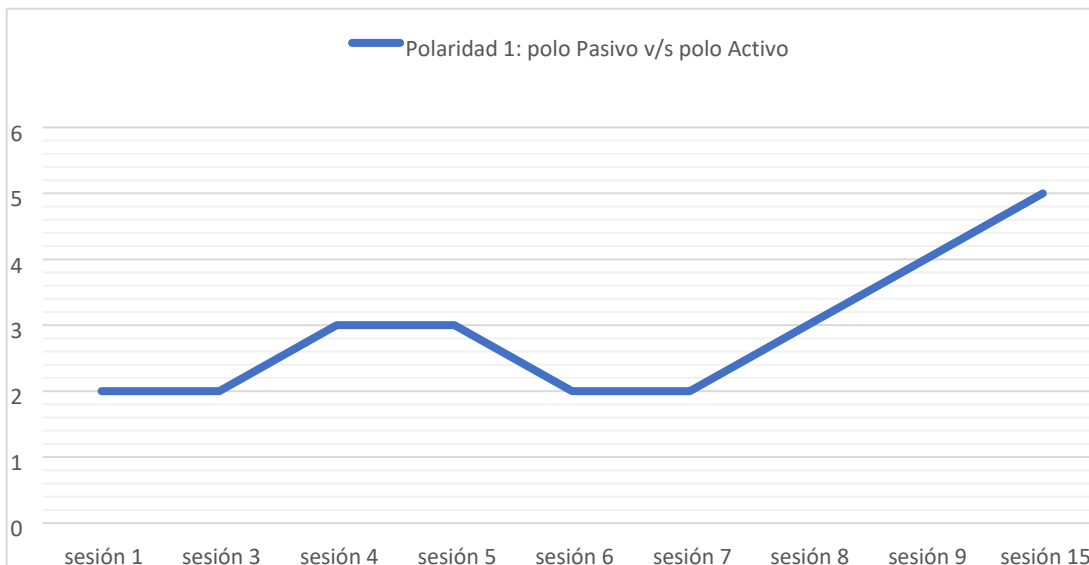
La paciente da a conocer ciertos antecedentes de su historia desde la primera sesión que marcan un precedente para acercarse a entender los aspectos que surgen en esta polaridad. Cuenta que hubo un antes y un después en su vida, debido a una enfermedad que sufrió a los 18 años. Esta promovió en ella un cambio de personalidad en varios aspectos. Ella describe que solía ser “fría”, “insensible”, “mala amiga”, se burlaba de la apariencia de otras personas, se dedicaba solo al estudio y a salir a “carretear”. Se autodescribe como una persona auto-exigente y exitista. Luego, con la enfermedad que le diagnosticaron (Lupus), tuvo que hacer bastante reposo, ya que se sentía extremadamente cansada, a la vez se produjeron cambios físicos que transformaron su apariencia debido al tratamiento. Este cambio despertó burlas por partes de sus compañeros/as de universidad en su primer año, que fue en el que experimentó el peak de su tratamiento. Se sintió muy sola porque sus amistades del colegio no le brindaron apoyo, por lo que acrecentó los lazos con su familia, sobre todo con su mamá. Luego de esta situación dolorosa dice que comenzó a sensibilizarse y empatizar más con el sufrimiento ajeno. Así, se asocia el polo activo al momento anterior de su enfermedad, donde se exigía avanzar sin detenerse para alcanzar sus objetivos sacrificando su estado de salud. Esa sobre-exigencia aún perduraba al comenzar la terapia. Al igual que el tener que estar siempre en compañía y no poder habitar su soledad.

Lo anterior se consideran antecedentes biográficos relevante para pensar en la visión existencial respecto a esta polaridad, puesto que se puede observar que hubo un

momento en su vida donde era completamente “activa”, encarnando casi completamente ese lado, y luego de pasar por la experiencia de su enfermedad debe aprender a cuidarse y descansar, y a la vez aprende a ser más empática, despertándose el polo “pasivo”. Sin embargo, aún no se lograba la completa integración de ambos polos. Para que se mantuviera presente la necesidad de encarnar el polo activo, se propone la importancia del vínculo con su madre que se afianzó con la enfermedad, volviéndose el más íntimo e importante. Como se ve más adelante, su madre era una persona bastante exigente y rígida, por lo que la paciente pudo verse influenciada por esta figura para mantener la polarización hacia el lado activo que fue preponderante durante toda su primera etapa de crecimiento.

4.1.3 Integración de polos a lo largo del tiempo

En este apartado se mostrará a partir de un gráfico la integración de los polos activo/pasivo a lo largo del tiempo, que se mide en el criterio “Relación entre polos” del manual utilizado. Se utilizaron para esta medición las sesiones en las que se recopiló información suficiente para puntuar el criterio señalado de la presente polaridad. Esto aplica también para siguientes polaridades.



4.1.4 Hipótesis de mecanismos de cambio

Validar a través del discurso de terapeuta algún aspecto considerado positivo del polo rechazado (pasivo): Descansar

Intervención por parte del terapeuta, enfocada en validar a través de su discurso un aspecto del lado rechazado (único considerado positivo por la paciente hasta el momento de este polo). Hace énfasis en visibilizar la importancia de suplir esta necesidad cuando se evidencia que ella la ha dejado de lado.

Sesión 3:

P: Me da miedo que esta parte me supere mucho, y que me limite en algunas cosas que tengo que hacer (...) como que estuve todo el fin de semana, igual me asusta porque en general yo nunca soy así, entonces me preocupa como estar muy depre. Como eso de estar acostada todo el día, yo nunca en la vida he hecho eso, entonces me asusta (llora).

La importancia de un avance en el aspecto particular de descansar, estaba siendo desechada por parte de la paciente, en cambio el terapeuta rescata y visibiliza el aspecto positivo del polo rechazado:

T: Pero qué bueno que estuviste más tranquila, y que bueno que aunque sea de esta forma rara que te hayas afirmado de una enfermedad para que hayas podido descansar. Tu misma hablas de “cura de sueño”, es como que estabas al límite de la actividad, lo mismo que tú me contabas esa cosa frenética como de no poder parar por ultimo te estas dando permiso gradual como para frenarte. Quizás necesitabas descansar

P: Yo creo que sí....

Un poco más adelante en la terapia comienza a reconocer por si misma valor positivo en esto: “darme cuenta que estaba muy cansada escuchar esa parte me ha ayudado a sentirme mejor, me doy cuenta que hacer muchas cosas no me hacía sentir mucho mejor”.

Validar a través del discurso y promover sostener el contacto con emociones rechazadas asociadas al polo pasivo (pena y angustia).

En la sesión 3 el terapeuta le propone a la paciente darse un momento para profundizar en el contacto con su cuerpo y emociones, antes de comenzar ejercicios de polaridades, al observar la emoción de la pena presente. El terapeuta facilita el contacto con su cuerpo, donde la paciente identifica lo que siente (pecho y estómago apretado- sensación desagradable) y la emoción, promoviendo mantener el contacto dentro de lo tolerable para ella. La paciente logra hacerse consiente de su estado y llega a ampliar su darse cuenta respecto a este: *“se me pasa la pena, pero se me aprieta la guata. Me regula más pero igual me duele la guata, necesito respirar más profundo, como que me cuesta un poco respirar”*. Se profundiza en aquellos sentimientos durante la sesión, quedando en evidencia que ella no se permite vivir la emoción de la pena en prácticamente ningún espacio ni relación, que lo evita en general, entrando a explorar los mecanismos de evasión de la emoción que ella usa (por ejemplo, apretar el estómago). A la vez que se aborda este punto a nivel experiencial durante la sesión, el terapeuta fomenta activamente a que ella contacte con esta emoción que evita a través de su discurso, en el expone la validez de estas emociones y la necesidad de darle espacio a estas.

A través de las sesiones, se va notando que bajan los niveles de angustia de la paciente. Se puede hipotetizar que retomar el contacto con la emoción de la pena fue útil, y que, al permitirse hacerlo de manera repetida en la psicoterapia, pudo perder el miedo a hacerlo al darse cuenta de que no pasaba nada fatal al vivenciarlas como ella pensaba que podría pasar (entrar en un estado depresivo profundo y no poder salir). De esta manera se puede hipotetizar que lo anterior se trata de una experiencia emocional correctiva generada en terapia, a través de la cual se integró la vivencia emocional de la pena y la angustia, aspectos categorizados como parte negativa del polo pasivo.

Facilitar y promover el contacto con virtudes encontradas del polo rechazado:
reflexión y autoconocimiento.

A través de la terapia misma, el terapeuta interviene de forma que la paciente pueda expresar en su discurso sus experiencias internas, posibilitando la reflexión y el autoconocimiento, lo cual se cataloga como nuevas virtudes asociadas al polo pasivo, que descubre y valora positivamente la paciente en sesiones posteriores (5 en adelante).

Sesión 5:

“P: El estar más consciente me ayuda mucho, pienso más las cosas que me están pasando, el porqué. Detenerme y pensar en lo que está pasando. Todavía me cuesta.

T: al preguntarle a los demás, no me pregunto a mí... preguntarte por qué me pasa esto, qué me pasa realmente...”

