



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA
PADRES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DESDE UN ENFOQUE GESTALT

TESIS TEÓRICA

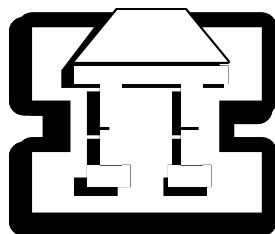
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ESTELA YANIRA JIMÉNEZ TAPIA

COMISIÓN DICTAMINADORA:

MTRA. GUADALUPE AGUILERA CASTRO

LIC. JOSE RENÉ ALCARAZ GONZÁLEZ

MTRA. MARIA ANTONIETA DORANTES GÓMEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIA

Este trabajo este dedicado con profundo cariño y agradecimiento:

A mis padres

A la memoria de mi papá Jesús

A la dedicación de mi mamá Carmen

Al apoyo de mis hermanos:

Susana, Jesús y Angélica

A mi sobrino Luis con especial cariño

Al apoyo brindado por mi tío Carlos Jiménez

*A todas las personas que la vida me ha permitido conocer y hacia quienes
siento un gran amor.*

A todos, Gracias

ÍNDICE

Introducción.....	5
Capítulo 1.	
La familia: concepto y estudio.....	11
Capítulo 2.	
Efectos de la discapacidad sobre la familia.....	26
Capítulo 3.	
La Psicoterapia Gestalt: orígenes y metodología.....	44
3.1. Orígenes de la Terapia Gestalt.....	45
3.2. Actitud profesional y personal del terapeuta Gestalt.....	58
3.3. Cómo establecer una metodología de trabajo en Psicoterapia Gestalt.....	63
3.3.1. Técnicas de intervención en Gestalt.....	69
Capítulo 4.	
Propuesta para trabajar.....	85
Conclusiones.....	99
Referencias.....	105

RESUMEN

La atención a la discapacidad en México ha ido paulatinamente ganado la atención de profesionistas, autoridades y público en general, empero, aún no existen las condiciones necesarias y adecuadas para hacer frente a esta demanda social que debe contemplar el aspecto de la salud, la educación, las condiciones laborales, la infraestructura e instalaciones con las que un país debe contar para la atención a este sector de la población y las cuales, como sabemos, no existen.

Pero no sólo es la persona discapacitada la que se tiene que enfrentar a las precarias condiciones que su sociedad le impone, su familia también lo hace. Cuando hablamos de discapacidad generalmente evocamos sólo a la persona que presenta alguna deficiencia y poca atención ponemos a quienes se encuentran a su alrededor. En un intento por sensibilizarnos de la importancia que debemos dar a la familia, por ser ellos quienes participan de manera activa en el desarrollo psicológico y físico de su familiar, presentamos con este trabajo una alternativa para brindar atención psicológica a los padres y ayudarlos a explorar todos los sentimientos que les genera tener un hijo con discapacidad, todo ello desde el enfoque de la Psicoterapia Gestalt.

Con ello pretendemos contribuir al proceso de habilitación de sus hijos -que algunas veces se encuentra estancado o con muy pocos avances- y al mismo tiempo incrementar la calidad de vida tanto de los padres como de la persona discapacitada, pues definitivamente de la manera en que los padres asuman su paternidad dependerá la atención que den a sus hijos.

INTRODUCCIÓN

La decisión que me llevó a tomar este tema para la tesis ocurrió después de estimar el valor que para mi significa la Gestalt tanto a nivel personal como profesional, aunque tuvo más peso lo personal, y la necesidad de conocer más acerca de ella. En un inicio planeaba que el tema girara en torno a un tema de la Educación Especial, sin embargo, no lograba relacionar ambos temas porque no se me ocurría cómo podía la Gestalt ayudar a las personas con discapacidad y mi intención era a todas luces vincularlas. Se me ocurrió entonces que la Educación Especial no sólo se refiere a los niños y adultos que acuden a la CUSI (Clínica Universitaria de Salud Integral) de la FES Iztacala a recibir atención, sus padres son integrantes de ese gran mundo del que forman parte y fue así que pensé dirigir mi atención al trabajo con los padres de estas personas.

Comencé a escuchar de Gestalt hace cuatro años en un centro para ayuda psicológica en el Distrito Federal, era algo totalmente desconocido para mí pero fue acaparando mi atención cuando comencé a leer de ella, era la primera teoría que había escuchado que prestaba atención a la totalidad del individuo, a sus emociones, a sus pensamientos, a su conducta, a su espiritualidad y a su entorno. Se trataba de un enfoque que lo veía como un ser humano perfectible, que puede mostrar polaridades por que así es su naturaleza y esa naturaleza es respetada tan sólo por tratarse de un ser diferente a otro, consideraba además a cada ser humano como una totalidad que era influenciado y a su vez influía al medio del que forma parte.

Durante mi formación en la carrera había visto un poco de varias teorías, unas hablaban de la conducta de las personas como una consecuencia de su medio ambiente, otras lo veían como principal agente activo para adecuar el ambiente a sus necesidades; los procesos mentales adquirirían importancia para algunos investigadores y la conducta que podía ser cuantificada y medida era la razón para explicar la conducta de las personas, comúnmente las investigaciones que los

alumnos realizábamos giraban en torno a tratar de explicar las causas de cierto comportamiento sólo al indagar en su medio ambiente. Así mismo era común escuchar el rechazo hacia aquel axioma cartesiano que aseveraba que la mente y el cuerpo eran entidades separadas y, no obstante, la separación parecía seguir marcando la línea de estudio para quienes se centraban, por un lado, en los procesos psicológicos del individuo y para quienes, por otro lado, el medio ambiente era determinante. Pero olvidaban que más allá de situarlo en un extremo u otro, el ser humano mantiene en todo momento un estrecho vínculo con su naturaleza, con los otros, con su cuerpo, con su mente y por supuesto con su medio.

Este “olvido” evidente parece resultado del legado de la ciencia moderna occidental que ha considerado al hombre al margen de la naturaleza y es ese uno de los más grandes errores que ha cometido. Todos los seres vivientes formamos parte de ese gran universo que existe y es nuestro cuerpo una de sus más grandes creaciones, la mente y el cuerpo no están de ninguna manera separadas, forman parte uno del otro, forman parte de una totalidad. Resulta, sin embargo, paradójico que sigamos manteniendo a nuestro cuerpo como si fuera una entidad aislada, como si no fuera parte nuestra, quizá por la educación, quizá por la cultura, lo cierto es que, cuando no somos conscientes de ello, no alcanzamos a percibirnos como un “todo”, esto no resulta fácil de darse cuenta, es un proceso largo y a veces difícil, pero agradable.

La Gestalt no olvida al cuerpo, al contrario lo toma en cuenta y lo hace “visible” y aclama por que sobresalga, estoy convencida de que podemos empezar por conocer nuestro cuerpo para poder admirar el universo entero, darnos cuenta de su esencia y de la nuestra propia. Desafortunadamente éste es un aspecto que no todas las teorías abordan, pareciera que la Psicología se ha adaptado a las necesidades que la sociedad moderna demanda y ha buscado un lugar para adecuarse en los estilos de vida que actualmente se viven. Vivimos entre las prisas, entre lo funcional y rápido, en lo que brinde una solución rápida sin

“pérdida” de tiempo y que no requiera mucho esfuerzo, entre el deseo de obtener poder, logro, éxito, fama, reconocimiento, muestra de ellos son los libros de autoayuda que prometen a las personas lograr lo que se propongan con tan sólo leer unas páginas y repetir frases que lo engrandezcan. Acertadamente dice Persl (1976; pág. 57) “el hombre se trasciende a sí mismo únicamente por la vía de su verdadera naturaleza, jamás por medio de la ambición ni las metas artificiales. Estas conducen, en el mejor de los casos, al orgullo y la vanidad glorificada”.

La Gestalt invita a que cada ser humano se de cuenta de su esencia, de su existir y sólo a partir de ello podrá darse cuenta de lo que ocurre a su alrededor. Me parece una propuesta adecuada para quienes estamos interesados en trabajar con la totalidad de la persona, con sus emociones, su entorno, su espíritu, su cuerpo, podemos ayudarlo de una mejor manera si lo observamos desde este punto de vista. Esta es una más de las razones de el por qué se eligió este enfoque teórico para realizar la propuesta presentada en este trabajo para aportarla al campo de la Educación Especial. Por ello, el Objetivo General de este trabajo es el de:

Aportar una propuesta de intervención terapéutica para padres de personas con discapacidad desde el enfoque de la Psicoterapia Gestalt para con ello contribuir al proceso de habilitación de sus hijos.

