



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

56
2 es.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APORTACIONES DE LA ORIENTACIÓN GESTALT EN
LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD EN PADRES DE
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS INSULINO-
DEPENDIENTE

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P r e s e n t a n:

CONTRERAS DELGADO MA. DEL ROCÍO
RAMÍREZ SOSA LETICIA



Directora: Lic. Damariz García Carranza

Asesora Metodológica: Lic. Guadalupe Santaella H.

México, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

257873



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, quienes nos enseñaron que la única forma de triunfar es infundiendo amor, entusiasmo y tenacidad a cada uno de nuestros actos.

A todos nuestros hermanos y amigos, que contribuyeron para que esta tesis se llevara a cabo y que compartieron con nosotras tantas experiencias.

Y, especialmente, a todos aquellos padres de familia que atraviesan por la difícil situación de tener un hijo con alguna enfermedad crónica.

Agradecemos la colaboración y apoyo recibidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", para la aplicación del programa requerido en esta investigación, principalmente:

*al doctor Luis Miguel Dorantes Álvarez
Jefe del Departamento de Endocrinología*

*a la doctora Nynel Coyote Estrada
Jefa del Servicio de Endocrinología, encargada
de la Clínica de Diabetes*

*y a la doctora Rocío Martínez Alvarado
por la revisión contextual del capítulo Enfermedad
Crónica.*

*al doctor Sergio Muñoz Fernández
Jefe del Departamento de Psiquiatría y Adolescentes*

y en reconocimiento especial al licenciado José Antonio Páez de la Cruz, coordinador del Departamento de psiquiatría y Adolescentes, por su inapreciable colaboración e interés en este trabajo.

También damos las gracias a todos los padres que asisten a las Clínicas de Diabetes del Hospital Infantil de México y que participaron en esta investigación.

*Igualmente agradecemos a la Unidad de Cómputo, Informática e Instrumentación por el servicio prestado, especialmente al **licenciado Benito Ramírez Prado** por su valiosa colaboración y asesoría en el análisis estadístico de los resultados.*

De la misma forma reconocemos el apoyo económico otorgado por el Programa de Becas para Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación, para la realización de este trabajo.

*A **Ana María Contreras Delgado** que, por sus importantes observaciones en la redacción de esta tesis, hizo que fuera entendible.*

*A todos los sinodales que, con su revisión contribuyeron en la culminación de este trabajo; y principalmente, a la **licenciada Damariz García Carranza** por habernos brindado sus apreciables conocimientos, orientación y sugerencias.*

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN

I ENFERMEDAD CRÓNICA

- Diabetes.....	1
- Definición y sintomatología.....	4
- Tipos de diabetes.....	5
- Diagnóstico.....	7
- Complicaciones.....	8
- Tratamiento de la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID).....	11
- Reacciones emocionales de los pacientes con DMID.....	15
- Reacciones emocionales de los padres.....	16
- La diabetes como pérdida de la salud (duelo).....	18

II ANSIEDAD

- Definiciones.....	20
- Evaluación de la ansiedad.....	23
- Tratamiento de la ansiedad.....	25

III PSICOTERAPIA GESTALT

- Antecedentes.....	29
- Ciclo de la experiencia.....	36
- Neurosis.....	39
- Mecanismos de defensa.....	41
- Elementos del proceso terapéutico.....	43
- Técnicas de tratamiento.....	47

IV MÉTODO

- Justificación y planteamiento del problema.....	54
- Identificación de variables.....	55
- Definición de variables.....	55

- Hipótesis.....	56
- Población.....	57
- Técnica de muestreo.....	57
- Muestra.....	57
- Tipo de estudio.....	58
- Diseño de la investigación.....	58
- Escenario.....	58
- Instrumentos y Materiales.....	58
- Procedimiento.....	59
- Programa de tratamiento.....	60
V ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS Y RESULTADOS.....	61
VI DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.....	65
VII APORTACIONES.....	71
VIII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	72
ANEXO 1.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	93

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue disminuir el nivel de ansiedad en los padres que tienen un hijo con alguna enfermedad crónica, como es la Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente (DMID); para lograrlo se propuso un programa terapéutico que consiste en una serie de ejercicios específicos basados en la orientación Gestalt, ya que es un enfoque que permite experimentar en el tiempo presente asuntos inconclusos, como es la no aceptación de la enfermedad.

En este trabajo se incluyen los aspectos relacionados con la enfermedad crónica, como son: sus características, causas y repercusiones emocionales sobre la familia. También se define la respuesta de ansiedad nombrando sus características, la manera en que la abordan y conceptualizan diferentes corrientes, así como su tratamiento terapéutico, que, en este caso, se centra en el enfoque Gestalt, del cual se describen y desarrollan los fundamentos, métodos y técnicas que utiliza.

El programa se empleó con un grupo de padres que asisten a las clínicas de diabetes en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". La muestra se dividió en dos grupos: uno control y otro experimental; a este último se le aplicó el tratamiento durante 23 sesiones, cada una de dos horas, una vez por semana.

Para evaluar la influencia del programa sobre la ansiedad de estas personas, se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), en los dos grupos al mismo tiempo, antes y después del tratamiento.

Finalmente, se compararon los resultados con dos pruebas no paramétricas (La *U* de Mann Whitney y la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon), para determinar las diferencias entre los grupos. Se observó que, en efecto, hubo una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de *ansiedad estado* de los padres que participaron en el programa.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una enfermedad crónica, que tiene como característica no curarse nunca, generalmente conduce a que tanto el paciente como sus familiares presenten una serie de reacciones emocionales que los afecta, principalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, el cual puede requerir de diferentes tipos de tratamiento, administrados por el mismo paciente o con la ayuda de otra persona, además de seguirse en casa o en alguna institución, ya que en ocasiones implica hospitalización o acudir periódicamente a consulta.

Una de estas enfermedades crónicas que no es progresiva ni conduce a una muerte prematura, es la Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente (DMID), cuyas complicaciones afectan tanto física como emocionalmente a la persona, pues requiere de un tratamiento y control estrictos, así como de cuidados rigurosos que deben seguirse a lo largo de toda la vida.

Ante esta situación, regularmente los padres, manifiestan una serie de reacciones que van afectando de manera gradual la estructura y dinámica familiar; entre estas reacciones se encuentran la falta de comunicación y el descuido de los demás miembros de la familia que alteran el propio equilibrio psicológico, debido también a las diversas situaciones por las que tienen que atravesar, como son: la disminución de las relaciones sociales, el aplazamiento de planes, el desempeño de tareas nuevas, la hospitalización del paciente o la práctica de tratamientos médicos en el hogar Edelson, (1991). La modificación de hábitos fuertemente arraigados en el paciente y en la familia, y la inseguridad y temor respecto al futuro Rubli, D., (citado en Robles, 1987). Igualmente, los padres son invadidos por un sentimiento de compasión (muy natural y lógico); en consecuencia, se muestran mucho más flexibles y tolerantes, con una actitud sobreprotectora. No obstante, convendría no exagerar estas manifestaciones, ya que si llegan a ser extremas, pueden perjudicar al niño enfermo (Nájera, 1986).

Al respecto, Tattersall, R. (1987), en su investigación sobre niños y adolescentes diabéticos, afirma que el diagnóstico de una enfermedad afecta en gran medida a los padres que suelen presentar sentimientos de culpa, ya sea por la herencia o simplemente por haber hecho algo mal. Éstos quedan confundidos y con mucho miedo, manifestando actitudes desadaptativas hacia su hijo que impiden su desarrollo e independencia. Tales actitudes generalmente son la sobreprotección, dominación, autocompasión y/o rechazo hacia su hijo (Saavedra, 1993).

También se ha argumentado que las personas (tanto el paciente como los padres y demás miembros de la familia) que presentan alguna enfermedad incurable experimentan esta falta de salud como una pérdida, y por lo tanto deben llevar a cabo la elaboración de un duelo, para así aceptarla como parte ineludible de su vida cotidiana. Ellas pasan por ciertas etapas similares a las del duelo, que llega a ser patológico si éstas no son cubiertas o concluidas. Dichas etapas son la negación, la ira, el pacto, la depresión y la aceptación (Fernández Álvarez, 1990).

Ante la amenaza de pérdida, se presenta la ansiedad, que Spielberger (1980) define como una reacción emocional que contiene sensaciones subjetivas de tensión, temor y preocupación, y que se manifiesta, por un lado, a través de una serie de cambios fisiológicos, como son: temblores, palpitaciones, náuseas, sensación de asfixia y algunas enfermedades psicosomáticas; por otro lado, se presentan cambios conductuales, entre los que se hallan la pérdida de sueño, alteraciones en el apetito, aislamiento social, hiperactividad y llanto. Asimismo se dan cambios cognitivos, como confusión, incredulidad y sensación de incertidumbre.

Asimismo, este autor considera que el grado de intensidad de la ansiedad depende, en cada situación, de la interpretación de cada persona, así como de su habilidad para enfrentarla y de los peligros reales de tales situaciones. Como respuesta desadaptativa, ésta ha sido abordada por diferentes enfoques dentro de la psicología; entre los más importantes se encuentran el Psicoanálisis, el enfoque Cognitivo-Conductual y las teorías del Potencial Humano.

El Psicoanálisis, que ha influido gran parte de la psicoterapia, se caracteriza por mantener dos mitos populares: uno de ellos es el "mito del gran secreto", por el cual muchas personas esperan que sus vidas cambien hasta que logren descubrir el único gran trauma reprimido que ocurrió en la niñez (si es que realmente ocurrió); el segundo mito se refiere al convencimiento de los psicoterapeutas sobre "la influencia del pasado en la conducta actual", que puede llegar a producir ansiedad, por lo que estimulan constantemente al paciente para que recuerde su niñez, sin dar importancia a la modificación de comportamientos presentes. Pero, "si bien es verdad que estamos afectados por nuestro pasado, no menos cierto es que el presente actual es el pasado de nuestro futuro. Así, trabajando para mejorar nuestro presente, podemos hacer nuestro futuro más brillante" (Shepard, 1989).

El enfoque Cognitivo Conductual tiene el propósito de que el paciente identifique y haga conscientes sus pensamientos "irracionales" o disfuncionales, ayudándole a reemplazarlos por otros más racionales o efectivos, que le permitan el logro de sus metas de tipo personal, diseñando intervenciones activas que, enfocadas al problema, ayudan al paciente a reestructurar conductas y cogniciones que funcionan inadecuadamente. En este enfoque el paciente es un sujeto activo de su propia terapia,

siendo así que los resultados están en función de sus propias acciones. Esta terapia tiene como limitación que el individuo está sujeto a actitudes del medio que permanecen constantes y afectan su proceso de modificación de cogniciones; además, al proceso afectivo no se le da la debida importancia a diferencia de la conducta y el pensamiento (Ellis y Abrahams, 1986).

Parte de las teorías del Potencial Humano es la Orientación Gestalt, que se distingue de otros enfoques psicoterapéuticos principalmente por la diferencia que establece entre conciencia y experiencia. La conciencia es entrar en contacto con nosotros mismos, con lo que vivenciamos por medio de nuestro cuerpo y emociones (Castanedo, 1988). Este enfoque minimiza en terapia la descripción de lo que es o siente el paciente, se le pide que no hable de sus traumas, recuerdos y problemas del pasado, sino que revivencie, lo más plenamente posible aquellos asuntos que son inconclusos en el presente, en el aquí y ahora (Naranjo, 1991). De esta manera, se enfatiza en la expresión activa de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos, para que después tenga conciencia de ellos y logre así un cambio. También se le pide que se dé cuenta de sus gestos, respiración, voz, emociones, expresión facial y pensamientos más significativos. "Mientras más se dé cuenta de sí mismo, más aprenderá acerca de lo que es él" (Castanedo, 1988).

Las partes perdidas de la personalidad que por medio de la experiencia y un funcionamiento inadecuado fueron rechazadas son restauradas por la psicoterapia Gestalt a través de ejercicios de sensibilización que funcionan como catalizadores, facilitan la percepción del paciente de lo que existe en ese momento y frustran sus diversos intentos de evasión. Gracias a esta psicoterapia, la persona recupera en el ahora sensaciones y conductas que había desechado y que consideraba que no le pertenecían; logra enfrentarse consigo misma, generando un autoconcepto que le permitirá aceptar las responsabilidades de lo que ella es y hace, esto mediante diferentes procedimientos y técnicas (Perls, 1987).

Por lo anterior, se considera conveniente que los padres de niños que padecen una enfermedad crónica como es la DMID, estén preparados, conozcan y aprendan el manejo médico de la enfermedad, así como los aspectos emocionales que provoca en ellos. Al trabajar esto en terapia y transmitirlo a los demás miembros de su familia, podrán enseñar a sus hijos a vivir con su enfermedad evitando interferir en la atención y aceptación de ésta, ya que, por las características del padecimiento, para poder establecer una serie de cambios en la personalidad y costumbres del paciente y de su familia se requiere de una nueva adaptación en el estilo de vida, por el empleo constante de un tratamiento que impone ciertas limitaciones que modificarán la manera habitual de vivir, ya que si el proceso de adaptación no es adecuado ; constantemente están presentes en los padres el temor y la preocupación de un desequilibrio en la salud de su hijo por falta del control indicado, se generará ansiedad

en ellos y, por lo tanto, no podrán incorporar la aceptación y tratamiento de la enfermedad a su rutina diaria.

En la presente investigación se desarrolló un programa de trabajo gestáltico con el propósito de brindar apoyo psicológico y generar recursos que faciliten a los padres afrontar adecuadamente el padecimiento de su hijo.

Se tomó en cuenta a los padres por ser éstos la matriz de identidad del individuo, con quienes establece sus propios contactos afectivos y sus primeras relaciones, que, posteriormente, le servirán para integrarse a la sociedad; además, los padres son los que presentan mayor posibilidad para asistir a terapia y los que poseen la capacidad para influir y propiciar cambios en su familia. De este modo, trabajando con ellos, se espera que modifiquen su manera de percibir y afrontar el padecimiento y, por tanto, de esto se derive una mejor calidad de vida para todos.

I ENFERMEDAD CRÓNICA

Actualmente, la salud es considerada un estado de completo bienestar físico, mental y social. Es un proceso que se determina por la ubicación de la estructura económico-social, el ambiente físico y la interrelación con la herencia (Hidalgo, S., 1991). Cuando este proceso se desestabiliza, surge la enfermedad, que también es considerada como un proceso que inicia en el medio y puede terminar en el individuo afectando directa o indirectamente todo su organismo.

Las diversas enfermedades se han clasificado, de acuerdo a su riesgo de mortalidad, en crónicas, agudas o graves, de las cuales sólo se hará referencia en esta investigación, por razones prácticas, a la enfermedad crónica, que se puede definir como un trastorno incurable que requiere de un tratamiento muchas veces riguroso y costoso, administrado por el mismo paciente o con ayuda de otra persona, ya sea en casa o en hospital (como interno o acudiendo a citas periódicas).

La aparición de una enfermedad crónica en alguno de los miembros de una familia constituye un cambio radical en el interior de ésta y también en su entorno, pues surge el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado y medicado; además de que en esta nueva situación inicia la relación con otras personas, como las del equipo médico tratante y aquellas del sistema hospitalario.

El tipo de enfermedad y la edad en que se diagnostica tienen también grandes y diferentes implicaciones para la familia, pues no es lo mismo cuando el enfermo es un bebé recién nacido, con el que todavía no se han establecido los lazos afectivos, que cuando se trata de un niño mayor o un adolescente con todas las expectativas y sueños respecto al futuro que la enfermedad imposibilita o dificulta. En cambio si el enfermo es uno de los padres, generalmente delega su función paternal y se convierte en "hijo" del otro cónyuge, de los hijos mayores y/o de la familia de origen (Robles, 1987).

Al ser el enfermo uno de los hijos, se plantea para los padres una situación especial en la que su relación con éste difiere de la que tenía cuando estaba sano; dejará de desarrollarse normalmente y con libertad (Robles, 1987). Asimismo el paciente pediátrico es, posiblemente, el que más altera el estado emocional de la familia pues, considerando que en la relación padre-hijo existe un fuerte lazo de unión afectiva y que los padres son los responsables directos del cuidado y salud de su hijo, es difícil darles a conocer el diagnóstico de una enfermedad crónica, que implica la necesidad de cuidados especiales y permanentes a lo largo de toda su vida. Ante esta situación, regularmente empieza a manifestarse una serie de reacciones que van afectando de manera gradual la estructura y

dinámica familiares; entre éstas se encuentran la falta de comunicación y el descuido de los demás miembros de la familia, que alteran su equilibrio psicológico (Edelson, 1991 y Robles, 1987).

Una de estas enfermedades crónicas que acarrea mayores limitaciones y frustraciones en los niños que la padecen y su familia es la Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente (DMID), cuyas complicaciones afectan física y emocionalmente a quien la padece, aunque no es progresiva ni conduce a una muerte prematura, siempre y cuando se lleven a cabo un tratamiento y control estrictos.

Para una mejor comprensión acerca de esta enfermedad, es preciso conocer antes las características de la diabetes de manera general, mismas que a continuación se exponen.

DIABETES

Esta enfermedad es de las más importantes por su elevada incidencia y grado de mortalidad, y aunque es difícil determinar un porcentaje de manera general, se puede observar que, en varios países, uno de cada 700 niños de edades inferiores a los 16 años presentan esta enfermedad (Bertrand, 1987), mientras que en E.U.A. tres de cada 100 la presentan entre los 17 y 18 años de edad.

Por otra parte, en los diabéticos más jóvenes parece existir un ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino. Sin embargo, un reporte del departamento de endocrinología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", en 1996 existían 202 pacientes pediátricos con diabetes, de los cuales 187 son insulino-dependientes y 15 no insulino-dependientes; de estos 73 son hombres y 129 mujeres, lo que nos indica un predominio en el sexo femenino.

Aunque el origen o la causa exacta de este padecimiento no se conocen todavía, se afirma que la herencia juega un papel muy importante, ya que en la práctica se ha observado que la persona hereda un defecto genético que la predispone a desarrollar la enfermedad cuando entra en contacto con ciertos factores ambientales y circunstanciales. Dichos factores que contribuyen al desarrollo de este padecimiento de acuerdo con Islas y Lifshitz (1993), son:

- *Edad.*- Se ha determinado que la incidencia aumenta con la edad, pues generalmente la diabetes tipo I se desarrolla antes y durante la adolescencia, entre los 10 y 14 años, y la tipo II, después de los 40 años.
- *Sexo.*- El padecimiento es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.
- *Obesidad.*- A mayor obesidad, mayor posibilidad de presentarla, aunque no se ha demostrado que la reducción de peso disminuya tal posibilidad de desarrollarla.
- *Vida sedentaria.*- La inactividad física incrementa el riesgo de desarrollar diabetes, pero se ha observado que el ejercicio no disminuye la posibilidad de desarrollarla (resistencia periférica a la insulina). Ésta es sólo una hipótesis que no ha podido ser comprobada.
- *Estilo de vida.*- Se ha demostrado que las personas que cambian su estilo de vida de oriental a occidental, o las que no adoptan las costumbres de un nuevo país, tienden a desarrollar diabetes con mayor frecuencia que aquellas que sí las adoptan.
- *Medicamentos.*- Existe una lista de medicamentos que se asocian con la diabetes e intolerancia a los carbohidratos, entre ellos se encuentran los hiperglucemiantes.
- *Infecciones virales y trastornos inmunológicos.*- Recientemente se ha visto que también algunos virus como el coxackie B y enfermedades virales como las paperas, hepatitis, rubéola congénita, polio, influenza y varicela pueden causar diabetes.

En resumen, la Diabetes resulta de la interacción variable entre distintos factores ambientales y hereditarios (Berkow, 1989).

Se ha calculado que aproximadamente 1 de cada 4 personas es "portadora de Diabetes", por este motivo no se aconseja el matrimonio entre familias diabéticas. Si existe la herencia de este padecimiento, se puede evitar por completo la transmisión a los hijos si alguno de los esposos es miembro de una familia no diabética.

DEFINICIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

La Diabetes es un síndrome complejo que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades. Se define como un estado causado por una deficiencia absoluta o relativa en la producción o acción biológica de la *insulina*, hormona que regula el nivel de glucosa en la sangre y sirve como transportador de dicha glucosa al interior de las células (Islas y Lifshitz, 1993).

El páncreas produce predominantemente las hormonas *insulina* (en sus células beta) y en menor cantidad *glucagón* (en sus células alfa) y *somatostatina* (en sus células delta). La acción fundamental de la insulina no sólo es promover la combustión normal de la *dextrosa* (el azúcar primario en que se convierten los carbohidratos antes de ser utilizados por el cuerpo), sino que también permite utilizar la glucosa en los tejidos y, por lo tanto, es indispensable para el metabolismo normal de los carbohidratos, proteínas y grasas. Así, la diabetes afecta los intercambios químicos que se producen en las células del organismo a medida que se relacionan con las diferentes sustancias alimenticias productoras de energía. (Zárate, 1989 y Zárate y Rull, 1977)

Este padecimiento es en realidad una familia de síndromes y complicaciones en diversos órganos del cuerpo; se manifiesta principalmente como un trastorno metabólico que trae consigo la *hiperglucemia* (alto nivel de azúcar en la sangre), que es la consecuencia inmediata de la deficiencia insulínica causada por la disfunción de las células beta del páncreas y que propicia una acumulación defectuosa del azúcar en el hígado y una menor utilización de ésta por los tejidos.

También la carencia de insulina establece una situación de "hambre" de las células que llega a alcanzar a las que se encuentran en los centros hipotalámicos de la saciedad, provocando un desequilibrio que se expresa principalmente con *polifagia* (exceso de apetito). A pesar de esto, los pacientes diabéticos bajan de peso rápidamente debido a la pérdida de calorías por la glucosa eliminada a través de la orina. Otros síntomas de esta enfermedad son: *poliuria* (exceso de orina), *polidipsia* (sed excesiva), agotamiento físico, visión borrosa, dolores vagos y cansancio inespecífico de piernas, comezón en diferentes partes del cuerpo, sensación de hormigueo, calambres, ardores, piquetes, entumecimiento de las piernas y propensión general a las infecciones (especialmente mucocutáneas, como forunculosis, balanitis, vulvovaginitis, entre otras). Se presenta además, una mezcla de trastornos metabólicos vasculares y neurológicos, como la *retinopatía*, *neuropatía*, *nefropatía*, *problemas dermatológicos* y *patologías cardiovasculares y osteoarticulares*, especialmente en personas menores de 50 años. (Estas se definirán más adelante como complicaciones de la diabetes).

TIPOS DE DIABETES

En 1979 el National Data Group (grupo especial de la Federación Internacional para el estudio de la Diabetes Mellitus), estableció la siguiente clasificación (Islas y Lifshitz, 1993):

- **La Diabetes Dependiente de Insulina o tipo I**
- **La Diabetes No Dependiente de Insulina o tipo II**
 - Con obesidad
 - Sin obesidad
- **La Diabetes Gestacional**
- **La Intolerancia a la Glucosa**

Por otro lado, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporcionó una clasificación que mantiene muchos puntos en común con la anterior, pero con una principal diferencia, ya que incluye dos tipos más de diabetes:

- **Diabetes Mellitus asociada a la mala nutrición**
 - Diabetes pancreática fibrocalculosa
 - Diabetes asociada a desnutrición con deficiencia proteica
- **Diabetes asociada a otros síndromes o trastornos**
 - Enfermedad pancreática
 - Enfermedad de etiología hormonal
 - Inducida por fármacos o agentes químicos
 - Anormalidades de la molécula de insulina o sus receptores
 - Ciertos síndromes genéticos

Por razones prácticas, en esta investigación se toma como la más acertada a la primera clasificación, es decir la realizada por el National Data Group:

La Diabetes Dependiente de Insulina o tipo I (DMID)

Este tipo de diabetes se presenta principalmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes (por esta razón anteriormente se le llamaba "Diabetes Juvenil"), aunque puede aparecer en cualquier edad. El diagnóstico se da antes de los 15 años, durante el crecimiento del adolescente.

Es una enfermedad en la que existe una predisposición a que un factor externo del ambiente, como algunas sustancias tóxicas o infecciones virales, desencadene una autoinmunidad que lesiona las células beta del páncreas. Se caracteriza por agotamiento total de dichas células, por lo que se hace necesaria la aplicación de insulina exógena para mantener el equilibrio en los niveles de azúcar.

Aquí los síntomas antes mencionados se presentan bruscamente y de forma aguda, llevando a la persona a la descompensación grave (cetoacidosis) o coma diabético.

El tratamiento en este caso consiste en la aplicación diaria de insulina (para evitar el desarrollo de cetoacidosis), la revisión de los niveles de azúcar, un control en la dieta (baja en glucosa y carbohidratos) y el ejercicio. Los detalles de este tratamiento se presentan en un apartado posterior (Islas y Lifshitz, 1993; Zárate, 1989 y Carrillo, 1989).

El interés de esta investigación está enfocado precisamente en la Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente o tipo I, ya que se desarrolla desde edades tempranas y representa uno de los padecimientos más complicados y difíciles de manejar por el minucioso control que debe llevarse a cabo.

La Diabetes No Dependiente de Insulina o tipo II (DMNID)

Anteriormente este padecimiento fue llamado "Diabetes estable o del adulto", porque inicia generalmente después de los 40 años, aunque puede presentarse en cualquier edad. Se caracteriza por la deficiencia sólo parcial de la insulina, debido a un defecto de los receptores celulares que trae como consecuencia que la glucosa no pueda ser utilizada. Su inicio es lento y gradual y se le puede detectar por los síntomas característicos de esta enfermedad

El diagnóstico de este tipo de diabetes puede darse después de mucho tiempo de iniciada la enfermedad, ya que la cetoacidosis por lo general no se presenta y pasan desapercibidos los síntomas antes mencionados y confundándose con otros diagnósticos. De esta manera, se identifica por la presencia de las complicaciones tardías de la diabetes.

Este tipo de diabetes se maneja con dieta (baja en glucosa y carbohidratos), ejercicio y medicamentos hipoglucemiantes orales que estimulan las pocas células beta para que produzcan insulina, aunque algunas veces, para llevar un mejor control, se requiere de insulina (Islas y Lifshitz, 1993; Zárate, 1989; Lerman, 1994 y Carrillo, 1989).

La Diabetes Gestacional

Este padecimiento se presenta sólo en mujeres embarazadas y desaparece después del parto, aunque de 30% a 40% de mujeres después de cinco o diez años desarrollan la enfermedad.