“P: Es que general cuando estoy acá en sesión como que no hay mucho de esa parte (activa), por eso me cuesta tanto (contactar con ella). Aparte que igual esa parte tiene que ver con estar con los otros, en una situación de euforia, entonces aquí como estoy tan tranquila me cuesta mucho llegar a eso, como que no lo pudiera sentir”.

En las sesiones 6 y 7 se realizan distintos ejercicios de polaridades, a través de los cuales la paciente reconoce por su cuenta las virtudes positivas del polo pasivo mencionadas, y les da espacio para ser expresados. En el ejercicio de presentación del polo rechazado (pasivo) y el de silla vacía donde se presenta desde el polo pasivo con su madre respectivamente, la paciente se ve muy afectada al ver que su parte pasiva tiene características tan buenas y beneficiosas para ella y no tiene mayor espacio en su vida (casi nulo). Posteriormente a través de la misma técnica dialogan ambos polos, produciéndose mayor conciliación, y reconocimiento del polo pasivo por parte del activo, invitándolo a estar más presente.

Sesión 6:

P: (desde el polo pasivo) Más relajada, más cómoda, siento que soy más reflexiva, como más madura también. Cuando estoy así no tomo malas decisiones.

T: ¿De que más te vas dando cuenta?

P: Pienso más en los otros cuando estoy tranquila, como que busco el bien en mi y en los otras, me preocupo harto de lo que esta bien y lo que esta mal

T: ¿Por ejemplo?

P: Que las decisiones que tomo las tomo pensando no solo en lo que es mejor para mi o lo que quiero, sino que de verdad las pienso, en lo que pueden afectar al resto. Me gusta estar en casa, con mi familia. Cuando estoy así me gusta mucho estar con mi familia, como que eso es lo que me gusta. Soy más ordenada.

La paciente logra mayor contacto con sus deseos y necesidades a través de la reflexión, la cual se encuentra totalmente ausente en el polo dominante. Más adelante, afirma que ha sido algo fundamental para ella:

Sesión 13:

P: Atreverme a tomar la decisión que es lo que siempre me ha costado, no acumular problemas porque son cosas que me tenían muy mal

T: ¿Qué es lo que has hecho que se ha hecho más posible?

P: Me cuesta el poder entender lo que yo quiero, y el venir para acá y tomarme una hora a la semana para hablar de lo que quiero me ayuda mucho, cuando vengo quedo mucho más clara...son cosas que yo voy contando y me voy dando cuenta. Como darse el tiempo...La idea es que no lo tenga que hacer siempre aquí. Pero se me ha ido haciendo más fácil.

4.1.5 Cambio en la visión existencial.

La paciente aprende que es importante y beneficioso para ella detener la actividad constante y suplir necesidades básicas de su organismo. También comienza a valorar el ejercicio de detenerse a pensar y reflexionar, ya que le permite tener presente las necesidades de quienes le rodean además de la suyas, y así tomar mejores decisiones. De esta forma, el polo pasivo adquiere una connotación positiva y virtuosa, por lo que ya no rechaza ese lado de ella. Por otra parte, comienza a aceptar el contacto con emociones más depresivas, el cual se le dificultaba e incluso rechazaba por pensar que sería malo vivenciarlas, aprendiendo que no sucede nada fatal como pensaba, sino que son emociones válidas y que incluso es algo beneficioso para ella a mediano-largo plazo.

4.2 Segunda polaridad (polaridad 2): polo “Abierto” v/s polo “cerrado”

4.2.1 Descripción de la polaridad.

En la sesión número 4 se identifica un tema de conflicto que comienza a ser predominante, y que no se adecúa perfectamente con los aspectos de la polaridad activa/pasiva. Este no fue señalada o considerada por el terapeuta del caso en la psicoterapia o su estudio, pues se centró en la primera polaridad utilizándola como foco durante toda la psicoterapia. Este tema tiene que ver específicamente con su forma de relacionarse con las demás personas, el cual sale a la luz desde la sesión 3. A partir de una intervención realizada por el terapeuta para abordar el estado emocional de tristeza y pena en el que se encontraba la paciente, se detecta un conflicto respecto a su forma de vivir sus relaciones personales. A esta polaridad la nombramos como polo abierto /cerrado, aludiendo a su forma de vincularse, que tiende a ser más “cerrada” por una parte, donde no se muestra a sí misma plenamente delante de otras personas, forma que predomina en sus relaciones (polo dominante), y otra “abierta” en la que ella -como sucede en muy pocas relaciones - confía y se muestra delante de estas personas (polo rechazado). A continuación, se presenta la “Tabla n°2” del IEP (Herrera, 2022) que resumen los datos encontrados de la presente polaridad.

	Polo 1: Abierto Características:	Polo 2: Cerrado Características:
Las virtudes, recursos y los aspectos positivos asociados al polo (si aparecen)	Confiar.	Protegida.
	Ser comprendida y apoyada.	Segura.
	Tener relaciones profundas.	
Los defectos y los aspectos negativos asociados al polo (si aparecen)	Expuesta	No puede ser apoyada.
	Vulnerable.	No puede confiar.
	Puede ser herida.	No puede tener relaciones profundas.

	Sentimientos dolorosos.	
En qué situaciones aparece el polo (<i>opcional: anotar si aparece</i>)	Cuando necesita hablar/expresar sus conflictos y problemas, lo hace con personas muy específicas; madre, mejor amiga.	En las sus relaciones en general, las del trabajo, amistades, situaciones sociales.
De qué forma aparece el polo (<i>opcional: anotar si aparece</i>)	Compartiendo su intimidad con las personas antes mencionadas.	Relacionándose más superficiales, no compartiendo sus problemas o temas más personales con estas personas.

4.2.2 Visión existencial

En la sesión 3 la paciente reconoce que la pena que se estaba expresando tiene que ver con “estar sola, no ser vista verdaderamente por quienes me rodean”, explicando que tiene el sentimiento que sus amistades no podrían brindarle ayuda si recurre a ellas en momentos difíciles. Por ende, se relaciona con sus amistades en un nivel más superficial. Tiene la sensación de que así son las amistades porque no muchas personas han pasado por situaciones muy difíciles (como la que ella vivió con su enfermedad), que las sensibilicen lo suficiente como para entender verdaderamente el dolor ajeno. Dice que ella se dio cuenta de esto cuando durante el periodo de su enfermedad, de su amplio grupo de amigos/as ninguno/a estuvo con ella, por lo que tuvo que vivir toda esta etapa dolorosa de su vida solo con el apoyo de su madre (quien dice se convirtió en su mejor amiga), y el de su pareja de ese entonces. Por esto se puede considerar lo que sucedió con sus vínculos durante su enfermedad, como un antecedente donde la experiencia emocional de ser abandonada por sus amistades en este momento doloroso conllevó el aprendizaje implícito de que las amistades solo estarán para los momentos buenos y no para los malos.

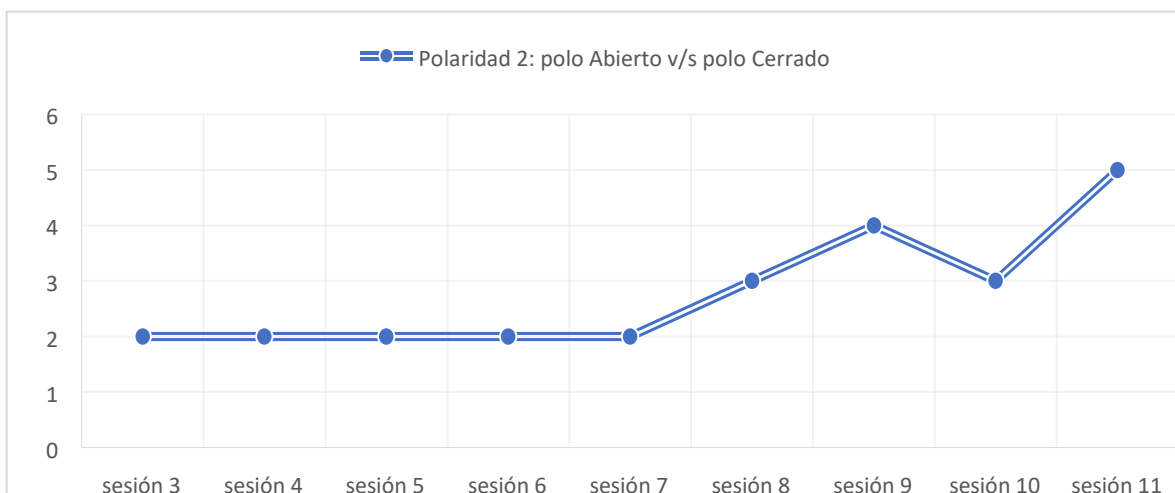
Por otra parte, se encuentra el antecedente de su primera relación de pareja, con quien estuvo durante su enfermedad. Cuenta que con él sí logró abrirse y mantener una relación de mucha intimidad y entendimiento mutuo. Ella expresa que él la ayudó a abrirse, ya que era alguien más “sensible” que ella, con una familia que promovía la comunicación entorno a los sentimientos, con lo cual ella misma comienza a darle más importancia a lo que siente y a comunicarse más y mejor entorno a ello. La relación termina mal según la

percepción de la paciente, quien guarda sentimientos de rabia y pena hacia él, sintiéndose herida y victimizada, por lo cual cierra el tema, y no lo abre hasta el tiempo de la terapia, cuando ya había pasado más de un año de este término. Por otra parte, la paciente acota la observación de que la familia de esta ex pareja tomaba en cuenta bastante los sentimientos de cada persona, comunicándose respecto a ellos, lo cual ella describe como “más humanista y hippie”, con lo que se entiende que su familia no valora ni comunica lo que tiene que ver con esto, sino que en ella no es aceptado ni valorado hablar de sus sentires y afectos respecto a las cosas.