Para alcanzar tal propósito, es menester dar a conocer un panorama teórico y metodológico de lo que habla la Gestalt, es un panorama muy general en comparación con toda la teoría y conceptos que posee, no quise sin embargo ahondar más allá de los conocimientos que tengo y preferí plasmar lo que hasta ahora conozco de esta teoría. Los objetivos específicos planteados que se pretenden obtener son entonces:

- **Brindar un panorama teórico de la propuesta que brinda la Psicoterapia Gestalt.**
- **Dar a conocer la metodología que se emplea en la Psicoterapia Gestalt para trabajar en una sesión terapéutica.**
- **Conocer la importancia del “aquí y ahora” y el “darse cuenta”, conceptos básicos en Psicoterapia Gestalt.**
- **Describir cómo se desarrolla una sesión terapéutica en Psicoterapia Gestalt.**
- **Conocer los aspectos personales, éticos y profesionales que debe tener en cuenta el terapeuta que decida tomar este enfoque teórico para trabajar.**
- **Aportar varias técnicas que conduzcan a incrementar el “darse cuenta” de los pacientes en una sesión terapéutica.**

La propuesta está diseñada para trabajar dentro del campo de la Educación Especial, específicamente se trata de una propuesta de psicoterapia para trabajar, como ya mencionamos, con los padres de personas con discapacidad. Se pretende buscar un espacio terapéutico para permitirles y que ellos se den cuenta que pueden permitirse a si mismos, expresar sus sentimientos y lo que necesitan decir, me atrevería a asegurar que esto, de mantener una línea de trabajo en talleres con estas personas que vayan encaminados a explorar el contacto con ellos mismos, va a contribuir en gran medida al proceso de habilitación de sus hijos, pues de lo contrario los sentimientos de rechazo pueden seguir entorpeciendo el trabajo terapéutico que se realiza con ellos.

Esta idea surge por dos razones principalmente, por un lado y de acuerdo a la bibliografía consultada, porque no existe mucha investigación sobre este tema, parece que la mayoría sólo se centra en las características de la persona discapacitada y la elaboración de programas para su habilitación o rehabilitación. Por otro lado, la inquietud surge al observar cómo las relaciones entre padres e hijos carecen a veces de funcionalidad. Regularmente la vida de los padres se

torna desesperada, desalentadora, triste y ven truncados sus planes y truncan así mismo las posibilidades de crecimiento para su hijo; es comprensible observar los rostros cansados, resignados a vivir junto a un hijo que le es difícil valerse por sí mismo, para cualquier persona que ha comprobado lo difícil que resulta trabajar en este campo, lo podrá entender.

Como veremos en el capítulo dedicado al contexto familiar de las personas con discapacidad, el nacimiento de un hijo con alguna deficiencia no resulta fácil de asimilar y mucho menos de vivirlo día a día, no es comparable con el nacimiento de un hijo "normal" aunque algunas personas se empeñen en afirmarlo así. Generalmente las reacciones de los padres son de rechazo, dolor y negación, son reacciones que, de no contar con los recursos para manejarlos de manera adecuada, puede generar trastornos psicológicos y físicos. Esto repercutirá necesariamente en el o los hijos y por lo tanto en la calidad de vida que se les brinde. Si bien es cierto que los estilos de crianza y de interacción que mantengan con sus hijos desde el nacimiento van a marcar una pauta en la relación, también es cierto que en la realidad los padres carecen, en la mayoría de los casos, de una orientación adecuada que les permita conocer qué pasa realmente con la discapacidad de su hijo y saber que pueden obtener ayuda de varios profesionales que los orienten en la situación que viven, de lo contrario pueden surgir confusiones y miedo y esto no favorece las condiciones nuevas a las que se van a enfrentar.

En la medida en que a los psicólogos que nos interese el área de Educación Especial o el área de psicoterapia, podamos darnos cuenta de que el ser humano lleva a cabo diariamente una infinidad de procesos físicos, psicológicos, biológicos o sociales sobre él mismo o sobre los demás, será la ayuda que podamos brindarle, no cometamos el error de reducirlo a su trabajo, a su familia, a su escuela, a la clínica donde asiste, a su comunidad y a creer que la fuente de sus "problemas" está necesariamente dentro de un campo particular. Seamos concientes de que la ayuda que le brindemos dependerá de la manera cómo lo

estamos viendo, sea la corriente teórica de que se trate, psicoanálisis, conductismo, PNL, Gestalt, sistémico, etc., tengamos cuidado de tomar en cuenta todo su entorno, pues finalmente el que se verá beneficiado por la ayuda será el paciente y nuestra responsabilidad será brindarle un trabajo con la calidad adecuada.

Finalmente, cada teoría brinda diferentes puntos de vista y diferentes manera de trabajar, dice Gary Yontef en su libro *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestalt* (2002) que ninguna teoría es verdadera, asevera que “pueden dar fuerza y dirección, pero no aprobar la veracidad o falsedad de una proposición” (pág. 274) y por lo tanto la Gestalt no debe considerarse una verdad absoluta, pues ninguna corriente teórica posee la verdad en sí misma, se trata solo de ideas que pueden ser de mucha utilidad para aquel investigador que decida tomarla y que vea que le provee de aportaciones que enriquezcan su campo de estudio.

Así que lo mejor es que cada quien opte por el enfoque que más le satisfaga y encuentre funcional y que sea, sobre todo, de ayuda para el paciente, ya lo dice Osho, un personaje dedicado a enseñar meditación: “Hagas lo que hagas será lo adecuado, y lo que no hagas es lo que no debías de haber hecho”.

CAPÍTULO 1

LA FAMILIA: CONCEPTO Y ESTUDIO

El interés por analizar el funcionamiento de las familias comenzó cuando los terapeutas que atendían a personas de manera individual, se dieron cuenta que las personas que rodeaban a su paciente tenían gran influencia en su comportamiento, no se trataba de personas aisladas sino de gente que vivía en un contexto familiar y que por ende mantenía una relación recíproca.

Fue la psiquiatría, a finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta, la primera rama de la ciencia que dedicó su estudio al funcionamiento familiar. Sin embargo, según Bowen (1989b), el estudio de la familia evolucionó mucho antes cuando la teoría psicoanalítica se puso en práctica hacia principios del siglo XX, como ejemplo cita el trabajo de Freud con los padres de un niño llamado Hans en 1909, cuya labor coincide con las técnicas que más tarde desarrolló la terapia familiar. No obstante, el tema de interés en otros trabajos psiquiátricos de ese tiempo no tenía como foco de interés a la familia en contexto sino sólo al miembro que era atendido y que era considerado como “enfermo”.

La primera y segunda guerras mundiales permitieron al psicoanálisis convertirse en una de las teorías psicológicas más aceptadas que atendían problemas de tipo emocional. El boom que mantuvo el trabajo psicoanalítico al terminar la segunda guerra mundial, dio pauta para que los psiquiatras hicieran extensivo su estudio y decidieran analizar el contexto familiar, pero su trabajo no salió a la luz debido en gran parte, según Bowen (1989b), a que se debía mantener el secreto profesional entre el paciente y el terapeuta y así “prevenir de la contaminación de la transferencia por el contacto con los familiares del paciente”, lo cual constituía en ese tiempo la base de una psicoterapia adecuada. De esta manera los científicos que iniciaron sus investigaciones con familias con un miembro esquizofrénico destacaron como impulsores del movimiento familiar, relacionándose así la terapia

familiar con la esquizofrenia y fue hasta los años 60' que los psicólogos lograron que ambas fueran entendidas como dos campos diferentes.

Los primeros trabajos que se hicieron públicos posteriores a 1960 continuaban dándose en el área de la psiquiatría con una atención más centrada en la familia, se puede citar por ejemplo el trabajo de Nathan Ackerman, quien es considerado como uno de los precursores en el tratamiento a familias, Ackerman creó un modelo de tratamiento donde adoptó formulaciones psicoanalíticas de psicopatología a un método de tratamiento de sistemas familiares (Ackerman, 1958; en Johnson, Rasbury y Siegel, 1992); también podemos mencionar a Virginia Satir que en 1964 desarrolló el trabajo de una perspectiva familiar en un hospital psiquiátrico. A la par de las investigaciones, comenzaron a abrirse espacios en Congresos Profesionales en Estados Unidos, por ejemplo, el Congreso Nacional de la Asociación Ortopsiquiátrica Americana dedicaba una sección para publicar artículos sobre la familia en marzo de 1957 y la Asociación Psiquiátrica Americana dedicó un espacio similar en mayo del mismo año. Todos los artículos presentados estaban en vías de investigación.

De esta manera, durante el período comprendido entre 1957 y 1958, la investigación familiar comenzó a conocerse en Norteamérica. Sin embargo, la formación teórica que tenían los terapeutas en la forma de trabajar de manera individual, trajo como consecuencia que aplicaran los mismos métodos a las familias, sin tomar en cuenta las premisas teóricas que ya estaban siendo planteadas por los investigadores del enfoque familiar. Así, mientras algunos terapeutas comenzaban a “ver” a la familia como un contexto que afectaba y era afectada por el paciente, otros continuaban trabajando en la misma línea de los inicios de la terapia familiar, es decir, sólo con el paciente sin tomar en cuenta el efecto de la familia sobre él (Bowen, 1989b).