Se relaciona frecuentemente con mujeres obesas, mayores de 35 años, que tienen familiares (padres, hermanos o hijos) diabéticos y con antecedentes de abortos espontáneos repetidos sin causa conocida, hipertensión en embarazo y malformaciones fetales.

Su diagnóstico se da cuando existe una intolerancia a los carbohidratos que propician un desequilibrio en los niveles de azúcar. Su grado de severidad y evolución es variable y se controla con insulina durante el embarazo. Se reevalúa después del parto, cuando la glucosa regresa a su nivel normal (Zárate, 1989; Lerman, 1994 y Carreño, 1992).

La Intolerancia a la Glucosa

Este tipo de padecimiento se manifiesta frecuentemente en personas con antecedentes familiares de diabetes, teniendo menor posibilidad de volver a la normalidad metabólica después de corregir la causa desencadenante. Las complicaciones son raras y, cuando aparecen, no son graves. La hiperglucemia suele ser leve y los requerimientos insulínicos son transitorios. Las personas con intolerancia a la glucosa no presentan síntomas y sólo de uno a 5% de ellas evolucionan hacia una diabetes establecida.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas antes mencionados, así como los antecedentes familiares, complicaciones en el embarazo (abortos reiterados) o alteraciones de libido, inducen a la sospecha de que una persona presenta Diabetes, pero para poder diagnosticarla, como lo menciona Lerman (1994), es necesario que se cumpla por lo menos una de las siguientes condiciones:

1) Síntomas clásicos de diabetes:

- Poliuria
- Polidipsia
- Pérdida rápida de peso
- Polifagia

2) Aumento de la concentración de glucosa:

En ayunas, mayor de 140 mg/dl en plasma venoso, o de 120 mg/dl en sangre, o también cualquier determinación superior de 200 mg/dl, esto en más de una ocasión.

3) Elevación sostenida de la glucosa en una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG), en más de una ocasión.

COMPLICACIONES

Zárate (1989) refiere los tipos de complicaciones de la Diabetes de la siguiente manera:

- COMPLICACIONES AGUDAS:

- A) *Cetoacidosis diabética* (trastorno metabólico)
- B) *Hipoglucemia* (bajo nivel de azúcar en la sangre)
- C) *Coma hiperosmolar* (síndrome de deshidratación hiperglucémica)

- COMPLICACIONES TARDÍAS en:

- A) Ojos (*retinopatía*)
- B) Riñón (*nefropatía*)
- C) Sistema nervioso (*neuropatía*)
- D) Piel (*problemas dermatológicos*)
- E) Sistema cardiovascular (*angiopatía*)
- F) Huesos y articulaciones (*patología osteoarticular*)

COMPLICACIONES AGUDAS

A) Una de las complicaciones agudas más importantes, por su riesgo de mortalidad, es la *cetoacidosis diabética*, que generalmente se presenta en los pacientes con diabetes tipo I, aunque también llega a presentarse en los pacientes con tipo II. M. Castro y V. González (Islas, 1993) la definen como un trastorno metabólico grave, causado por una deficiencia absoluta o relativa de insulina, junto con una alta producción de glucagón, *catecolaminas*

(compuesto capaz de causar cambios fisiológicos parecidos a los del sistema nervioso simpático), *cortisol* (compuesto de la glándula suprarrenal) y hormona del crecimiento, que acarrear alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, lo cual puede producir la muerte si la persona no es atendida adecuadamente.

El paciente con un cuadro de cetoacidosis diabética mantiene síntomas como poliuria, polidipsia y pérdida de peso, seguidas de *anorexia* (ausencia de apetito), náusea, vómito, dolor abdominal, debilidad, visión borrosa, contracturas musculares y diversos grados de alteración del estado de conciencia.

Los factores que precipitan la ocurrencia de esta complicación son las transgresiones dietéticas, infecciones, dosis insuficientes de insulina, algunos medicamentos, cirugías, gestación y enfermedades agudas como hipertiroidismo o hemorragias, entre otros.

Sin embargo, no es fácil diagnosticar a una persona con cetoacidosis, ya que en el caso de los adultos a los que no se les ha definido como diabéticos, se pueden confundir sus síntomas con los de otros padecimientos, como pancreatitis o infartos al miocardio; dificultando así su diferenciación. En el caso de los niños se pueden atribuir estos síntomas, por ejemplo a la gastroenteritis. Es por ello que el diagnóstico debe realizarse a partir de estudios de laboratorio.

Durante el tratamiento de la cetoacidosis diabética es necesario revertir las manifestaciones debidas a la carencia de insulina, corregir las alteraciones *hidroelectrolíticas* y tratar la causa desencadenante mediante la administración de insulina exógena.

B) Otra de las complicaciones de importancia es la *hipoglucemia*. Lerman (1994) refiere que esta baja concentración de azúcar en la sangre es causada por las dosis altas de insulina, el bajo consumo de calorías (en relación con los requerimientos), la realización de actividades físicas extenuantes y el consumo de alcohol y/o medicamentos hipoglucemiantes. El nivel de azúcar en la sangre depende de la edad, ya que en niños aparece cuando el nivel es menor de 40 mg/dl, y en adultos, el nivel es menor de 50 a 60 mg/dl.

Los síntomas que caracterizan a la hipoglucemia se pueden dividir en dos fases:

- Al principio, palidez, taquicardia, sudación, etc., es decir, señales *adrenérgicas* (actividad química de la adrenalina) causadas por el aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo y que son muy parecidas a los estados de ansiedad.

- La hipoglucemia grave o prolongada llega a afectar el sistema nervioso central, disminuyendo su actividad y produciendo confusión mental, cambios de personalidad, inconsciencia, convulsiones o la muerte.

C) El *coma hiperosmolar o síndrome de deshidratación hiperglucémica* no es tan frecuente como las otras dos complicaciones agudas anteriores; incide, por lo general, en pacientes de más de 60 años. Los síntomas iniciales que conducen progresivamente a este tipo de deshidratación (aproximadamente en dos semanas) son la poliuria y la polidipsia. Se asocia con infecciones graves, infarto del *miocardio* (tejido muscular del corazón), enfermedad vascular cerebral, quemaduras e hipertiroidismo.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Entre las más importantes (Zárate, 1989), que afectan a los diversos órganos involucrados, se encuentran:

A) *La retinopatía diabética*.- El daño en la retina de un diabético es causado por la constante hipertensión arterial, el glaucoma y la formación de catarata. Ante esta situación es necesario que el paciente conozca las diferentes modalidades de tratamiento con sus ventajas y desventajas. El control metabólico, la dieta baja en grasas, el rayo láser, la fotocoagulación y la vitrectomía son algunos de los tratamientos que un paciente de este tipo requiere.

B) *La nefropatía diabética*.- En los diabéticos, el riñón es un órgano particularmente susceptible de ser dañado ya sea por la hipertensión arterial, por la vejiga *neurogénica* (por afección del sistema nervioso) o bien por infecciones repetidas del aparato urogenital. Los procedimientos para retardar el inicio y la aceleración del daño renal consisten en la detección y el tratamiento oportuno de la hipertensión y las infecciones, efectuando exámenes generales de orina, pruebas de función renal (determinaciones de urea y creatinina).

C) *La neuropatía*.- Las alteraciones en los nervios son la causa más frecuente de incapacidad y la que más empeora la calidad de vida del diabético. Es una complicación que varía en intensidad y podría estar en relación con el mal control del paciente. Un recurso terapéutico popular es el uso de vitamina del complejo B, aunque no se conocen factores que puedan modificar el curso de la neuropatía una vez que se inician las manifestaciones.

D) *Los problemas dermatológicos.*- Existe una gran propensión a que el diabético muestre alteraciones de la piel, como son infecciones y *vulvovaginitis micótica* (infección y flujo del aparato reproductor femenino), entre otras. Su manejo se basa en el control metabólico de la diabetes y antibióticos o antimicóticos.

E) *La patología cardiovascular.*- Para Zárate ésta es la principal causa de muerte del paciente diabético, pues ocurre una acelerada *aterogénesis* (desarrollo de cambios en las arterias por acumulación de lípidos, carbohidratos, etc.). Además aparece en edad temprana y con mayor severidad en la diabetes tipo I. Sin embargo, actualmente, en la práctica clínica esto sólo se presenta en adultos con diabetes tipo II. La enfermedad vascular periférica es más frecuente en las extremidades inferiores, y cuando se asocia con *isquemia* (disminución del flujo de sangre) y la gangrena, es necesaria la amputación. Por eso es que el "pie diabético" (expresión clínica) amerita mayor atención y cuidados especiales.

F) *La patología osteoarticular.*- Se caracteriza por la destrucción progresiva de una o más articulaciones debido a la pérdida de reflejos *nocioceptivos* (del dolor). Se afectan principalmente los pies, ya sea desde la articulación del tarso hasta la cadera o de la rodilla a la cadera. También puede producir deformidad en los dedos de las manos.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE (DMID)

La Diabetes Mellitus, por ser una enfermedad crónica, requiere de un tratamiento y control estricto a lo largo de toda la vida del paciente (Duclaud y Aguilar, 1984).

Dentro de las condiciones de este control, que en muchas ocasiones llegan a considerarse fuente de frustraciones y problemas para el paciente porque alteran sus actividades cotidianas, se encuentran:

- *Una dieta baja en glucosa y carbohidratos*, estricta en horario y cantidad, ya que no comer o tomar los alimentos después de la hora acostumbrada, provoca síntomas hipoglucémicos. Y si, por el contrario, hay un exceso de comida o carbohidratos, se favorece la aparición de síntomas de *hiperglucemia*.

- *La inyección diaria y regulada de insulina*, aplicada en diferentes partes del cuerpo es indispensable, pues si se carece de ella se puede llegar a la cetoacidosis y por el contrario, el exceso de ésta podría llevar al ataque hipoglucémico.
- *La necesidad de análisis diarios de orina para determinar la glucosuria* (azúcar en orina) y el requerimiento insulínico, así como detectar la presencia de cuerpos cetónicos (cetonuria).
- *Análisis periódicos de sangre* para determinar el nivel de azúcar en la sangre (glucemia).
- *Control de la cantidad de ejercicio* necesario para el metabolismo del azúcar, ya que la ausencia de éste favorece la hiperglucemia y un exceso provoca hipoglucemia.
- *La necesidad de un riguroso y periódico control médico* que refuerce el control y la normalidad de los niveles de azúcar del paciente.

En 1991, Edelson indica que la enfermedad crónica de un niño puede resultar incómoda para sus padres y para él mismo por las constantes y, tal vez, costosas visitas médicas durante tanto tiempo, que modifican sus hábitos ya fuertemente arraigados, propician la disminución de las relaciones sociales, el aplazamiento de planes y la inseguridad y temor respecto al futuro. Los efectos que tal enfermedad tiene sobre la familia son enumerados por Edelson de la siguiente manera:

1. Alteración de las actividades diarias.
2. Visitas a clínicas extrahospitalarias.
3. Hospitalizaciones.
4. Práctica de tratamientos en el hogar (tareas a veces incómodas).
5. Alejamiento de amigos y vecinos.
6. Dificultad para encontrar cuidadores de los hijos sanos.
7. Dificultad para salir, necesidad de postergar planes o vacaciones.
8. Los padres enfrentan culpa, angustia, depresión y dolor.
9. Pérdida de tiempo en el trabajo.
10. Mayores costos.
11. Madres con menor posibilidad de obtener empleo (por el tiempo).
12. Descuido de hijos sanos, que propicia soledad y alteración de las prácticas disciplinarias.
13. En los hermanos sanos puede surgir: angustia, resentimiento, sensación de culpa y miedos irracionales sobre el bienestar propio por las características de la enfermedad del hermano.

Este autor también refiere que el concepto que se tiene de la enfermedad determina la manera de reaccionar ante ella, el grado de aceptación y la forma de controlarla. Dicho concepto es muy distinto entre una edad y otra, pues depende del desarrollo cognoscitivo de cada persona. Un niño concibe la enfermedad de una forma muy distinta a la de un adulto, lo cual se puede observar a partir de la teoría del desarrollo propuesta por Piaget, quien considera que los niños entre 2 y 6 años mantienen una **explicación prelógica** acerca de su enfermedad, pues no pueden explicar cómo se origina (*fenomenismo*) y creen que la causa se localiza en los objetos o en la mente, la proximidad o la magia (*contagio*).

Los niños de 7 a 10 años dan una **explicación concreto-lógica**, conciben a la enfermedad como una persona, objeto o acción ajena, externa al niño, que daña su cuerpo y se origina al tocarla (*contaminación*). Cuando la enfermedad ya se encuentra dentro, la describen en términos vagos y confusos (*internalización*).

Los niños de 11 años en adelante conservan una **explicación formal-lógica**, en la que la fuente de la enfermedad se visualiza dentro del cuerpo (porque el páncreas está mal), la causa es la falta de funcionamiento de un órgano (*fisiológica*). Es una comprensión más madura de la enfermedad donde intervienen explicaciones fisiopatológicas (*psicofisiológica*).

De este modo, el control de la diabetes del niño va a depender de su edad y grado de desarrollo. Las actitudes y actividades que el paciente y los padres manifiestan durante el control de la enfermedad son -según afirman autores como Hermida (1993)-:

1. Con los niños menores de 5 años los padres asumen la responsabilidad en el manejo de los aspectos médicos y emocionales.
2. Después de los 5 años, el niño es capaz de adquirir poco a poco responsabilidades en su manejo y control; esto depende de la adquisición de conocimientos y habilidades. A partir de los 8 años, el niño es capaz de inyectarse solo y comprender las metas y cuidados del control diario.
3. De los 9 a los 11 años el niño ya puede prevenir, identificar y tratar la hipoglucemia, conociendo las consecuencias inmediatas de un mal control.
4. De los 12 años en adelante puede lograr la independencia en las técnicas y procedimientos de control y comprender la importancia de éste en función de las complicaciones vasculares tardías.
5. De los 16 años en adelante el tratamiento debe estar en las manos del mismo paciente, con una mínima supervisión familiar.

Además de la edad y el desarrollo cognoscitivo -asegura Pérez, (1987)- que es fundamental la educación del paciente con la participación de su familia para llegar a la responsabilidad del control de la enfermedad. Esta educación comprende la aceptación del padecimiento, el conocimiento de la diabetes y el desarrollo de habilidades y destrezas para evaluar y aplicar el tratamiento

Al respecto, Jacobson, *et al.* (1994) señala que un buen control de la glucosa en la DMID dependerá en gran medida de factores como la cohesión, la expresión y los conflictos familiares del paciente.

En su estudio sobre los factores que participan en el control de la DM, Duclaud y Aguilar (1984) también aseguran que la familia es el factor más relevante en el buen control del padecimiento. Esto implica reconocer y aceptar la autoridad del miembro familiar que la posea y que los padres sean capaces de ejercerla a fin de que puedan servir de apoyo o contener la ansiedad y desesperación generadas a partir de las restricciones que la enfermedad impone, sobre todo en los niños y adolescentes que se caracterizan por la continua formación y reestructuración de su personalidad.

Por lo tanto, para que el paciente diabético se ajuste con éxito a su enfermedad ejerciendo el control debido, necesita recibir un tratamiento en el que colaboren no sólo el médico y él mismo, sino también profesionales (dietistas, odontólogos, enfermeras y psicólogos) y, desde luego, sus familiares, otorgando un manejo adecuado de sus conflictos emocionales, existentes antes del diagnóstico y que se agravan con la enfermedad. Es por esto que los padres deben prepararse para educar a su hijo sobre su enfermedad y recibir la ayuda psicológica con la que puedan llegar a aceptarla y afrontar su situación de una manera más favorable, y evitar que se generen en él sentimientos de autocompasión, incapacidad, inutilidad, baja autoestima, etc., motivándolo para que se desarrolle como los demás niños sanos y fomentarle la idea de que es un niño normal que puede vivir sin grandes limitaciones. También el trabajador de la salud debe estar consciente de los problemas reales y las inconveniencias a las que se enfrentan los pacientes diabéticos; para esto es necesario explorar el significado especial de la enfermedad en cada uno de ellos, aclarar sus dudas y temores, además de descubrir las implicaciones conscientes e inconscientes y los sentimientos que genera este padecimiento en cada uno. Es de suma importancia que conozca las reacciones emocionales, tanto del paciente como de sus familiares, que determinarán el éxito en el control de la enfermedad.

REACCIONES EMOCIONALES DE LOS PACIENTES CON DMID

El diagnóstico de la DMID, de la cual todavía no se conoce la cura, sino sólo un estricto control, provoca reacciones emocionales que afectan a toda la familia y llegan a alterar todo su sistema y dinámica; tanto los padres como los hermanos reaccionan ante esta situación de manera muy similar a la del paciente.

Al respecto, Hermida, Barrón y Pérez (1993) indican que estos pacientes, especialmente los niños, tienen problemas de adaptación a sus distintos medios, como una reacción a su padecimiento. Se originan cambios en su personalidad que, aunados a los problemas de maduración y crecimiento propios de la adolescencia (como rebeldía, descontento, hostilidad reprimida, búsqueda de valores, identificación y definición sexual), determinan si se obstaculiza o permite la aceptación del padecimiento y sus limitaciones. Es también en esta etapa donde la persona puede adquirir mayor conciencia de su enfermedad y percatarse de que es un padecimiento crónico y que depende de ella la decisión de mantenerse sana al seguir las indicaciones del médico.

Lipkin y Cohen (1980) refieren que frecuentemente los médicos y los psicólogos encargados de pacientes diabéticos se encuentran con personas que se niegan a aceptar el diagnóstico; se sienten obligados a demostrar que ellos son los dueños de su cuerpo y que siempre está bajo su control; no quieren sentirse humillados, perder parte de su autoestima o ser identificados como personas que tienen un problema de salud, y no aceptan que la diabetes descompensada puede poner en peligro su vida. Ocurre también que algunos jóvenes utilizan su enfermedad como un medio para controlar a sus padres al amenazarlos con abandonar su dieta si no les dan algo a cambio; incluso llegan a expresar su ira dejando de comer, sobrealimentándose o bien dejando de inyectarse la insulina. Los pacientes con una actitud dominante constantemente ponen en riesgo su vida cuando se niegan a someterse al control, asumiendo una actitud poco complaciente. Por otro lado, las personas que son demasiado dependientes llegan a asumir una actitud extremadamente pasiva y también se niegan a participar en el manejo y control de su enfermedad.

En un estudio comparativo, Saavedra (1993) señala que existen diferencias en las relaciones interpersonales y el autoconcepto de las mujeres adolescentes con DMID. También Carrillo (1989) evaluó, en un grupo de adolescentes con DM, las reacciones a la frustración; reportó que además de enfrentarse a una gran carga de tensión y ansiedad provocada por la enfermedad crónica, los pacientes atraviesan por un periodo de cambios físicos y psicológicos importantes, característicos de su edad. Ésta es una fuente de frustración que genera agresión y que los jóvenes enfocan hacia el medio que les rodea, como una forma de proteger y reafirmar su yo.

Otros investigadores, que han enumerado y descrito las diferentes reacciones emocionales de los pacientes con alguna enfermedad crónica, demuestran que éstos, tanto niños como adolescentes, reaccionan no sólo con ansiedad, sino también con agresión, ira, deseos de venganza, sumisión masoquista, culpa y depresión (Earle, 1979). Asimismo han encontrado en ellos sentimientos de desesperanza, preocupación obsesiva por el cuerpo, distanciamiento social, fatiga, alteraciones en el sueño (López, 1985), desequilibrio emocional (como inestabilidad, inseguridad y labilidad) y sentimientos de soledad y abandono. (Berlanga, 1985)

Los sentimientos y actitudes que un paciente diabético puede presentar, según Lipkin y Cohen (1980), son:

- La autonegación, que es una actitud muy difícil de asumir y que el paciente tiene que aceptar como práctica cotidiana.
- Los sentimientos de pena y extrañeza al tener que inyectarse insulina antes de algún acontecimiento social, viaje, en el trabajo o escuela. (Tiene que aprender a superar estos sentimientos).
- El sentimiento de frustración cuando se fatiga al disminuirse su energía y le impide realizar lo que desea. Esto puede llevarle a olvidar su régimen terapéutico y poner a prueba sus propios límites.
- Las mujeres, en ocasiones, se sienten repulsivas y poco femeninas por el hecho de sudar en exceso. Esto altera su autoimagen y se sienten incapaces de atraer a los hombres, obtener empleo o hacer amistades.
- Pueden surgir temores por sufrir otras enfermedades; miedo a la invalidez física, dudas (en las mujeres) de la posibilidad de embarazarse y reflexiones sobre la muerte

REACCIONES EMOCIONALES EN LOS PADRES

Como ya se mencionó, las reacciones emocionales de los pacientes son muy similares a las de sus padres o hermanos; y aunque en las investigaciones revisadas se describen las características psicológicas presentes en ellos, son pocos los casos en que se han aplicado programas de apoyo psicológico a los pacientes y donde toman a los padres únicamente como punto de referencia o describiendo sus reacciones.

A continuación se presentan los resultados de algunas investigaciones citadas por Fernández (1990), que enumeran y describen la manera en que los padres enfrentan la enfermedad de su hijo y remarcan la importancia que esto tiene, pues de ellos depende la forma de reaccionar del paciente, así como su adaptación a la enfermedad y la aceptación de ella en los demás miembros de la familia.

En 1986, el National Center Institute reportó que los padres presentan agresión ante la enfermedad de un hijo, la cual puede ser dirigida hacia Dios, el equipo médico, a ellos mismos, a su cónyuge, a sus demás hijos sanos o al hijo enfermo, por el hecho de haber enfermado. Otra de sus reacciones es la culpa, porque atribuyen la enfermedad a errores o descuidos de ellos mismos.

Ajuriaguerra (1983), por su parte, refiere que durante la enfermedad de un hijo los padres experimentan sentimientos de impotencia, inhibición intelectual y angustia, de la cual se defienden mediante algunos mecanismos psicológicos como la negación, la fantasía y la ridiculización.

Magni (1988) señala que la mala adaptación de los padres, y en consecuencia de su hijo enfermo, produce un mayor malestar psicológico, que consiste en elevada ansiedad, depresión y obsesión. También menciona que la reacción de la madre es la más importante, ya que las necesidades emocionales y la adaptación del niño (al menos en fases iniciales de la enfermedad) corresponden con el estado emocional de la madre.

Al respecto, reafirma Tattersall en 1987 (Saavedra, 1993) con su investigación sobre niños y adolescentes diabéticos, que el diagnóstico de una enfermedad afecta en gran medida a los padres, que suelen presentar sentimientos de culpa, ya sea por la herencia o simplemente por haber hecho algo mal. Estos padres quedan confundidos y con mucho miedo, manifestando actitudes desadaptativas hacia su hijo que impiden su desarrollo e independencia. Tales actitudes generalmente son la sobreprotección, dominación, autocompasión y/o el rechazo hacia su hijo.

Lipkin y Cohen (1980) sugieren la siguiente lista de actitudes que deben tomar en cuenta tanto los padres como los trabajadores de la salud que están en constante relación con el paciente diabético:

1. *Estimule al paciente diabético para que hable sobre sus temores, sentimientos y problemas.* Es necesario no reaccionar con agresión o reprobación ante las conductas del paciente, pues se debe recordar que su negación es parte de un conflicto emocional y que también los cambios de humor, temores y tendencia al olvido pueden ser causados por un desequilibrio en el nivel de glucosa.

2. *Trate de entender las dificultades y problemas que el paciente enfrenta para controlar su enfermedad.* Es importante resaltar sus logros y avances con una actitud optimista.
3. *Refuerce las habilidades y fortaleza de cada uno de los pacientes.* Se deben reducir las actitudes de dependencia del paciente, dejando que él mismo haga todo lo que pueda, aunque parezca más sencillo hacerlas por él. En algunas ocasiones sí se le tiene que auxiliar, pero sólo en las que le faciliten la vida. Además, se le debe proporcionar la información necesaria para su cuidado personal.
4. *Recuerde que el paciente diabético es potencialmente un suicida.* El paciente puede expresar sus deseos de quitarse la vida dejando de inyectarse insulina o sobrealimentándose. En estos casos, trate de convencerlo de superar su hostilidad y frustración a través de actividades que canalicen su energía, como caminar, participar en actividades de grupo, azotar una almohada, etcétera.
5. *No discuta con el paciente sobre su resistencia y falta de cooperación.* En lugar de discutir, se le debe señalar que su comportamiento está relacionado con alguna decepción. Para tratar de que relacione su comportamiento con los problemas que lo motivan, ayúdelo a buscar nuevas maneras de enfrentar y manejar sus problemas.
6. *Estimule al propio paciente a realizar sus propias pruebas de orina y a administrarse él mismo la insulina.* Mientras más rápido aprenda a hacerlo, menos restringido se sentirá. Recuerde que el paciente está en condiciones de llevar una vida normal y constructiva.

LA DIABETES COMO PÉRDIDA DE LA SALUD

Además de las condiciones que hasta ahora se han revisado para poder entender los aspectos psicológicos tanto de los pacientes con DMID como de su familia y poder mantener una actitud que facilite en ello la responsabilidad de su tratamiento, es necesario reconocer la enfermedad como una pérdida de la salud que genera un duelo y debe tratarse como tal.

Al respecto, Páez (1996) argumentó en el curso monográfico de Psiquiatría Infantil llevado a cabo en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", que las personas que presentan alguna enfermedad incurable experimentan la falta de salud como una pérdida y, por lo tanto, deben elaborar un duelo, para así aceptarla como parte ineludible de su vida cotidiana. Igualmente, autores como Bowlby (1980), Worden (1982) y Kubler Ross

(1969), citado por Fernández en 1990, aseguran que durante el proceso de la enfermedad, tanto el paciente como los padres y demás miembros de la familia pasan por ciertas etapas similares a las del duelo. Estas fases no se presentan en un orden cronológico fijo y las diversas maneras de reaccionar dependen de cada individuo y de su situación.

En primer lugar, las personas que atraviesan por el duelo niegan lo que sucede y se resisten a creer que el diagnóstico es verdadero; en ocasiones pueden optar por consultar a otro médico con la esperanza de obtener una respuesta más favorable (NEGACIÓN).

Cuando un diagnóstico es aceptado, puede desarrollarse gran hostilidad (IRA); se considera que la vida y los médicos son crueles. En seguida, se trata de regatear (PACTO) unos años más de vida, por lo general haciendo promesas a Dios a cambio de seguir viviendo para presenciar, por ejemplo, algún suceso familiar importante.