De esta forma, la visión existencial tras este conflicto polar se fundamenta en la noción de que solo puede relacionarse con amistades de forma superficial, sin tocar temas más profundos y/o dolorosos, pues no puede recibir apoyo ni ayuda en estos temas. Por otro lado, las personas con las que sí llegara a crear un vínculo de intimidad y cercanía emocional (como su ex pareja) podrían traicionarla y dañarla, tornándose una amenaza para ella. Y, por último, está el aprendizaje implícito con su familia de que los sentimientos no son algo importante, no habrá recepción ni validación de aquellos, por lo que no sería pertinente expresarlos ni comunicar acerca de ellos.

4.2.3 Integración de polos a lo largo del tiempo.

A continuación, se mostrará en un gráfico la integración de los polos abierto/cerrado a lo largo de las sesiones, se midió en el criterio “Relación entre polos” del Manual utilizado.



4.2.4 Hipótesis mecanismos de cambio

Se fomenta el contacto con el polo abierto en la misma relación terapéutica.

Dentro de la relación misma que se produce entre paciente-terapeuta se puede observar esta polaridad de forma transversal e implícita durante la terapia. En relación a si la paciente se abre y se muestra vulnerable con el terapeuta, o se cierra, cortando el contacto con ciertas necesidades de ella. El hecho de que la paciente se abra y exponga sobre temas emocionalmente sensibles para ella, y esto sea atendido por el terapeuta, promueve la experiencia emocional correctiva que conlleva el aprendizaje de que ella puede abrirse y confiar en las personas, y que no será agredida al hacerlo, sino que, al contrario, estará a salvo y podrá ser atendida y apoyada. Desconfirmando con esto los aprendizajes implícitos antes mencionados de su visión existencial entorno a la polaridad.

Sesión 4:

“T: Podrías hablarme de eso... se me viene que la sesión pasada me dijiste que con tu pololo era con de las pocas personas con las que te abrías y entrabas en intimidad. Y ahora este otro pololo que es Víctor te da mucha seguridad, compañía. Entonces parece que el tema central tiene que ver con la soledad ...”no me conocen” Y me da la sensación de que aquí y ahora, te estuviste mostrando, como que yo te estoy pudiendo conocer”.

P: Sí... yo creo que por eso también estoy más tranquila y me siento menos sola. Como que no he sentido esa necesidad de estar como con alguien”

Promover y mantener el contacto con emociones evitadas: pena y angustia

Así como en la polaridad anterior, se tornan relevantes las intervenciones que apuntan a contactar con la pena y angustia sentida por la paciente. En cuanto al conflicto específico de esta polaridad se considera este mecanismo de cambio en el sentido que la paciente de a poco va atreviéndose a expresar estas emociones frente al terapeuta, mostrándose vulnerable, entrando así en contacto con el polo abierto. Esto se ve, por ejemplo, en que la expresión de la pena a través del llanto se encontraba bastante inhibida durante las primeras sesiones (no la expresaba, aunque estuviera presente). Pero esto fue cambiando a medida que avanza la terapia, comenzando ella a mantener el contacto con

estas emociones y expresarlas, sin evitarlas. Se ve que se permite llorar en sesión, mostrarse triste y mantenerse inmersa en esta experiencia.

Por una parte, el terapeuta valida y normaliza a través de su discurso las emociones de esta índole que surgían, y por otra, promueve constantemente a lo largo de la terapia el espacio para que la paciente tome contacto con ellas, invitándola a hacerlo apenas ve que se presenta la emoción, y a mantenerla dentro de lo tolerable. Así, se observa que la actitud de apertura, validación y acogimiento ante estas emociones constantemente evitadas o evadidas por la paciente, posibilita que ella confíe en que no sucederá nada malo si se abre con él. Con la repetición de esta experiencia a lo largo de la terapia, podemos considerar una experiencia emocional correctiva, ya que puede vivenciar y expresar aquellas emociones mostrándose vulnerable en una relación (pelo abierto), desconfirmándose expectativas como la de ser abandonada por sus relaciones al vivenciar el dolor, salir lastimada de una relación en la que se abre, y la de no ser validada por hablar de sus emociones como en sus relaciones familiares, como se expuso en la visión existencial.

Sesión 3:

T: Quédate con la pena sin interrumpirla, por lo menos lo que tú puedas tolerar. Qué pasa si sueltas el estómago y te dejas sentir eso, sin tratar de cambiarla, sin tener que detenerla, sin juzgarla.

P: ¡Me cuesta! Como que me doy cuenta como trato de evitarla

T: Hasta donde tú puedas, nota si puedes soltar ese freno posa si decir

P: me cuesta harto dejar de evitarlo

T: Que te pasa con que haya un otro que hace que tú quieras evitar tu pena

P: Yo creo que es este tema de racionalizarla mucho, entonces cuando me pasan cosas que yo siento que tengo el derecho de tener pena, he llorado he estado depre en mi casa han venido a verme mis amigas y he estado llorando todo el rato... y no me preocupa porque es como... pero me pasa que como que me juzgo mucho por tener pena quizás, ¿entonces esto que me pregunten por qué tienes pena? No sé. Es como... no se me cuesta porque nunca he sido así.

Resolución de duelo término de la relación con ex pareja: contacto con emociones y cambio en la construcción de mundo.

Durante toda una sesión se abre y profundiza el tema de la relación con su ex pareja, el cual había aparecido anteriormente y mencionando la paciente que podía no estar de todo resuelto para ella. En esta sesión, cuenta con mayor detalle cómo fue la relación, y llega a contactar con emociones presentes de pena y rabia hacia la ex pareja. El terapeuta valida y da espacio a la expresión de estas emociones, y a la vez a través de su discurso expresa su visión externa de la situación, en la que se incluye la posible perspectiva de la ex pareja. Los comentarios del terapeuta que incorporaban la posible perspectiva de él, fueron acogidos por la paciente, logrando afectar la construcción de mundo donde ella se veía como una víctima en la relación. Así, se hipotetiza que esto podría haber transformado la visión de mundo de que tiene que protegerse de relaciones importantes, ya que estas constituyen una amenaza para ella, puesto que pueden hierla y traicionarla (polo cerrado). Se posibilita el contacto con el polo abierto, ya que deja de ser necesario protegerse en sus relaciones y puede volver a creer que puede confiar en las personas que se le acercan de forma más íntima. En sesiones posteriores declara la importancia de haberlo abordado en relación a su mejoría: *“Me hizo bien lo de la semana pasada. Esto de como separar un poco la rabia y que después tenía que volverla a poner, como que sentí que no la volví a poner. Me sirvió harto lo que me dijiste, como verlo desde el otro lado... harto”*. Además, más adelante cuenta que se encuentra con él en un evento y que pudieron conversar tranquilamente, sintiendo ella resuelta la situación.

4.2.5 Cambios en la visión existencial.

La paciente aprende que es válido expresar y comunicarse ante otro (terapeuta) desde los sentimientos más dolorosos, que puede recibir ayuda, apoyo y contención al hacerlo, así como a la hora de tocar temas más personales y profundos. Es válido mostrarse vulnerable en las relaciones, y no necesariamente saldrá dañada de una situación así.

4.3 Tercera polaridad (polaridad 3): polo “Dependiente” v/s polo “Independiente”

4.3.1 Descripción de la polaridad

En la sesión 9 se identifica un nuevo conflicto, que comienza a ser central desde la sesión 10 en adelante. Este tiene que ver con ciertos conflictos cotidianos que tiene con su madre, a partir de los cuales la paciente se da cuenta que la mejor opción para ella es cambiarse de casa (donde vive con su madre y sus hermanos). Esto se transforma en el

foco de la terapia, marcando así el inicio de un proceso de independización, que ambas partes consideran apropiado para su etapa vital. Es por esto que nombramos a esta polaridad como dependencia v/s independencia, considerando al polo dependiente como el dominante, y el independiente como el polo rechazado. A continuación, se muestra la “Tabla n°2” del IEP (Herrera, 2022), con los datos recopilados correspondientes a esta polaridad:

	Polo a: Dependiente Características:	Polo b: Independiente. Características
Las virtudes, recursos y los aspectos positivos asociados al polo (si aparecen)	Comodidad; Menos responsabilidad.	Mayor libertad
	Recibir apoyo y compañía.	Elegir por si misma
Los defectos y los aspectos negativos asociados al polo (si aparecen)	Sentirse mal ante la reprobación materna.	Menos comodidad; mayor responsabilidad.
	No hacer lo que ella quiere	Menos compañía.
	No “poder” elegir; no sabe lo que quiere.	
En qué situaciones aparece el polo (opcional: anotar lo si aparece)	Cuando acata los mandatos de su madre. Se priva de salir o hacer algo solo porque ella le dice que no.	-En su trabajo. -En su vida amorosa a veces. -Al invertir con su propio dinero sin consultar.
De qué forma aparece el polo (opcional: anotar lo si aparece)	Seguir viviendo en casa de su familia aún cuando quiere mudarse.	-Al tomar decisiones que afectan su propia vida por su cuenta.