Así, vista la familia desde un enfoque psicoanalítico, se emprendió el análisis de su funcionamiento, empero, según Prata (1990), el proceso llevado a cabo para

ello comenzó a ser “ineficaz” debido a que su principal instrumento de trabajo era la transferencia y la contratransferencia. El inconveniente que presentaba este método de trabajo era que debían ser analizadas cada una de las transferencias y contratransferencias que se daban con cada miembro de la familia y la evolución de las mismas (Jackson y Haley, 1963; citado en Prata, 1990). En consecuencia se pasaban por alto las relaciones actuales que la familia mantenía por intentar ahondar en aspectos subjetivos de los mismos.

No significa de ninguna manera que los procesos individuales carezcan de importancia, por el contrario, cobra relevancia el estudio familiar porque ofrece un indicativo de cómo su vida se ve afectada por quienes los rodean (Bowen, 1989b). Este ha sido el principal interés que buscan quienes se dedican al estudio familiar, de hecho, su análisis se originó por la necesidad de observar y analizar el comportamiento individual como parte de un sistema. Y para que ésta relación pueda ser entendida es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, como un “sistema relacional” cuyos componentes mantienen una relación recíproca. Desde el punto de vista de Andolfi (1990), el estudio de las relaciones familiares podrá adquirir mayor comprensión si se entienden los procesos de los principios validados por los sistemas en general. Este hecho resulta trascendente si se observan las relaciones dadas por los organismos como parte de una entramada y compleja red de estructuras en interacción, como parte de un sistema que influye y es influido por sus componentes, de ahí la importancia de considerar como un sistema a todo organismo que forma parte de éste universo y comprender la importancia que tiene la teoría de los sistemas para explicar dichas interacciones, concretamente en este caso que nos interesa comprender la estructura familiar.

La notable influencia que tuvo y ha tenido la Teoría General de los Sistemas en el estudio de los procesos familiares ha sido, por un lado, a que “ve” todos los procesos en el universo como “complejos elementos en interacción”, que poseen una estructura y grado de complejidad dados precisamente por interactuar unos

con otros, y por otro lado, por la aplicabilidad de sus conceptos y principios. El enfoque sistémico, que dedica su estudio a la familia, se basa en esta teoría, esto le ha facilitado observar “de cerca” la dinámica familiar y ha resultado eficaz y funcional para quienes la manejan.

Es importante aclarar que la Teoría General de los Sistemas no surge como una alternativa en psicología, surge más bien por la necesidad de rescatar un aspecto que comparten casi todas las ramas de la ciencia. Es oportuno en este punto hacer una breve síntesis del origen y de lo que significa la Teoría General de los Sistemas y por qué resulta interesante su aplicabilidad en la familia.

Aunque casi nunca nos percatamos de ello, somos organismos totales y completos porque nuestro organismo funciona precisamente como una totalidad. Nuestra constitución corporal, nuestras células, nuestro cerebro, nervios, músculos, huesos, nuestra piel, funciona como un “todo”, lo que ocurra a alguna parte de nuestro cuerpo afectará indudablemente a las otras. Esto nos ocurre a nivel individual, pensemos ahora lo que ocurre a nuestro alrededor, nuestro medio ambiente está formado por otros seres humanos, también por animales, por flores, árboles, por la lluvia, el sol, la tierra, el aire... somos parte de un gran universo que funciona de igual manera con todo lo que forma parte de él.

Esto parecería muy lógico pensarlo ahora, pero la ciencia de antaño prefería dividir cada parte de una totalidad y estudiarla de manera individual y aislada, dejando de lado la idea de que todo organismo conlleva una totalidad, ejemplo de ello es el trabajo psicoanalítico que mencionábamos anteriormente, donde se daba importancia al paciente y se olvidaba su contexto familiar. Esto no solo ocurría en psicología, lo mismo ocurría en la biología, la física, la química, la sociología y otras áreas de la ciencia. La necesidad de crear una Teoría de Sistemas surgió porque la concepción mecanicista resultaba insuficiente “para enfrentar problemas teóricos, especialmente en las ciencias biosociales y los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna” (Bertalanffy, 1976, pág. 10)

Esta concepción de la ciencia inquietó al biólogo Von Bertalanffy y partiendo de la rama que estudiaba dio origen a la Teoría General de los Sistemas; él defendía “una concepción organísmica en biología que hiciera hincapié en la consideración del organismo como un todo o sistema y viese el objetivo principal de las ciencias biológicas en el descubrimiento de los principios de organización de sus diversos niveles”. No obstante, pronto se dio cuenta de que no sólo en la biología podía encontrar sistemas, también los halló en otras ramas de la ciencia, Bertalanffy afirmaba “en muchos fenómenos biológicos, pero también en las ciencias sociales y del comportamiento, resultaban aplicables expresiones y modelos matemáticos... la similitud estructural entre semejantes modelos y su isomorfismo en diferentes campos se tornaba ostensibles, y en el centro quedaron precisamente problemas de orden, organización, totalidad, teleología, etc., excluidos programáticamente de la ciencia mecanicista. Tal fue, la idea de la Teoría General de los Sistemas” (Bertalanffy, 1976 pág. 12).

A terminar la Segunda Guerra Mundial, Bertalanffy dio a conocer sus postulados, pero fueron recibidos con incredulidad por ser considerados triviales e inválidos y su teoría fantasiosa y presuntuosa; los investigadores de la época consideraban que reducía niveles superiores a inferiores, y no podía ser considerada la sociedad como un organismo. A pesar de su rechazo, en 1954 se formó la Sociedad para la investigación General de Sistemas, cambio por lo que antes era Asociación Americana para el Avance la de Ciencia, para impulsar el desarrollo de sistemas teóricos.

A la Teoría General de los Sistemas normalmente se le identifica con los sistemas cibernéticos, pues al hablar de sistemas se evoca la tecnología de la información y las máquinas autorreguladoras, sin embargo, cabe aclarar que no es así, la aparición de la Segunda Revolución Industrial, como la llamo Bertalanffy, trajo que la Teoría General de los Sistemas fuera “frecuentemente identificada con la cibernética y la teoría de control. Esto es así mismo incorrecto. La cibernética, como teoría de los mecanismos de control en la tecnología y la naturaleza,

fundada en los conceptos de información y retroalimentación, no es sino parte de una Teoría General de los Sistemas” (pág. 16). Es importante aclarar éste aspecto para evitar confusiones.

Por lo anterior, podemos definir a un sistema como “complejos elementos en interacción”, un conjunto de objetos interrelacionados entre sí, que están orientados hacia un objeto particular, del cual ninguno de los objetos puede ser modificado sin provocar una modificación en todos los demás (Abbate, 1978). El término de “sistema” no surgió en los años treinta, según Bertalanffy (1976), antiguamente se le puede hallar en la filosofía, pero no se le brindó especial atención, quizá por ello no tuvo relevancia en esta área científica. Hubo, no obstante, otros investigadores que se ocuparon del término, empero siendo muy circunscritos en su campo. Bertalanffy cita por ejemplo la obra de Köler de 1924 “Gestalten físicas”, en su obra restringe el término sólo a estructuras físicas y a “fenómenos biológicos y psicológicos presumiblemente interpretables sobre la base”, aunque más tarde, “planteó el postulado de una teoría de los sistemas encaminada a elaborar las propiedades más generales de los sistemas orgánicos en comparación con los inorgánicos” (pág. 10). Menciona también el trabajo de Lotka en 1925, quien aplicó el término a problemas de población, siendo, según el autor, quien se acercó más al objetivo de los sistemas.

La explicación brindada por el biólogo permitió que se abriera una opción para explicar las dinámicas familiares. El concepto que él brinda de lo que significa un sistema permite dar cuenta de lo importante que es observar a la familia desde éste punto de vista, al considerar que todos los organismos componen un sistema, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas, cada familia está constituida por sus miembros, sus reglas, sus costumbres, su estilo de vida, cada grupo familiar se caracteriza por sus propios sistemas reguladores, por lo tanto cada familia difiere una de otra. Desde este punto de vista, se ha considerado a la familia como un sistema, cuyas interacciones con su medio ambiente afectan su interior y a su vez quienes la

forman son afectados recíprocamente. El concepto más aceptado de la familia como sistema es el que propone Maurizio Andolfi (1990), el cual dice "... se puede considerar la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior" (pág. 18).

Dentro de la Teoría de los Sistemas existen los sistemas abiertos y cerrados (Abbate, 1978 y Rodrigo y Palacios, 1998); en los primeros existe intercambio con el medio ambiente, en los cerrados no lo hay. Sistemas abiertos se pueden citar los sistemas biológicos, antropológicos, psicológicos, entre otros; por ejemplo, la irrigación que va de la sangre al corazón y la oxigena, nuestra respiración, la aceptación a los cambios que ocurran en la familia por el crecimiento de los hijos, etc. Una reacción química en un recipiente aislado del medio circundante, es un ejemplo de sistema cerrado, el rechazo de un padre a un hijo que nace con Síndrome de Down, también habla de un sistema cerrado.