Con frecuencia, cuando el paciente se percató de que está en la última etapa de su vida, se sume en la depresión; sin embargo, por lo general, está deprimido antes de reconocer el hecho (DEPRESIÓN).

Finalmente acepta su destino y alcanza cierta tranquilidad interna (ACEPTACIÓN), en ese momento se separa de los demás y pasa más tiempo durmiendo (Lipkin y Cohen, 1984).

También Freud (1915) afirma que los seres queridos son de alguna manera una propiedad interior, un componente de nuestro propio yo, y que, al percibir su pérdida o muerte, sucede un duelo. Acerca de esto, Bowlby (1980) expresa que cuando un hijo enferma y los padres se enteran de que se trata de una enfermedad crónica o con fin letal, aparece en ellos la amenaza de la pérdida de su ser querido; se inicia así un proceso de duelo del que se espera que siga las siguientes etapas:

- Fase de embotamiento
- Fase de incredulidad
- Fase de organización

Como indican estos autores, si dichas etapas no son cubiertas y no es concluido el duelo, éste puede llegar a ser patológico. Por tal motivo se considera conveniente que los padres reciban ayuda profesional con el fin de liberar las emociones causadas por la enfermedad incurable de su hijo, para poder transmitirle la confianza, el apoyo y la estabilidad emocional que necesita, ya que muchos padres son agobiados por la carga emocional y se preocupan por la salud, el dolor y la apariencia física del paciente. Una de estas reacciones emocionales es la ansiedad, que comúnmente aparece ante la amenaza de pérdida y de la cual se hablará detalladamente en el siguiente capítulo.

II ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional que aparece en todo ser humano durante su crecimiento y desarrollo. Tiene como función prepararlo física y mentalmente para que afronte las adversidades de su medio y pueda adaptarse a él; no obstante, cuando ésta llega a ser exagerada, provoca malestar en el individuo, perjudicando su actividad donde se desarrolla. De esta manera, la ansiedad extrema se convierte en un problema, en lugar de una ayuda.

Aunque su definición y diferenciación con otros estados emocionales ha sido difícil, a través del tiempo esta condición ha despertado el interés de las personas por conocer su origen y función. Desde la antigüedad, la ansiedad y el miedo han sido considerados sinónimos, pero se ha visto que entre uno y otro existen grandes diferencias. Se han encontrado alusiones a ellos tanto en jeroglíficos del Antiguo Egipto o en la Biblia como en escritos filosóficos de griegos y romanos; sin embargo es, quizá, el primer reconocimiento escrito de la ansiedad, como determinante del comportamiento, el que se encuentra en un tratado del filósofo árabe Alá Ibn Hazm de Córdoba (994-1063 D.C.), que la plantea como una condición básica de la existencia humana y motivador primario de todo lo que se hace.

Antes de que las investigaciones médicas alcanzaran cierto grado de complejidad para identificar y definir la ansiedad, ésta se había tomado sólo como un aspecto del miedo, y aunque en la actualidad sigue existiendo cierto desconcierto en cuanto a su definición, la diferencia radica en que ambas reacciones emocionales aparecen ante un estímulo que se considera de peligro y dependen de la valoración que el individuo haga de dicho estímulo. En el *miedo* la percepción del peligro es más específica, más concreta y directa; en cambio en la *ansiedad*, la percepción del peligro es subjetiva, intrínseca y muchas veces no se tiene bien identificado el estímulo amenazante. (Ruch, 1971)

Entre las explicaciones revolucionarias sobre la conducta del hombre y los procesos por los cuales se adapta a su ambiente, se halla la de Darwin (1959), quien consideró el *miedo* como una emoción fundamental cuya función es excitar y activar al organismo para que se enfrente al peligro externo, se adapte y, de esta manera, sobreviva.

En 1855, Kirkegaard pudo definir los efectos de la ansiedad en términos de niveles, que hasta la fecha son utilizados. De este modo, también pudo ser entendida por el hombre como algo que mantendrá durante toda su existencia sobre la Tierra (Braceland, 1981). Es hasta nuestros días en que la ansiedad es reconocida como una condición concreta y penetrante de la humanidad, ya que los cambios tecnológicos apresurados, la urbanización acelerada y la revolución constante de las diversas ideologías contribuyen a

aumentar los problemas psicológicos, haciéndose de vital importancia su estudio a fondo para conocer sus causas, función, consecuencias y un posible tratamiento. Actualmente, para la psicología clínica, la ansiedad es el estado más común y el más investigado, ya sea como entidad diferenciada o como parte de un conjunto de trastornos psicológicos. (Carnwath y Miller, 1985)

DEFINICIONES

Al buscar una definición de ansiedad que fuera completa y clara, se encontró dentro de la literatura, tanto psicológica como psiquiátrica, que este término, sobre todo en inglés, se usa indistintamente como sinónimo de angustia creando confusión al emplearlos (Aguilar, 1992, citado en Ramírez Hernández, 1997). En las publicaciones se emplea más la palabra *anxiety*, aun cuando existe la palabra *anguish* para designar angustia, y puesto que en la lengua castellana pueden utilizarse varios términos para nombrar un mismo concepto, en la traducción los términos *ansiedad* y *angustia* se manejan confusamente, por lo que es necesario hacer una diferenciación precisa para la práctica clínica y psiquiátrica. A continuación se presenta una serie de definiciones actualizadas que aclaran las diferencias entre ambas expresiones.

De acuerdo con la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*, aunque ambos conceptos, ansiedad y angustia, son empleados como sinónimos, sin embargo, la primera es aplicada con más frecuencia en la medicina general, y la segunda, para determinar una mayor gravedad psiquiátrica, quedando fuera del alcance de la intervención médica general.

En su *Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, English (1977)* propone una diferencia entre ambos términos. Menciona que la *ansiedad* implica un temor o miedo transitorio de origen circunstancial, respecto a un futuro impreciso, y que en la clasificación tradicional se tomó como una emoción que posee un matiz patológico leve. Por otra parte, la *angustia* implica un estado cuasidefinitivo de sufrimiento crónico por algo pasado o futuro, pero que se percibe como presente a su impulso o carencia. Es considerado un sentimiento que denota una patología muy pronunciada

En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, también se hace la diferencia de ambos conceptos. Se da mayor importancia a los *trastornos por ansiedad* y se les dedica una sección; en ellos se incluyen los *trastornos por angustia*.

La diferencia entre estas dos clases de trastorno radica en que la *ansiedad* es una condición que el individuo mantiene constantemente, derivada de la anticipación de un

peligro interno o externo que se manifiesta con una serie de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales, los cuales también, en su mayoría, aparecen en el *trastorno por angustia*; pero éste los presenta en crisis recurrentes que pueden durar sólo algunas horas o días, asociados a sentimientos de una catástrofe inminente.

Ramírez H. (1997) señala que una diferenciación más precisa entre ansiedad y angustia se logra conceptualizando a la angustia como un estado emocional cuya función primordial es detectar el peligro; genera en el individuo inmovilización, dejándolo con un cierto grado de paralización vital por el temor de enfrentarse al mundo externo. En cambio la ansiedad lleva a una reacción de anhelo que genera en el individuo un rechazo activo de esta situación, propiciando una activación y aceleración en un intento por salir de ella.

Para esta investigación se ha considerado la definición de *ansiedad* que establece Spielberger (1980), ya que muestra claramente las características de esta condición, que son las que contiene el instrumento con que se evaluó a los grupos. Este autor define la *ansiedad* como una reacción emocional que aparece ante estímulos tanto externos como internos, considerados como peligrosos o amenazantes. Tal reacción contiene *tensión, temor y preocupación*, emociones que se expresan a través de las siguientes áreas:

ÁREA FISIOLÓGICA:

- Temblores
- Palpitaciones
- Náuseas
- Sensación de asfixia
- Algunas enfermedades psicósomáticas

ÁREA COGNITIVA:

- Confusión
- Incredulidad
- Sensación de incertidumbre

ÁREA CONDUCTUAL:

- Pérdida de sueño
- Alteraciones en el apetito
- Hiperactividad
- Llanto
- Aislamiento social

* Whecler y cols. en 1950 (citado por Carnwath y Miller, 1985), detectaron que cada persona no experimenta todos los síntomas del sistema nervioso autónomo, pues a pesar del aumento de excitabilidad, muchos pacientes sólo manifiestan dos o tres síntomas somáticos, mientras que otros pueden experimentar la consciencia de un efecto más global.

Spielberger también considera que este estado de ansiedad tiene una intensidad variable, dependiendo del grado de aprensión y de la magnitud del estímulo amenazante; de tal forma que su intensidad depende, en cada situación, de la interpretación de cada persona, así como de su habilidad para enfrentarla y de los peligros reales de dichas situaciones.

De acuerdo con lo señalado por este autor, para poder convivir con la ansiedad es necesario reconocerla como un estado emocional, identificar los estímulos que la causan y examinar los recursos que se tienen para enfrentar la realidad y probar las propias defensas. Asimismo piensa que para disminuirla hay que modificar el ambiente, eliminando o evitando la fuente de peligro del mundo exterior mediante el alejamiento físico o mental. Spielberger la clasifica en dos tipos:

- **La ansiedad estado.-** Se refiere a periodos temporales de aprensión, tensión y molestias subjetivas que se hacen conscientes y son acompañadas por una elevada actividad del sistema nervioso autónomo, y cuya intensidad puede variar. Es una condición transitoria que fluctúa en un corto tiempo.
- **La ansiedad de rasgo o de personalidad.-** Es aquella que denota un individuo que generalmente se siente nervioso o ansioso por situaciones que percibe como amenazantes. Se caracteriza por permanecer relativamente a largo plazo. Se manifiesta en diferentes niveles que dependen de la intensidad de temor que la situación provoca en la persona y tiene que ver con las diferencias individuales.

EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Para evaluar el estado de ansiedad se han desarrollado diversas técnicas que utilizan como base las señales tanto fisiológicas como psicológicas.

En la Medición Fisiológica se incluye la respuesta galvánica de la piel (su resistencia eléctrica), la frecuencia cardiaca y respiratoria, la presión sanguínea, el potencial de acción del músculo y el sudor palmar.

Aunque los instrumentos con que se miden estas señales detectan la existencia de síntomas ansiosos, ellos sólo miden la Ansiedad Estado sin indicar el grado en que se encuentra la persona; además, su aplicación con equipo costoso es individual y laboriosa, desventajas que los hacen poco confiables.

En cuanto a la Medición Psicológica, se encuentran por un lado las Pruebas Proyectivas y los Cuestionarios de Personalidad que miden la ansiedad sólo como un factor de dicha personalidad, y por otro, las escalas que miden únicamente la ansiedad, como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), que se utilizó en esta investigación.

La ansiedad en grado normal es una reacción que se presenta ante una amenaza, estimula al individuo a tratar de encontrar soluciones y afrontar con éxito la situación. Es estimulante para el crecimiento y el desarrollo.

Algunos autores la consideran como una emoción que todos presentamos en nuestras vidas, pero que en exceso es perturbadora y nos fuerza o nos crea defensas de carácter neurótico o psicótico (Carroll, 1977).

También se ha encontrado que ante la ansiedad extrema (que puede ser generada por padecer alguna enfermedad crónica), los hombres varones tienden a reaccionar en forma maniaca y las mujeres, de manera depresiva. (Cuenca y Segón, 1986)

Carnwath y Miller (1985) afirman que una de las complicaciones que se detectan al presentarse un estado de ansiedad es que algunas personas están más predispuestas que otras a reaccionar de forma catastrófica ante una adversidad. Esto las lleva a mostrar dependencia de la familia o figuras de autoridad, e indica que se trata de una personalidad inmadura o problemática. Por este mismo motivo, otras pueden presentar dependencia al alcohol o a las drogas, complicaciones obsesivas o una clara implicación fóbica.

Cuando la ansiedad se convierte en una respuesta desadaptativa, las personas emplean *mecanismos de defensa* o *resistencias* para poder evitarla y aliviarla, y ver el estímulo como algo menos amenazante. Estos procesos psicológicos internos modifican, distorsionan o vuelven inconscientes los sentimientos, pensamientos o recuerdos causantes de la ansiedad; sin embargo, llegan a ser ineficaces, pues provocan una adaptación deficiente, porque los estímulos permanecen inalterados en la realidad.

La ansiedad como respuesta desadaptativa ha sido abordada por diferentes enfoques dentro de la psicología. Entre los más importantes se encuentran el Psicoanálisis, el enfoque Cognitivo-Conductual y las Teorías del Potencial Humano, que como psicoterapias tienen el objetivo de generar respuestas adaptativas en el paciente y darle los medios por los cuales pueda resolver sus problemas actuales y los que puedan surgir en el futuro.

TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

En el **Psicoanálisis**, la ansiedad es considerada una condición necesaria en el proceso de adaptación de una persona a su medio, ya que es una reacción mental a la anticipación del peligro. Freud también afirmó que la ansiedad es la reacción de la memoria inconsciente de peligros reales e imaginarios, a menudo asociados a deseos infantiles; para él, provenía de la transformación y acumulación de la libido o tensión sexual no descargada. La ansiedad es un estado y no un rasgo que tiene una base biológica y no psicológica, por lo que su tratamiento debe incluir una intervención biológica, como la descarga de la libido a través de canales de actividad sexual. Freud la clasificó en tres rubros:

- *Ansiedad realista u objetiva.*- Es la reacción emocional que aparece ante la amenaza y la percepción del peligro real en el medio externo. (Es sinónimo de miedo).
- *Ansiedad neurótica.*- Es una respuesta ante la amenaza causada por el miedo que el ego sería incapaz de controlar.
- *Ansiedad moral.*- Aparece cuando el ego es amenazado por un castigo dirigido del superego.

Freud fue el primero en proponer que la ansiedad es determinante en la formación de los estados neuróticos y psicósomáticos. También consideró que si el pasado influye en la conducta actual, pudiendo producir ansiedad, es necesario estimular al paciente para que recuerde su niñez y logre descubrir algún trauma reprimido.

Con el enfoque psicoanalítico también se trata de alterar las evaluaciones de la amenaza que producen reacciones de ansiedad neurótica y se investigan las causas fundamentales del problema usando el método de la *libre asociación*; se busca en las experiencias infantiles traumáticas reprimidas que siguen influyendo en el pensamiento, sentimiento y comportamiento.

Con este mismo enfoque se utiliza la entrevista de MacKinnon y Michels para tratar a la personalidad fóbica que se enfrenta a la ansiedad y al conflicto emocional. Los principios del tratamiento incluyen la necesidad de tranquilización del paciente, facilitación de la comprensión de su ansiedad indicándole que es una emoción normal que a veces se torna inapropiada, y la interpretación, examinando tanto sus sentimientos sexuales, agresivos o competitivos, como su ansiedad y evitación (Thomsom, 1955).

Por otro lado, el contexto **Cognitivo-Conductual** tiene como propósito fundamental que el paciente identifique y haga conscientes sus pensamientos irracionales

o disfuncionales, ayudándole a reemplazarlos por otros racionales y efectivos que le permitan el logro de sus metas.

Dentro de este enfoque se encuentra la Terapia Racional Emotiva (TRE), que es un tratamiento de elección para intensos y profundos sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración. Se aplica para obtener resultados en un tiempo breve, pues es directoactiva y emplea un lenguaje simple. Para su representante Ellis (1986), el trastorno de ansiedad es causado por un grupo específico de estructuras cognitivas que involucran ideas erróneas sobre la visión del medio, donde el terapeuta intenta facilitar la formación de nuevas estructuras cognitivas mediante la discusión. También emplea las técnicas de relajación, imaginación, biblioterapia e interrupción del pensamiento, aunque reconoce que los cambios de conducta también producen cambios cognitivos y utiliza tareas de autoexposición.

Esta terapia tiene como limitación que el individuo está sujeto a las actitudes del medio que permanecen constantes y afectan su proceso de modificación; además, al proceso afectivo no se le da la debida importancia como a la conducta y al pensamiento.

Por otro lado, para disminuir los efectos displacenteros de la ansiedad, el enfoque Cognitivo-Conductual aplica técnicas que pueden estar orientadas a *controlar las reacciones fisiológicas* que acompañan la preocupación (elemento fundamental presente en la ansiedad) o encaminadas a *controlar directamente la preocupación*.

A) Entre las técnicas orientadas a *controlar las reacciones fisiológicas* se encuentran:

- *Relajación muscular progresiva*.- Procedimiento para tensar y destensar los diferentes músculos, que se clasifican en grupos para facilitar su reconocimiento y relajación.
- *Entrenamiento autógeno*.- Se generan sensaciones de pesadez y sobre todo de calor, por medio de frases sugestivas.
- *Respiración natural*.- Es una herramienta extraída del yoga que se centra en el manejo y control de la respiración, variando en el tiempo de las fases de inhalación.
- *Imaginación guiada*.- Se usan imágenes mentales ajustadas a las características propias de cada persona, ya que la información que llega visual y verbalmente genera cambios cognoscitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales.

Estas técnicas tienen el propósito de reducir el nivel de activación fisiológica de la persona con ansiedad, aunque la relajación funciona gracias a que influye también sobre las cogniciones; es decir, al enfocar un solo estímulo durante las relajaciones, los

pensamientos generadores de ansiedad no pueden ingresar a la consciencia, logrando la disminución de la actividad fisiológica que también es generada por la forma de pensar del individuo. Se utilizan cuando la terapia va a iniciar, ya que su impacto puede incrementar la adherencia al tratamiento.

Otra técnica es la *Retroalimentación biológica* (Biofeedback), que consiste en un procedimiento que permite modificar voluntariamente la actividad de funciones orgánicas autónomas al desarrollarse en la persona, a través del aprendizaje, su capacidad de procesar e identificar dichas funciones corporales mediante el uso de instrumentos electrónicos.

El tratamiento de la respuesta ansiosa consiste en recoger una actividad del organismo (temperatura cutánea, transpiración, tensión muscular, ritmo cardiaco, ondas electrocorticales, etc.), por medio de electrodos colocados en la piel y unidos a un aparato que la registra, la amplifica y la convierte en señales luminosas o sonoras que el paciente percibe, permitiéndole ser su propio terapeuta, pues adapta su respuesta él mismo de forma instrumental.

B) Las técnicas orientadas a *controlar directamente las cogniciones* son las que cambian los patrones de pensamiento. Estas tienen el propósito de disminuir la ansiedad causada por el pensamiento erróneo de información que la persona recibe del ambiente, modificando los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales que primero se identifican y discuten con el paciente para posteriormente ayudarlo a pensar esa situación de una manera más racional. Para lograr esto, es necesario recurrir a estrategias que se basen en las siguientes acciones:

- Identificación de pensamientos (como primer paso)
- Detener los pensamientos
- Sustitución de pensamientos
- Análisis de pensamientos

En cuanto al manejo de la ansiedad por parte de las **Teorías del Potencial Humano**, se puede afirmar que ésta se considera una reacción de evitación que el individuo cree amenazante y puesto que, dentro de este enfoque, la psicoterapia Gestalt tiene como objetivo restaurar las partes de la personalidad, su intervención se orienta a llevar al paciente a "darse cuenta" de cómo se interrumpe a sí mismo y evita asumir su responsabilidad centrándolo en el presente.

En este enfoque la angustia y la ansiedad se considera el estancamiento de la excitación. Toda persona lleva dentro de sí la excitación como una condición natural, y

cuando surge en ella la inseguridad de no “representar bien” algún rol aprendido o un modelo nuevo de conducta, esta excitación se paraliza, no puede desembocar en la actividad presente y aparece como pánico con características tales como aceleración del ritmo cardíaco, temblores y titubeo.

Por lo tanto, la angustia y la ansiedad es el camino entre el ahora y el después, ya que se presenta cuando el individuo se deja llevar por las fantasías, generalmente catastróficas, de lo que pueda suceder. Pero si la persona se mantiene en el ahora, no puede sentir angustia, pues la excitación fluye inmediatamente hacia la actividad espontánea que está transcurriendo (Perls, 1974).

Para Baumgardner (1982), la ansiedad se trabaja en dos niveles:

1. Se hace referencia a la zona intermedia, la cual se encarga de disminuir el compromiso de la persona, ocupándose de juicios y opiniones en forma inapropiada, sin ningún orden del pasado y del futuro. En este sentido se hace explícito y se explora el componente imaginativo que representa una amenaza intolerable y es compañera constante de la ansiedad neurótica.

2. Se trabaja por medio de la percepción corporal con los síntomas, es decir, las sensaciones físicas externas e incómodas que el paciente trata de evitar. De esta manera, cuando se dispone a tolerar cierta incomodidad y hacerse responsable por la producción de esos sentimientos, se percata de cómo hace para sentirse incómodo y entonces permite que su cuerpo sea tal como es, aprendiendo simplemente por la percepción. Se percata de cómo deforma su ser interior, dejando el camino abierto para que ocurra un cambio.

III PSICOTERAPIA GESTALT

ANTECEDENTES

La Psicoterapia Gestalt es una orientación humanista que tiene como objetivo restaurar en una persona el proceso de "darse cuenta" de lo que hace y siente, para facilitar en ella el desarrollo de sus potencialidades y generar un posible cambio.

La palabra "gestalt" es alemana y no tiene correspondencia ni en inglés ni en español, por lo cual se conserva como tal. Ésta implica una idea de totalidad, configuración y conjunto; asimismo se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida; también expresa la manera en que se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria.

El representante más importante, fundador de esta psicoterapia es Frederick Salomon Perls, quien fundamenta los aspectos teóricos de ella modificando conceptos y reorganizando las afirmaciones y teorías tradicionales, de las que sólo retoma lo que para él es una clara explicación del proceso de vida y que en conjunto va dando paso a una nueva visión de la psicología del ser humano. Esta unión de premisas, conceptos y pensamientos establecen toda una teoría terapéutica que analiza la relación del hombre con su medio; describe el desarrollo de la neurósis y su proceso; enfatiza en la importancia que tiene el "darse cuenta" y el libre fluir de las vivencias presentes para poder desarrollar en la persona un nuevo estilo de vida que facilite su crecimiento. Asimismo, Perls establece las bases para una mejor comprensión del paciente, del terapeuta, la relación entre ambos y el proceso de curación.

Para lograr entender este enfoque de psicoterapia, es necesario conocer tanto su origen como las diferentes aproximaciones que influyeron en Perls al desarrollar su teoría; entre ellas están el psicoanálisis, el conductismo y el existencialismo-humanismo, que son las más representativas de la evolución y desarrollo de la psicología. También Perls reforzó su trabajo con otros pensamientos y teorías, como la psicología Gestalt y el pensamiento oriental, que, con las anteriores, representan las cinco influencias más importantes, las cuales se detallarán a continuación.

PSICOANÁLISIS

Es la influencia más importante dentro de las psicoterapias tradicionales, gran partes de estas se han basado en el psicoanálisis debido a que sus elementos teóricos y filosóficos generaron un nuevo concepto del hombre. Su fundador principal, Sigmund Freud, orientó

todas las causas de la conducta del hombre a su pasado y sostuvo que seguimos siendo infantiles a causa de "traumas anteriores" ocurridos en la niñez, que son una experiencia destructiva que juega un papel importante en el comportamiento. Estos traumas persistirán a lo largo de toda la vida, a menos que cambien radicalmente las conductas mediante una psicoterapia en la que el terapeuta analice los problemas del paciente y descubra, por medio de interpretaciones, las causas, motivaciones o fuerzas inconscientes latentes que producen la conducta del individuo (diagnóstico). De esta manera, la curación resulta únicamente del descubrimiento (insight) inducido por el terapeuta, haciendo consciente lo inconsciente.

De este enfoque, Perls retoma el concepto de homeostasis, llamado también autorregulación, que es un proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y, por lo tanto, su salud al interactuar con su ambiente en medio de condiciones variables. Gracias a este proceso el organismo encuentra su equilibrio, busca la satisfacción de necesidades que constantemente aparecen o se "abren" y generan un déficit o desequilibrio. Tal búsqueda permite que la persona, al autorregularse, aprenda a funcionar eficientemente en la nueva situación y haga una jerarquía de sus necesidades, encontrando los medios adaptativos para satisfacerlas (Perls, 1989). De esta manera ningún organismo es autosuficiente, sino que establece contacto con fuentes externas humanas y físicas, de las cuales busca ayuda para satisfacerse.

Perls también retoma el concepto de insight, --considerado por Freud sólo como una acción repentina e intelectual que se presenta al resolver un problema-- y lo explica como un conjunto de reacciones que implican el pensamiento, sentimiento y sensaciones que ayudan a la persona a darse cuenta de sí misma. Así, el individuo llega a comprender (la manera en que se conduce) y participa activamente, logrando que su proceso perceptual (que incluye la percepción de sí mismo, la motivación y los aspectos motores de la conducta) se integre y fluya para concluir una gestalt ("cierre") y aumentar el conocimiento de sí mismo.

Sin embargo, Perls no retoma todos los principios del psicoanálisis tal como son, sino que admite algunos con ciertas variaciones; entre éstos se encuentra la transferencia, considerada en psicoanálisis como la atribución de actitudes y sentimientos del paciente hacia su terapeuta. Se trata de motivaciones y fuerzas inconscientes, latentes, que representan una réplica de los sentimientos más antiguos hacia los padres y hermanos, expuestos y asignados al terapeuta, dando origen a la conducta. Generalmente, este proceso es favorable y, por lo tanto, no es necesario ocuparse de él, a menos que llegue a transformarse en una resistencia que perjudique el tratamiento. Cuando esto ocurre, se debe demostrar al paciente que sus sentimientos son producto de su pasado y que no los asigna realmente al terapeuta. No obstante, la Psicoterapia Gestalt concluye que la transferencia desde el inicio de la terapia no se debe ignorar, sino que se puede ayudar

más a la persona manejando sus propias proyecciones como un medio para la comprensión de la dinámica presente, dando soporte a sí misma y llegando a ser autorresponsable.

Adquirió además el concepto de pulsión, llamado también motor de la conducta. Al respecto, el psicoanálisis considera que son el instinto sexual y el instinto del ego los que determinan las inclinaciones del hombre. Dicha concepción dualista ("eros" y "tanatos") contiene las fuerzas de repulsión y atracción que se manifiestan en necesidades. De esta manera, para Freud la sexualidad se vuelve el motor principal de la conducta. Durante el desarrollo del individuo, la oralidad está relacionada especialmente con la libido. El interés y la satisfacción en la boca, el ano y los órganos genitales forman una parte muy importante. El primer órgano que suscita interés en una persona (en el primer año de vida) es la boca, que produce todo el placer y mediante la cual establece contacto con su medio. Así, se convierte en un estado de satisfacción que el niño manifiesta al ser amamantado o al morder (Thompson, 1955). Por otro lado, Perls asegura que la sexualidad es sólo una parte más del ser humano, y que la energía que mueve a la conducta no es la sexual, sino que existe todo un proceso que regula la conducta similar a la ingestión y digestión de la comida, es decir, el ser humano asimila el medio de la misma forma en que come. Por lo tanto, la energía oral es vista como una parte de este proceso que ayuda a que se establezca el verdadero contacto consigo mismo.