4.3.2 Visión existencial

A lo largo de la terapia la paciente da cuenta de un aprendizaje implícito en su historia respecto a este conflicto. Cuenta que ella no aprendió a hacer muchas cosas por cuenta propia, como menciona en varias oportunidades, ya que su mamá y su papá, se encargaron de hacerlas por ella desde que era pequeña. Entre estas cosas, menciona los trámites para entrar a la universidad, las postulaciones a becas de todos los años, traslados en auto cuando estaba en el colegio. Durante su enfermedad, dice recordar poco de lo que paso, pues “se entregó completamente” para que su mamá y papá se encargaran de su salud. Esto habla de una forma particular de crianza que podríamos llamar sobreprotectora, que fomentó el que ella no se enfrentara a “atenderse a ella misma”, entonces naturalmente no aprendió cómo hacerlas, ni cómo enfrentarse a situaciones donde debe hacerlas. Más adelante, en su vida adulta persiste una conducta dependiente a la hora de tomar decisiones, pidiéndole a otras personas explícitamente que decidan por ella, o dejándose influenciar mucho por la opinión de otras personas, sobre todo la de su mamá y ella a la vez persistía en querer decidir por la clienta, incluso cuando ya se encuentra trabajando y cuenta con sus propios ingresos.

Por otra parte, está el antecedente biográfico de la forma de ser de su madre y como ésta le ha influido. La describe como una persona moralista, “de blancos o negros”, haciendo alusión a que es muy estricta. Y como la paciente solía recurrir a ella bastante para tomar decisiones, se enfrentaba a opiniones de ese estilo. La clienta recurría a la impulsividad para poder hacer lo que ella quería, sin embargo, experimentaba culpa y autocrítica después, pensando que tomaba malas decisiones y persistía la noción o sensación de que había algo malo con ella. De hecho, en las últimas sesiones afirma que por esto justamente acude a terapia, para cambiar cómo es, bajo el autoconcepto negativo de que ella no es capaz de cuidarse a sí misma y de que es egoísta, lo cual estaría asociado a no cumplir con la expectativa que tenía su madre (como lo comentan entre el terapeuta y la paciente en la sesión 17).

A partir de lo anterior, se decanta el conflicto central de esta polaridad sobre el cual se fundamenta la necesidad de la clienta de independizarse materialmente. Ésta identifica un patrón en la convivencia con su madre, en el que esta última aborda con una actitud negativa o se enoja y la castiga -a veces duramente- cuando su hija no le hace caso. Por ejemplo, durante una semana su mamá “le hacía la ley del hielo”, es decir la ignoraba

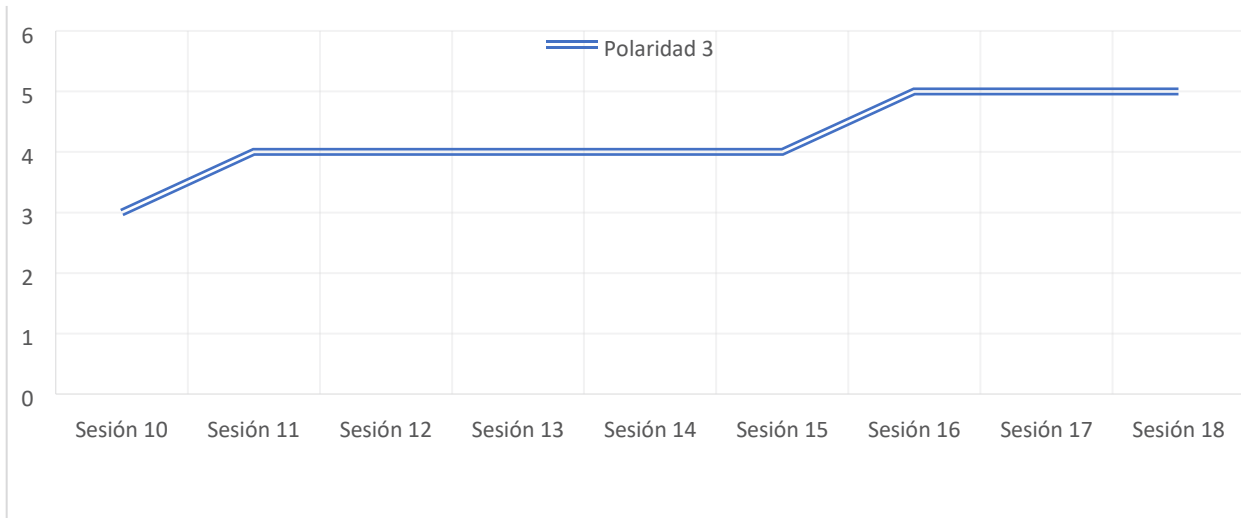
completamente, si había salido a una fiesta cuando ella le había dicho que no fuera y se cuidara (por su enfermedad), y actuaba de modo contrario cuando se quedaba en casa. También opinaba tajantemente sobre sus decisiones en relaciones de pareja y amistades, mostrando actitudes hostiles cuando su hija decidía tomar otro camino. La clienta hacía énfasis en la frase “haz lo que quieras”, la que solía contestar si disentía de ella, con lo cual necesariamente sentía que era un error lo que iba a hacer. Esto da cuenta de un cierto grado de simbiosis a nivel psíquico con su madre, en el que a la paciente le costaba autoafirmarse al opinar distinto a su madre.

Otro pequeño antecedente es que su madre fue la única persona que estuvo con ella durante su enfermedad brindándole apoyo emocional, convirtiéndose en su única relación de confianza; incluso la paciente menciona que se convirtió en su mejor amiga en ese entonces. También dice que ella es quien la conoce mejor, y le exige descansar, incluso cuando la paciente no quiere a pesar de necesitarlo. Esto da luces sobre lo estrecha e íntima que era su relación, y que consecuentemente la opinión de su madre sea muy relevante. También la experiencia de la enfermedad y del cuidado que recibió por parte de ella, puede dar cuenta de que haya asociado a su madre el cuidar de sí misma, y sentirse incapaz de hacerlo ella misma.

Todo lo anteriormente descrito podría implicar en su visión de mundo, por una parte, la noción de que es muy difícil actuar en el mundo con autonomía, sintiéndose así muy dependiente para hacerlo. Por otra parte, que su madre sabe mejor que ella lo que es bueno/sano/ correcto para sí misma, consecuentemente, ella misma no sabe hacerlo, y las decisiones que tome por sí misma podrían ser muy negativas para ella, percibiendo al mismo tiempo como algo malo e inaceptable el equivocarse, ya que cuando hace cosas por sí misma recibe muchas críticas: “me lo cuestionan mucho todo”.

4.3.3 Integración de polos a lo largo del tiempo

A continuación, se muestra el gráfico que representa la integración de los polos dependiente/ independiente a lo largo de las sesiones, analizadas bajo el criterio “Relación entre polos” del manual utilizado.



4.3.4 Hipótesis de mecanismos de cambio

Explorar los impedimentos y recursos disponibles para concretar el cambio de casa

Frente al conflicto con su madre, se da cuenta que lo que ella realmente necesita y quiere hacer es cambiarse de casa. Esto lo había considerado hace un tiempo, sin embargo, se siente muy incapaz a la hora de comenzar a concretarlo. Al profundizar en este tema, se da cuenta de una serie de factores que ella percibe como impedimentos. Entre estos se encuentra: inseguridad respecto a lo económico, ponerse una meta muy alejada (pensaba comprar un depto.), sentir que es una tarea muy difícil para ella. Se van abordando estos elementos uno a uno, y se ve que las ideas de la paciente sobre cómo concretar este cambio eran incipientes y poco elaboradas, a pesar de ser algo que considera fundamental para sentirse mejor. Así, el que se haya abordado en conjunto en esta terapia se considera fundamental para que ella se sienta mejor y capaz de hacerlo.

Sesión 10:

P: Me da susto lo de la plata, lo de los trámites. Es que yo no sé hacer muchas cosas, no se

T: Pero espera, cuales tantas cosas tienes que hacer, es que lo tienes tan difuso que se ve pareciera como una montaña insuperable, entonces miremos eso que te da miedo, cuáles son los tramites que tienes que hacer que te dan miedo

P: O sea más que miedo yo creo que lo he pateado, o sea yo no me veo buscando un depto. Ponte tú. Tendría que buscarlo, no sabría cómo... no sé

T: ¿No sabes cómo buscar un departamento?

P: Siento que no sé si seré floja...

T: A ver entremos en eso ¿Sabrías como buscar un departamento?