Los siguientes conceptos los podemos hallar dentro de la Teoría de los Sistemas, sin embargo, trataremos de encaminar su definición hacia la familia y lo que llega a ocurrir en su interior, esto ayudará a comprender las relaciones que se mantienen en su seno.

1. El principio de Totalidad.

Basada en la premisa de que cada una de las partes de un sistema está mutuamente relacionada, el principio de totalidad considera que el cambio en una de ellas afectará a todas las demás, es decir, la acción que uno de los integrantes de la familia haga afectará a la familia entera (Fig. 1). Por ejemplo, el crecimiento de los hijos, un divorcio, una muerte, una mudanza, el nacimiento de un hijo con discapacidad, etc. (Abbate, 1978).

Es importante remarcar, a pesar de que del trabajo terapéutico se hablará en otro capítulo, que el principio de totalidad no implica de ninguna manera que deban excluirse aspectos o datos importantes de una familia por el hecho de que sólo se está atendiendo a uno de sus miembros o, por el contrario, olvidarse de que cada persona es parte de un subgrupo de otras personas, llámese familia, amigos, estado, es decir, si se considera de manera errónea este principio puede conducir a la “sobreevaluación” de lo grupal, desvalorizando lo individual o viceversa. Sin embargo, la intención no es poner la “balanza” en algunas de las partes, sino entender que al estar relacionadas se afectan mutuamente. Lo importante al estar en una sesión terapéutica es observar de qué manera y a qué grado se está afectando la relación sin tomar partido en alguna de ellas.

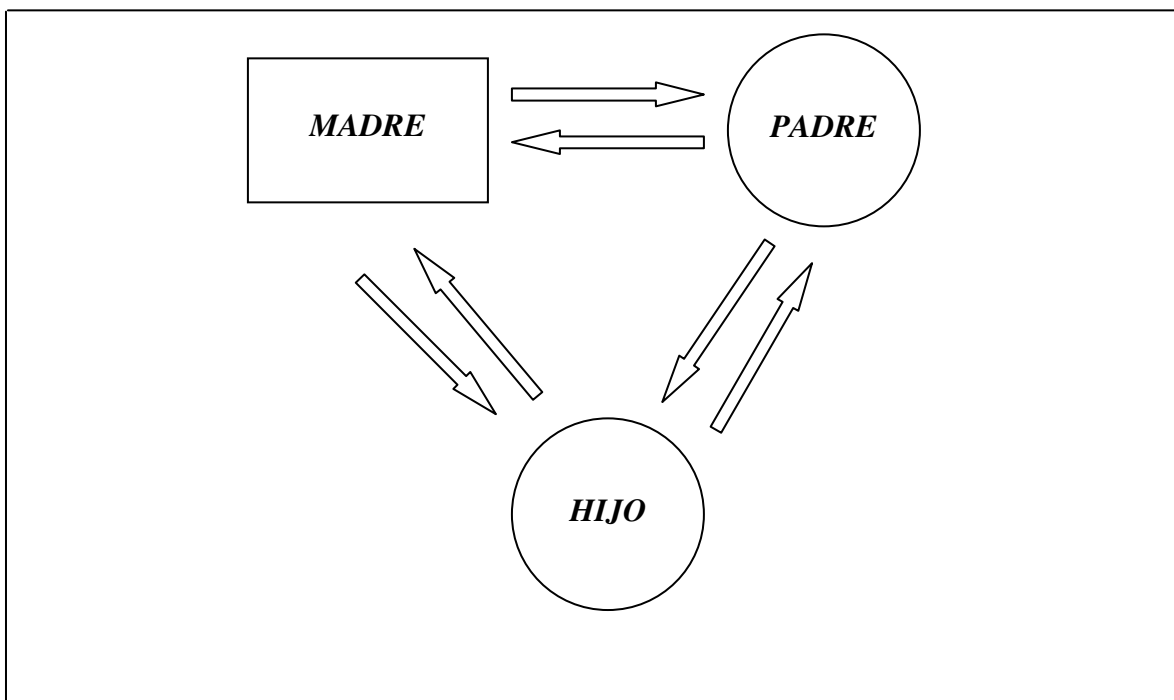


Fig. 1. Principio de Totalidad
En el sistema familiar lo que un miembro haga afectará a todo el sistema debido a su reciprocidad

2. Retroalimentación y Homeostasis.

El concepto de retroalimentación surgió con el advenimiento de la cibernética de acuerdo con Abbate (1978), ciencia recién fundada por el matemático estadounidense Norbert Wiener en 1948. En cibernética se conoce el fenómeno de retroalimentación o feed-back, como “una acción de retorno o retroacción (acción de volver hacia atrás) que permite regulaciones en el funcionamiento de ciertas máquinas”.

Aplicando este concepto al sistema familiar, podemos interpretarlo como un cambio en algunos de los componentes de la familia. Pensemos por ejemplo, que un niño de 10 años tiene un accidente y le amputan una pierna, éste suceso traerá un cambio para sí mismo y para sus padres y hermanos, y además también en otros sistemas externos a su familia, como sus compañeros de escuela, sus amigos, sus vecinos o su familia extensa. Estos hechos propiciarán a su vez que las personas a su alrededor regulen la conducta del niño por medio de información que constituyen mecanismos de retroalimentación, por ejemplo, si otros niños seguirán jugando con él como antes (Fig. 2).

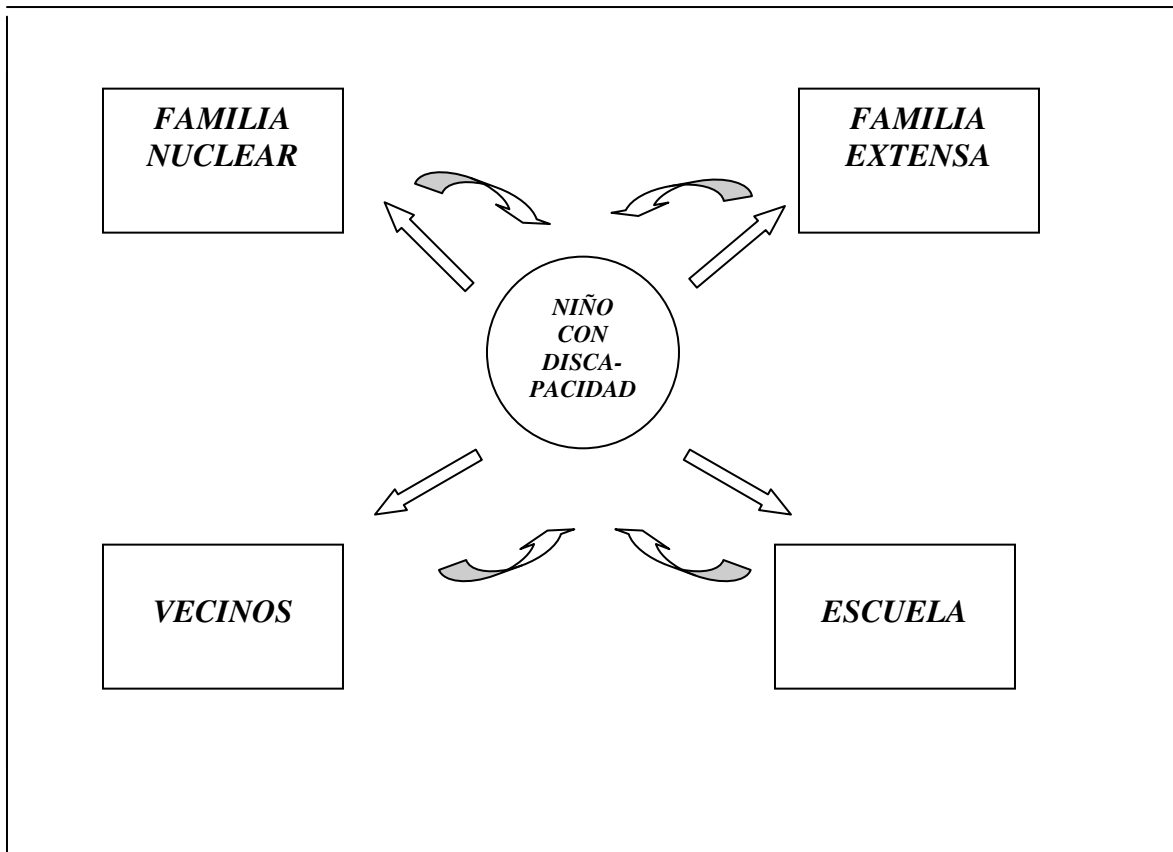


Fig. 2. Retroalimentación o Feed-back

De acuerdo al impacto que tenga el niño discapacitado sobre los sistemas a los que pertenece, éstos lo retroalimentarán positiva, para conducirlo al cambio, o negativamente, para mantenerlo en el mismo estado.