Otros principios del psicoanálisis son criticados duramente por Perls y aporta en su lugar una explicación del modo en que los comprende. Uno de ellos es la importancia que Freud asigna al pasado para la solución de los problemas presentes. Perls sostiene que la búsqueda de causas del problema llega a ser más un obstáculo que una ayuda para la persona, ya que utilizar el pasado como un referente permanente constituye poner una distancia en la vivencia de las preocupaciones actuales (potencialmente amenazantes), pues se asume una actitud defensiva que obstaculiza el posible beneficio de las experiencias y limita el crecimiento en la persona. Argumenta que lo más importante es saber si el trauma de la niñez es realmente "fijador" y dominante indefinidamente, o que si con el tiempo éste sólo se convierte en una excusa creíble que sirve para evadir la responsabilidad de lo que se hace y no mantener una conducta autosuficiente. Hace énfasis en el presente y al pasado lo retoma sólo como un aspecto que puede afectar en este presente, o por las huellas que deja en él, es decir, lo que podría importar del pasado está aquí y ahora, si no con palabras, sí con alguna tensión corporal que espera traerse a la conciencia, ya que se encuentra reprimida. Es obvio que comprender el presente puede ayudar para enfrentar al futuro; sin embargo, resucitar el pasado no compone el presente y además puede complicar el futuro. Menciona que permanecer constantemente en el futuro conduce a anticipaciones idealizadas que terminan con los intereses presentes y el contacto con la realidad, conduciendo a una huida y jamás se recogen los esfuerzos, ya que los planes nunca establecen contacto con el presente (Perls, 1989).

EXISTENCIALISMO

Es una filosofía que se interesa por el ser humano en su contexto tanto político, social, filosófico y religioso, como en el momento que está viviendo y las emociones de su presente. Se puede resumir en las reglas "aquí y ahora" y "yo-tú". Para los existencialistas, el hombre se halla íntimamente relacionado con el mundo y, principalmente, con los demás hombres, pues el encuentro existencial "yo-tú" consiste en atender a otro humano de tal forma que le permita ser lo que realmente es.

Mientras que la Psiquiatría existencial se interesa en la experiencia interna del hombre, interpretando al mundo en términos existenciales y discutiendolos con su cliente, la Terapia Gestalt deja a un lado las explicaciones y da mayor importancia a las experiencias internas creando experimentos o vivencias que facilitan la toma de conciencia de la persona (Castanedo, 1988).

Por otro lado, las Terapias existenciales utilizan el Psicodrama como proceso terapéutico y aunque la Terapia Gestalt concuerda con ellas al asignar un valor terapéutico a la interpretación de roles, considera a estas vivencias sólo como una herramienta que forma parte del proceso terapéutico, ya que así la persona expresa y revive sus proyecciones.

Perls al retomar los aspectos del Existencialismo, considera que también el entorno en que vivimos es parte de nosotros mismos, pues el estar en el mundo es una característica existencial y el individuo es responsable de su existencia, ya que el ser humano trabaja e integra sus respuestas para enfrentarse al ambiente, no responde de manera refleja, sino que piensa sus respuestas para que éstas le permitan tener eficacia en él. De esta forma no hay una autoridad superior, sino sólo la autoridad del propio individuo que necesita llegar a ser lo que realmente se es. Propone al ser humano como un ser activo que es responsable de sus propias respuestas y es necesario que tenga conciencia de las realidades que no debe disociar, sino que debe integrar.

PSICOLOGÍA DE LA GESTALT

Es otra de las corrientes que influyó en la Psicoterapia Gestalt. Fundada por Wertheimer, Köler y Koffka en 1912. Se caracterizó por ser un movimiento de protesta y crítica contra el Conductismo y el Estructuralismo. Estudió en un principio la percepción y posteriormente las configuraciones y patrones naturales que aparecen en la experiencia directa del aprendizaje, la conducta social y el pensamiento, sin dejar nunca su idea fundamental sobre el estudio y comprensión de los fenómenos en su totalidad y no sólo

analizó sus elementos. De esta manera concibió al hombre como una totalidad indisoluble que tiene elementos dinámicos que buscan un equilibrio.

La psicología de la Gestalt se ocupó de las figuras externas al organismo, en especial las visuales y auditivas pero no aplicó los principios de la formación gestalten a la percepción de los sentimientos propios, emociones y sensaciones corporales, es decir, no consiguió integrar las motivaciones con la percepción. Fue Perls quien introdujo estos elementos logrando su integración y conceptualizando al proceso mediante el cual el organismo se satisface en su ambiente, como un proceso de formación gestáltica.

Un concepto básico de la psicología Gestalt y que Perls adopta para su psicoterapia es el de "campo psicofísico" que determina la conducta y se compone del yo y el medio ambiente conductual. Este se descompone en "figura" y "fondo" y es por naturaleza tanto psicológico como físico. El "yo" se refiere a todas las características individuales de la persona, de la que forman parte su familia, su ropa, su país, etc. de una manera internalizada. El "medio ambiente conductual" es todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes, son estímulos sensoriales que actúan sobre el sistema nervioso y se conducen a la mente; también determinan la conducta pero lo hacen desde el exterior.

Otro de los conceptos que retoma Perls es el de "forma y figura", la figura o gestalt destaca del fondo siendo más estructurada e impresionante que éste. La figura constituye el objeto o proceso por el cual está compuesta la atención, mientras que el fondo es todo aquello que está en segundo plano y está constituido por lo que es figura. Una figura incompleta o abierta, tiende a cerrarse o completarse y mantiene como cualidades el tener una buena continuidad o forma, así como proximidad, semejanza y tendencia a ser concluida (cerrada). Estos conceptos Perls los aplica a la experiencia humana para resolver problemas ya que este mismo fenómeno opera en el pensamiento y en el aprendizaje. Si un problema no es resuelto o una tarea no es aprendida es una gestalt incompleta que origina tensión, por lo cual al resolver el problema se cierra y se descarga la tensión (Castanedo, 1988).

La Psicoterapia Gestalt retoma también el principio filosófico de Holismo el cual considera al universo, las cosas y los organismo como un todo unificado y coherente; de esta manera percibe al ser humano en su totalidad, es decir, como un ser sin divisiones y sin que ninguna parte de su cuerpo posea a otra (Salama, 1988). Es una entidad que incluye la parte física, el funcionamiento de sus emociones, pensamientos, cultura y sus expresiones sociales de manera unificada. Al concebirlo así ya no es sólo una acumulación de funciones, sino una parte que está en interrelación con su medio. El holismo además de describir detalladamente al objeto, evento y medio en el que se desarrolla lo centra en el presente para favorecer la explicación en el aquí y ahora de los fenómenos o situaciones que la persona considera importantes. De esta forma el ser

humano percibe las totalidades que se forman de elementos que están relacionados entre sí y que existen juntos en un proceso cambiante. De este conjunto de elementos retoma aquellos que requieren ser explicados para él, selecciona aquello que le es significativo (figura) y establece contacto con la experiencia que le permite integrar una gestalt, lo demás es fondo de la experiencia. Hace énfasis en conocer cómo están las cosas, en qué contexto y con qué efecto, siendo ésta una actividad centrada en el presente (Latner, 1978). Así a mayor relación de elementos de la persona mayor es su estructura y capacidad para percibirse a sí misma e interactuar con el medio.

RELIGIÓN ORIENTAL

La cuarta influencia importante sobre esta psicoterapia fue la filosofía de la Religión Oriental, de la que Perls retoma el Budismo Zen. El Zen se originó en china con el nombre de Ch'an y es un aporte a la filosofía chino-japonesa que utiliza como lógica el esfuerzo consciente de romper el hábito del razonamiento lógico con el fin de crear en la mente del discípulo una actividad mental única necesaria para alcanzar la verdad última. El Zen enseña que el despertar está al final de la espera y que debe ser una vigilancia sin objeto, no hay nada que esperar, lo que llega, llega, no hay reglas, fines, ni leyes en la naturaleza ni en los pensamientos, aquí se reconoce la postura cercana a la actitud fundamental del gestaltista, en el darse cuenta confiado y atento. El Zen expresa que el tiempo no es una línea continua, el pasado y el futuro no son la existencia sólo existe el aquí y el ahora (Koan/alzen).

Esta es una filosofía de la cual deriva el Taoísmo, que hace énfasis en el silencio que caracteriza la retirada y en las dos polaridades que son el K'un (receptivo) y Ch'ien (creativo), esta dualidad se sitúa en la naturaleza al concebir al hombre como una armonía entre él y el mundo. Estas polaridades son un proceso interno de la persona que lo llevan a buscar un equilibrio.

Dicho principio de "polaridad", que se ha manejado desde la antigüedad, aparece en la Psicología por primera vez cuando Carl Gustav Jung, en su Psicología Analítica, considera que la personalidad presenta una tendencia bipolar, ya que la vida es un equilibrio entre opuestos irreconciliables que deben ser reunidos para que termine el conflicto que generan. Jung percibió que la totalidad psíquica está compuesta por los dos polos de la personalidad que son el consciente e inconsciente y que las tensiones creadas por estos elementos en conflicto son la verdadera esencia de la existencia, ya que sin tensiones no existiría la energía en el ser humano, ni la personalidad.

Pero fue gracias a Perls que este principio adquirió importancia en la psicoterapia, puesto que él también consideró que la personalidad de un individuo está íntimamente relacionada con la búsqueda del equilibrio de polos opuestos. Afirmó que la filosofía básica de la Psicoterapia Gestalt es la naturaleza entre diferenciación e integración. Tal diferenciación conduce por sí misma a las polaridades, que lucharán entre sí y se paralizarán unas a otras. De este modo, Perls reconoció que hay dos partes que caracterizan la personalidad, el Top-dog ("perro de arriba" u opresor) y el Under-dog ("perro de abajo" u oprimido), que funcionan como unidades desintegradas y que por lo general cada una de ellas es una introyección que la persona no ha asimilado adecuadamente. Cuando el Top-dog (superego) trabaja, la persona es autocrítica y dictadora, se juzga así misma y dice lo que se debe hacer; nunca se equivoca y tiene el derecho a hacer críticas, regañar y poner a la persona a la defensiva. Si el Under-dog (infraego) se manifiesta, la persona se caracteriza por ser pasiva, sumisa y a pesar de la aparente fuerza del Top-dog siempre gana la lucha valiéndose de sabotaje, manipulación o posponiendo las situaciones. Así al reunir los rasgos opuestos se logrará que la persona se complete de nuevo, se integre o logre un equilibrio; siendo éste el objetivo de la Psicoterapia Gestalt, que además utiliza diversas técnicas para lograrlo. Antes de definir y describir este tipo de herramientas es necesario determinar cómo concibe la Gestalt a la psicopatología (Castanedo, 1988).

CONDUCTISMO

La quinta aproximación que influyó en esta Psicoterapia. Dentro de éste se hallan las terapias conductistas o análisis de la conducta, basadas en las teorías desarrolladas a partir del condicionamiento operante y respondiente. Se afirma que la conducta es directamente observable y, por lo tanto, se encuentra presente en el sujeto, por lo que no se pone atención a su pasado. El acceso a esta experiencia se da a través de la conducta verbal y no verbal del sujeto, tomando en cuenta otras respuestas como la sensorial, perceptual o cognitiva.

En esta teoría del aprendizaje, donde el psicólogo conductista se interesa fundamentalmente por los hechos externos e intenta darse cuenta de ello; el objetivo principal reside en especificar las condiciones-estímulo que determinan la conducta, haciendo hincapié en las definiciones operacionales de conductas específicas en las que la conducta del sujeto es directamente modificada por el terapeuta a través de la manipulación de estímulos del medio.

La Psicoterapia Gestalt toma como datos la conducta que sucede en el individuo, lo que piensa, siente, hace, recuerda y percibe a través de sus sentidos, lo cual puede llegar a confundirse con el conductismo; pero la diferencia reside en que éste trabaja con

estímulos externos del individuo, mientras que la Terapia Gestalt se centra en la conducta o síntoma que se encuentra presente, trabajando directamente este material con la persona y haciendo que participe activamente para lograr un cambio.

INTEGRACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La Psicoterapia Gestalt emplea muy poca terminología de la psicopatología, pues considera que etiquetar al paciente da un falso sentido de identidad, ya que el rótulo de un diagnóstico psiquiátrico parece residir en la premisa de que existen comportamientos anormales que precisan ser categorizados en pro de un mérito moral, que define la personalidad del paciente. En términos existenciales, no se trata de negar que existen diferentes modos de ser en el mundo, sino de cuestionar el propósito clasificatorio que frecuentemente lleva a una forma inhumana y difícil de tratar estos problemas.

Dentro del contexto de esta aproximación, los llamados "desórdenes mentales" son interferencias en el proceso de formación y construcción de gestalts, lo que trae como resultado una destrucción y un desequilibrio en su integración básica. Se dice que se está enfermo de la mente, pero es la totalidad la que está perturbada. Para determinar el momento en que la persona manifiesta una perturbación de su integridad básica, se toma como base una serie de etapas progresivas llamada "ciclo de la experiencia" o "ciclo de autorregulación del organismo", que representa la evolución de las vivencias de una persona. Durante el desarrollo de este ciclo se puede establecer un sistema diagnóstico fenomenológico, para determinar en qué fase se encuentra bloqueada la persona, proporcionando información valiosa al terapeuta para iniciar su intervención. Estas interrupciones pueden encontrarse relacionadas con la psicopatología y al ser examinadas se pueden determinar los mecanismos de defensa que intervienen en ella.

CICLO DE LA EXPERIENCIA

En relación con lo anterior, Zinker (1981) vincula la satisfacción de las necesidades con el denominado "ciclo de la experiencia" o "ciclo de autorregulación del organismo". Para él, el modelo que comprende la teoría de la Terapia Gestalt es el ciclo de darse cuenta-excitación-contacto que opera de manera psicofisiológica en todas las personas. Este ciclo se desplaza desde la sensación, darse cuenta, energía, movimiento, contacto hasta la retirada y transcurre todo el tiempo en condiciones saludables, es decir, se repite una y otra vez mientras las gestalten se contemplan sin interrupción.

La sensación es la primera fase del ciclo y significa la experiencia sensorial del mundo que tiene cada persona en el aquí y ahora. Físicamente siente "algo" que aún no

puede definir, diferenciar o identificar. En la medida en que va detectando las diferentes sensaciones o cambios en su cuerpo, éstas se van convirtiendo en conciencia, y es capaz de nombrarlas y describirlas. El individuo se da cuenta o comprende a qué se debe la sensación. La experiencia previa le permite comprender qué sucede en su interior, lo que necesita su cuerpo en ese momento y qué debe hacer para sentirse mejor. De tal manera que la conciencia o darse cuenta (*awaranness*) se desarrolla espontáneamente cuando se enfoca la atención entre el organismo y su ambiente. Prestar atención significa la localización conductual de ciertas partes del organismo hacia partes relevantes del ambiente donde se establece contacto con elementos nuevos y extraños del ambiente que son incorporados al organismo.

Una vez identificada la demanda o necesidad del organismo, el individuo moviliza su energía, es decir, reúne las fuerzas o la concentración de energía que se requieren para satisfacerla. En este proceso intervienen los músculos, las piernas y los brazos; además, la respiración y el ritmo cardiaco que respaldan la actividad se hacen más intensos.

La acción es el siguiente punto del ciclo. Consiste en la movilización del cuerpo; el individuo y hace lo preciso para satisfacer su necesidad. El proceso llega a la culminación en la etapa de contacto, que significa situarse y sentir como ser viviente con el propio *self*, con su cuerpo (respiración, actitudes e incluso contracciones). A todo esto se le llama "fenómeno de centración", que quiere decir estar alerta de sí mismo, dejando ir al organismo, sin empujarlo ni frenarlo. Esta acción permite la asimilación y conocimiento; cuando la persona establece contacto inmediato entre su experiencia y su ambiente presente, se dice que está tomando conciencia. De este modo, estar consciente se tiene la experiencia de lo que está sucediendo en el momento, es decir, se aprende con los sentidos internos y externos, tal como es y ocurre en el presente; en el aquí y ahora, en donde no hay cavida para el empleo de fantasías o distractores. Al concluir esta fase, la persona logra encontrar la satisfacción y disfrutar el haber alcanzado lo que se proponía; se halla en un periodo de retirada, relajamiento, recuperación y desinterés llamado reposo o retraimiento. Esta última fase se caracteriza por haber resuelto una gestalt o necesidad.

INTERFERENCIAS EN EL PROCESO DE EXPERIENCIA

Como antes se mencionó, la interferencia en cualquiera de las etapas de este ciclo se considera un desorden orgánico en el que se presenta un bloqueo en las funciones del contacto, es decir, la pérdida del contacto consigo mismo y con el ambiente. Cuando el individuo se encuentra bloqueado en la etapa de *sensación*, no hay acceso a la *conciencia*; recurre entonces a la defensa llamada "regresión", manifestando resistencia a percibir y conocer. En estas dos fases se sitúa la resistencia llamada "proyección", con la que el individuo puede experimentar algunas sensaciones, pero no comprende qué

significan. Las señales que percibe su cuerpo le son extrañas e incluso le pueden provocar miedo.

La interrupción entre conciencia y movilización de energía se presenta en intelectuales y obsesivos compulsivos, que son capaces de comprenderse a sí mismos, pero al mismo tiempo se sienten deprimidos, con sentimientos de incapacidad para desarrollar lo que saben. La energía se encuentra bloqueada por miedo a una gran excitación o emoción, observándose con frecuencia el bloqueo a nivel fisiológico (respiración), en donde opera el mecanismo de "introyección". En este punto la meta del terapeuta consiste en enfocar o buscar, a nivel corporal, dónde está la energía interrumpida y estimular su movilización.

Durante el bloqueo entre la *movilización de energía y acción*, el individuo no logra el control de impulsos a la acción, es decir, puede movilizarse pero no aplica su energía a la actividad que le reporta lo que desea. De esta movilización crónica que no se expresa puedan resultar síntomas somáticos, tales como hiperventilación, hipertensión y tensión muscular crónica, así como impotencia sexual. En dicha interrupción se localiza la resistencia llamada "retroflexión". El trabajo aquí es ayudar al paciente a expresar la energía que pueda sentir.

Algunas personas con un bloqueo entre la fase de *acción y contacto*, son llamadas clínicamente histéricas. Ellas cuentan con sentimientos difusos, hablan mucho pero no asimilan su experiencia. No están en contacto con su trabajo ni se nutren de energía, limitando el exceso de actividad. Continuamente tienen la sensación de no estar en contacto con el ambiente, y en ocasiones experimentan superficialidad o un vacío en su vida interna. Estas funciones a veces resultan una sensación interna de no ser real. Se recomienda a estos pacientes centrar su atención, enseñándoles a actuar y a contactar con el satisfactor en el momento adecuado. Entre ambas fases se halla también la "retroflexión".

Por último, en la interrupción entre el contacto y la *retirada* la persona permite que pasen las cosas (maniaco-depresivo) cuando éstas tienen algún éxito o se encuentra en el clímax de su experiencia; se cuelgan a ella tratando de alargar el momento, llegando a negar su sensación de fatiga, pereza o adormecimiento. Son típicas las personas que manifiestan conductas de histeria y despersonalización, es decir, que no relacionan su actividad con su experiencia. En este bloqueo se halla la "deflexión". En el bloqueo del *reposo* aparece la confluencia interna, en la que no existe la diferenciación.

NEUROSIS

En el proceso del contacto y excitación no se producen gestalten fuertes y claras ni acciones expresivas, lo que trae como resultado que el desarrollo de conductas se vea detenido en etapas más tempranas, impidiendo el crecimiento y produciendo un estancamiento, que da lugar a la personalidad neurótica. Los elementos que intervienen en la formación de una personalidad integrada y de una neurótica son:

- La manera en la que el individuo soluciona el conflicto o demanda entre las necesidades sociales o biológicas.
- El encontrar el punto de equilibrio para que el organismo pueda o no ser aceptado desde el punto de vista social.
- El grado de evitación a la confrontación del conflicto, es decir, la aceptación de los valores sociales (el no cuestionarlos, criticarlos y asimilarlos es una causa de conflicto neurótico).

Así, el individuo integrado es aquel en el que este proceso sucede en forma continua, sin interrupción. Constantemente se forman nuevas figuras, que son desechadas cuando las necesidades han sido satisfechas y se reemplazan por otras, permitiendo que la conducta y la experiencia perceptual sean organizadas por las próximas necesidades, ya que éstas se encuentran en un continuo proceso de desarrollo. Sin embargo, cuando tales necesidades no son satisfechas porque ciertas circunstancias lo impiden, no hay un "cierre" y no se forma una nueva figura fuerte y coherente. Entonces se presenta el bloqueo llamado "inhibición neurótica", donde la conducta del individuo permanece inmóvil, pues en lugar de estar centrada en el presente, está dominada por el enfrentamiento constante del pasado doloroso o el atemorizante futuro (pautas neuróticas).

En las primeras fases de formación de gestalten se incluye el entrar en contacto con nosotros mismos y con los elementos del ambiente para afirmar su pertenencia. La percepción es el medio por el cual establecemos contacto con el flujo inmediato de nosotros mismos y con los sucesos que ocurren en torno nuestro.

Un desequilibrio en la formación y destrucción de gestalten puede ser producido por la percepción de situaciones que amenazan la integridad del individuo, dando una respuesta a las funciones de su seguridad. Pero si la percepción de este peligro persiste y al mismo tiempo se encuentran otras necesidades, se pone interés en ellas y se olvida la primera, como una manera de destruir la figura. Si las necesidades todavía no han sido cubiertas, la figura se forma para lograr satisfacerse, además, la amenaza continuará y el pobre control de esta represión empezará a liberar inhibiciones. Ésta es una lucha constante entre la excitación y constricción que da origen a la ansiedad.

La ansiedad es el conflicto de nuestros intentos de bloquear (inhibir) la excitación experimentada en el extremo desagradable de un plano continuo (Latner, 1978). Fisiológicamente es la contracción del pecho en oposición a la necesidad de proporcionar el oxígeno indispensable para apoyar la nueva excitación. Cuando dudamos sobre poder terminar con el flujo de energía que sentimos, tratamos de suprimirla; así, utilizamos un conjunto de formas para evadir las situaciones, defensas que nos protegen y mantienen nuestro funcionamiento; son consideradas como agresiones contra el yo. La falta de contacto y la evitación de estos eventos amenazantes forman un cúmulo de asuntos inconclusos, y el individuo queda atrapado por sus propias interferencias; empieza por arrastrar sus necesidades no expresadas, sus represiones ("la armadura de nuestra autoconquista"). La conciencia queda bloqueada, su energía disminuida y la aportación a las situaciones es insuficiente; sus nuevas gestalten son débiles e incompletas, y el conjunto de emociones; como el resentimiento, la preocupación y también la propia conducta son interrumpidas e incompletas.

Con el paso del tiempo esos asuntos inconclusos, frases no pronunciadas, sueños repetidos y urgencias sin expresar van aumentando. "Como regla empírica, nunca es lo que se hace aquello que produce la neurosis, sino lo que no hace" (Latner, 1978).

Una personalidad neurótica se caracteriza por mantener un conflicto interno de las necesidades y los introyectos que mueven a la persona. No hay una auténtica satisfacción y se presentan sentimientos de culpa, vergüenza, angustia, resentimiento, depresión y todo lo que pueda detener el desarrollo humano. Asimismo los síntomas con los que se puede identificar su presencia son los dolores de cabeza, frigidez, contracción de músculos generada por la ansiedad, entre otros. Para Perls, "la neurosis es un estado de desbalance en el individuo que surge cuando simultáneamente él y el grupo del cual forma parte experimentan necesidades diferentes y el individuo no puede decir cuál es la dominante. El grupo puede ser la familia, el grupo social, colegas y todas las combinaciones posibles de personas que tienen una relación funcional particular en un momento dado".

Por lo anterior, se puede afirmar que una neurosis se presenta cuando un individuo está en su modo caduco de actuar y es incapaz de asumir su completa identidad y responsabilidad de una conducta madura; no se encuentra en condiciones para enfrentar cualquier necesidad de sobrevivencia, incluyendo las sociales. Hace cualquier cosa para mantenerse en un estado de inmadurez, lo que impide su crecimiento Baumgardner (1982). Este desequilibrio se da a través de cinco etapas, que pueden definirse de la siguiente manera:

1. *Estrateo falso*. Se le llama también juego del "opresor y oprimido". El individuo, aquí, trata de ser lo que no es y renuncia a gran parte de sí mismo.

2. *Estrato fóbico*. En éste el individuo toma contacto con las conductas y manipulaciones, porque desea experimentar otras nuevas.

3. *Impasse*. En esta etapa el individuo se queda estático y no sabe hacia dónde dirigirse, ya que no cuenta con el apoyo ambiental y no tiene confianza de sus propios recursos.

4. *Implosivo*. Se da a través de la aflicción, la desesperación y el aburrimiento. La persona se da cuenta de las limitaciones que está obteniendo y la energía, antes inactiva, se libera en forma de impacto.

5. *Extracto explosivo*. Es la liberación de energía en forma de impacto que es necesaria para llegar a ser auténtico.

MECANISMOS DE DEFENSA

En la Psicoterapia Gestalt el contacto y la retirada son las dos formas opuestas con las que la persona se acerca a los acontecimientos psicológicos, si los percibe, los toma tal como se presentan, y su contacto y retirada le ayudan a regular sus actividades; si no es así, gastará esfuerzos en vano para identificar y satisfacer sus necesidades. Perls considera que la neurosis es sólo un sistema de maniobras que protegen a la persona de su medio amenazante, aunque ninguno de los mecanismos de defensa que utiliza soluciona la condición neurótica. Estos mecanismos de defensa, llamados así por el enfoque psicoanalítico, o "resistencias" según la Terapia Gestalt, son, entre otros, la *introyección*, la *proyección*, la *confluencia* y la *retroflexión*, las cuales se describen en seguida (Naranjo, 1991).