P: Sí, sabría buscarlo, pero...No sé porque no lo hago, si yo podría hacerlo, siento que necesitaría la aprobación de mis papás como que mis papás me lo hicieran! No sé... como de hacerlo sola, cuando hago cosas sola, me lo cuestionan mucho todo.

Adicional a lo anterior, se exploran los recursos para que pueda sentirse apoyada y sostenida en el proceso, como la posibilidad de obtener ayuda familiar. La paciente finalmente recurre a su papá para que la ayude monetariamente si hace falta, a lo cual no estaba dispuesta al principio “a mi papá yo no le pido nada”, dice rápidamente al plantearsele la posibilidad. Pero recurre a él y consigue su aprobación y además la ayuda en la búsqueda y con los trámites del arriendo. Mejora la relación con él y con la familia de él. Consigue también el apoyo de su familia nuclear al contarles y la ayuda de su pololo actual para mover las cosas a su nuevo lugar.

Facilitar el contacto con polo rechazado (independiente) en la relación con la madre.

Para continuar concretando el cambio de casa, la paciente considera que un paso fundamental es contárselo a su madre. Esto le conflictúa mucho, ya que cree que los comentarios negativos de su madre podrían desanimarla al punto de llegar a convencerla de no hacerlo. Esto se aborda durante varias sesiones, en las que se realizan ejercicios gestálticos que se consideran de bastante utilidad. En particular, el ejercicio de hablar directamente con la figura de su madre y entablar un dialogo con ella (silla vacía), se considera fundamental, ya que a través de este se logró contactar vivencialmente con aquellos sentimientos difíciles de abordarla conversación con su madre, como tristeza, angustia y culpa. Se llega a dar cuenta, centralmente, de una tendencia a sentirse muy afectada ante las opiniones negativas de su madre y a concederle la razón, cediéndole así el poder de decidir por ella, y a la vez un empobreciendo del contacto con sus propios

deseos, necesidades y autovalidación. A través de este diálogo, luego de un par de sesiones, se reafirma a sí misma la decisión de cambiarse de casa, aceptando a la vez que posiblemente le va a costar y que puede equivocarse en el proceso, pero está dispuesta de todas maneras a hacerlo. Se da cuenta que no cree realmente ser tan pequeña frente a su madre y necesitarla tanto. Respecto a este conflicto se hipotetiza una experiencia emocional correctiva, que tiene que ver con experimentar emocionalmente un cambio de perspectiva frente a su madre, en cuanto a la expectativa de que su madre sabe lo que es correcto/sano/ bueno para ella y que ella no puede hacerse cargo de sí misma, al mismo tiempo que fue esclareciendo sus propios sentimientos, validándolos y reafirmando sus deseos y necesidades.

Adicional a lo anterior, el terapeuta promueve cuestionar algunos comportamientos y actitudes de su mamá, siendo la paciente capaz de percibir por sí misma que ella puede estar equivocada, que no es perfecta, sino que tener “defectos” como todas las personas. Lo anterior promueve que la sea capaz de darle espacio a sus propios deseos y necesidades a la hora de tomar decisiones, y no otorgarle todo el valor a la opinión de su madre.

Estos puntos observados se consideran de importancia ya que aportan en que la paciente se empodere respecto a la figura materna, que pueda percibir la relación de forma más igualitaria, menos jerárquica. También incrementando su confianza y autovalidación, para sentirse finalmente capaz de dar el paso que necesitaba para un contacto más pleno con su polo “independiente”.

Sesión 11:

T: ¡Ah! Entonces no es como que te convencería de que tú no te quieres ir...

P: No, me convencería de que me voy a equivocar, o que no estoy lista...De que me quiero ir si me quiero ir. Como que estoy segura de eso.

T: ¿Y estas segura además de que puedes?

P: Eso me inseguriza un poco, o sea si lo trato de pensar más racionalmente si podría irme...

T: ¿Qué es lo que te inseguriza de irte?

P: Que siento que lo que ella me va a decir, que no puedo vivir sola, que a lo mejor no estoy tan bien todavía, que no se manejar bien mi plata. Algo así. Lo que me inseguriza a mi es que, es puro susto no más el tema de plata, pero tengo que aprender no más”.

Sesión 14:

P: Ahora como que la estoy viendo desde afuera siento, desde mí. Lo que me has dicho de repente de si ella tiene pareja fue así como remesón, porque yo siempre pensé que ella lo sabía todo, que siempre tenía la razón, por eso yo decía ojalá no le encuentre nada a mi pareja, porque si le encuentra algo yo también lo voy a encontrar. Pero desde que hemos hablado eso lo he pensado harto igual, me he dado cuenta de que no era tan así como yo pensaba. Al final, yo sé que ella me dice las cosas por mi bien, pero no siempre tiene la razón. Me ha hecho verla más como persona en verdad.

Sesión 15:

T: Y de alguna forma, ¿esto se relaciona en algo con hacer esta separación con tu mamá, saber que tú quieres cosas diferentes y está bien que las quieras?

P: Yo creo que tiene harto que ver con eso. Mas allá de irme de la casa, creo que tiene harto que ver con eso. Lo noto en lo que hablábamos la semana pasada de ser capaz de ser una espectadora de la situación, de lo que me dice, de las reglas que tiene, y así no tomármelas tan desde dentro del problema, sino que desde afuera. Yo creo que es como el estar tranquila con mis reglas con lo que yo quiero al final

Promover el contacto y validación de emociones a través del discurso: Tristeza y angustia.

Cuando, a través de un ejercicio de silla vacía, la paciente conversa con su madre, y le cuenta que se quiere cambiar de casa, aparecen emociones de tristeza y angustia. Respecto a la primera, la paciente da cuenta de que se critica a sí misma por llorar al tener esta conversación, develándose que consideraba algo negativo la expresión de esta

emoción. Y respecto al sentimiento de angustia, ella comenta que teme haber retrocedido en su proceso por sentir angustia igual que antes, lo cual sumaba angustia adicional a la que podría experimentar normalmente ante el cambio de casa. En ambos casos se ve que existe un juicio negativo hacia sus emociones. El terapeuta visibiliza esto a través de su discurso, en el que valida y normaliza el que ella se sienta de esa forma en ambas oportunidades (al igual que en otras sesiones). Así, se promueve que ella pueda aceptar estas emociones y sentimientos, que a la vez estaban interrumpiendo el contacto pleno con el polo independiente.

Sesión 11:

P: ¿Sabes qué me da susto? Que siento que si hablo con ella me voy a poner a llorar

T: ¿ya, y...?

P: Eso no quiero que me pase, porque me va a decir: mira como estoy

T: ¿Pero y qué tiene llorar?

P: Que no sé, que a lo mejor no estoy bien todavía

T: ¿Porque uno llora?

P: No poder conversar las cosas

T: Pero a veces nos da pena conversar algunas cosas. Y es una cuestión importante, has vivido 26 años con ella. Que te de pena decirle que te vas de la casa... capaz que a mí también me daría pena. A veces cuando uno conversa las cosas más importantes da pena porque uno se esta mostrando completo y da pena porque es como hablar desde adentro. Hay que darse permiso para poder llorar ¿Tú encuentras que estas mal porque estas llorando? ¿sientes que tu cuerpo se siente mal porque estas llorando?

P: Siento que es como parecido a lo que sentía antes... angustia

T: Ya. La vida implica que siempre van a haber momentos mejores y otros peores, hay momentos en los que nos angustiamos, y la angustia es sana. Claro cuando es permanente, no. Pero hay momentos en los que nos angustiamos. Cuando uno se deja de angustiar y deja de sufrir, entonces uno esta muerto. Por lo tanto que te de pena, no significa que estes como estabas antes. Hoy en día estas pensando en irte a vivir sola, y estas pensando en cómo hacerlo con tu mamá. Te propongo que te permitas estar con angustia y con pena. Veamos que pasa desde ahí. Si es mucho para ti me dices... sabes que es más de lo que estoy dispuesta a sufrir por ahora, y paramos.

4.3.5 Cambio en la visión existencial.

La paciente comprende que puede tomar sus propias decisiones, actuar en base a ellas y equivocarse, lo cual implicaría un aprendizaje en vez de una derrota, siendo ahora capaz de realizar trámites y concretar cosas por su cuenta. Que está bien hacerse caso en lo que ella misma quiere, siente y necesita independiente de la opinión de su madre, ya que esta no es perfecta, sino una persona como todas con virtudes y defectos y puede equivocarse también. La conciencia de lo anterior empodera a la paciente, percibiendo la relación entre ambas de forma más horizontal, pues su madre no se encuentra idealizada.