La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La primera conduce al cambio, lo propicia, aumenta y eventualmente lleva a la pérdida de estabilidad del sistema; mientras que, por el contrario, la retroalimentación negativa contrarresta el cambio, no lo favorece y lo sabotea para evitar que se lleve a cabo. Siguiendo el ejemplo anterior, una retroalimentación positiva se daría cuando la familia lleve a su hijo a su habilitación para que pueda continuar realizando las actividades que hacía o analizar la posibilidad económica de comprarle una prótesis. Ocurriría una retroalimentación negativa si lo sobreprotegieran y le negaran la salida a jugar por “miedo” a que se caiga o lastime.

Ninguno de los opuestos es saludable para la familia, no se puede aseverar que uno es mejor que otro. Es por eso que dentro de la Teoría de los Sistemas se creó el concepto de homeostasis, concepto derivado del estudio de familias con pacientes esquizofrénicos efectuados por Jackson en 1957 (Abbate, 1978). Jackson veía a la familia como “un sistema dinámico que mantiene su estabilidad”, a través de retroalimentaciones negativas “... al que se agregan otros mecanismos complejos y poco conocidos; todos estos mecanismos tienden hacia el equilibrio del sistema familiar y la protección contra la desorganización” (pág. 39).

Sin embargo, parece que el concepto de homeostasis ha tenido mala interpretación, de acuerdo con De Shazer (1989) “a medida que el concepto de homeostasis fue ganando mayor aceptación... fue equiparado a la ausencia de cambio, convirtiéndose en una idea que perjudica a los terapeutas” (pág. 24).

Según Speer (citado en De Shazer, 1989), una teoría de la estabilidad no es un buen fundamento para explicar una teoría del cambio y por tanto no puede estudiarse a la familia sobre la base de la homeostasis, pues estabilidad y cambio constituyen diferentes tipos lógicos. Speer prefiere utilizar el término de morfogénesis (cambio de estructura) introducido en la cibernética por Maruyama, quien lo describe de la siguiente manera “una vez que un sistema arranca en la dirección correcta y con suficiente impulso inicial, las retroalimentaciones positivas mutuas que amplían la desviación pasan a controlar el proceso y el desarrollo consecuente será desproporcionadamente grande en comparación con ese impulso inicial” (pág. 24).

De Shazer (1989) considera que el término de homeostasis es mal empleado en la actualidad para explicar el concepto de familia, pues es un término que fue muy utilizado a conveniencia de quienes realizaron los primeros estudios en el campo familiar al trabajar con familias perturbadas y observar su impenetrabilidad y su similitud con los conceptos que la cibernética manejaba. Por lo tanto, el concepto de homeostasis fue empleado y aplicado a las dinámicas familiares que fueron

objeto de sus primeros estudios. De este análisis De Shazer (1989) concluye que el concepto de homeostasis sólo puede aplicarse al estudio familiar para describir su estabilidad sistémica. Pero si se quiere hablar de cambio, lo correcto es utilizar el concepto de morfogénesis, pues la homeostasis no basta en el nivel utilizado para describir el cambio sistémico. Considera que el “estudio de la familia” y el estudio de la “terapia familia” pertenecen a diferentes tipos lógicos: el primero es un estudio de la estabilidad, en tanto el segundo es un estudio del cambio”. Y para explicar su funcionamiento bien se puede recurrir al término de homeostasis, pero si se estudia a la familia en un contexto terapéutico, donde el límite se traza en torno a dos subsistemas: el del terapeuta y el de la familia, el término adecuado para referirse es el de morfogénesis, pues el foco de atención está puesto en el cambio. De no considerarse ambos términos se puede caer en un error epistemológico al hablar de una teoría de cambio basándose en el concepto de estabilidad.

3. Equifinalidad.

Es un término aplicado a los sistemas abiertos, según el cual los resultados finales ocurridos como consecuencia de las alteraciones que se presentan después de un periodo determinado de tiempo, pueden alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos, por ejemplo, la regulación biológica (Bertalanffy, 1976).

La diferencia se marca en los sistemas cerrados porque los resultados derivados de las alteraciones dependen de las condiciones iniciales que lo originaron. Por ejemplo, en un equilibrio químico, las concentraciones finales de los compuestos reaccionantes, dependen naturalmente de las condiciones iniciales (Bertalanffy, 1976, Pág. 40). Una familia no reaccionará de la misma manera al enterarse que su hijo nació con alguna discapacidad que si le ocurre un accidente y pierde un miembro a los once años, por ejemplo (Fig. 3 y 4). De acuerdo con Abbate (1978),

el conocimiento de esta propiedad del sistema familiar es de indiscutible utilidad en la psicoterapia familiar.

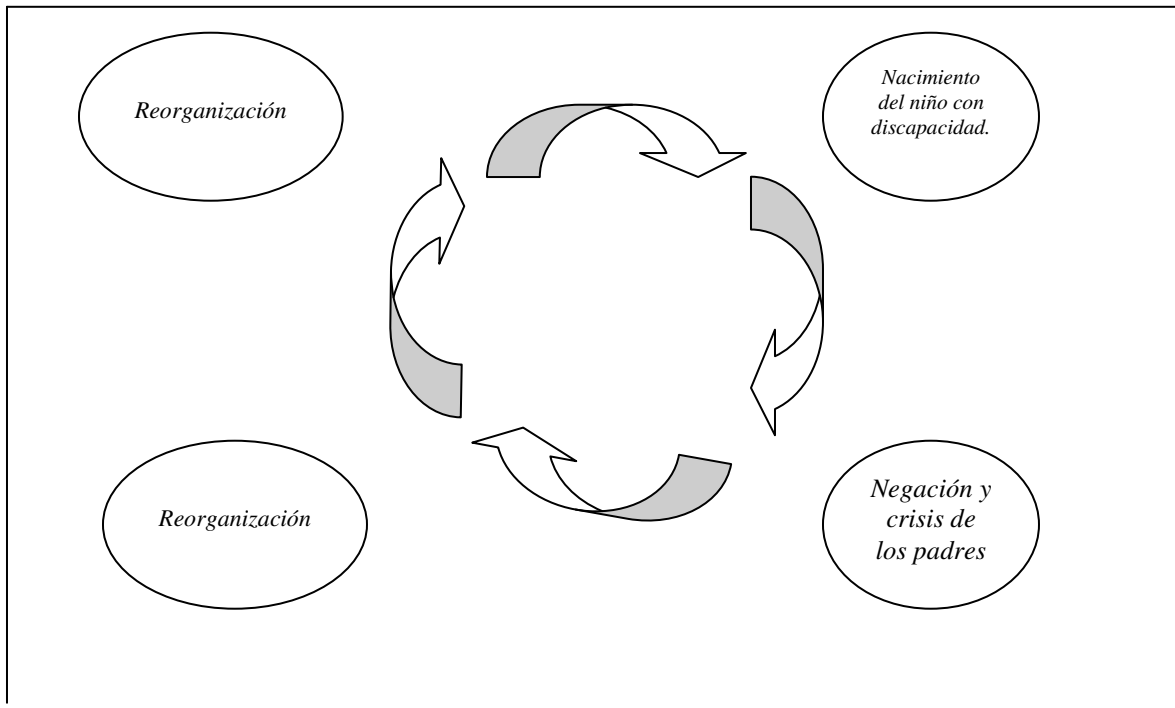


Fig. 3. Equifinalidad.

El nacimiento de un niño con discapacidad cambiará la perspectiva de sus padres desde el momento del anuncio de la discapacidad.

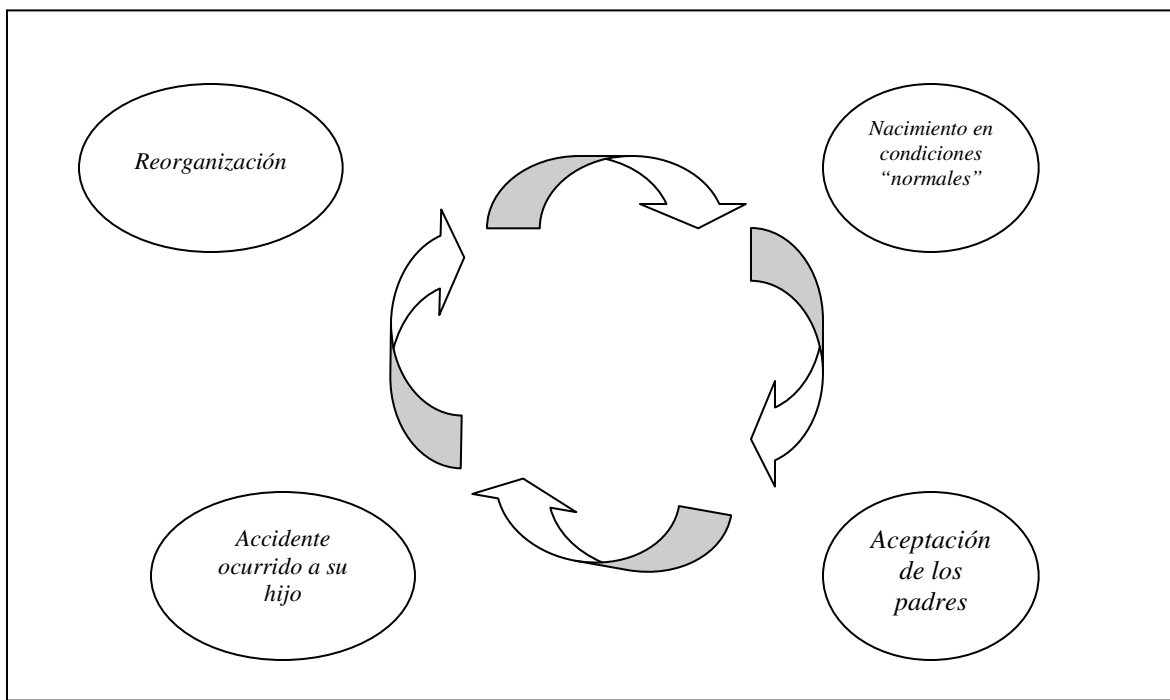


Fig. 4. Equifinalidad

El ciclo de la familia será diferente cuando las condiciones del nacimiento sean "normales", sin embargo, la reorganización y reestructuración también deberá ocurrir cuando la discapacidad haya ocurrido por causas diferentes a las del nacimiento.