Introyección. Perls la compara con el acto de comer; menciona que cuando una persona come sin masticar, no digiere bien el alimento, y éste se convierte en un cuerpo extraño en su organismo que nunca llega a ser parte de ella, aunque sigue presente allí. De este modo se van acumulando más cuerpos extraños que con el paso del tiempo ya no permiten la ingestión de más alimento, ni siquiera para satisfacer sus necesidades. En analogía, una persona que "come" sin digerir es quien ha adquirido normas, valores, sentimientos y actitudes de los demás; llega a estar gobernada por los "debería" morales de las otras, sin dar oportunidad a que ella misma decida y elija sus conductas; acepta lo que le dicen y lo hace suyo.

La persona que introyecta se exige mucho a sí misma vive, como hemos dicho, de los "deberes" que los demás le han adjudicado y que no cuestiona. En Psicoterapia Gestalt se manejan estos introyectos sacando todos los "deberías" de la persona para que se

percate de ellos, los conozca y decida cuáles adoptará y cambiará por "yo quiero", que entonces podrá digerir y serán parte de su decisión de ser así.

Otra resistencia, opuesta a la introyección, es la *proyección*, que aparece cuando una persona no toma la responsabilidad de sus propias emociones, acciones, pensamientos o sensaciones y las adjudica a objetos o personas de su medio, con el propósito de apartarlas de sí mismo para no reconocerlas como suyas, pues teme enfrentarse con el mundo o consigo misma. La persona se vuelve un crítico o se preocupa demasiado por tales atributos en los demás. En terapia se sensibiliza a la persona para que vivencie la proyección, se dé cuenta de qué es lo que le pertenece y pueda, así, adquirirlo como parte suya.

La *confluencia* (confluir, juntar) utiliza como forma de ajuste la confusión del yo y el medio; la persona no toma conciencia de la diferencia entre él y los demás, y llega a presentar conductas o respuestas que él mismo desconoce más tarde. Para no correr el riesgo de ser rechazado, mantiene un yo débil que acepta todo y tiene que ser como los demás, al mismo tiempo que no puede establecer contacto con otra persona ni separarse de ella. En terapia se busca que el paciente se dé cuenta de sus semejanzas y sus diferencias con los demás (unión-separación).

La *deflexión* es el mecanismo que el individuo encuentra para evitar el contacto, ya sea con otra persona o con una situación desagradable para él. Esta forma de evasión del aquí y ahora puede llevarse a cabo iniciando una plática superficial, mencionado el pasado o el futuro, hablando de otros o distrayéndose con conductas repetitivas como, rascarse, moverse, fumar, comer, etc., con el fin de emplear la energía en otros puntos y evitar el centrarse en sí mismo. En psicoterapia, en este caso, se tiene el propósito de que la persona se percate de ese motivo de conversación e identifique para qué lo hace, qué está evitando o qué hay detrás de esa conducta.

La *retroflexión* significa "volver la hostilidad contra sí mismo" cuando se tiene la incapacidad de responder ante el mundo. La persona no dirige su rabia o afécto a la causa real que los origina, sino que dirige esta energía hacia él. Se hace a sí mismo lo que ha hecho o intentado hacer a otras personas, animales u objetos. En la terapia se debe orientar al individuo para que establezca mayor contacto consigo, con sus deseos, necesidades, pensamientos y sentimientos, dando soporte en su manera de responder ante los demás.

Dadas las características que intervienen en el proceso psicológico de una persona y que en algún momento pueden determinar un desequilibrio en ella, con la Psicoterapia Gestalt se tiene el propósito de restablecer las funciones del organismo y su personalidad, que hacen de él una totalidad. Al liberar sus potencialidades enfatizando en el contacto

del aquí y ahora con sus sentimientos y aspectos sensoriales, se logra que la persona utilice al máximo su energía, establezca contacto con su medio y tome conciencia de las resistencias que usa para bloquearse.

ELEMENTOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Este proceso terapéutico se da entre dos personas: el cliente y el terapeuta o facilitador. Es un encuentro centrado en la relación Yo - Tú, donde ambos se comprometen con sus propias responsabilidades.

Para Perls, "ser psicoterapeuta era ser uno mismo y viceversa", es decir, "no existe una división entre ser lo que era y hacer su trabajo". Ser significa estar aquí y ahora (actualidad), estar consciente (darse cuenta) y ser responsable, (Naranjo, 1991). Lo importante para él, al formar psicoterapeutas, era guiarlos a ser ellos mismo, de tal manera que su aprendizaje intrínseco fuera el suficiente para afrontar el trabajo durante la terapia. En el entrenamiento es necesario asumir actitudes como *estar consciente*, *ser responsable* y *estar en la actualidad*, que se aprenden a desarrollar por medio de sus procedimientos y que posteriormente se comunican en el trabajo.

Claudio Naranjo describe a un profesional con habilidades como aquél capaz de comprender una acción real entre otras superficiales y que, además, es capaz de detectar la actitud exacta, reforzarla, exigirla y enseñarla, pues anteriormente ya la ha conocido en sí mismo.

La psicoterapia utiliza una serie de principios y técnicas, vivencias que durante el proceso se aplican tanto en trabajo grupal como individual. (Castanedo, 1988). Antes de ser una terapia verbal o interpretativa, es una terapia vivencial (experiencial) en la que se incita al paciente a que revivencie sus problemas que son asuntos inconclusos en el presente.

Los principios de la orientación Gestalt son formulaciones verdaderas más que obligaciones y, a pesar de ser aparentemente diferentes, constituyen una actitud que representa un modo único de ser en el mundo. Se pueden resumir en tres grandes preceptos:

1. VALORACIÓN DE LO ACTUAL

Constituye un aspecto temporal (presente vs. pasado, futuro), espacial (presente vs. ausente), material (acto vs. símbolo), es decir, la comprensión de lo que estamos viviendo aquí y ahora y que somos uno con nuestras acciones concretas.

La actualidad es un valor primordial que tiene como propósito el centrarse en el ahora, pues según Perls "sólo el ahora existe, el pasado ya no está y el futuro no ha llegado todavía". El ahora dirige al individuo a la adquisición de una mayor aptitud para hacerle frente a la vida, conseguir lo que antes estaba fuera de su alcance y empezar a llenar los huecos de su existencia, por eso Perls centra toda la atención del paciente en lo que está haciendo aquí y ahora.

El precepto que nos permite comprender y permanecer en el presente es el *continuo de conciencia*; por medio de él se toma contacto pleno de la experiencia real. La terapia Gestalt sitúa en el presente del siguiente modo:

- Solicitar al paciente que atienda a todo aquello que entra dentro en su campo de conciencia actual y lo verbalice, evitando racionalizaciones.
- Como una forma de introspección en que el paciente se identifica con los hechos del pasado o del futuro. Se le pide que escenifique sus problemas, que son asuntos inconclusos en los que intervienen la expresión verbal, gestual y de postura.

En el aspecto espacial, Perls trabajó los rasgos opuestos (ausente) por medio de un encuentro donde el individuo debe entrar en contacto con ellos, y tiene que reconocer que estas fuerzas opuestas son él mismo, su propio potencial. Perls emplea la comunicación entre entidades o procesos intrapsíquicos. El diálogo se experimenta tomando cada una de las partes de la persona entre cualquier contenido mental específico, como una fantasía, una necesidad apremiante o un sentimiento. Puede llevarse a cabo entre una persona que es significativa para el paciente y que está *ausente*, o bien entre diferentes partes de su cuerpo. Frecuentemente comienza como un análisis semántico de palabras o frases tales como "*porque, debido...*", "*sí, pero...*", "*yo no puedo...*", "*voy ha intentarlo...*", "*voy ha tratar de...*", y se facilita utilizando la técnica de la silla vacía. La naturaleza del encuentro es la relación "yo-tú", una relación en que ninguna de las partes está hablando "*acerca de*", de "*ti*" o de "*mi*", el que habla dirige su propia actividad hacia el otro.

En el contexto de la terapia Gestalt la práctica de la atención al presente se asemeja a la meditación verbalizada como un acto de autoconfesión, en donde la expresión es un medio que facilita la toma de conciencia e implica comunicar "objetivamente" lo que se está observando en el presente; es preciso tener claridad en la percepción. La

verbalización se da en un marco interpersonal, ya que si se practica de manera individual no se podrán encontrar los contenidos en su propio campo de conciencia, debido a que las perturbaciones (psicopatológicas) se producen básicamente en las pautas de relación interpersonal y en la autoimagen.

2. VALORACIÓN DE LA CONCIENCIA Y ACEPTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Es el *percatarse* en cierto nivel, puesto que el paciente sabe qué está haciendo o vivenciando, a pesar de lo mucho que se engaña fingiendo que no lo hace.

El "darse cuenta" es la capacidad de estar en cada instante consigo mismo, en todos los niveles (fantasía, físico o verbal). Tal enfoque vivencial exige al paciente que se experimente a sí mismo lo más plenamente posible, dirija su atención de lo que está haciendo en el aquí y ahora y se percate de sus gestos, su respiración, sus pensamientos, etc. Así, mientras más se dé cuenta de la manera en que evita "ser" o cómo se interrumpe, empezará a vivenciar esto que ha interrumpido de tal manera que aprenderá acerca de lo que es él.

Al respecto, Perls afirma que la frase central que se le pide al paciente para iniciar en terapia y que debe mantener en el transcurso de ésta (tanto en palabras como en espíritu) es "*ahora me doy cuenta...*". El *ahora* manifiesta y hace énfasis en el presente, su uso constante facilita que el paciente pueda asimilar un recuerdo y corregir un desequilibrio orgánico. En tanto que el "me doy cuenta" da un sentido de las propias capacidades y habilidades, así como de su campo sensorio e intelectual. Esta frase trabaja con lo que el paciente tiene, la experiencia analizada únicamente por la mente y las palabras; brinda una mejor perspectiva de sus recursos actuales, por lo que el darse cuenta siempre transcurre en el presente.

Desde el punto de vista de la Terapia Gestalt, el presente es el primordial centro de atención, el cual es inseparable de la valoración que hace de la conciencia. La toma de conciencia es una experiencia inmediata que tiene lugar en el mismo instante en el que se da un intercambio del organismo con su ambiente presente; y aun cuando se incluyen los pensamientos y sentimientos, se basa en los preceptos de situaciones actuales. Ahora bien, no sólo tomamos conciencia de nosotros, sino también del exterior al percibir lo que está fuera de nuestra piel, empleando nuestros sentidos y percibiendo lo que es observable.

Para este enfoque el trabajo en el presente, en el aquí y el ahora tiene como objetivo producir conductas observables e invita a la persona a que haga sobre lo que piensa, guiándola con las preguntas *¿Qué...?* y *¿Para qué...?*

Las preguntas *¿Qué hace usted?*, *¿Qué siente?*, *¿De qué se esta dando cuenta en este momento?* permiten que el individuo centre su atención en el *self* que puede ser reportada en forma verbal en el mismo momento en que vive este proceso interno (presente); antes de que pueda modificar su conducta, toma contacto con las sensaciones y sentimientos que la acompañan.

En cuanto al material que está reprimido, en Psicoterapia Gestalt, no importa el contenido, sino el proceso mismo de reprimir, es decir, la manera como reprime la persona y no por qué lo hace. Se sustituye la pregunta *¿Por qué...?* por la de *¿Cómo...?*, Cuando el facilitador trata de indagar el modo en que el paciente asimila las experiencias y al facilitar en él la comprensión de sí mismo. Para Perls el *¿por qué...?* sólo representa una explicación infantil que no lleva a la comprensión y se emplea para dar respuesta a la causa de una explicación racionalizada del asunto; aunque esta pregunta se puede llevar a cabo cuando se relacione con el significado de *¿Con qué finalidad...?*.

El terapeuta hace uso activo de sus sentidos, separa sus interferencias y enfatiza la observación de lo obvio. De lo que el paciente comunica con su lenguaje corporal, verbal, etc., al mirar, sonreír o escuchar, que son conductas obvias que a menudo tienen más significado que los saludos ritualísticos verbales. Cuando el paciente muestra incongruencia, por ejemplo entre el tono de voz empleado y la postura corporal que mantiene, presta atención sólo a un aspecto de su comunicación, entoces el facilitador centra su atención haciéndole ver cómo vive su proceso y enfatizando en la experiencia, ya que al experimentar una parte del conflicto, el paciente inevitablemente emitirá el lenguaje corporal, la verdadera señal.

En el proceso terapéutico, la auto-observación es un medio que lleva al paciente al momento presente cuando éste se ha distraído, tratando de evitar el "darse cuenta". Ello se logra dirigiendo la atención a los aspectos de la conducta que parecen formar parte de sus respuestas automáticas o que chocan con sus acciones intencionales. El simple hecho de servir de "espejo" (reflejar), es decir, reiterar afirmaciones puramente verbales puede ser útil para convertir en foco de atención su relación consigo mismo y sus acciones en general.

En la medida en que la conciencia se hace más accesible, va dejando al individuo en libertad de olvidar tal comportamiento, usando como apoyo otra conducta espontánea y genuina.

3. VALORACIÓN DE LA INTEGRIDAD O RESPONSABILIDAD

Es la capacidad que tiene un individuo para comprometerse con sus acciones, sentimientos, pensamientos, identificarlas y aceptarlas como suyas. Perls hace la diferencia entre responsabilidad y obligación, y señala que suele confundirse el significado de responsabilidad como la "obligación a algo", aunque cada persona es responsable únicamente cuando es consciente de sí misma. El no ser responsable lleva a la persona a asumir roles fingidos con el objeto de manipular su ambiente, negándose a pararse sobre sus propios pies y conseguir apoyo, en lugar de movilizar el propio potencial.

Una forma de no asumir la responsabilidad es utilizar un lenguaje impersonal en las acciones y sentimientos; se sugiere al paciente cambiar este lenguaje, que hable en primera persona del tiempo presente, primero en silencio y posteriormente en voz alta, para que perciba la diferencia entre los dos tipos de lenguaje. El "yo" se utiliza como antídoto del "it" y desarrolla el sentido de responsabilidad que tiene el paciente sobre sus propios sentimientos, pensamientos y síntomas.

Además de los principios antes revisados, en terapia se usan otras técnicas, las cuales se clasifican en supresivas, expresivas e integrativas. Son una serie de acciones en las que se involucra tanto el paciente como el terapeuta en un estado espiritual del que el terapeuta tiene cierto dominio. El conocimiento de qué hacer y cómo actuar se deriva de un entendimiento global, es decir, sólo son un medio conveniente para la expresión y transmisión de su entendimiento. Estas técnicas pueden ser conductas verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e interpersonales, dirigidas hacia adentro o hacia afuera, simbólicas y no simbólicas. Naranjo (1991) las describe de la siguiente manera:

TÉCNICAS SUPRESIVAS

Éstas tienen como principal objetivo detener la "evitación al contacto" que presentan los pacientes al expresar sus pensamientos, sensaciones y emociones; al evitar el "aquí y ahora" utilizan recuerdos, fantasías y anticipaciones. Con estas técnicas el terapeuta facilita en el paciente lo que realmente está vivenciando, centrándolo en el presente y confrontándolo para que así acepte su realidad y deje de ser lo que no es. Generalmente, al suprimir las evitaciones del contacto con el ahora, el paciente es conducido a una experiencia llamada "la nada", que constituye un limbo donde los juegos superficiales de la personalidad (mecanismo de evitación) y el autopercatarse no se encuentran, sólo forma un puente entre la evitación y el contacto. En esta "nada" o "vacío" se hacen juicios de sí mismos y se dictamina que "no es suficiente", pues surgen las comparaciones de todas las

experiencias de la persona con la realidad. De esta manera la "nada" se convierte en una pantalla en la que se pueden ver todas las "figuras" en el "fondo". Una vez que se acepta esta condición de "nada", surge la persona auténtica y espontánea.

En la psicoterapia se aplican peticiones de manera individual o en grupo al trabajar contra los mecanismos de evitación, que son principalmente: el "*acercadeísmo*", el "*debeísmo*", la "*manipulación*" y la "*anticipación*".

ACERCADEÍSMO

Cuando una persona busca explicaciones o causas, interpreta o emplea clichés en su conversación; se encuentra racionalizando, es decir, aparta su conciencia de lo que realmente está sintiendo en ese momento. De este modo el *acercadeísmo* se convierte en un mecanismo expreso para no sentir la experiencia, que puede ser desagradable o amenazante.

Las diferentes técnicas que suprimen estos intentos de evasión invitan al paciente para que se percate de lo que siente y viva su experiencia. Son un medio para hacer visible lo que de otra manera hubiera permanecido desapercibido, aunque también estas invitaciones constituyen un medio valioso para que el terapeuta se dé cuenta de que el paciente pasa por un momento clave en su experiencia que no desea expresar; sin embargo, esto necesita hacerse consciente.

DEBEÍSMO

Si una persona cree que no logra cubrir los patrones establecidos en el exterior y en la realidad, surge en ella un sentimiento de frustración de sus expectativas y, en consecuencia, presta más atención a lo que *le falta* que a lo que *tiene*. Si es muy rigurosa en su autoevaluación, aparecen también sentimientos de angustia, culpa y vergüenza, que no son vivencias directas, sino el resultado de comparaciones creadas por la mente y que se interponen entre el mundo y lo que realmente se siente, como el deseo de manipular el medio para lograr el ideal que no se puede alcanzar. Es necesario que la persona deje a un lado su postura enjuiciadora de *autotortura* o *automejoramiento*, para que pueda descubrir los verdaderos sentimientos que su propio mecanismo de aceptación-rechazo está cubriendo. Cuando esto ocurra, terminará el *juego de las comparaciones* y sólo se es lo que realmente se es.

En terapia se debe vivir en el presente para poder lograr vivenciar, tomar conciencia de lo que ocurre dentro y fuera de la persona y encontrar su propia identidad,

dejando a un lado su sentido de *debería...* que obstaculiza la experiencia. El *yo debo...* se cambia por el *yo quiero...*, para que la misma persona permita fluir sus vivencias, su verdadera forma de ser y deje de empujarse a sí misma.

MANIPULACIÓN

Cuando una persona tropieza con algo desagradable interrumpe el contacto con sus emociones y sentimientos y opta por recurrir a una posición de apoyo, o bien se retira por completo; posiblemente represente el papel de *pobre de mí*, haga juegos, se vuelva melodramático, listo, insultante, deprimido; también recurrirá a toda clase de artimañas para evitar el encuentro con lo desagradable y lograr que el medio responda como ella quiere, o para adjudicar la responsabilidad de sus propias acciones a otras personas. Así manipula al medio o a sí misma, todo con la finalidad de satisfacer estándares extrínsecos (que pueden ser ya sea internalizados como el *yo debería...*) o no. En terapia es necesario que el paciente tome conciencia de lo que está haciendo, de la forma en que evita lo que para él es desagradable y tome la responsabilidad de sus acciones. La responsabilidad es la manera de responder ante los acontecimientos y la medida en que identificamos y llamamos *yo* a la función automanipuladora en *nosotros*.

ANTICIPACIONES O FANTASÍAS

Uno de los objetivos de la Terapia Gestalt es que el paciente sea capaz de vivir en el presente, que ninguna evocación del pasado o fantasía del futuro obstaculice su toma de conciencia, ya que el recuerdo o la anticipación es una manera de evitar el contacto con el sí mismo. Si el paciente tiene la conciencia ocupada en *juegos* y evasiones, el terapeuta debe confrontarlo, invitarlo a que tome partido de éstas. Perls consideró que una persona jamás supera algo resistiéndolo, sólo lo consigue si entra profundamente en ello, así lo asimilará y desaparecerá.

TÉCNICAS EXPRESIVAS

Con las técnicas *iniciación de la acción*, *terminando la expresión* y el *ser directo* se invita al paciente a que se arriesgue a romper sus miedos, aprendiendo a ser él mismo, traduciendo sus sentimientos y autocomprensión en acciones, formas o palabras, mediante la expresión de lo que hasta ese momento no ha expresado, ya sea completando la acción o siendo directo.

INICIACIÓN DE LA ACCIÓN

Una persona suprime su expresión cuando se encuentra ante algo que para ella es desagradable o fóbico; evita el verdadero contacto y su conducta no es fluida. Con la técnica de la *iniciación de la acción* se le exhorta a expresar lo que no ha expresado, a través de dos formas de aplicación: una universal, que es *maximizar la expresión*, y otra individual, que son *prescripciones* basadas en un diagnóstico personal.

a) MAXIMIZACIÓN DE LA ACCIÓN

El objetivo de esta técnica es hacer que la persona se percate de la conducta que está presentando en un momento determinado y la *exagere* para que tome partido de sus evitaciones. De este modo el terapeuta invita al paciente no a que sea auténtico, sino a que exagere su falsedad, o siga fantaseando y se percate por sí mismo de lo que está evadiendo.

Suministrar situaciones no estructuradas conduce también a la maximización. En la medida en que el paciente se encuentre en una situación nueva y desorganizada, se verá confrontado con sus propias acciones, pues al no establecer reglas de interacción o no esperar conductas de él, deberá determinarlas y ser responsable de sus acciones. Así, el terapeuta le facilita el percatarse de que está decidiendo por sí mismo al optar entre sus deseos, impulsos e inclinaciones.

b) PRESCRIPCIONES INDIVIDUALES

Durante el proceso de terapia, el terapeuta reconoce los aspectos particulares que caracterizan a cada uno de sus pacientes, lo cual sirve de base para ayudarlos a expresar los aspectos que están suprimiendo y a responsabilizarse de ellos. Con este fin los relaciona con hacer algo que han evitado, por medio de prescripciones particulares, que resultan más efectivas cuando se relacionan con acciones que con afirmaciones. Se pueden considerar como una manera de suscitar en el paciente la expresión de lo que ha pospuesto, desviado o suprimido y que también es parte de su personalidad, pero que aún no ha desarrollado.

Si la persona ha reprimido su expresión, se presenta en ella una sensación de estar incompleta, y vive más con su pasado o con sus fantasías. El terapeuta, puede elaborar esta situación invitándolo a que lleve a cabo lo que ha evitado o postergado, terminando en la fantasía lo que está incompleto y expresando el resentimiento o el aprecio que en su momento no se manifestó.

COMPLETAR LA EXPRESIÓN

Es necesario que la persona se percate y reconozca los momentos y los elementos de su verdadera expresión, para eso es muy importante que el terapeuta facilite el desarrollo de dicha expresión intensificando la autoexpresión de la persona, para que ella misma aclare su percepción. Para intensificar la acción, se llevan a cabo los siguientes procedimientos:

REPETICIÓN SIMPLE

Reflejar o *ser espejo* de la acción del paciente se puede ver como algo más que una acción del terapeuta, pues tiene como finalidad intensificar el darse cuenta en la persona ante una determinada conducta o afirmación. Puede tener como resultado que ésta vea algo de manera más comprometida, algo que pudiera ser contrario a lo que es ella misma o que estaba minimizando o cubriendo bajo una máscara y a lo que no le daba su verdadera importancia.

EXAGERACIÓN Y DESARROLLO

Es el procedimiento que generalmente aparece de manera espontánea en terapia y se refiere al momento en que se le pide a la persona que diga o haga algo repetidas veces para que se percate de cosas nuevas en su acción, o haga obvio aquello que permanecía oculto. Se utiliza la instrucción *desarrolla eso* que es un modo de inducir al paciente a que explore su movimiento, gestos, postura, sonido vocal o imagen visual.

EXPLICITACIÓN Y TRADUCCIÓN

Consiste en pedir al paciente que haga evidente lo que sólo era sobreentendido, pues, al hacerlo, traduce en palabras un trozo de expresión no verbal. Puede ser un gesto, un síntoma físico, una imagen visual o una emoción, que se hacen explícitos mediante una afirmación del terapeuta, como: "Ponle palabras a tu ...", "Si tu... pudiera hablar, ¿qué diría?", "Dale voz a tu...", etcétera.

Para explicitar primero es necesario vivenciar el contenido-sentimiento de la acción y después traducirlo en palabras. Así, el paciente tendrá que percibir el acontecimiento desde "afuera", como un observador externo, con lo que logrará percatarse del verdadero significado de sus acciones y descubrir lo que posiblemente estaba cubierto por una proyección.

IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN

La actuación puede ser considerada como un proceso de traducción, ya que es una expresión motora de una idea, sentimiento o imagen que también se puede emplear para completar e implementar la acción. La actuación involucra un proceso de identificación con la parte que se actúa o reconoce; se dan instrucciones como: "sé tu mano", "sé él", "sé tu voz", etcétera.

El terapeuta puede pedir al paciente que actúe sus recuerdos, expectativas, sueños, anticipaciones del futuro, las representaciones del pasado o de las diferentes partes de la personalidad que están en conflicto, es decir, algo que frecuentemente está en su fantasía. De esta manera podrá descubrir que se está aferrando a ese recuerdo o fantasía porque se encuentra incompleto.

EL SER DIRECTO

La autoexpresión puede ser entorpecida por diversas acciones, como dar rodeos, la vaguedad o la autodescalificación, que, en realidad, son los intentos de la persona por no tomar partido o asumir la responsabilidad de lo que es y hace. Utiliza la palabra "pero" para mantenerse en ambigüedad y no vivenciar plenamente. En este caso, el terapeuta la invita a no emplear más esta palabra y a cambiarla por "y" en todas sus frases, para que adquieran el verdadero significado que le quiere dar.

Otras de las palabras a las que se recurre para evitar la responsabilidad de lo que se dice o hace son: "ello", "uno", "nosotros" o "ellos", las cuales esconden la falta de disposición de la persona para hacerse responsable e involucrar a otros o mantenerse al margen. Además de invitar a que se cambien estos términos, el terapeuta exhorta al paciente a que hable en primera persona y de manera directa, para que se percate de lo que evita y asuma una actitud más responsable desde el momento de expresarse.

TÉCNICAS INTEGRATIVAS

Aunque toda técnica expresiva es una técnica de integración porque al expresar significa traer a la conciencia lo que estaba disociado, en Psicoterapia Gestalt se utilizan técnicas más específicas que promueven una integración de la personalidad. Estas son:

ENCUENTRO INTRAPERSONAL

Se refiere a la proposición que hace el terapeuta al paciente para que ponga en contacto los sub-sí mismos de su personalidad que se hallan en conflicto. De modo que se mantiene al paciente en un diálogo interno cuando se identifica con sus partes, que dialogan de manera alternada. El objetivo de este encuentro interpersonal (“silla caliente”) es que, al dialogar, las dos o más partes disociadas de la persona puedan al fin relacionarse e integrarse.