5. Discusiones y conclusiones

El presente estudio contó con el objetivo de comprender cómo funciona el proceso de integración de polaridades en un caso particular de psicoterapia abordado desde el enfoque Gestalt. La terapia contó con 18 sesiones y 2 entrevistas de seguimiento, de las cuales se obtuvieron 17 sesiones grabadas para su observación y análisis. Se procedió observando en cada video información disponible sobre polaridades, caracterizando cada polaridad observada, para luego puntuar los niveles de integración, a través del Instrumento de evaluación de polaridades (Herrera, 2022). Esta información es presentada a través de gráficos en el apartado de los resultados, donde se muestra el progreso de la integración entre polos, la cual aumentó en los tres casos. A la vez, se hipotetizó sobre la visión existencial tras cada una de las tres polaridades estudiadas, y también sobre los posibles mecanismos de cambio gestados a lo largo de la psicoterapia. Luego, los respectivos cambios generados a nivel de visión existencial de la paciente. A continuación, veremos distintos tópicos de discusión que surgen a partir del dialogo entre los planteamientos

teóricos en los nos basamos en este estudio (y otros adicionales), con los resultados del mismo.

Aplicación del concepto de polaridades en psicoterapia: Una o más polaridades como foco en terapia.

Con el análisis del caso de estudio, fue posible identificar y construir dos polaridades distintas a la primera y central de la terapia misma. Estos nuevos conflictos no fueron abordados como tales en la terapia, es decir, no se establecieron nuevos focos terapéuticos para abordarlos, por ejemplo, a partir de la creación de nuevas polaridades. En cambio, fueron abordados por el terapeuta utilizando técnicas gestálticas, sobre todo la de silla vacía. A partir de esto, podríamos preguntarnos cuan factible sería incorporar más de un foco al trabajo terapéutico, tal como las polaridades que se elaboraron a partir de este estudio.

Foco en psicoterapia es definido por Thöma & Kächele (1987) en Dagainino (2012), como “un centro de gravedad temático, construido en la interacción terapéutica sobre la base del material proporcionado por el paciente y la capacidad del terapeuta para comprenderlo y concebirlo” (p. 10). El foco da un sentido de cohesión narrativa entre las sesiones de terapia aparentemente aisladas y ayuda a organizar la experiencia terapéutica (Coren, 2001 en Dagainino, 2012). Autores señalan que este es un tema transversal en el trabajo psicoterapéutico, independiente del enfoque, ya que se trata de un aspecto práctico en el que se tiende a apuntar a un aspecto que origine los problemas del paciente (Thöma & Kächele, 1987 en Dagainino, 2012). El foco sirve como una guía para el contenido de las intervenciones del terapeuta, y, además, protege a este último, así como al paciente de verse abrumados por el material clínico a veces incomprensibles para ambas partes (Dagainino, 2012). Dagainino y Calderon (2022), agrupan dos dimensiones del foco: tipo de foco y su composición. El tipo de foco refiere a si la terapia se enfoca en los conflictos interpersonales o en los conflictos intrapsíquicos, mientras la composición en si se aborda la terapia a través de un solo foco, a lo cual llaman monoesquemático, o a través de múltiples focos, multiesquemático (Barber & Crits-Christoph, 1993 citado en Dagainino, 2012). Los mismos autores afirman que la composición de un solo esquema de la terapia, es el más prevalente, pero que hay investigaciones que demuestran la necesidad de un enfoque más complejo, o sea un foco multiesquemático, en la práctica clínica (Barber & Crits-Christoph, 1993 citado en Dagainino, 2012). Según Dagainino (2012), el foco multiesquemático confirma que los pacientes llegan a la consulta aquejados por múltiples

problemas, tanto intrapsíquico como interpersonales, y que estos se van tratando a medida que transcurre el proceso de terapia. Thöma & Kächele, 1987 citado en Dagainino, 2012, argumentan que, a partir de acordar múltiples focos al inicio de la terapia, se evita que el terapeuta imponga un aspecto de la dinámica al paciente.

Si aplicamos esta teorización al caso de estudio, consideramos entonces, que la terapia se aborda clínicamente a partir de un foco, que es el de una polaridad central (activa/pasiva), es decir, de composición monoesquemática. Sin embargo, se cuestiona que haya sido este el único foco que apareció en el transcurso de toda la terapia, lo cual podemos observar con mayor claridad en el caso de la tercera polaridad construida en esta investigación, la cual fue abordada como un conflicto con la figura materna en terapia. Se observa que para tratar la centralidad de este conflicto no se hace ninguna alusión a la polaridad central que era el foco establecido de la terapia, y no se aborda la problemática tampoco a través de un trabajo explícito con las polaridades. Sin embargo, según el análisis, se aborda este tema durante 9 sesiones de un total de 17 sesiones observadas en vídeo. Es decir, el tema se presentó durante casi la mitad de la terapia, siendo un tema muy presente en terapia. También podemos pensar que es un tema importante para la resolución del motivo de consulta de la paciente, donde expresa que la relación con su familia y los conflictos con esta, era una motivación principal para asistir a terapia (Casale, 2019). Sin embargo, este conflicto se diferencia de la temática del conflicto original, y que no es abordado a través del foco de polaridades acordado por la paciente y el terapeuta en las primeras sesiones. Esto nos da luces de la posible factibilidad de haber considerado un nuevo foco de trabajo terapéutico, tal como, por ejemplo, el de la polaridad dependencia/independencia.

Respecto al número de polaridades que aplicar en terapia, Martínez (2015), en uno de sus trabajos teóricos, adhiere a la idea de que existiría una sola polarización, y que se podría estar confundiendo este concepto al hablar de más de una, ya que estas cuentan con una raíz en la visión existencial, es decir, en la experiencia profunda de los clientes. Así, se podría confundir las polaridades con simples etiquetas. En el presente estudio, identificamos tres polaridades junto las respectivas visiones existenciales en cada una de ellas, dando cuenta que la historia de la paciente presenta diversas aristas que se ajustaron a tres conflictos principales que se trataron en esta terapia. Martínez (2015), comenta que se debería poder aspirar a encontrar una sola polarización que dé lugar y abarque todos los conflictos de un paciente. En el caso de estudio, encontramos varias relaciones entre

cada una de las polaridades. Por ejemplo, entre la primera (activa v/s pasiva) y tercera polaridad (dependiente v/s independiente), esta que la paciente no lograra contactar con los recursos del lado pasivo de estar sola y descansar debido a que se sentía muy triste y deprimida al hacerlo, le impedía a su vez sentirse capaz de irse de casa -a vivir sola-, y de esa forma contactar con el lado independiente (esta relación es mencionada en una reflexión de la misma paciente). De esta forma, el caso estudiado no nos muestra que los conflictos estén del todo separados, y así, no podemos proponer que no exista un origen común en los conflictos polares, una raíz conflictiva que los une, como dice el autor.

Por otra parte, tenemos que la posibilidad de observar estas relaciones se dio analizando todas las sesiones, ya concluida la terapia, y así observamos que los distintos conflictos de la paciente se fueron abriendo a medida que esta avanzaba. De esta forma, es difícil pensar en la posibilidad de crear una polaridad abarcadora de todos ellos al comienzo, o más de una polaridad como foco que tratar durante la psicoterapia, ya que la paciente no había verbalizado previamente estos conflictos. De hecho, transcurridas 9 sesiones aproximadamente, la paciente da cuenta en ocasiones que no sabe qué tema específico seguir tratando en terapia (cuando muestra mejorías respecto a la polaridad pasiva/activa), y con mucha dificultad para ella (lo cual se nota en expresiones no verbales) se abre el de la tercera polaridad, el conflicto con su madre.

Desde el enfoque Gestalt, se trabaja siguiendo aquello que pasa a ser figura, es decir, lo más relevante para la supervivencia del individuo, ya que en un organismo sano esta debe ser atendida y satisfecha para pasar a segundo plano, y así atender a la siguiente necesidad más relevante (Perls et al., 2002). La figura, bien puede tratarse de una emoción/sensación/sentimiento que aparece y es de evidente relevancia en el momento, lo cual puede abrir temas importantes de tratar para la terapia que no fueron divisados previamente. En este sentido, encontramos dificultades en la práctica clínica en Gestalt, a la hora de pensar en basar toda la terapia en un solo foco como el de una gran polaridad, puesto que, naturalmente, de muchos de ellos podría el/la cliente y/o terapeuta pueden no tener conciencia previa.

Con lo anterior y a modo de conclusión de este apartado, según lo observado y analizado en el caso, se considera pertinente analizar la factibilidad de añadir más de un foco de trabajo terapéutico, que, en Gestalt, hace sentido que esto suceda en el transcurso de la terapia. Si bien no hubo un cambio de foco explícito en el caso, vemos que sí se abordaron conflictos (al menos uno) que se distingue claramente del establecido y con

abordaje distinto, o sea que hubo un cambio de foco de manera implícita. Queda abierta la interrogante sobre las ventajas y desventajas de abordar nuevos focos terapéuticos con polaridades, asimismo el número máximo que considerar para el abordaje clínico efectivo desde la línea Gestalt.

Aplicación del concepto de polaridades en psicoterapia: personificación v/s interrupciones de contacto.