Estos tres conceptos pueden ser aplicables cuando se está trabajando con la familia, sobre todo si se tiene una orientación sistémica; desde este punto de vista, estos conceptos pueden acercar al investigador a la labor que esté realizando, pues de esta manera verá a la familia como una totalidad que lleva a cabo acciones que la afectan, en lugar de observar al paciente como aislado de su familia o sólo a la familia como causante de lo que le ocurre, como hemos visto, se trata de una relación recíproca.

Este trabajo no tiene por objetivo describir ni analizar las premisas teóricas del enfoque sistémico ni tampoco ahondar en el trabajo terapéutico de esta corriente, el objetivo es más bien dar un panorama general del concepto de familia, en gran

parte porque es importante valorar el contexto familiar de una persona con discapacidad, no hay que olvidar que es un medio donde se desenvuelve y las relaciones que mantiene afectan de una u otra manera su comportamiento y el de los otros. El aporte de este trabajo es precisamente una orientación hacia la familia, aunque no desde las bases de la Terapia Familiar sino de la Psicoterapia Gestalt, y cuando se habla de "familia" no necesariamente se refiere al trabajo con toda una familia, quizá no pueda trabajarse con la familia completa, pero sí va dirigido a enfatizar la atención a la o las personas que mantengan un contacto más cercano con la persona con discapacidad.

La importancia de este capítulo, cobra preeminencia también porque se habla de cómo fue adquiriendo relevancia su estudio, pues es considerada como la base fundamental para el detrimento o desarrollo del proceso psicoemocional de toda persona.

En el siguiente capítulo se expresará de forma más clara cómo son las relaciones familiares de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO 2

EFFECTOS DE LA DISCAPACIDAD SOBRE LA FAMILIA

Como hemos anotado en el capítulo anterior, es la familia quien abastece de los cuidados necesarios a los hijos y dentro de ella se producen todo tipo de cambios, mismos que pueden evitarse o fomentarse, pues definitivamente éstos siempre existirán. Todas las familias son muy diferentes unas de otras y cada una se adapta de manera distinta a eventos iguales, por ejemplo, una mudanza, una pérdida, una muerte, la discapacidad de un integrante, etc., por eso es muy importante conocer su estructura cuando se va a trabajar con ella. Cuando hablamos de discapacidad en uno de los hijos, el proceso de adaptación y reorganización es más complicado que cuando las condiciones son “normales”.

A la clínica de Iztacala acuden muchas familias solicitando ayuda para su hijo que está “mal”; quizá en un intento por delegar su propia responsabilidad, demandan una ayuda que bien pudiera ser para ellos mismos, empero, el trabajo que se realiza va encaminado efectivamente a mejorar las áreas en las que tenga el hijo dificultad, y es así que al trabajar con una persona con discapacidad se tiene como principal objetivo su rehabilitación o habilitación para que logre incorporarse, en la medida de lo posible, a una vida “normal”. Se pretende que alcance un buen nivel de autocuidado en principio o que adquiera conductas que le permitan socializar con los otros. Quienes hemos trabajado, por lo menos en prácticas escolares, con niños o adultos discapacitados consideramos necesario crear un programa para que el niño sea autosuficiente para comer, vestirse, bañarse o para que desarrolle su aparato motor fino y grueso, para que adquiera habilidades para socializar o con ejercicios pueda mejorar su aparato fonoarticulador. Nuestra atención está totalmente centrada en éstas personas y desafortunadamente no nos damos cuenta que paralelamente a lograr su habilitación también es muy importante, incluso imprescindible, atender a su familia, a sus padres y a sus hermanos.

Con frecuencia asumimos una actitud reduccionista y no logramos ver la magnitud de un acontecimiento, reducimos a la persona a su propio mundo y olvidamos que, como todo ser humano, forma parte de un amplio entorno que incluye a su familia, amigos, vecinos y, naturalmente, a la propia persona. No es posible escindir el amplio proceso individual de una persona con discapacidad de los procesos por los que atraviesa su familia. Van de la mano uno con otro, sobre todo si observamos que repercuten en mayor o menor grado forzosamente en ambas partes. El “olvido” que se ha hecho de la familia obedece a una cultura literaria psicológica en la que el individuo era considerado como agente activo y receptivo de lo que le ocurriera.

Según Candell (2002) y Bricker (1991), en los últimos años se ha producido un cambio en la mentalidad de los profesionales que se dedican a trabajar en esta área, empero las anteriores investigaciones, en su mayoría conductuales por cierto, se enfocaban a analizar los estímulos exteriores que ayudaban o perjudicaban a los niños con discapacidad y descuidaban el cómo estos niños influían a su medio ambiente. En cuanto a los padres, antes de los años sesentas, predominaba la postura que insistía en los desórdenes emocionales que presentaban ante la discapacidad de su hijo. A partir de los años setenta, se plantea que “no se puede hablar de desórdenes psiquiátricos generalizados en esta población, aunque sí se constatasen evidencias de dolor y aflicción por el hecho de haber tenido un hijo deficiente” (Morrison y otros, 1976; Gath, 1977 y 1978; citados en Candell, 2002). En la actualidad se toman en cuenta dos aspectos preponderantes, el primero es reconocer el rol de los padres y entender que el niño con deficiencia forma parte de un medio social más amplio y el segundo es tomar en cuenta la individualidad de cada padre y saber que puede tener diversas reacciones ante un hecho de esta magnitud.

De acuerdo con Flórez y Troncoso (1994) el tener en la familia un miembro con discapacidad no es un hecho al que la familia se reorganice con facilidad, constituye “una situación que va a repercutir sobre el ciclo de la vida, pues los

valores, actitudes y expectativas de esas familias cambian” (pág. 199), debido a que se van a enfrentar a algo “nuevo” que no esperaban en sus vidas. Si bien es cierto que todos los padres se enfrentan a situaciones diferentes y nuevas al concebir un hijo, las expectativas de los padres de un niño con discapacidad cambiarán radicalmente, como veremos más adelante, porque nadie espera o desea el nacimiento de un niño enfermo o con alguna alteración congénita. La presencia de un niño con deficiencia mental, por ejemplo, en algunos grupos familiares, produce fuertes reacciones emocionales, que van a diferir en cada padre en grado -es decir, en algunos padres habrá reacciones más acentuadas que en otros- y en su forma específica, o sea en la manera en que harán frente a dichas reacciones.

“Podemos afirmar de manera categórica, que casi todos los padres con hijos deficientes mentales muestran reacciones inadecuadas en la personalidad frente al hecho de que su hijo sea deficiente” (Castanedo, 1999; pág. 241). Castanedo (1999) e Ingalls (1982), aseguran que en el campo del retraso mental la literatura es muy vasta, no obstante en lo que concierne a la familia de estas personas, la información es escasa. Sin embargo, de acuerdo con Ingalls (1982) es muy importante atender a la familia y su dinámica, si lo que se quiere es establecer un tratamiento o una vida especial para al persona con discapacidad.

Si se descuida a la familia, se corre el riesgo de que el avance en la habilitación de la persona con discapacidad sea lento o nulo. Pensemos que el tiempo que un niño pasa en la clínica trabajando en su habilitación es mínimo comparado con el que pasa con sus padres, moviéndose en su espacio, en su casa y conviviendo con sus hermanos, con otros familiares, con vecinos, etc. Su campo perceptual es muy amplio y es por eso que no podemos reducirlo a un trabajo meramente individual.

La presencia de un niño con discapacidad o con alguna enfermedad crónica puede desencadenar en sus padres sentimientos de angustia, pena, dolor,

conmoción, culpa, cólera, depresión, vergüenza, disminución de la autoestima, rechazo del niño, sobreprotección, miedo, frustración, negación, resentimiento, hostilidad hacia el entorno, trato inconstante con el niño, inestabilidad emocional, deterioro del niño y de los padres, trastornos en los hijos y problemas maritales (Heward, 2003; Gafo y Amor, 1998; Leonhardt, 1992).