Para poder trabajar en un encuentro interpersonal es necesario que éste no sea prematuro, es decir, que la persona no haya estado anteriormente o se haya percatado de las características que van a trabajarse; asimismo, es importante que el diálogo no se convierta en una discusión intelectualizada, sino que se mantenga un buen contacto con las emociones y sentimientos.

ASIMILACIÓN DE PROYECCIONES

Las proyecciones tienen una parte de ilusión y otra de realidad; son ilusión al asignarlas a otras personas, y son realidad porque pertenecen a imágenes de la vida interior, del sí mismo. En la medida en que la persona no acepta algunos rasgos de su personalidad, distorsiona la realidad asignando al exterior el atributo que no acepta de sí misma. En terapia se trata de que la persona asimile eso que no ha aceptado de sí misma, reconociéndolo como parte su propia experiencia, que podrá lograr a través de la actuación de dichas proyecciones o utilizando el diálogo interpersonal.

Al integrar las diferentes partes de su personalidad que se mantenían en conflicto la persona puede cerrar o completar las gestalten inconclusas, mediante la asimilación o “masticación psicológica”, dando pie a la aparición de otras gestalten que se encuentran abiertas y que constituyen el desarrollo del proceso psicológico.

IV MÉTODO

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aún cuando se ha determinado que los factores psicológicos que presentan los padres ante la enfermedad crónica de su hijo son similares a los que presenta el niño mismo, se puede apreciar que se le da sólo importancia a la atención médica y psicológica que el paciente recibe.

Los factores psicológicos que inciden con mayor frecuencia en los padres, ante la pérdida de la salud de su hijo son: la ira, el miedo, la culpa, la impotencia, los sentimientos de soledad, la inseguridad y el aislamiento social, además de la elevada ansiedad que llega a desarrollarse en esta situación y que puede afectar gradualmente la estructura y dinámica familiar. Por tales motivos, se cree conveniente disminuir el grado de ansiedad presente en los padres, con un programa de Orientación Gestalt, para que puedan generar recursos psicológicos y afrontar la enfermedad de su hijo de la mejor manera posible, pues se ha observado que muchos de los padres al considerar que su hijo enfermo demanda una atención constante, descuidan a los demás miembros de la familia que pueden llegar a desarrollar una serie de conflictos emocionales.

La importancia social de la presente investigación se centra en el hecho de que el referido programa para disminuir la ansiedad, pretende ser preventivo de una serie de conflictos psicológicos individuales, familiares y sociales que puedan presentar aquellos padres que no llegan a aceptar favorablemente la enfermedad de su hijo.

Se utilizará el enfoque Gestalt porque permite vivenciar las emociones, pensamientos y sensaciones en el tiempo presente, empleando técnicas que le ayudan a sensibilizar, experimentar y aceptar sus sentimientos, siendo la pregunta de investigación la siguiente: ¿cómo influye un programa con Orientación Gestalt en el nivel de ansiedad de los padres de niños que padecen una enfermedad crónica que requiere de un control y supervisión riguroso?

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de ansiedad en los padres evaluado a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa con Orientación Gestalt para disminuir la ansiedad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

ANSIEDAD. Es una reacción emocional que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, temor, preocupación y una serie de cambios fisiológicos y conductuales que se presentan ante estímulos tanto externos como internos, los cuales son considerados como peligrosos o amenazantes.

ANSIEDAD RASGO. Son las características individuales de personalidad de cada ser humano que lo predisponen a responder con una elevada ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes y que originan elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado. Este estado emocional es persistente y característico de las personas que habitualmente se sienten nerviosas o ansiosas (Spielberger, 1980).

ANSIEDAD ESTADO. Es la condición o estado emocional transitorio de una persona que representa un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Se refiere a períodos temporales o finitos de tensión y molestias subjetivas que aparecen con un conjunto de circunstancias consideradas amenazantes o peligrosas (Spielberger, 1980).

VARIABLE INDEPENDIENTE

PROGRAMA CON ORIENTACIÓN GESTALT PARA DISMINUIR ANSIEDAD EN PADRES. Es la presentación de un serie de intervenciones directas, entre el psicólogo y el padre o tutor, que mediante diferentes ejercicios de sensibilización pretende facilitar la expresión de las proyecciones del padre o tutor con el fin de experimentar, reportar y percatarse de sus sentimientos, sensaciones y pensamientos presentes sobre la enfermedad de su hijo, para disminuir su carga emocional y el estado de ansiedad concomitante.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

ANSIEDAD. Se manifiesta por un constante movimiento del cuerpo (como son los pies, piernas o frotamiento de las manos), por un tono de voz algunas veces elevado y otras bajo, sudoración intensa en manos, cara, cuello y axilas. El pensamiento e ideas acerca de la enfermedad o muerte son confusas y se mantiene una percepción constante de que se está en peligro o que se implica una pérdida personal.

ANSIEDAD RASGO. Son todas las manifestaciones que son evaluadas por el IDARE en su escala correspondiente:

ANSIEDAD ESTADO. Son todas las manifestaciones que son evaluadas por el IDARE en su escala correspondiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE

PROGRAMA CON ORIENTACIÓN GESTALT PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD EN PADRES. Consiste en una serie de ejercicios específicos que mantienen un ritmo y constancia determinados, los cuales son asignados por el facilitador (psicólogo) a un grupo de padres con niños que presentan Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente (DMID). Esto con la finalidad de sensibilizarlos para que expresen y proyecten lo que sienten en ese mismo momento y adquieran por sí mismos nuevas opciones para que puedan afrontar su situación de la mejor manera, disminuyendo así sus temores y ansiedad

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los padres que reciban un programa con Orientación Gestalt disminuirán significativamente su nivel de ansiedad para afrontar la enfermedad de su hijo favorablemente.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H1, Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *antes* del programa, entre los grupos control y experimental.

*Ho*₁ No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *antes* del programa, entre los grupos control y experimental.

*H1*₂ Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *después* del programa, entre los grupos control y experimental.

*Ho*₂ No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *después* del programa, entre los grupos control y experimental.

*H1*₃ Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *antes y después* del programa, en el grupo control.

*Ho*₃ No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *antes y después* del programa, en el grupo control.

*H1*₄ Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *antes y después* del programa, en el grupo experimental.

*Ho*₄ No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado, *antes y después* del programa, en el grupo experimental.

POBLACIÓN

Se consideró a los padres, madres o tutores que asisten a las clínicas de diabetes del Departamento de Endocrinología, en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", ubicado en Dr. Márquez número 162, Col. Doctores, México D.F.

TÉCNICA DE MUESTREO

La técnica de muestreo empleada en esta investigación fue no probabilística: intencional y por cuota (Padua, 1981).

MUESTRA

En primer lugar se seleccionaron 19 padres o tutores responsables del tratamiento y control de niños que presentan DMID. En dichos padres se consideraron los siguientes criterios de inclusión: *escolaridad mínima de primaria completa*, ya que, dadas las características del instrumento y direcciones terapéuticas del programa utilizado, fue necesario que éstos

supieran leer, escribir y que mantuvieran un nivel adecuado de comprensión de lectura; y que tuvieran la *necesidad de solicitar apoyo psicológico*.

TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio de dos grupos independientes con una medida pre y post para la valoración de la ansiedad; es *cuasi-experimental* debido a que los sujetos no se asignaron aleatoriamente al tratamiento y no se tuvo un control riguroso de validez externa. Este tipo de estudios, generalmente, tienen una validez interna más baja que los estudios que emplean diseños experimentales (Zinser, 1992).

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado es el llamado *Diseño pre - post, con grupos independientes*, ya que las personas que conformaron los grupos control y experimental no guardan una rigurosa homogeneidad entre ellos, por el contrario, mantienen algunas características que los diferencian entre sí; y se puede establecer una comparación entre una medida sujeta a la influencia de un tratamiento y otra comparable que no lo estaba (Zinser, 1992).

ESCENARIO

Se llevó a cabo en la sala de usos múltiples del Departamento de Psiquiatría del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), que es un instrumento desarrollado por Spielberger en 1960. Consta de 40 reactivos que miden tanto la ansiedad-rasgo como la ansiedad-estado. Esta escala se divide en dos partes: la primera evalúa con 20 reactivos el nivel de ansiedad como disposición latente característica de la personalidad, y la segunda parte, también con 20 reactivos, mide el nivel de ansiedad transitorio en una persona.

El inventario fue diseñado para ser autoadministrable. También puede ser aplicado individual o colectivamente. No tiene límite de tiempo y las dos partes se contestan en un lapso aproximado de 15 a 20 minutos.

Para contestar esta prueba existen cuatro categorías para cada escala:

ESCALA ANSIEDAD-ESTADO

- 1) No en lo absoluto
- 2) Un poco
- 3) Bastante
- 4) Mucho

ESCALA ANSIEDAD-RASGO

- 1) Casi nunca
- 2) Algunas veces
- 3) Frecuentemente
- 4) Casi siempre

En la calificación del inventario es necesario convertir el número asignado a cada reactivo por el número de la clave de calificación correspondiente a cada categoría, tanto rasgo como estado.

Las instrucciones para contestar esta prueba son las siguientes:

-Para la escala Ansiedad-Estado:

“Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este mismo momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.”

-Para la escala Ansiedad-Rasgo:

“Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se *siente generalmente*.”

PROCEDIMIENTO

El tratamiento que recibió el grupo control, conformado por 12 personas, fue el siguiente: se aplicó una preevaluación con el test IDARE valorando el nivel de ansiedad presente en cada una de ellas. También, se les pidieron sus datos personales para poder localizarlos posteriormente. Transcurridos seis meses, se volvió a evaluar su nivel de ansiedad con el mismo instrumento y sin haber intervenido psicológicamente entre la primera y segunda evaluación. Estas mediciones se llevaron a cabo de manera individual y grupal, lo cual dependió de su asistencia a las clínicas de diabetes en el hospital.

Al grupo experimental, formado por 7 personas, se le evaluó con el mismo test. Se determinó el horario y el día de las sesiones de tratamiento. Cada una tuvo una duración de dos horas y se llevó a cabo una vez por semana, siendo un total de 23 sesiones para aplicar el programa.

Dicho programa estuvo compuesto por una serie de ejercicios de sensibilización (se puede ver el desarrollo de las sesiones en el anexo 1), que permitieron a los padres expresar y proyectar lo que pensaron y sintieron en ese momento. Después de cada ejercicio se realizó el procesamiento de lo que experimentaron en él y al concluir el programa, se evaluó nuevamente el nivel de ansiedad con el mismo instrumento.

V ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS Y RESULTADOS

Los datos recabados con los instrumentos fueron analizados con el programa estadístico por computadora llamado *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)*.

Para determinar las diferencias de los niveles de ansiedad en los grupos, se eligieron dos pruebas no paramétricas, ya que se trata de variables medidas en escalas ordinales o de rangos, éstas son:

La U de Mann Whitney. Se emplea para comparar dos grupos independientes, como el control y el experimental (análisis intergrupar), determinando si mantienen diferencias entre sí y las mismas características a evaluar.

La prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon. Se utiliza en análisis intragrupos, es decir, para determinar las diferencias entre los mismos sujetos, expuestos a dos condiciones (preevaluación y postevaluación).

Se tomó un nivel de significancia menor o igual a 0.05 para probar las hipótesis.

Al realizar la comparación de los grupos control y experimental en la preevaluación, la *ansiedad rasgo* obtuvo un valor Z de -0.3390 , a partir de la *U de Mann Whitney*, con un nivel de significancia de 0.7346 , con el que se acepta la H_{01} , donde no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, en los niveles de ansiedad, *antes* del programa (gráfica 1, preevaluación). Por otro lado, la *ansiedad estado* presentó un valor Z de -1.4816 , con un nivel de significancia de 0.1384 , aceptando así la H_{01} ; es decir, no existen diferencias significativas en los niveles de *ansiedad rasgo* y *estado* entre los grupos control y experimental antes del programa.

En cuanto a la postevaluación, la *ansiedad rasgo* presentó un valor Z de -0.9749 , obteniendo un nivel de significancia de 0.3296 , con el que se acepta la H_{02} ; lo que indica que después del tratamiento no se encontraron diferencias significativas en los niveles de *ansiedad rasgo* de los dos grupos; mientras que la *ansiedad estado* mantiene un valor Z de -2.9183 , y con un nivel de significancia de 0.0035 , rechazando así la H_{02} , es decir, el nivel de *ansiedad estado* disminuyó significativamente en el grupo experimental, demostrando que el tratamiento influyó efectivamente (gráfica 2, postevaluación).

Al comparar los resultados de los niveles de ansiedad, de la pre y postevaluaciones, en el *grupo control* la *ansiedad rasgo* obtuvo un valor Z de -0.8237 , con la prueba de *Wilcoxon*, con un nivel de significancia de 0.4101 (gráfica 1). La *ansiedad estado* presenta un valor Z de -0.1177 y un nivel de significancia de 0.9063 , lo que indica que se acepta

H_{0_3} , es decir, en ambas evaluaciones no se presentaron diferencias en los niveles de ansiedad (gráfica 2).

En el grupo experimental la ansiedad rasgo presentó un valor Z de -1.5213, con un nivel de significancia de 0.1282 (gráfica 1), con la que se acepta H_{0_4} , es decir, no existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad antes y después del programa. En cuanto a la ansiedad estado, el valor de Z fue de -2.0284, con un nivel de significancia de 0.0425, con el que se rechaza H_{0_4} , lo que indica que existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad antes y después de la aplicación del programa (gráfica 2).

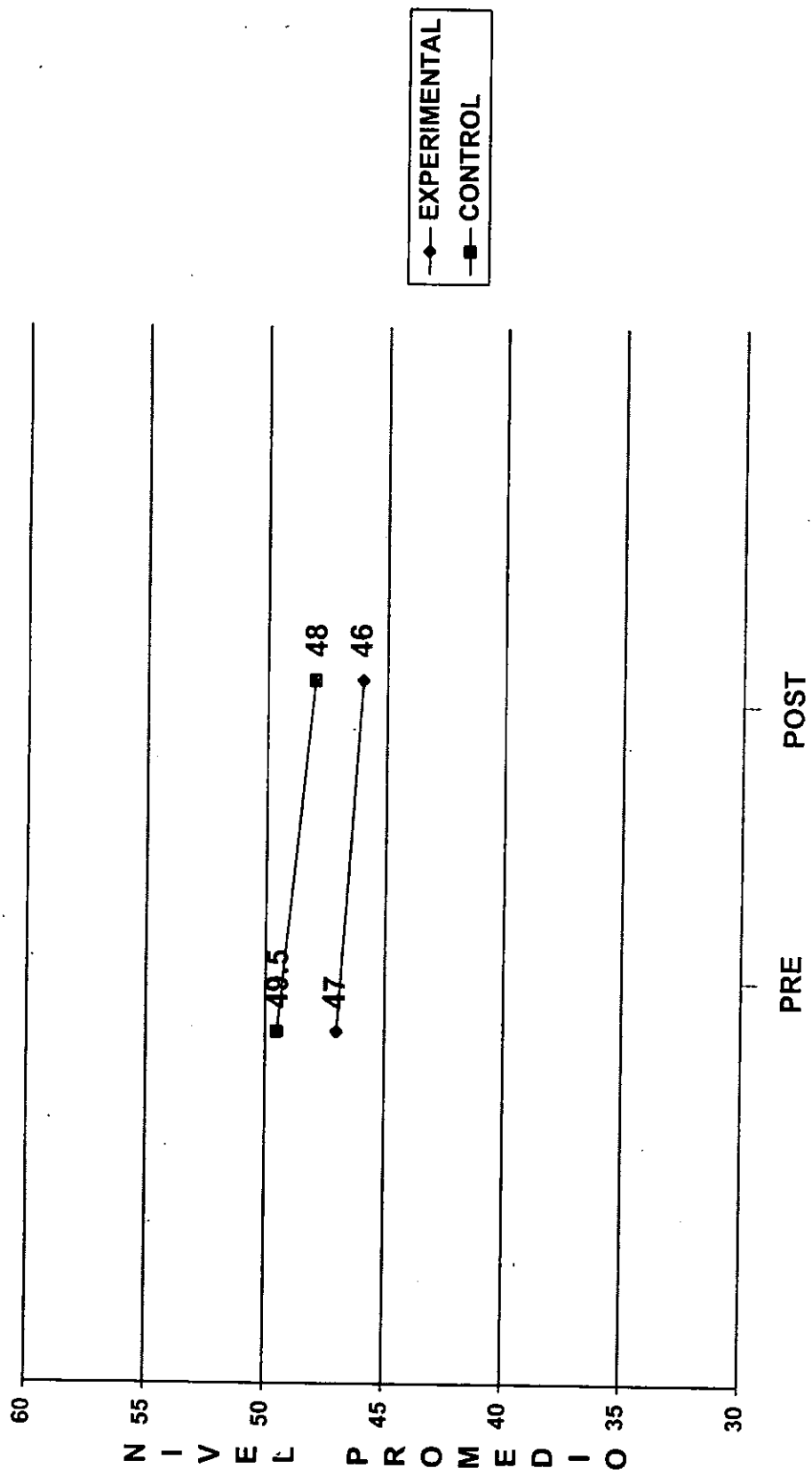
Con el análisis estadístico se obtuvieron los puntajes promedio del nivel de ansiedad, tanto de la preevaluación como de la postevaluación en ambos grupos (control y experimental) los cuales se muestran a continuación.

NIVEL PROMEDIO DE ANSIEDAD

GRUPO	PREEVALUACIÓN		POSTEVALUACIÓN	
	ESTADO	RASGO	ESTADO	RASGO
CONTROL	46.5	49.5	47.5	48
EXPERIMENTAL	39	47	30	46

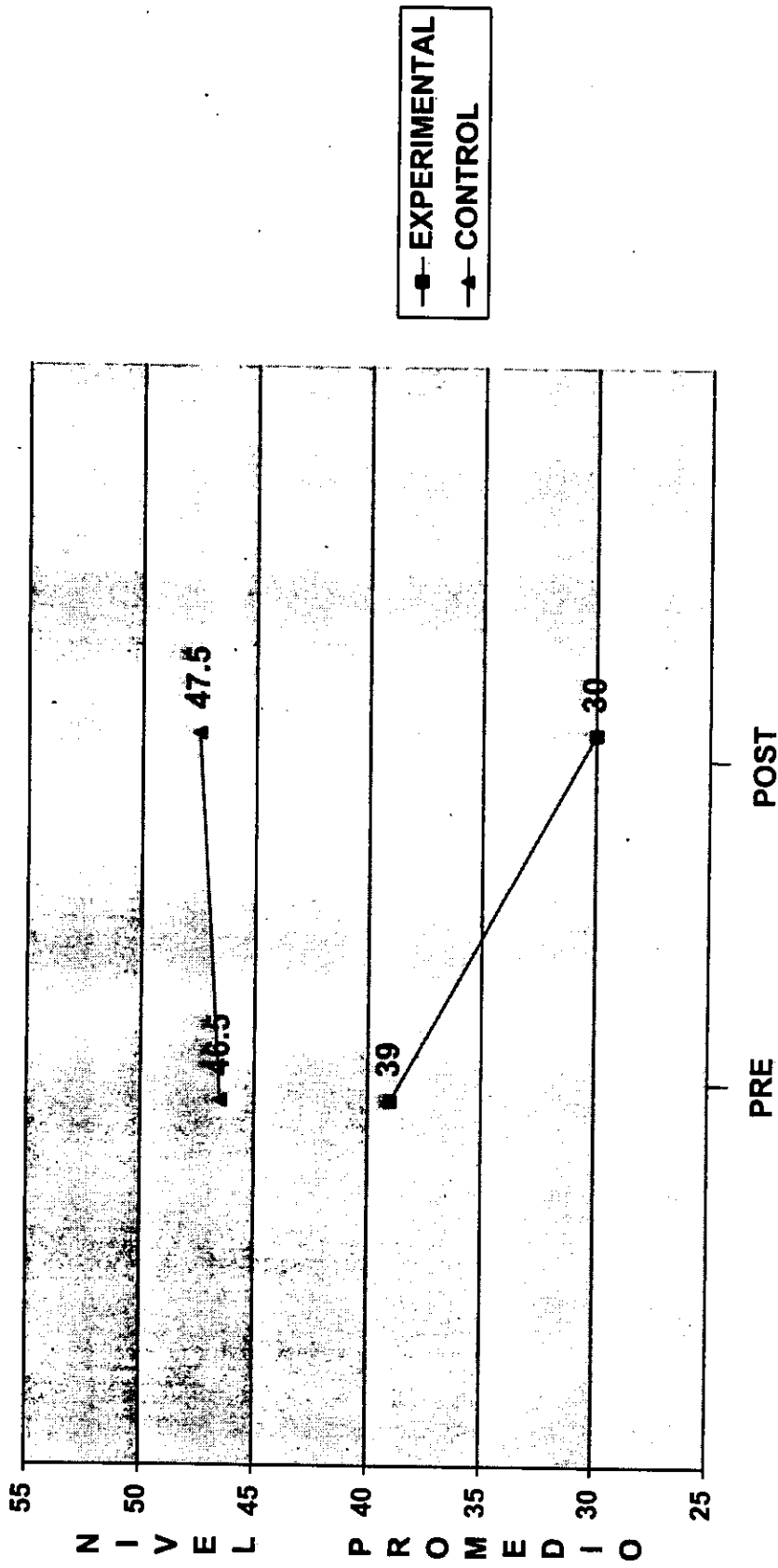
Tabla 1. Valores de las medias obtenidas en los dos grupos durante las evaluaciones.

Con lo anterior se puede resumir que, al comparar los resultados de los grupos control y experimental con ambas pruebas estadísticas, los niveles de *ansiedad rasgo* y *estado* fueron semejantes durante la preevaluación; en tanto que en la segunda evaluación, la *ansiedad rasgo* se mantuvo igual en ambos grupos, como se muestra en la gráfica 1, sin embargo, la *ansiedad estado* tuvo una disminución estadísticamente significativa en el grupo que recibió el programa de tratamiento (experimental), lo que se puede apreciar en la gráfica 2.



NIVEL DE ANSIEDAD RASGO

Gráfica 1. Comparación pretest - posttest de la ansiedad rasgo. Se observa que no disminuyó significativamente después de la aplicación del programa, aunque en el grupo experimental se mantuvo ligeramente baja en comparación con el grupo control.



NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO

Gráfica 2. Comparación pretest - posttest del nivel de ansiedad estado. Se observa que en el grupo control se presentó un ligero incremento de la ansiedad, pero en el grupo experimental ésta disminuyó significativamente después de la aplicación del programa.

VI DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Como se menciona en el marco teórico, la presencia de una enfermedad crónica, como es la DMID, genera la necesidad de una reestructuración en la dinámica familiar de quien la padece, debido a los cuidados especiales y al control riguroso indispensables para la estabilidad del paciente.

Esta situación ha dificultado en los padres la aceptación del padecimiento, debido a la fuerte carga emotiva que experimentan a través de las diversas sensaciones displacenteras que varían en grado de intensidad y que son características de la ansiedad, como son: sensación de fragmentación y disolución, incertidumbre, desconcierto, confusión, malestar, agitación, cansancio, desfallecimiento y desaliento. Éstas reacciones al ser tratadas con el programa terapéutico disminuyeron significativamente los niveles de ansiedad de los padres como se puede observar en el análisis estadístico, mostrando que al comparar tanto al grupo control como al experimental, el nivel de *ansiedad rasgo* obtuvo, en la preevaluación, una probabilidad de 0.7364, es decir, ambos grupos fueron estadísticamente similares; mientras que en la postevaluación la probabilidad fue de 0.3296, lo que significa que no se presentaron cambios en los grupos.

Al realizar el análisis intragrupal la probabilidad del grupo *control* fue de 0.4101 y la del grupo *experimental* de 0.1282, lo que significa que los niveles de *ansiedad rasgo* se mantuvieron similares, sin presentar cambios que fueran estadísticamente significativos (ver gráfica 1). Estos resultados pueden deberse a lo reportado por Spielberger (1980), que refiere que ésta es una condición de personalidad que permanece relativamente a largo plazo y que requiere de un mayor tiempo de tratamiento para lograr un cambio en ella.

Por otro lado, la *ansiedad estado* en la preevaluación obtuvo una probabilidad de 0.1384, es decir, los grupos control y experimental son estadísticamente similares, en tanto que en la postevaluación la probabilidad fue de 0.0035, encontrando diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, lo que se confirma al realizar el análisis intragrupo, donde la probabilidad del grupo *control* era de 0.1384, que indica que no se encontraron diferencias estadísticas significativas al comparar la preevaluación y la postevaluación; mientras tanto, el grupo *experimental* obtuvo una probabilidad de 0.0425, es decir, los niveles de *ansiedad estado* tuvieron una disminución estadísticamente significativa después del programa de tratamiento (ver gráfica 2), ya que ésta es una respuesta que aparece en el momento que se presenta una amenaza (Spielberger, 1980), como es la posible pérdida de la salud o de un ser querido.

Esta amenaza constante de pérdida requirió ser tratada como un duelo; por esta razón, a lo largo de las sesiones se trabajó en el aquí y ahora con algunos asuntos inconclusos. Así, por medio de los ejercicios, se facilitó en los padres la expresión de

emociones, sensaciones y pensamientos, logrando que vivenciaran su situación y se percataran de la manera en que influye en ellos la enfermedad de su hijo y cómo la afrontan. Durante estas sesiones se trataron los siguientes aspectos:

La sobreprotección ejercida por los padres hacia su hijo enfermo. Se advirtió que por ser ésta una enfermedad heredofamiliar, aparecieron en ellos sentimientos de culpa que los llevó a percibir una mayor responsabilidad por la estabilidad y control de su hijo, obstaculizando su autonomía. Esta sobreprotección estuvo acompañada por un sentimiento de miedo a que su hijo presentara una descompensación, ocasionándole complicaciones graves que lo llevaran a perder algún sentido como la vista, algún órgano o la misma vida. Además, ellos se mantuvieron constantemente preocupados, debido a los pensamientos catastróficos, los cuales les impidieron concentrarse plenamente en sus actividades.

Por medio del ejercicio “el huevo”, los padres identificaron claramente esta sobreprotección y se percataron de que junto con ella expresaban resentimiento hacia las personas que ofenden o diferencian a su hijo por ser diabético; manifestaron sentimientos de dolor, impotencia, culpa, frustración y enojo al no poder evitar que “lo lastimen”, aunque, en forma indirecta, eran ellos mismos los que defendían su autoestima ante tales actitudes y comentarios.