Así como respecto a la cantidad de pares polares que utilizar en una psicoterapia, también podríamos preguntarnos sobre la forma de aplicación clínica de la conceptualización de polaridades en Gestalt, ya que observamos el uso de personajes (personificación), así como también técnicas para restaurar el contacto que no los implican. En cuanto a la primera, se crean dos personajes ficticios de naturaleza opuesta, a partir de aspectos opuestos del carácter del paciente que son identificados a través del discurso del consultante, y que entran en conflicto entre sí (Herrera, 2016). Ambas partes habitan a la misma persona, sin embargo, no reciben la misma atención y aceptación de parte del self, dándole prioridad a un aspecto en desmedro del otro (Schanake, 1987). Como se ha mencionado antes, al trabajar con ambos personajes, los cuales son habitados por el/la paciente en ejercicios específicos, se facilita el contacto con el lado que se rechaza, y el contacto con ambos polos a través del dialogo personificado, lo cual podría desembocar en la aceptación de ambos si se tiene éxito. Así, se lograría que la persona pueda “utilizar ambas manos” según lo necesite, y no dependa de una sola. Esto último es importante porque tener solo un polo a disposición puede limitar sus posibilidades de obrar en el mundo al sobrecargar una parte que, además, según la lógica de las polaridades, no siempre tiene para entregar lo requiere el contexto. En el caso de estudio, se utilizan varios ejercicios en los que participan los polos “pasivo/activo”, tales como el de presentación y dialogo entre polos, el ejercicio de la escultura, en el que recrea con su cuerpo la figura o forma corporal que tendría cada polo. El que más se repite es el ejercicio de silla vacía (o diálogo entre polos), observándose en el transcurso de la terapia cambios notables en cuanto a la autopercepción de cada polo, llegando incluso a invertirse la valoración de ambos convirtiéndose el polo pasivo, antes rechazado, en el polo valorado (con el que deseaba más conectar) a partir de la sexta sesión hasta las últimas sesiones. Aunque no es el que domina, la paciente reconoce las ventajas y aspectos positivos que este polo puede tener en su vida, aumentando su disposición y deseo de contactar con este y sus

recursos. Desde la mirada de Zinker (1979), la paciente habría ampliado su autoconcepto, permitiéndose ser y actuar de maneras que antes no habría hecho.

Por otra parte, Herrera (2016) menciona que atender a las interrupciones de contacto en terapia también son una forma de contribuir al proceso de integración de polaridades, solo que desde una perspectiva más acotada en el tiempo. Esto debido a que las polaridades constan de figuras sensoriales y recursos motores específicos que la componen, por lo tanto, si se atienden y se promueve el contacto con estas se debería estar avanzando también en la integración del polo rechazado (Herrera, 2016). Martínez (2012), en un artículo define a las interrupciones de contacto como “la pérdida abrupta de energía de una figura por la aparición de otra figura dotada de más carga catexial para el organismo, donde ocurre que la primera no alcanza a cumplir su ciclo” (p. 3). Veamos el siguiente ejemplo para ilustrar. Una paciente mujer fue humillada repetidamente por parientes en las reuniones familiares durante su infancia, luego, siendo adulta, en su primera reunión de trabajo ella desea socializar y entablar amistad con sus nuevos compañeros de trabajo. Sin embargo, la figura de defenderse se sobrepone, aunque ella prefiera lo anterior. Esta figura se podría expresar en acciones motoras como ubicar los brazos delante del estómago y mantenerse en un silencioso estado de alerta y susceptibilidad. Luego, en terapia podría querer trabajar con la polaridad de “la sociable”, que expresa la necesidad contactar y ser reconocida, v/s “la tímida” que expresa la necesidad de protegerse de posibles ataques. Entonces, según lo que indica Herrera (2016), tanto al trabajar con el polo de la tímida explícitamente, como retomar contacto con las figuras sensoriales mencionadas, se podría avanzar en dirección de la integración de polaridades.

De esto tenemos un ejemplo muy claro del caso de estudio. En la segunda sesión, el terapeuta decide hacer una intervención de contacto experiencial justo antes de comenzar con el trabajo de polaridades, porque nota que una emoción de pena emerge y está muy presente. Esta intervención consta de contacto con la sensación corporal de la paciente, junto con la emoción que despierta, transformándose en la figura que se sigue, y que luego vemos que coincide con aspectos del polo rechazado, el polo pasivo. Así, podemos ver que las intervenciones para retomar el contacto con la figura interrumpida, en este caso la emoción de pena desbordada, resultó útil y aportó al trabajo de integración de polaridades, sin que se hablara de ellas explícitamente. Con esto se da cuenta que el terapeuta decide priorizar la figura que predomina en el momento para la paciente, en vez

de imponer lo acordado como foco terapéutico, lo cual resulta coherente con el enfoque de trabajo.

En base a lo expuesto anteriormente, en este caso ambos métodos resultaron de utilidad en cuanto a contribuir clínicamente en el proceso de integración de polaridades. Podemos observar que al igual que lo visto en el apartado anterior, y en línea de lo que propone la psicoterapia Gestalt, será importante ser consciente de las necesidades presentes del paciente para elegir con pertinencia cual intervención podría traer mayor efectividad.

Mecanismos de cambio observados: transformación de aprendizajes emocionales implícitos v/s contacto con polo rechazado

Al observar los posibles mecanismos de cambio detectados, creemos que pueden ser agrupados en: cambios producto de la transformación de aprendizajes emocionales implícitos a través de una o más EC (experiencias correctivas) y restauración del contacto con los polos rechazados.

Para empezar, respecto al primero mencionado, definiremos aprendizaje emocional implícito como “una respuesta adquirida que surge de un modelo o esquema mental con valencia emocional que se formó de manera no verbal fuera de la conciencia” (Ecker, 2018; Ecker, 2012 et al., citado en Ecker & Vaz, 2020, p. 2). La respuesta se reactivará en el futuro ante la detección de componentes de este aprendizaje por parte del sujeto, quien esperará inconscientemente que el mundo se comporte de la misma forma, es decir, entrará en un estado de expectativa activa (Ecker & Vaz, 2020). Esta reactivación implica volver a experimentar las emociones, los sentimientos, las cogniciones, las sensaciones somáticas y los impulsos conductuales asociadas al aprendizaje objetivo (Ecker & Vaz, 2020). La EC, refiere al momento temporal en que sucede la reactivación del aprendizaje emocional implícito, sucediendo que en esta oportunidad la experiencia dista de la expectativa aprendida original, provocándose así una oportunidad de cambio profundo o cambio transformacional (Ecker & Vaz, 2022).

En el caso estudiado, podemos utilizar el conflicto de la paciente con su madre, que analizamos como tercera polaridad. En esta situación, podríamos resumir el aprendizaje emocional implícito de la siguiente forma “soy una persona rechazable cuando no hago las cosas como mi mamá dice que debo hacerlas, ya que ella sabe qué es lo correcto y yo podría estarme haciendo daño”. Para que este aprendizaje sucediera podríamos

considerar, además de que su madre fue su figura principal de apego, parte de su visión existencial (expuesta en el apartado de la tercera polaridad), en la que ella sufrió de una grave enfermedad durante su adolescencia, y su madre “la salvó”, fue quien se hizo cargo de su supervivencia y bienestar. Luego, a través de la terapia, para tratar el conflicto de la paciente, se realizan múltiples sillas vacías en las que la paciente habla con su madre contactando profundamente con la pena y el dolor de cuando ella le hacía críticas por tomar sus propias decisiones, reactivándose así, en este ejercicio, el aprendizaje emocional subjetivo. Sin embargo, esta vez la expectativa no se cumple, ya que en vez de ser castigada por su madre haciéndole la ley del hielo o retándola como sucedía en la vida real, la paciente tiene la oportunidad de responderle en base a sus sentimientos y (guiada y contenida por el terapeuta) validar su derecho a tomar sus propias decisiones. En este caso, se hicieron en repetidas veces el ejercicio de silla vacía, hasta que finalmente se enfrenta a su madre para comunicarle su decisión de cambiarse de casa. En las últimas sesiones se puede dar cuenta de un cambio en la visión existencial de la paciente, quien dice que ya no ve a su madre como alguien que siempre tiene la razón, y se reconecta con su autonomía. En esta hipótesis de cambio planteamos que se habría contactado con la experiencia emocional de la paciente respecto a su figura materna a través del ejercicio de silla vacía, y al revivirla esta vez en el contexto favorable propiciado por el espacio de terapia y el acompañamiento especializado del terapeuta, se habrían producido múltiples experiencias correctivas. En estas la paciente logra verbalizar sus propios deseos, intereses y necesidades, y defenderlos ante su madre, aunque disten de la voluntad de esta última.