Las reacciones van a variar de unos padres a otros y van a depender de dos aspectos principalmente: por un lado, debemos considerar las características particulares de cada padre, su madurez psicológica y la orientación recibida sobre la discapacidad de su hijo. Habrá quienes tomen la discapacidad como un gran problema, como una situación que les desagrada y que tratan de evitar; otros padres aceptarán la deficiencia y verán con realidad la situación. Según Castanedo (1999), los padres que aceptan el padecimiento de su hijo generalmente cuentan con los recursos personales para afrontar los sentimientos que les genera. Lo aceptan tal como es sin tratar de crear una imagen de fantasía de él. Nos referimos a “fantasía” cuando los padres quieren pensar que el niño va a superar con el tiempo sus limitaciones o esperan que los médicos se equivoquen en el diagnóstico y dejen de colocar a su hijo dentro de una “categoría especial”. De esta manera disfrazan la realidad y no quieren darse cuenta de ella, buscan muchas opiniones médicas con la esperanza de encontrar alguna que les haga sentirse bien o al menos que les diga lo que quieren escuchar. Por otro lado, aceptar la situación de un hijo con deficiencias no implica que los padres van a dejar de presentar cierto grado de ansiedad, pero las situaciones que les ocasionan dificultades son conocidas por ellos, a diferencia de las personas que tienen miedo o angustia ante una situación no conocida, por ejemplo, el preocuparse porque su hijo no podrá ser autosuficiente sin conocer realmente sus limitaciones y aptitudes.

El segundo aspecto a considerar y del cual depende el grado de ajuste de la familia, es todo lo relacionado con la propia discapacidad del niño, podemos mencionar entre los factores: su grado de impedimento, su lugar ocupado en la

familia, si es el primero o el último, las condiciones del anuncio de la discapacidad, mediado por los conocimientos del personal médico, que en ocasiones no posee la sensibilidad para dar la noticia y lo hacen de manera torpe, toda la información recibida sobre el impedimento del niño, el grado de aceptación o rechazo que le brinde su comunidad, el nivel socioeconómico de la familia, y algo muy importante, el ajuste familiar que exista antes del nacimiento del niño (Lambert, 1981). Es importante considerar esto porque “los efectos contrarios y el funcionamiento familiar menos óptimo no son necesariamente consecuencia del niño deficiente (Gafo, 1998), por ejemplo, pueden llegar a acrecentarse en la pareja sentimientos existentes antes de la llegada del niño, pueden unirse más o tener muchos conflictos, pero esta situación ya estaba presente antes del nacimiento del hijo. Veamos con detenimiento cada uno de los puntos mencionados:

1. El grado de Impedimento.

Las necesidades de un niño van a estar determinadas por lo que pueda o no hacer y requiera de la ayuda de alguien. Un niño con severo deterioro en su aparato motor grueso necesita que lo apoyen casi a todas horas del día, lo que significa que absorba a la madre un buen lapso de tiempo -esto trae como consecuencia que dedique muy poco tiempo a sí misma y que se genere un sentimiento de “enojo” hacia su hijo o frustración por no poder hacer otras actividades-, en comparación con un niño, por ejemplo, con retardo mental, el cual podrá realizar actividades comunes con poca ayuda.

2. El lugar ocupado en la familia.

Generalmente los padres han puesto muchas expectativas en el primer hijo, que por serlo precisamente, genera sentimientos de emoción y alegría; el esperar un niño “sano” y no haberlo concebido puede generar desconfianza en la pareja. Si el lugar que ocupe el niño es el segundo o el tercero, quizá las reacciones de los padres puedan variar al haber experimentado ya la paternidad con anterioridad.

3. Las condiciones del anuncio de la discapacidad.

Hay ocasiones en las que el personal médico, quienes son el primer contacto en un parto, no posee la sensibilidad para dar la noticia de que el niño presenta alguna deficiencia física o alguna malformación. De acuerdo con Lambert (1981), el anuncio genera “malestar” tanto de los médicos como de la familia, y afirma, “en efecto el anuncio del impedimento se desarrolla muy a menudo en una atmósfera de malestar recíproco, en el que cada parte, incapaz de prever las reacciones de la otra, interpreta, se defiende y esta insegura” (pág. 239).

4. Información recibida sobre el impedimento.

La ignorancia suele generar desconcierto e incertidumbre, cuando no conocemos un evento al que pronto nos enfrentaremos podemos experimentar miedo y quizá un rechazo sin conocer a qué nos vamos a enfrentar. Los padres no tienen la obligación de saber lo qué está pasando con su hijo, es el médico quien la tiene y es un derecho de los padres el saberlo. Pero sobre todo, la información que reciban debe aclarar su situación y la de su hijo en vez de crear lagunas y preocupaciones innecesarias.

5. Aceptación o rechazo de la comunidad.

Ante una actitud estereotipada, prejuiciosa e ignorante de la comunidad, son los padres los que se enfrentan primero, y posteriormente el niño, a la crítica social. Según Castanedo (1999), el rechazo experimentado hacia su hijo es producto del propio rechazo que tienen por parte de su comunidad, y afirma “el rechazo conduce a la soledad y hace que los padres se interesen de forma excesiva en la vida del hijo” (pág. 248), lo que aumenta las dificultades de padre e hijos y se acentúan en los primeros sentimientos de culpabilidad y vergüenza aunado a actitudes de rechazo y sobreprotección. Hutt y Gwyn (1988) citan el caso de un padre que estaba preocupado porque no sabía cómo anunciarles a sus vecinos

que su hijo tenía retraso mental y preguntaba a los médicos con qué otro “término” podría llamarle sin que empleara el término “retraso”.

6. Nivel socioeconómico.

La discapacidad es proclive de presentarse en todos los estratos sociales, la diferencia radica en la actitud que asumirá cada familia con respecto a ella. Por ignorancia, la gente de bajos recursos atribuye la discapacidad a fenómenos mágicos o religiosos, por ejemplo, a brujería o a un castigo divino, o lo confunde con un trastorno psiquiátrico, si aunamos a esto los escasos servicios de salud, vemos que la persona discapacitada se ve privada de la atención médica y psicológica necesaria y puede deteriorarse su ya quebrantada salud. Para fortuna de los niños discapacitados que nacen en un medio socioeconómico estable, su acceso a los servicios y la atención a las deficiencias que pudiera presentar contribuyen en gran medida a su “calidad” de vida, aunque sería peligroso generalizar este punto, insistamos mejor en que va a depender de la capacidad de los padres para enfrentar el hecho y asumirlo.

Por todo lo anterior, se puede aseverar que todas las situaciones y reacciones que tengan los padres antes y después del nacimiento de un niño con discapacidad, van a influir definitivamente en la atención, cuidados y aceptación que se le brinde. Podemos mencionar por ejemplo, el maltrato de que son muchas veces objeto los hijos, el maltrato responde a la deficiente respuesta ante la discapacidad de un hijo, una respuesta ante su rechazo. Por ejemplo, Bowley y Gardner (1998) se han encontrado con casos de niños con retraso mental que llegan a la clínica con calvicie en la nuca porque sus padres no los levantan de la cuna y los dejan que pasen ahí varias horas al día. “Las investigaciones sobre los contextos ecológicos intra y extrafamiliares de los niños deficientes sugiere que el funcionamiento del sistema familiar y sus posteriores efectos sobre el niño dependen del grado de estrés de los miembros de la familia... de los recursos con que cuenta para adaptarse a la nueva situación y de los contextos ecológicos que median en estos

recursos” (Candel, 2002, pág. 100). De acuerdo con las cifras obtenidas de William Heward (2003) en Estados Unidos en 1992 se denunciaron más de 2.7 millones de casos de castigos a niños discapacitados y se cree que la cifra es mucho mayor por los casos no denunciados, “los cálculos varían considerablemente, pero Harrison y Edwards piensan que el 20% de los niños pueden sufrir falta de atención, castigos físicos o psíquicos o abusos sexuales” (pág. 495). En México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) no brinda ningún dato acerca del maltrato ni a niños ni a adultos discapacitados, según el censo del año 2000, ¿podemos suponer que no existe, lo cual no resulta razonable, o qué no se ha dedicado atención a este aspecto?