A partir de estas experiencias en el grupo, algunos padres empezaron a delegar las responsabilidades a cada uno de los miembros de su familia, de tal manera que fueron disminuyendo la constante preocupación y las ideas catastróficas presentes cuando pretendían seguir el papel de padres responsables. Esto se confirma con el siguiente comentario de uno de los participantes:

A mi hijo, que está enfermo de diabetes sí le digo que recoja y ya no le hago todo, porque como dijo el doctor, él también tiene manos y pies... estoy dejando que se desenvuelva para no hacerlo inútil. Él come de esto y de más, pero con la diferencia de que ya no estoy presionada como antes que seguido pensaba: ¡hay Dios, que si ya comió o dejó de comer!; no, yo ya le dije y si no come es su problema.

También, desde estas primeras sesiones, los padres reportaron que al surgir *la enfermedad* se modificaron las actividades diarias de su familia, a causa de las constantes visitas a las clínicas, los cuidados y los tratamientos que se practican dentro del hogar (como llevar una dieta adecuada, la aplicación de insulina y la práctica de algún deporte), lo que originó una constante preocupación y la necesidad de una mayor atención hacia el hijo enfermo. Estos efectos de la enfermedad sobre la dinámica familiar coinciden con los resultados obtenidos en diferentes investigaciones, como la de Edelson (1991), Saavedra (1993) y el National Center Institute (1986), entre otros.

Asimismo, durante el trabajo terapéutico fue necesario que los padres identificaran la manera en que percibían el concepto de la enfermedad de su hijo, ya que algunos manifestaron que era un castigo por el que tenían que pasar. Al respecto, una de las participantes refirió:

“Por alguna razón nos tocó vivir esta prueba...Dios nos da pruebas para ver si somos capaces de superarlas... yo le digo a mi hijo cada vez que se inyecta insulina, que piense en algo o en alguien para quién va a ofrecer ese sacrificio...”

Otra de las participantes, con uno de los ejercicios en el que se estableció un diálogo con la diabetes, se percató de que no aceptaba la enfermedad de su hijo al considerarla como una parte ajena a él. Gracias a esta experiencia el grupo pudo darse cuenta de que, al rechazar la enfermedad, rechazaban a su hijo, por lo que un 60 % de los participantes decidió aceptarla como una característica más de él.

Al revisar específicamente *la relación padre-hijo*, que anteriormente se había revisado con su responsabilidad de ser padres, los participantes identificaron la actitud tomada por cada uno de ellos (de autoridad, en algunos, o de sumisión, en otros) y determinaron que siguen un mismo patrón de respuesta aprendido en la familia de origen, que les genera sentimientos de culpa, impotencia, inseguridad, dependencia, resentimiento, miedo, necesidad de afecto e incapacidad para expresarlo, repercutiendo no sólo en su relación con el hijo enfermo, con quien asumen un rol de autoridad, sino también en su relación de pareja y con otras personas.

Esto se pudo observar con claridad cuando en una de las sesiones se trabajó con la señora Y, quien, al mencionar el rechazo y distanciamiento de su esposo, identificó su necesidad de afecto y su respuesta de agresión refiriendo lo siguiente:

T (terapeuta) - ¿Usted responde con agresión?, ¿para qué le sirve?

Y - Será para defenderme de él... para llamar la atención...

T - ¿Le servirá también para seguir la relación con su esposo?... no le gusta pero la sigue empleando... es una forma de estar en contacto, parece que es la única manera de relacionarse... ¿Alguna vez sintió el rechazo de otra persona?

Y - Sí, de mi madre... desde que era niña ella nunca tuvo un gesto conmigo, una caricia o algo... mi papá era cariñoso, mi mamá era la que me hacía sentir mal... Mi madre ahora me dice ¡hay pobre de mi hija, siempre le va mal! Eso me da mucho coraje, me quedo callada y no le contesto.

Estos sentimientos se trabajaron con la técnica de la “silla vacía”, estableciendo diálogos con la madre, los cuales facilitaron la expresión de afectos y resentimientos, entre los que se encontró que la infidelidad de su padre era aún un asunto inconcluso para

su madre. También este ejercicio permitió que la señora Y identificara las semejanzas y diferencias entre las dos, con el siguiente cierre:

T - Repita lo siguiente: de aquí en adelante voy a cambiar, tú no debes sentirte culpable por lo que pasó, pienso que tú no debes llevar esa culpa... es algo entre tu padre y yo, y tú no debes pagar por lo que pasó.

Y - (como hija) Yo pienso que no fue culpa mía y quizá en ese momento lo tomó como una venganza... Mamá me sintió bien con lo que tú me has dicho... me has hecho sentir que soy algo en tu vida.

Con esta misma técnica, en otras sesiones, los participantes también recordaron su infancia, los afectos negativos de maltrato, abuso y rechazo, provocando sentimientos de dolor y rencor que les impedían expresar sus afectos y crecer como seres humanos.

Al revisar su propia infancia, se percataron de que sus hijos reaccionan como ellos lo habían hecho, lo cual les permitió reconocer que se establecían vínculos con sus hijos, que son repeticiones de los que ellos establecieron con sus padres, como se puede ver con el siguiente proceso del señor A:

A - Yo quisiera acercarme más a mi hijo, poder convivir más con él...

T - ¿Esta parte es semejante a otra que anteriormente haya vivido?

A - Será porque en mi relación con mi padre no hubo mucho cariño... yo deseaba que él fuera como un guía para mí... siempre hubo más golpes y maltratos... él nunca convivió con nosotros... (llanto)

Al reconocer ellos que repetían un mismo patrón de respuesta debido a que esto resulta más fácil que intentar probar otro nuevo y desconocido, se les invitó a que reflexionaran hasta cuándo permitirían ellos mismos continuar con ese tipo de conducta. Esto provocó que decidieran cambiar su actitud ante su familia.

Asimismo se observó que los padres presentaron sentimientos de confusión y culpa hacia sus hijos por no poder distinguir sus propias necesidades de las de ellos. Esto se percibió cuando una de las participantes mencionó su preocupación porque su hija (adolescente) ya no quería continuar con sus estudios, y ella, como madre, tenía otras expectativas, pues quería que terminara una carrera profesional que ella misma no había podido estudiar.

A través de ejercicios en parejas se diferenciaron las necesidades de cada uno de los padres, logrando que se percataran de que eran sus propias exigencias las que no les permitían su satisfacción y se les orientó para que dejaran a sus hijos tomar la responsabilidad de sus propias decisiones.

En cuanto a *la relación de pareja*, que juega un papel muy importante al afrontar una pérdida, algunos padres se dieron cuenta de que su comunicación, además de no ser clara, se ha dado con agresiones verbales y de actitud, sintiéndose decepcionados o culpando tanto a su pareja como a sí mismos por la situación, manifestando sentimientos de tristeza, inseguridad y coraje. Lo anterior se confirmó cuando se abordó este tema y los esposos A y L expresaron lo siguiente:

T - ¿Le ha dicho a su esposa que la siente alejada?

A - No, realmente yo he tratado de eludir el problema... quisiera que las cosas cambiaran entre ella y yo, pero no sé como, quisiera que ustedes me orientaran...

L - Yo no sé en qué quiere cambiar él, porque yo lo veo igual... ya he esperado mucho tiempo...

Ante esta dificultad para enfrentar la situación y establecer contacto, se sugirió hacer un ejercicio frente a frente con la pareja. En la primera fase, procurando un clima adecuado, se retiró aquello que se percibía como un obstáculo; se les pidió que dejaran a un lado sus pertenencias, sin embargo la señora L prefirió quedarse con una bolsa sobre su regazo.

Primeramente el señor A buscó contacto físico tratándolo de abrazar a su esposa y diciéndole:

A - Mujer, siento que quiero abrazarte pero tú me rechazas...

(A partir de este momento la pareja expresó y compartió sus resentimientos)

L - Dice que quiere protegerme... yo me siento mal porque él sólo me ignora... cuando he estado enferma, él no se preocupa por acompañarme al doctor...

T - ¿Qué quiere hacer?

L - A mí, la verdad, ya no me importa; antes sí me dolía, pero yo ya me dí cuenta de que me equivoque... y no porque él sea así me voy a amargar la vida. Ahora tengo a mi muchacho, a él no le gusta que su papá sea así por el trato que me da a mí, pero ya aprendió a ser como él... indiferente, brusco... su papá no quiere cambiar... hay una total indiferencia hacia mí, ni por su hijo se preocupa... yo siempre estuve pendiente de la enfermedad de mi hijo, de su control, él siempre trabajó, hasta ahora que se jubiló... de todos modos no coopera con el tratamiento de mi muchacho, hasta compra pan dulce y pues a él se le antoja y lo come...

El procesamiento de la información en estas sesiones se orientó a que ellos examinaran sus sentimientos, la forma en que se comunican y el rol que juega cada uno de ellos. Finalmente a estos esposos se les exhortó para que asistieran a terapia de pareja dentro del mismo hospital, ya que había demasiados resentimientos y asuntos inconclusos que requerían de un mayor tiempo de tratamiento.

Esta experiencia también permitió confirmar lo que Robles de Fabre (1987) describe sobre una situación similar con un hijo enfermo crónico, ya que efectivamente los desacuerdos relacionados con el establecimiento e imposición de normas, así como la falta de participación de uno de los padres en el control de la diabetes, son el resultado de problemas ya existentes en la pareja, pero intensificados por la aparición de la enfermedad. Igualmente se advirtió que se crean alianzas con el paciente cuando uno de los padres (generalmente la madre), en su afán de llevar un mejor control de la enfermedad, implanta reglas que su pareja sabotea, lo que en ocasiones impide llevar con eficacia el tratamiento. En este caso, el trabajo terapéutico se encaminó a que todos los participantes revisaran su relación de pareja y reconocieran los resentimientos y agresiones con que se dirigen.

Durante la terapia también se manejaron algunos temas que no estaban directamente relacionados con la situación de enfermedad, pero que eran importantes para los padres en ese momento, como su relación con otros familiares y vecinos. De este procesamiento se obtuvo la información suficiente para que cada uno se percatara de la manera en que reaccionan ante diferentes situaciones y de que en el fondo guardan resentimientos, agresiones y culpas que proyectan a las personas, dificultando su comunicación.

Al finalizar las sesiones los participantes concluyeron que a partir del trabajo en el grupo lograron diferenciar sus propias responsabilidades de las de otras personas. Esto se refleja en el siguiente comentario expresado durante el cierre del taller:

B - Pues yo ya no quiero resolver los problemas de los demás como antes, desde las otras sesiones en que se ha hablado de esto, nada más quiero escucharlos. Pienso que es lo más bonito, como se ha dicho aquí, porque no podemos resolverlos todos, ni los demás pueden pensar como nosotros quisiéramos que pensarán, pues somos diferentes, y si ves que así puedes dejar de sufrir, pues adelante...

En general, el trabajo con estos padres permitió que ellos revisaran en sí mismos las repercusiones de la diabetes, ayudándoles a vivir las fases iniciales del duelo (descritas por Kubler Ross, 1969) y encontrando los recursos necesarios para afrontarla y vivirla de diferente manera. Esto dio como resultado la disminución de los niveles de *ansiedad estado* reportados en el grupo experimental.

VII APORTACIONES

De acuerdo a la observación en las *clínicas de diabetes* del hospital, se pudieron detectar las necesidades e inquietudes de los padres sobre el manejo de la enfermedad y el trato hacia sus hijos, por lo que se consideró adecuado emplear un programa dirigido a ellos, de quienes depende en gran medida la aceptación o el rechazo de ésta.

Una de las aportaciones de esta investigación es la propuesta de un tratamiento psicológico dirigido a padres de pacientes con DMID, encaminado a manejar de manera directa y constante los aspectos emocionales que se viven en el ambiente familiar, relacionados con dicho padecimiento.

Este programa basado en la Orientación Gestalt contiene una serie de ejercicios que permiten a los participantes sensibilizar y experimentar las emociones y situaciones presentes generadas por la enfermedad y exacerbadas por la ansiedad.

Su aplicación puede ser preventiva de diversos conflictos psicológicos, tanto individuales y familiares, como sociales, ya que en los padres, que no manejan adecuadamente su nivel de ansiedad, ésta puede llegar a ser patológica, impidiendo utilizar favorablemente sus recursos en beneficio del paciente y de un adecuado control y aceptación de la enfermedad.

Además, el trabajo de grupo en hospitales permite el acercamiento de las personas que comparten un mismo problema, lo cual beneficia también a la institución, pues un mismo psicólogo atiende, en menor tiempo, a un número mayor de personas, que son enriquecidas por las experiencias del mismo grupo. De esta misma forma, este trabajo enriquece el desarrollo profesional y personal del propio terapeuta.

El trabajo en grupo favorece la adherencia del paciente diabético con su tratamiento, esto se pudo observar en la asistencia a las clínicas y al departamento de Psiquiatría.

VIII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Fue difícil mantener el número de la muestra a investigar, ya que se tuvo que reducir por las siguientes limitaciones:

- Algunas de las personas interesadas en asistir al programa viven en provincia y los gastos de transporte y alojamiento son altos.
- El horario de las sesiones, pues el hospital sólo da atención en las mañanas y algunos padres trabajan o llevan a sus hijos a clases en este mismo horario.
- Otra limitación que se debe considerar es que este programa debe ser aplicado por un psicólogo que tenga un entrenamiento en el trabajo psicoterapéutico de grupo; aunque en esta investigación esta limitación no influyó considerablemente debido a que contamos con el apoyo del Psicoterapeuta Gestalt José Antonio Páez de la Cruz, responsable del área de endocrinología del hospital, además de que las autoras de este trabajo anteriormente recibieron una capacitación sobre este mismo enfoque.

Por otro lado, proponemos que:

- Se continúe con este tipo de intervenciones dirigidas al paciente y sus familiares, para que juntos se elabore y conceptualice la enfermedad, de manera integral, dando como resultado una relación familiar satisfactoria.
- Intervenga el psicólogo dentro de un equipo interdisciplinario, pues como se puede observar esto es indispensable para el tratamiento de enfermedades crónicas y de alto riesgo.
- Se realicen investigaciones en poblaciones más grandes.
- Se trabaje con este enfoque en otros padecimientos crónicos.
- Se establezcan diferentes horarios para aquellas personas que trabajan.
- Se aumente el número de sesiones para manejar otros procesos psicológicos.
- Se facilite la asistencia de las personas a las sesiones.
- Se haga una detección de todas las necesidades de la población y se enfoque el programa en ellas.

SESIÓN 1

PRESENTACIÓN

OBJETIVO

Que los participantes conozcan los propósitos y la forma de trabajar dentro del programa; que establezcan junto con los facilitadores las reglas o normas por las cuales va a funcionar el grupo; y que ellos interactúen y se conozcan entre sí.

MATERIAL

Hojas de rotafolio

Plumones

DESARROLLO

- **PRESENTACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS Y DEL OBJETIVO DEL PROGRAMA (5 min)**
- **EXPECTATIVAS Y NECESIDADES:**
Queremos conocer su interés por el cual decidieron ingresar a este grupo, asimismo nos gustaría saber qué inquietudes tienen sobre éste y qué esperan de él o quisieran que se trabajara aquí.
- **DINÁMICA “ENTREVISTA COLECTIVA” (20 min)**
Enumérense del 1 al 3. Ahora, todos los que tienen el mismo número deberán formar un grupo. Cada grupo comentará las expectativas y temores de sus integrantes al llegar, contestando las siguientes preguntas:
-¿Qué les motivó a estar aquí?
-¿Qué esperan obtener de este trabajo?
-¿Qué están dispuestos a dar?
- **EVALUACIÓN CON EL IDARE (15 min)**
A continuación, les daremos un cuestionario para que lo contesten lo más sinceramente posible. (Se leen y explican las instrucciones de la prueba.)
- **EJERCICIO “PRESENTACIÓN INVERTIDA” (20 min)**
Formen parejas, principalmente con aquellas personas que no conozcan, para que establezcan un diálogo que les permita conocerlas. (5 min)

Ahora, cada uno presente a su compañero comentando brevemente lo que conoció de él. (15 min)

- **CONTRATO GRUPAL (15 min)**

Este es el momento de conocer la forma en que se va a trabajar dentro del grupo, para ello, hay que llevar a cabo los siguientes puntos:

a) Hablar en primera persona ("yo")

b) Hablar en tiempo presente

c) Lo que se dice dentro del grupo es confidencial y no se debe comentar nada afuera

d) No se debe interrumpir a los compañeros cuando están hablando, a menos que sea importante y no desvíe el trabajo dentro del grupo

Para poder funcionar como grupo, es necesario establecer reglas que deben estar presentes constantemente, como son:

a) No golpear el mobiliario

b) No agredir físicamente

c) Establecer el número de personas con las que se va a iniciar la sesión

- **DINÁMICA DE INTEGRACIÓN "CIRCUITO INTEGRADO" (20 min)**

A los integrantes se les proporciona una tarjeta de aproximadamente 15 cm por 20 cm, con una letra mayúscula dibujada. Se les pide que se coloquen esta tarjeta en el pecho con cinta adhesiva.

El facilitador mencionará algunas palabras, anteriormente elaboradas, por ejemplo "libro"; las personas que tengan cada una de estas letras deberán juntarse para formar tal palabra (s).

Se les indicará que está prohibido jalarse o empujarse, la integración tiene que ser voluntaria y deben realizarla lo más rápidamente posible.

SESIÓN 2

AUTOCONOCIMIENTO INTERPERSONAL

OBJETIVO

Que los participantes aprendan a relajarse, percibiendo las diferencias entre estar relajado y estar tenso. Asimismo, que identifiquen cómo distribuyen su atención y su tiempo a diferentes aspectos de su vida.

MATERIAL

Hojas blancas y lápices

DESARROLLO

- EJERCICIO DE RELAJACIÓN (20 min)

Vamos a hacer un ejercicio de relajación. Para ello, pónganse cómodos y retiren todos aquellos objetos que les estorben. Busquen una posición cómoda y cierren los ojos. Llenen sus pulmones de aire y vacíenlos; tomen el aire por la nariz y expúlsenlo por la boca. Piensen que con el aire están expulsando todas las tensiones que puedan tener en este momento en su cuerpo. Ahora, vuelvan a respirar normalmente y concentren la atención en el ritmo de su respiración. Concéntrense en la relajación de sus pies y de sus piernas. Continúen concentrándose en el resto de su cuerpo; busquen y localicen tensiones. Si localizan alguna tensión corporal, déjenla estar. Concentren su relajación en ese lugar o lugares en que sienten tensión y disuélvanla sacándola de su cuerpo con el aire que expulsan. Siéntanse ahora flotando, relajados.

Ahora, cada uno imagine que en este preciso momento se encuentra en lo alto de la escalera de una casa. Sujétese del pasamanos, sienta la textura y la temperatura de la barandilla. ¿De qué material está hecha esa barandilla? Cuando esté listo, descienda de esta escalera, que tiene diez escalones. Comience a bajar lentamente, contando cada escalón: "uno..., dos...", dese cuenta del ruido que hacen sus pies al pasar de un escalón a otro, "tres..., cuatro..., cinco...". ¿Cómo es el contacto que establecen sus manos con la barandilla?, "seis..., siete..., ocho...". Con cada peldaño que descienda se irá sintiendo más relajado, "nueve..., diez...".

Ya ha bajado todos los escalones, ¿dónde está?, ¿cómo es el lugar donde se encuentra al final de la escalera?, ¿qué hay a su alrededor?, ¿es familiar para usted ese lugar?, ¿cómo se siente en este momento? Pueden abrir los ojos.

- PROCESAMIENTO (10 min)

Preguntas:

-¿Se relajaron?

-¿Qué le impidió relajarse?

-¿Qué le facilitó relajarse?

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "MALABARES" (15 min)

Realicen una gráfica de su vida representándola con el dibujo de un pastel, con rebanadas de diferentes tamaños; cada uno debe significar en porcentajes lo que ustedes dedican en la actualidad a diferentes aspectos de su vida, como son hogar, profesión, diversión, actividades sociales y salud. Tienen cinco minutos.

En seguida les daremos dos globos llenos de agua, con los cuales van a jugar como si estuvieran representando una función de circo, es decir, van a hacer malabarismo.

Dense cuenta de cómo se sienten al pasar los globos de una mano a otra, identifiquen cómo realizan esta actividad y respondan lo siguiente: ¿se siente seguro o inseguro? Continúen haciendo malabares y relaciónenlo con el pastel que anteriormente dibujaron, verifiquen qué les dicen las siguientes preguntas:

- ¿En su vida hace usted malabares?
- ¿A qué aspecto de su vida le dedica más tiempo y cómo se siente al hacer malabares?
- Relacionándolo con su dibujo, ¿para qué le sirve hacer esto?

- PROCESAMIENTO (50 min)

Preguntas:

- ¿Cómo se sienten?
- ¿Pudieron relacionar el ejercicio con alguna situación que viven cotidianamente? ¿Cuál?
- ¿Cómo se relacionan?

SESIÓN 3

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs)

SESIÓN 4

AUTOCONOCIMIENTO Y RELACIÓN INTERPERSONAL

OBJETIVO

Reforzar el aprendizaje de la relajación y que los participantes estén en contacto consigo mismos al identificar cómo se conducen ante la vida.

DESARROLLO

- EJERCICIO DE RELAJACIÓN (15 min)

Cierren los ojos, respiren hondo y profundo, sigan mis instrucciones y no abran los ojos hasta que yo les indique.

Acomódense lo mejor que puedan en el asiento; lo importante es que estén cómodos. No piensen en cómo se ven, sólo percátense si están bien o mal sentados y acomódense.

Su respiración tiene que ser honda, muy honda y profunda, suavemente. Sientan que el aire llena por completo sus pulmones. Jalen aire y suéntenlo suavemente, despacio.

Empiecen a sentir una sensación de paz, de tranquilidad agradable. Respiren hondo, lentamente. Saquen el aire poco a poco, despacio. Imaginen su cuerpo, relájelo... Sientan la posición de su cabeza, imaginen cada uno de los músculos de su cara, imagínenlos relajados... Ahora, abran sus ojos y acomódense en su asiento.

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "LAZARILLO" (15 min)

Formen parejas, principalmente con aquella persona que casi no conocen. Ahora decidan quién será el número uno y quién será el número dos.

Con este ejercicio vamos a descubrir cómo nos conducimos en la vida. Los que son el número uno van a cerrar los ojos y no los abrirán hasta que se les indique. Los que son el número dos van a ser lazarillos, o sea, los que guíen a su compañero. No deben hablar, sólo lo conducirán tomándolo de las manos o brazos para indicarle el camino por donde lo quieran llevar, sin pronunciar ni una sola palabra. Tienen cinco minutos.

Esta vez los número uno cerrarán los ojos, emplearemos el mismo procedimiento, es decir, guiarán a su compañero por donde ustedes quieran, sin hablar. También tienen cinco minutos.

Después de que cada uno haya tenido la experiencia de ser lazarillo y de ser guiado, nos sentaremos formando un círculo para compartir la experiencia.

- PROCESAMIENTO (1 hora 30 min)

Preguntas:

- ¿Alguien quiere compartir su experiencia?
- ¿Cómo se sintieron al guiar y al ser guiados?
- ¿Se deja guiar por los demás?
- ¿Representa esto algo en su vida?
- ¿Cómo es su andar al ser guiado?
- ¿Cómo se deja guiar por el médico, lleva a cabo sus indicaciones o sólo las escucha?
- ¿Cómo se sintió cuando tomó la decisión hacia dónde guiar a su compañero?

SESIÓN 5

AUTOCONCEPTO

OBJETIVO

Que los participantes identifiquen los sentimientos que los caracterizan para un mayor conocimiento de sí mismos y la imagen que proyectan.

MATERIAL

10 ó 15 barras de plastilina

Papel periódico

DESARROLLO

- EJERCICIO DE RELAJACIÓN (10 min)

Siéntense frente a frente el uno con el otro y cierren los ojos. Pongan atención en sus sensaciones corporales, su postura y su expresión facial; corríjanlas si es necesario.

Cada uno sea como realmente es, momento a momento. Ahora, abran sus ojos quedándose quietos en cuerpo y mente. Relajen sus ojos, cuerpo y mente; relajen su cuerpo y permítanse estar cómodos, sin tratar de hacer nada. Al ir permitiendo que su mente se relaje, concéntrense en la sensación de existir, repitan mentalmente y sientan la siguiente frase: "yo estoy aquí".

Luego de un tiempo, mientras se relajan, concéntrense en su respiración, en el momento presente, y repitan mentalmente: "yo-estoy-aquí". Sincronicen con pausas su inspiración y expiración. Continúen prestando toda la atención que les sea posible.

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "MI IMAGEN" (20 min)

Con la plastilina que se les proporcionó formen su propia imagen; moldeénla de acuerdo a lo que ustedes consideran que son. Formen una figura que los caracterice, tratando de hacerla lo más parecida a ustedes, ya sea fantástica o realista, lo importante es que refleje su manera de ser, lo que ustedes son.

Imaginen la manera en que esta figura siente y piensa, y contesten las siguientes preguntas, percatándose de cada una de sus sensaciones: ¿cómo es su apariencia?, ¿qué expresión tiene?, ¿qué te dice su postura corporal?, ¿qué le gusta?, ¿qué le disgusta?, ¿cómo se relaciona con los demás?, ¿qué tamaño tiene?, ¿qué parece?, ¿cómo soy siendo esta figura?, ¿cómo es mi vida siendo esta figura?. Identifíquense con esa figura y describanse.

- PROCESAMIENTO (1 hora 30 min)

Preguntas:

-¿Cómo se sienten?

-¿Cómo es usted?

-¿Ud. cree que las demás personas lo consideran así o de una manera distinta?

-¿Qué proyecta usted a los demás?

-¿En este momento cómo se está proyectando usted?

SESIÓN 6

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs)

SESIÓN 7

POLARIDADES

OBJETIVO

Que los participantes se den cuenta, mediante diversos objetos, de cómo enfrentan algunas situaciones (con debilidad o fortaleza) y reconozcan qué les limita o qué les permite el empleo de sólo uno de estos aspectos.

MATERIAL

Un cascarón	Una flor
Papel de china	Una naranja
Un globo	Una pelota
Un libro grande	Un martillo
Un tabique	Una moneda

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "DEBILIDAD - FORTALEZA" (20 min)

De los objetos que están frente a ustedes, elijan uno e identifiquense con él; conviértanse en él, lleguen a ser ese objeto. Cada uno imagínese que es ese objeto y responda en

silencio las siguientes preguntas: ¿cómo soy?, ¿cuáles son mis cualidades?. Describanse a ustedes mismos completando la frase: "yo soy..."