Respecto a la segunda agrupación de mecanismos de cambios, es decir, restaurar el contacto con los polos rechazados, tiene que ver, como se expuso en el marco teórico, con la búsqueda de integración de los polos presentes en cada persona para producir el cambio terapéutico (Perls, 1974). En esta línea, no se busca un equilibrio o punto medio entre los dos polos (como lograr una pasividad activa en la primera polaridad del caso) o anular la que más desagrada al paciente (Herrera, 2016). Como expresa Zinker (1979), al rechazar ciertos aspectos o cualidades, la persona también excluye importantes recursos asociados a estas, dificultando su adaptación a su medio desencadenándose tanto conflictos internos como externos. Al respecto también propone Barry Johnson, con el mapa de las polaridades que expone en su modelo “polarity management”, la idea de que, al polarizarse una persona, es decir, rechazar un polo de su personalidad y conectar con su opuesto de forma rígida, también conectaría fácilmente con las desventajas de aquel,

provocándose necesariamente un conflicto, con lo que habría que recurrir a los aspectos ventajosos del polo contrario, que podrían ser de utilidad para resolverlo, aplicándose esta lógica para ambos lados del comportamiento (Jonhson, 1998 citado en Barahona, 2020) Así también, Herrera (2016), habla sobre la ficción útil de considerar que existe una “misión positiva” tras cada polo, es decir, que esconden una necesidad o por lo menos algún recurso de utilidad para el paciente. Por lo tanto, muchas veces sería necesario para comenzar un trabajo con polaridades, descubrir ese aspecto positivo en el polo rechazado. Logrando reconocer esto, la persona tendría acceso a cada polo según la circunstancia lo requiera, y aunque prefiera algunos de ellos, reconociendo el valor del otro, puede acceder a este y generar soluciones creativas y mayor adaptación al campo (Herrera, 2016). Tomando lo expuesto en el apartado anterior, esta restitución podría ser generada tanto a partir del trabajo explícito con polaridades a través de ejercicios gestálticos, como trabajando con las interrupciones de contacto del paciente, según Herrera (2016).

Por ejemplo, en el caso clínico que investigamos, cuando la paciente llegó a terapia rechazaba categóricamente el polo que denominó como pasivo, que describía vivenciar como un lado triste, “fome”, sola, depresiva, etc. En general, no estaba muy presente este polo porque se angustiaba al contactar con él, razón por la cual buscaba estar rodeada de gente, corriendo de un lado para otro, con mucha actividad social (polo activo). Esto le causaba el conflicto “externo” de sentirse regularmente muy cansada, y el conflicto interno de angustiarse al sentir que no podía decidir entre salir o quedarse en casa. Durante la terapia, el terapeuta abre un espacio de contacto con el polo pasivo, encargándose de validarlo través de su discurso cuando ella lograba darse tiempo para descansar y visibilizando esta necesidad cuando aparecía y era rechazada. También se realizan ejercicios de silla vacía en las que dialogan ambos polos, y de a poco van apareciendo más virtudes del polo pasivo que tienen que ver reflexionar más (diálogo interno), autoconocimiento y madurez. Así, comienza a valorar positivamente a este polo y expresar la necesidad de que ocupe más espacio en su vida. Es por esto que se observa un cambio de valoración entre estos dos polos, pasando paulatinamente a ser el polo aceptado el pasivo, y el activo perdiendo protagonismo. Con esto, logra acceder a recursos del polo pasivo que estaba necesitando, como aprender a tomar decisiones acordes a sus necesidades, validando la necesidad de descansar cuando aparecía. Otro ejemplo, que se relaciona con las interrupciones de contacto para generar integración, se ve cuando el terapeuta promueve la mantención y validación de experiencias emocionales desagradables asociadas a este polo, como lo eran la tristeza y la depresión. Este fomenta

que la paciente sostenga el contacto con la emoción de la pena cuando esta aparece como figura durante las sesiones, se encarga de acompañarla y acogerla, promoviendo su aceptación y normalización, lo cual posibilita rebajar la angustia y el rechazo hacia esta experiencia. Por último, con este último mecanismo de cambio, podemos ver que podría existir un punto de encuentro entre los dos grupos de hipótesis de mecanismos de cambio, ya que, al contactar con aspectos rechazados, como la pena, se puede producir una transformación en la visión existencial de la paciente, es decir, EC de carácter emocional. Esto a partir, de la vivencia interna de la paciente (visión existencial), de que no es válido expresar ni sentir la pena, ya que era una vivencia anulada y rechazada por su familia. De esta forma, al revivir esa experiencia en el contexto de aceptación de la terapia puede obtener un resultado favorable, y ocurrir así, una discrepancia con la expectativa del aprendizaje emocional implícito o aprendizaje objetivo, lo cual plantean autores que sería generador de cambio (Ecker & Vaz, 2022).

6. Limitaciones y proyecciones del estudio

En cuanto a las limitaciones de este estudio, está que éste sea un estudio de caso único, con lo cual es necesario corroborar con otras investigaciones los resultados, no siendo posible generalizarlos.

Otra limitación del estudio, es que la investigadora encontró puntos en común con la historia de la paciente, siendo una dificultad en algunos momentos para el avance del estudio al enfrentar a la vez temáticas que adhieren a la vida personal.

En la aplicación del instrumento, se encontró dificultad en que está diseñado para aplicarse a una única polaridad principal, esto generó algunas confusiones a la hora de generar el puntaje de algunos criterios. Así también, el poco desarrollo teórico de este tema de debate en polaridades (cantidad de polaridades admisibles para usar como foco en terapia) implicó una limitación para ahondar en este tema en las discusiones a partir de los resultados.

En cuanto a las proyecciones, este estudio puede servir de pilotaje al igual que otro estudio existente y otros que están en curso, para poner a prueba el instrumento de medición de polaridades y aportar en su perfeccionamiento. Así también para la construcción de teoría a partir de los resultados para futuras investigaciones sobre la

comprensión del proceso de integración de polaridades en Gestalt. En esta línea, encontramos de utilidad para futuras indagaciones y profundización tanto teórica como práctica, el planteamiento de abordaje clínico con más de una polaridad en la consideración de establecer más de un foco terapéutico, y de ser así, la cantidad máxima de polaridades a utilizar en éste. Así también respecto al tema de cambio en terapia, podría ser útil el incipiente acercamiento a relacionar el mecanismo de cambio de la reconsolidación de la memoria y sus recientes investigaciones con el trabajo con polaridades en terapia, pudiendo profundizarse también en futuras investigaciones.

Referencias

- Alberti, G. G. (2018)a. Psychotherapy by alliance and corrective experiences: A possible general model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28 (1), 31.
- Alberti, G. G. (2018)b. Actively Promoting Corrective Experiences in Integrative Therapy. *The Integrative Therapist*. 4 (3), 21-23
- Alexander, F., y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York, NY: Ronald Press.
- Barahona, A. (2020). Proceso de integración de polaridades desde la psicoterapia Gestalt en un caso clínico. [Memoria para optar a título]. Universidad de Chile.
- Carabelli E (2013). Entrenamiento en Gestalt. Argentina: Del Nuevo Extremo
- Casale, E. (2019). Estudio de caso de paciente con trastorno ansioso-depresivo desde la psicoterapia Gestalt [Tesis para optar a magister]. Centro de Psicoterapia Gestalt de Santiago.
- Castanedo, C. (1981). EL USO DE LAS POLARIDADES EN LA TERAPIA GESTALTICA. *Rev. Cost. Cienc. Méd*, 2(2), 7-15
- Ceballos, D. (2016). HEALING THE SPLIT: SOBRE EL CONCEPTO DE INTEGRACIÓN EN LA TERAPIA GESTALT. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 12, 69-76.
- Christian, C., Safran, J. D., and Muran, J. C. (2012). "The corrective emotional experience: a relational perspective and critique," in *Transformation in Psychotherapy: Corrective Experiences Across Cognitive Behavioral, Humanistic, and Psychodynamic Approaches*, eds Castonguay, L. G., and Hill, C. E., (American Psychological Association), 51–67.
- Ecker, B. (2018). Memory Reconsolidation Research Confirms and Advances the Corrective Experience Paradigm. *The Integrative Therapist*. 4 (3), 27-29
- Ecker, B., & Vaz, A. (2020). Memory reconsolidation in psychotherapy for severe perfectionism within borderline personality. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2067-2078.
- Ecker, B., & Vaz, A. (2022). Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy. *New Ideas in Psychology*, 66, 100945.

- Elliott, R., Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Herrera, P. (2016). The construction of a gestalt-coherent outcome measure. *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy*, 130-151
- Herrera, P. (2022). Instrumento de evaluación de polaridades: manual de aplicación.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), 23–33
- Martínez, A. (2012). *Interrupción: La visión Gestáltica de las resistencias*. Retrieved April 28, 2015, from <http://www.gestalt.cl/articulo.php?textold=10>
- Martínez, A. (2015). Polaridad en Gestalt. Manuscrito no publicado.
- Peñarrubia, F. (2004). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil (4ta edición)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Perls, F. (1974). *Sueños y Existencia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia (2da edición)*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Perls, F. S. (1978). *Terapia Gestáltica y las Potencialidades Humanas*. In J. O. Stevens (Ed.), *Esto es Gestalt* (pp. 11–18). Santiago: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Goodman, P. & Hefferline, R. (2002). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana. (3a. Ed.)* España: Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Los Libros del CTP. (Trabajo original publicado en 1951).
- Rowan, J. (2011). Dialogical self research. *Journal of Transpersonal Research*, 3(1), 59-69.
- Schnake, A. (1987). *Sonia, te envío los cuadernos café*. Santiago: Cuatro Vientos
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127.

Stein, M. (2004). *El mapa del Alma según Jung*. Cap. 5. Barcelona: Luciérnaga.

Zinker, J. (1979). *El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós

Yontef, G. (1995). *Terapia gestáltica*. En Yontef (Ed.) *Proceso y diálogo en Gestalt: ensayos en terapia gestáltica*, pp. 119-168. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.