¿Qué es lo que hace y cómo es su existencia siendo esa cosa?, ¿este objeto es débil o fuerte?, ¿cómo se siente usted siendo así?, ¿qué aspecto de este objeto débil o fuerte se relaciona con usted? Siendo este objeto, ¿cómo responde a las adversidades?, ¿cómo es esa debilidad o fortaleza?

- PROCESAMIENTO (1 hora 40 min)

Preguntas:

-¿De qué se dieron cuenta?

-¿Con qué se identificó?

-¿Esta debilidad o fortaleza en que parte de su vida le sirve?

-¿De qué manera se relaciona esto con la enfermedad de su hijo?

SESIÓN 8

RESPONSABILIDAD

OBJETIVO

Que los participantes identifiquen cuáles son sus "deberías", establezcan la diferencia entre lo que tienen que hacer y lo que realmente eligen; y asuman la responsabilidad de las decisiones que toman.

MATERIAL

Hojas blancas

Lápices

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "TENGO QUE... ELIJO..." (25 min)

Hagan una larga lista de cosas que tengan que hacer, escribiendo frases que comiencen con las palabras "Tengo que..." (5 min)

Ahora regresen a las frases que escribieron y escojan sólo aquello que realmente quieren hacer, iniciando cada una de ellas con la palabra "Elijo..." (10 min)

Formen parejas y compartan con su compañero la expresión de estas frases; tomen tiempo y dense cuenta de lo que sienten al expresar todos sus "tengos" y de lo que realmente deciden hacer. (10 min)

- PROCESAMIENTO (1 hora 35 min)

Preguntas:

- ¿Alguien quisiera compartir su experiencia?
- ¿De qué se dio cuenta?
- ¿Puede usted tomar responsabilidades por elección propia? ¿cuáles?
- ¿Cómo se siente al saber que es su decisión?

SESIÓN 9

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs)

SESIÓN 10

RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS

OBJETIVO

Que los padres visualicen cómo cuidan y protegen a su hijo enfermo, y cómo se sienten y reaccionan ante una situación de peligro.

MATERIAL

10 ó 15 huevos de gallina

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "EL HUEVO" (30 min)
Cada uno tome un huevo, el que ustedes quieran. Vamos a ver de qué nos podemos dar cuenta con este ejercicio.

Éste es un huevo que se le ha asignado para que usted lo cuide; ahora depende de usted, de su calor, del cuidado que le dé para que pueda empollarlo. Siéntalo entre sus manos, muévelo, huélalo. Mire cada detalle de él, siéntalo parte de usted ¿Cómo es este

huevo? Imagine que él está sintiendo el calor y el movimiento de sus manos. ¿Qué le inspira este huevo?, ¿qué cosas haría para cuidarlo?, ¿dónde lo pondría?, ¿cómo sería el lugar donde lo colocaría?, ¿cada cuándo tiene contacto con él?, ¿cómo es ese contacto?, ¿qué quisiera darle a este huevo y qué puede darle?

Ahora imagine que este huevo está a punto de caer y romperse. ¿Cómo se siente ud.?, ¿qué hace?, ¿sucede con frecuencia que está en peligro?, ¿cómo evitaría esto?, ¿qué haría para que no volviera a suceder?

- PROCESAMIENTO (1 hora 30 min)

Preguntas:

- ¿Cómo es la actitud que asume ante esta responsabilidad?
- ¿Para qué le sirve esa actitud?
- ¿La manera en que afronta esta responsabilidad le dice algo?
- ¿De qué manera se asemeja este ejercicio a su vida real?

SESIÓN 11

AUTOPERCEPCIÓN DE SER PADRES

OBJETIVO

Que los participantes experiencien, evalúen y vivencien su papel como padres; y que se percaten de cómo son sus exigencias y el manejo del control dentro de su relación padre-hijo.

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "DIÁLOGO PADRE - HIJO" (20 min)

Formen parejas y decidan quién será A y quién B. A será el padre y B el hijo. Háblense uno a otro como si realmente fueran padre e hijo. Inventen alguna conversación o actúen una situación por la que hayan pasado y, mientras lo hacen, tomen conciencia de lo que dicen. Identifiquen lo siguiente: ¿qué expresa en la voz?, ¿cómo se siente y cómo interactúa con su hijo?

Ahora cambien de lugar, B será el padre y A el hijo. Tengan otra conversación entre ustedes y dense cuenta de lo que sucede mientras lo hacen, perciban lo siguiente: ¿qué siente al hablarle a su padre?, ¿qué siente al hablarle a su hijo?

A continuación, reflexionen tranquilamente sobre su experiencia... Dense cuenta de qué clase de padre y de hijo es cada uno de ustedes. Como padre, ¿es usted quejumbroso, rebelde, permisivo, agradable, descarado, manipulador, autoritario, cariñoso o severo?. Dese cuenta de cómo jugó su rol paterno y filial. ¿Cómo vivenció a su compañero cuando se convirtió en padre y en hijo?; tomen tiempo para explorar esto.

- PROCESAMIENTO (1 hora 40 min)

Preguntas:

- ¿De qué se dieron cuenta?
- ¿Cómo perciben su papel de padre e hijo?
- ¿Con qué rol se identifica mejor?
- ¿Cuál le resultó más fácil?

SESIÓN 12

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs)

SESIÓN 13

RELACIÓN PADRE-HIJO

OBJETIVO

Que los padres reconozcan lo que les impide expresar sus pensamientos y sentimientos y noten la diferencia entre expresarlos y quedarse con ellos, para que los asimilen y los puedan canalizar a una situación más favorable.

MATERIAL

Hojas de rotafolio con el enunciado: *"Estoy resentido..."*

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "RESENTIMIENTOS" (30 min)

Formen parejas y decidan quién será A y quién B. Siéntense frente a frente lo más cómodamente posible.

Cierren los ojos. Cada uno imagine frente a usted a alguna persona por la que en este momento sienta algún resentimiento; tome conciencia de todas las cosas que haya visto en ella y que no le ha dicho por alguna razón. Dese cuenta de todas las sensaciones que va experimentando, diga el nombre de la persona y complete la frase: *“Estoy resentido contigo por...”*, expresando todo lo que usted considere necesario (tienen 5 minutos). Ahora, identifiquen aquellos aspectos que coinciden o son similares entre usted y esa persona, complete la siguiente frase: *“Me parezco a ti en...”* (tienen 5 minutos).

Asimismo completen la siguiente frase con todo lo que le diferencia de esa persona. *“Soy diferente a ti en...”*. Dese cuenta de que al no expresar su resentimiento, éste permanece allí como algo inconcluso.

Ahora los que son A completen en voz alta las frases *“Estoy resentido...”*, *“Me parezco a ti en...”* y *“Soy diferente a ti en...”*. Al mismo tiempo dense cuenta de lo que sienten al decirlo o expresarlo.

- PROCESAMIENTO (1 hora 30 min)

Preguntas:

- ¿Alguien quiere compartir su experiencia?
- ¿Cuál fue su experiencia?
- ¿Qué le impide decirlo?
- Si se queda con el resentimiento, ¿qué pasa en usted?
- Si lo expresa, ¿qué pasa?
- Todo esto ¿qué le dice de usted?

SESIÓN 14

AUTOVALORACIÓN

OBJETIVO

Que los participantes tomen conciencia de lo que han sido y hecho hasta ahora, y les permita tomar decisiones futuras.

MATERIAL

10 ó 15 velas
1 encendedor

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "LA VELA" (15 min)

Tomen todos una vela y siéntense formando un círculo. Enciendan su vela y repitan las frases que voy a mencionar. Reflexionen un momento con cada una de ellas, dando una respuesta lo más sincera posible, relacionándola con su vida.

- "Yo soy esta vela, yo soy una vela"

- "¿Cómo soy siendo esta vela?"

- "¿Para qué sirvo siendo esta vela?"

- "Siento que la luz de esta vela ha sido..."

- "¿Cómo ilumino?"

- "¿Qué ilumino y a quiénes ilumino?"

- "¿Cómo se sienten las personas o cosas a quienes ilumino?"

- "¿Qué siento yo al iluminar?"

- "¿Para qué ilumino?"

- "¿Cómo me consumo siendo esta vela?"

- "¿Qué puede pasar si se apaga?"

Apaguen su vela y contesten lo siguiente:

- "Si alguien me volviera a encender, ¿qué haría para ser mejor?"

- "¿Qué cosas cambiaría de mí mismo?"

- "¿Para qué la cambiaría?"

Quédense un momento con esta experiencia.

- PROCESAMIENTO (1 hora 45 min)

Preguntas:

- ¿Cómo se sintieron?

- ¿Cómo relaciona su vida con esta vela?

- ¿Qué le dice de usted?

SESIÓN 15

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs)

SESIÓN 16

CULPA

OBJETIVO

Que los padres expresen su sentimiento de culpa e identifiquen en qué situaciones se presenta éste.

DESARROLLO

- EJERCICIO DE RELAJACIÓN (5 min)

Acomódense en una posición realmente cómoda, confortable. Cierren los ojos y tomen contacto con su cuerpo. ¿Están realmente cómodos?, vean si pueden ponerse aún más cómodos, cambiando su posición.

Ahora, tomen conciencia de su respiración. Noten cómo están ustedes respirando. Sientan cómo el aire se mueve a través de su nariz y garganta, dentro de sus pulmones... Noten cómo se mueven su pecho y su abdomen mientras el aire entra y sale de sus pulmones.

Traten de relajarse. Si sienten que aún no están relajados, busquen el motivo que les impide hacerlo. Si necesitan acomodarse, háganlo. Tomen conciencia de su respiración, ésta debe ser lenta y profunda...relájense y respondan lo siguiente: ¿qué siente su cuerpo ahora?, ¿qué experimenta cuando trata de relajarse?. Ahora, abran los ojos y acomódense

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "CULPABILIDAD" (15 min)

Cada uno de ustedes recuerde una situación por la que se sienta culpable... Siéntase en esa situación, como si estuviera ocurriendo en este momento. Recuerde todos los detalles e identifique qué sucede en esta situación, ¿qué es exactamente lo que le hace sentir culpa?, ¿cómo se siente usted en esa situación?

Piense ahora, en la persona a quien menos le gustaría contarle su culpabilidad, la persona que más se enojaría o desilusionaría si llegara a saberlo... Imagine que esta persona está aquí, ahora, frente a usted. Trate de visualizarla detalladamente, ¿qué aspecto tiene esa persona?, ¿qué ropa lleva puesta? y ¿qué clase de expresión facial tiene? Imagine que se expresa honesta y directamente y trate de identificar la sensación que realmente aparece al hablarle a esta persona. Diga silenciosamente "*me siento culpable por...*" y haga una lista de lo que le hace sentir culpable.

- PROCESAMIENTO (1 hora 40 min)

Preguntas:

- ¿Les fue fácil expresar su culpa?
- ¿De qué se dan cuenta con esto?

SESIÓN 17

RESPONSABILIDAD

OBJETIVO

Que los padres exploren el grado de responsabilidad que sienten en cuanto a la situación de enfermedad de su hijo.

MATERIAL

Hojas de rotafolio con los enunciados: "*Hijo, yo debería...*", "*Hijo, yo quiero...*", "*Hijo, yo necesito*" y "*No*"

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "DEBERÍAS" (15 min)
Formen parejas y decidan quién será A y quién B. Imaginen que están frente a su hijo. Quiero que A diga a B las palabras que completen la frase "*Hijo, yo debería...*". Después de cada frase, quiero que B responda con un llano y enérgico "*No*"; no diga nada más. Hagan esto durante cinco minutos y tomen conciencia de lo que experimentan al realizar este ejercicio.

De esta misma forma completen las frases: "*Hijo, yo quiero...*" e "*Hijo, yo necesito*", contestando B con un "*No*".

Cambien ahora los roles, de modo que B complete las frases "*Hijo, yo debería...*", "*Hijo, yo quiero...*", "*Hijo, yo necesito*", y A responda con un claro y enérgico "*No*". Hagan esto durante cinco minutos y dense cuenta de lo que experimentan al hacerlo. Ahora, compartan sus experiencias durante algunos minutos.

- PROCESAMIENTO (1 hora 45 min)
Preguntas:
 - ¿Qué aprendió acerca de sus "debería"?
 - ¿Cómo se sintió cuando su compañero dijo "No"?
 - ¿Cómo se sintió mientras decía "No" a los deberías de su compañero?
 - ¿Cómo son sus "deberías"?

- ¿Qué le dicen de usted esos "debería"?
- ¿Cómo es su responsabilidad?
- Si no cumple con sus "debería" o responsabilidades, ¿qué pasa?

SESIÓN 18

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs)

SESIÓN 19

RESPONSABILIDAD

OBJETIVO

Que los padres identifiquen la manera en que afrontan la enfermedad de su hijo.

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "CARACOL" (15 min)
Cierren los ojos. Imagine cada uno de ustedes que es un caracol de mar cubierto por una fuerte coraza que le protege. Tomen algo de tiempo para explorar cómo es su experiencia de sentirse dentro de la coraza del caracol. Descubran cómo es este caracol y qué siente estando ahí dentro.

Ahora, despacio, comiencen a caminar por toda la sala y sin abrir los ojos salgan de la coraza. Tomen conciencia de cómo se van sintiendo al emerger, al ir tomando contacto con el mundo. Mentalmente contesten la siguientes preguntas: ¿cómo camina siendo un caracol?, ¿cómo siente la carga que lleva sobre sus hombros?, ¿qué siente cuando se arrastra?, ¿cómo son sus antenas?, ¿las tiene escondidas en su cabeza o están afuera? Quédense un momento con esta experiencia... Ya pueden volver al aquí y al ahora abriendo los ojos.

- PROCESAMIENTO (1 hora 45 min)

Preguntas:

- ¿Cómo es su coraza y para qué le sirve en su vida?
- ¿Cómo se sienten con ella?
- ¿Cómo se dirigen en la vida con ella?

SESIÓN 20

SOPORTE

OBJETIVO

Que el grupo reciba apoyo al expresar a cada uno de los integrantes las cualidades y habilidades que han valorado y apreciado durante el trabajo grupal de los demás.

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "DAR Y RECIBIR APRECIO" (10 ó 15 min)

En este ejercicio cada uno expresará verbalmente lo que le gusta de los demás integrantes del grupo, tomando conciencia de cómo se sienten mientras dan y reciben este tipo de mensajes.

Siéntense en círculo. Una persona se sentará en el centro y, mientras permanezca en él, deberá guardar silencio. Cada uno de los que están alrededor, de izquierda a derecha, comenzará a decirle tres o cuatro cosas que aprecia de ella. Es muy importante que hablen con toda la sinceridad posible. Sean tan superficiales o profundos como quieran, pero sean honestos y expresen aquello que realmente valoran. Cada uno mire a los ojos a la persona ubicada en el centro y hablele directamente; sea muy específico y detallado. No diga simplemente "me gustas" o "me gusta tu pelo". Diga exactamente qué le gusta de la persona o de su pelo.

Iniciará quien así lo decida; y cuando termine, la persona que está sentada a su izquierda debe ubicarse en el centro del círculo. Continuarán de este modo hasta que todos hayan ocupado el centro y recibido la apreciación de todos los demás.

- PROCESAMIENTO (1 hora 45 min)

SESIÓN 21

SESIÓN LIBRE

OBJETIVO

Que los participantes expresen los pensamientos, emociones y sensaciones que deseen trabajar en ese momento, o bien que retomen las necesidades que hayan surgido en sesiones anteriores.

- TEMA LIBRE (2 hrs.)

SESIÓN 22

AUTOEVALUACIÓN

OBJETIVO

Que cada participante evalúe el trabajo que ha realizado durante su estancia en el grupo.

DESARROLLO

- EJERCICIO DE SENSIBILIZACIÓN "EVALUACIÓN" (20 min)
Antes de llegar a la fase final del taller, es conveniente comentar con las personas del grupo cómo se ha sentido cada una de ellas, tomando como referencia el ciclo del *self* de cada persona, el cual consta de cuatro elementos o áreas: cognitiva, física, emocional y espiritual. Considerando estos cuatro elementos de la personalidad, responda el siguiente cuestionario.

(El cuestionario que se utilizó en esta sesión se puede ver en el anexo 1)

- PROCESAMIENTO (1 hora 40 min)

SESIÓN 23

CIERRE

OBJETIVO

Que los padres analicen sus avances al terminar el curso. Asimismo, que concluyan su participación en el grupo y se despidan de cada uno de los demás integrantes.

DESARROLLO

- DINÁMICA "EL POZO" (35 min)

Siéntense acomodando sus sillas en círculo. Les repartiremos algunas tarjetas blancas en forma de pez. En cada una van a escribir, con el color que más les guste, lo positivo que se llevan y les haya dado este curso. En otras tarjetas, escribirán con otro color lo negativo que traían al inicio del curso. Tienen cinco minutos.

(Durante este tiempo el terapeuta formará otro círculo en el centro del salón con una cuerda o gis).

En seguida, imaginen que este nuevo círculo es un pozo y que ustedes están a la orilla de él; coloquen dentro todos sus peces. (Ya que están todos los peces dentro, el facilitador debe revolverlos.) Les daremos un anzuelo (una cuerda con un clip abierto), con el que van a pescar sus propios peces, pero sólo aquellos que contienen lo positivo. Dejen los peces con información negativa dentro del pozo. Saquen sus peces con el anzuelo; no deben sacar ninguno con la mano ni pisar la línea, que forma el círculo, pues si alguien lo hace, tiene que regresar al pozo lo que ya había pescado e intentarlo de nuevo. Tienen ocho minutos.

Ya que han pescado todos sus peces positivos, ordénelos de mayor a menor importancia para ustedes. Ahora, cada uno compartirá con el grupo los aspectos negativos que dejan en el pozo y los positivos que se llevan de este curso.

- EVALUACIÓN CON EL IDARE (15 min)

- EJERCICIO "CIERRE DEL TALLER" (6 min)

Así, sentados en círculo, mírense durante unos segundos moviendo solamente la cabeza. Después, cada uno desde su lugar y sin mover la cabeza, establezca contacto visual con todo el grupo.

El facilitador dirá "adiós" a cada participante llamándolo por su nombre y mirándolo a los ojos. Los miembros del grupo pueden hacer lo mismo si así lo quieren.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

CONTESTE LO MÁS SINCERAMENTE POSIBLE:

1. ¿Cómo me veo a mí mismo?

2. ¿Cómo soy?

3. ¿Cómo soy yo en interrelación con los otros?

4. ¿Quién soy yo como miembro del grupo?

5. ¿Qué he hecho en el grupo, cuál ha sido mi participación?

6. ¿Quién y cómo era yo antes de comenzar este taller?

7. ¿Cómo soy ahora, en este momento?

8. ¿Qué partes de mí he trabajado?

9. ¿Ha notado cambios en Ud., cuáles?

10. ¿A qué cree que se deban estos cambios?

11. Imagine que la próxima sesión es la última del curso, mencione qué cosas le gustaría resolver y que no ha expresado:

¡ GRACIAS !

BIBLIOGRAFÍA

1. Alatorre, J. (trad). (1994). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos (Traducción selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association") México: Facultad de Psicología. 110 p.
2. Baumgardner, AM. (1982). Terapia Gestalt. Teoría y práctica (1a. ed.). México: Concepto. pp 71-74
3. Berkow, R. (1989). El manual Merck de diagnóstico y terapéutica (8a. ed.). Barcelona, E: Doyma. 1193 p.
4. Berlanga, DC. (1985). Indicadores emocionales de mayor incidencia en niños en procesos oncológicos encontrados a través de pruebas proyectivas. Tesis de licenciatura, Universidad de las Américas, Facultad de Psicología, México
5. Bertrand, J. et al. (1987). Endocrinología pediátrica. Barcelona: Salvat. 622 p.
6. Bouchard, MA. et al. (1987). Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid, E: Debate. pp. 67-69, 322-323.
7. Braceland, FJ. (ed.). (1981). Anxiety. Personal Reflections: Insight Publishing Co., Inc. p.6
8. Campbell, DT. Y Stanley, JC. (1993). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social (6a. reimp.). Argentina: Amorrortu Editores. 158 p.
9. Carreño, MJ. (1992). Padecimientos crónicos maternos (diabetes y cardiopatías) y desarrollo infantil. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
10. Carrillo, RM. (1989). La agresión en pacientes con Diabetes Mellitus Juvenil. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

11. Castanedo, SC. (1988). Enfoque centrado en el aquí y el ahora. Barcelona, E: Herder. 313 p.
12. Castanedo, SC. (1990). Grupos de encuentro en la terapia Gestalt: De la silla vacía al círculo gestáltico. Barcelona: Herder. 255 p.
13. Cicely, M. (1980). Cuidados de la enfermedad maligna terminal. México: Salvat. Pp.1-1
14. Duclaud, Cl. y Aguilar, SS. (1984). Factores personales y/o familiares que participan en el control de la D.M.J. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
15. Edelson, P. (1991). Sida en niños. Clínicas Pediátricas Norteamericanas (Vol.1) (J.R. Blengo, Trad.). Estados Unidos: Interamericana. pp. 179 y 180
16. Ellis, A. y Abrahms, C. (1986). Terapia Racional Emotiva. México: Pax-México. Pp.13-29
17. English, H. y English, A. (1977). Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. 900 p.
18. Fernández, AH. (1990). Reacciones emocionales en dos grupos de adolescentes con tipos de cancer diferentes. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México. 146 p.
19. Islas, AS. y Lifshitz, GA. (1993). Diabetes Mellitus (1a. ed.). México: Interamericana S.A. de C.V. 366 p.
20. Kahn, RP y Lau SH. (1995). Tratamiento intensivo de la diabetes. American Diabetes Association. Clinical Education Series. p.12-18, 29-39.
21. Kovacs, M. et al. (1985, Mayo). Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. The Journal of Pediatrics: Behavioral pediatrics, pp. 827-834.
22. Latner J. (1978). El libro de la terapia Gestalt. México: Diana. 207 p.

23. Lerman, G.I. (1994). Atención integral del paciente diabético. México: Interamericana, Mc. Graw-Hill. 334 p.
24. Lipkin, G. y Cohen, R. (1980). Atención emocional del paciente. México: La Prensa Médica Mexicana. 287 p.
25. Lipkin, G. y Cohen, R. (1984). Atención emocional del paciente. México: La Prensa Médica Mexicana. pp. 277-284.
26. López, JJ. y Pichot, P. (Eds.). (1995). Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson. pp. 401-456.
27. Martínez, MR. (Ed.) Hidalgo, SMA. (1991). Análisis histórico de la salud del niño y del adolescente mexicano: La salud del niño y del adolescente (Vol.1) México: Salvat. pp 63-65
28. Nájera, PH. (1986). Educación y desarrollo emocional del niño (4a. ed.). México: La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. pp. 86-88
29. Naranjo, C. (1991). La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica (2a de.). (F.Huneeus. Trad). Santiago, Ch: Cuatro Vientos. 276 p.
30. Osol, APD. (Coordinador de la 1a. edic. en inglés) (1983) Diccionario breve de medicina de Blakiston. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A: de C.V. 1380 p.
31. Padua, J. et al. (1981). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales (1a reimp). México: Fondo de Cultura Económica. 360 p.
32. Pérez, PE. (1987). Manual del diabético insulino-dependiente. México: Intersistemas, S.A. de C.V. 260 p.
33. Perls, F. (1974). Sueños y existencia. Santiago de Chile: Cuatro vientos. 285 p.
34. Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico y testimonios de terapia. Santiago de Chile: Cuatro vientos. 216 p.

35. Petrides, P., Weiss, L., Löffler, G. Y Wieland, O. (1975). Diabetes Mellitus. Barcelona: Toray, S.A. 148 p.
36. Petrillo, M. y Sanger, S. (1975). Cuidado emocional del niño hospitalizado. México: La Prensa Médica Mexicana. 318 p.
37. Polaino, A. y González, JL. (1990). Pedagogía hospitalaria. Madrid, E: Narcea. pp. 41-54.
38. Ramírez, HB. (1997). Diseño de una prueba motora para evaluar ansiedad y angustia-estado. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
39. Robles, DF. et al. (1987). Los cuidados del enfermo crónico (1a. ed.) Ediciones Nuevomar S.A. de C.V. p. 126.
40. Ruch, FL. (1973). Psicología y vida (2a. Reimp.). México: Trillas. pp. 551-554
41. Ruiz, SA. et al. (1964). Quimioterapia de la Diabetes Mellitus. Evaluación clínica de los hipoglucemiantes orales. Guadalajara, M: Universidad de Guadalajara. 169 p.
42. Saavedra, GH. (1993). Relaciones familiares e interpersonales, expectativas de trabajo y autoconcepto en el adolescente diabético I.D. (estudio comparativo). Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México. 186 p.
43. Salama, H. y Villareal, B. (1988). El Enfoque Gestalt: una psicoterapia humanista. México: Manual Moderno. 203 p.
44. Shepard, M. (1989). Cómo ser su propio psiquiatra. Panamá: América S.A. p. 2-10.
45. Spielberger, Ch. (1980). Tensión y ansiedad. México: Harper and Row. 128 p.
46. Stevens, JO. (Comp). (1990). Calas Tito y Alejandro Celis (Trad). Esto es Gestalt (7a ed.). Santiago de Chile: Cuatro vientos. 301 p.

47. Stevens, JO. (1988). El darse cuenta (6a. Reimp.). Santiago de Chile: Cuatro vientos. 269 p.
48. Thompson, C. (1950). El Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica. pp. 115-132.
49. Vallejo, RJ. y Gastó, FC. (1990). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. España: Salvat Editores, S.A. pp.137-150.
50. Waelder, R. (1964). Teoría básica del psicoanálisis. México: Pax-México. pp. 144-147
51. Zamudio, SS. y López, VS. (1993). La ansiedad en pacientes quemados. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
52. Zárate, TA. y cols. Villalpando, S. y Miranda, R. (1989). Diabetes Mellitus. Bases para su tratamiento. México: Trillas, S.A. de C.V. 93 p.
53. Zárate, TA. y Rull, J. (1981). Introducción a la endocrinología (2a. ed.). México: MC Editor, SEI S.A. 357 p.
54. Zinker, J. (1995). El Proceso creativo en la terapia Gestalt. México: Paidós. 210 p.
55. Zinser, O. (1992). Psicología experimental. México: Mc Graw Hill. 296 p.