Es esta precisamente una de las consecuencias que pueden ocurrir por la falta de atención a los padres. La importancia de conocer y tener presentes todos los factores relacionados con la discapacidad y con las características particulares de cada padre cobra importancia porque, como se mencionó al principio, el niño forma parte de una amplia estructura de relaciones que no solo incluye a sus padres y a él, sino a otras personas. Aunque cabe mencionar que la intención de este trabajo no es el de poner atención a las personas con discapacidad, sino a los efectos que causa su presencia dentro de la familia; recordemos que el objetivo es centrarnos principalmente en la atención psicológica a los padres, pero para ello es indispensable tomar en cuenta todo su entorno y esto incluye a su hijo. El alcance que se pretende obtener va encaminado a mejorar dos aspectos de gran trascendencia en la vida de la familia, por un lado, la salud psicológica de los padres, pues el proceso que vivan al lado de su hijo puede traerles algunas dificultades para asimilar los sucesos que traerá la convivencia; por otro lado, la atención que brinden los padres dependerá de su grado de ajuste ante la situación, y esto repercutirá definitivamente en el niño con discapacidad. Al ayudar a los padres en su proceso ellos ayudarán a su propio hijo y el apoyo que le brinden puede traer grandes beneficios a su habilitación en vez de solo pensar en la asistencia que puede brindar un terapeuta.

Para ayudarnos a entender por qué ocurren ciertas respuestas ante un hijo discapacitado, nos parece importante conocer el proceso por el que atraviesan los padres desde el nacimiento de su hijo y las reacciones psicológicas que acompañan todos los acontecimientos que giran alrededor de este suceso, para ello nos auxiliaremos del modelo propuesto por Ingalls (1982) y en las aportaciones que hacen otros investigadores del área.

De acuerdo con Ingalls (1982), los padres suelen tener reacciones de conmoción y tristeza cuando se les da la noticia de la discapacidad de su hijo, estas reacciones están mediadas por una serie de etapas que se suceden desde el nacimiento del niño hasta que haya una aceptación a la discapacidad, aunque en muchos padres siguen sin aceptarlo al cabo de varios años.

La primera etapa se conoce como “el choque inicial y la crisis de lo inesperado”. Los padres se forman muchas expectativas antes del nacimiento de su hijo, tienen muchos planes y perspectivas. Pero cuando se enteran que presenta alguna discapacidad, malformación o enfermedad, viene a su vida un cambio repentino que afecta el concepto que tienen de sí mismos, de su familia y del futuro.

La segunda es “la crisis de valores personales”. Según Ingalls (1982), la crisis de lo inesperado dura poco tiempo, pero una vez que los padres se reponen del choque inicial empiezan a experimentar otras tensiones. Sus creencias y valores personales acentúan la idea de que un hijo debe ser querido, amado, protegido, sin importar sus características. Pero los padres se enfrentan a sentimientos contrarios, por un lado “deben” amar a su hijo por esa razón, pero por otro lado experimentan rechazo hacia él, “es muy raro el caso de una madre que admita, incluso en su propio interior, que algunas veces no siente ningún cariño por su hijo y que le pesa haberlo tenido... el niño a quien están “obligados” a amar no se presenta como objeto digno de amor, por lo menos según los valores tradicionales” (pág. 292).

La crisis de los valores personales se da sobre todo en sociedades que atribuyen un gran valor al éxito y al triunfo, como sucede con los norteamericanos y en menor medida, en nuestro país. No sucede así en otras culturas, por ejemplo, Eaton y Weil (1955; citados en Ingalls, 1982) hablan de la cultura huterita, “una secta religiosa comunal del occidente medio, en la que no se pone ningún énfasis en la competición ni en el triunfo, y entre esta gente no se considera de ninguna manera que el retraso sea una tragedia” (pág. 295). El énfasis en admirar y alabar la belleza y fortaleza física es una herencia de la civilización presocrática. En ese tiempo, los niños que nacían con alguna deformidad o defecto físico eran sacrificados, “por razones que no únicamente eran estéticas o militares, sino filosóficas y sociales, al considerar profundamente desgraciado a quien tuviera que vivir con semejante desventaja en una sociedad como la griega” (Alcaraz, 1998; en Aguilera, Alcaraz y cols., 1998). Ahora los niños ya no son sacrificados, los discapacitados son olvidados y rechazados en la cultura occidental. No es sorprendente entender ahora por qué solemos tener un flagrante rechazo hacia las personas con discapacidad, rechazo que se ve acentuado al ignorarlos en nuestro país y hasta sentir lástima por quién “no puede” realizar lo que los demás de manera “normal”.

Esta ambivalencia que experimentan los padres de personas discapacitadas de amar-odiar, proteger-descuidar, aceptar-rechazar, son consecuencia de algunos aspectos psicológicos que veremos a detalle:

1. Sentimiento de culpa.

“El sentimiento de culpa y el sentimiento de vergüenza que lo acompaña, es la sensación que se experimenta cuando se ha hecho algo mal” (Ingalls, 1982, pág. 292). Los padres intentan explicarse el por qué concibieron un hijo con discapacidad, en su intento por buscar una razón, pueden llegar a atribuir la discapacidad a un castigo de Dios, o como una consecuencia de su mala conducta sexual en el pasado. El sentimiento de culpa también es experimentado

por las reacciones negativas que sienten hacia su hijo, hacia un niño indefenso y ante el cual no “debe” haber dichos sentimientos. En realidad, probablemente los padres sientan cierto disgusto por sus hijos en un momento u otro, y lo mejor sería que, todos reconocieran que ésta es una reacción normal y no algo por lo que deban sentir vergüenza. La vergüenza también se ve acentuada cuando, por ejemplo, los padres evitan hablar, o rara vez lo hacen, de la discapacidad, ya sea con vecinos o con familiares.

2. Negación.

En un esfuerzo por negarse a aceptar la discapacidad de su hijo, hay padres que prefieren buscar muchas opiniones médicas con la esperanza de encontrar un diagnóstico más alentador o encontrar una “cura mágica”. Otra manera de negar la discapacidad es “cerrarse” y no querer entender que su hijo no podrá ir al mismo ritmo que los otros niños de su edad o que no le va a ser posible realizar actividades como los demás. De acuerdo con Castanedo (1999), las reacciones de rechazo hacia el hijo son inconcientes, o desde el punto de vista Gestalt, no se dan cuenta de ellas y por lo tanto viven conflictos internos, cabe aclarar que no puede generalizarse, como ya vimos, depende mucho de las características personales de los padres.

La negación es un mecanismo empleado con frecuencia con el objeto de poder descargar el sentimiento de culpabilidad y para afrontar la frustración ante las expectativas que se habían creado. La negación, al igual que la agresividad y la proyección, otro mecanismo de defensa, son energías que no pueden ser desperdiciadas por quien trabaje con los padres. De acuerdo con la Gestalt, solo podemos darnos cuenta de lo qué ocurre cuando vivenciamos el sentimiento que tenemos. La agresividad o rabia no es negativa, muy al contrario, puede considerarse como una energía potenciadora de la persona que la vive, pues la ayuda a luchar y a buscar caminos alternativos de evolución en la situación que está viviendo (Leonhardt, 1992).

3. Narcisismo de los padres.

Un hijo puede significar, y quienes son padres lo constatarán, el reflejo del padre o de la madre, un espejo que le refleja lo mejor que tenga; en un hijo se planean metas, expectativas, logros, ideas o fantasías que cada padre tenga, sea porque él mismo no pudo tenerlas o porque quiera “lo mejor” para su hijo, y hablamos de padres que quieren brindar esto al niño, para quienes por motivos económicos o personales no desearon la paternidad, quizá la idea de concebir un hijo no sea una de sus prioridades.

Cuando un padre ve frustrado el plan de vida para su hijo, por las características físicas o psicológicas que presente, puede llegar a experimentar disgusto o enojo consigo mismo, con su pareja o con su familia y llegar a percibir como propia la discapacidad. La vergüenza y la culpa son generadas por ésta situación. Una madre hablaba del miedo que sentía si sus vecinos se llegaban a enterar que su hijo tenía problemas de aprendizaje y la culparían a ella o a su esposo. El “esconder” al hijo o no aceptar su discapacidad, más bien está encaminado a preservar las fantasías de los padres de tener hijos “sanos” o para mantener un “buena” imagen. En otro ejemplo, una madre no quiere hablar con nadie de la “incapacidad” de su hijo porque daría a su suegra motivos para “dudar” de ella, para que le recordara a su esposo que no debía casarse con ella, pues buscaba un pretexto para separarlos (Cruckshank, 2003; pág. 371).

Ante tales expresiones, cabe preguntarnos entonces, ¿qué tiene más peso, el saber que el niño con discapacidad no logrará vencer muchos obstáculos o no soportar ver que las ilusiones se despejan y que la “realidad” es la que está ante los ojos? Educados como estamos en esta sociedad, ¿qué tiene más peso, la vergüenza experimentada cuando mucha gente voltea a ver al niño deficiente o la propia vergüenza al no ser capaz de mirar al niño como un ser humano? ¿Qué necesita realmente el padre de un niño con necesidades educativas especiales? ¿Para qué llevarlo a habilitación?

Quizá los padres nunca acepten su propia responsabilidad, y por responsabilidad nos referimos al hecho de que al concebir un hijo son quienes deben proveer los cuidados necesarios, pero también hay otro punto muy importante, la aceptación y responsabilidad de sus propios sentimientos, los cuales se ven coartados y su atención se centra solo en el hijo que requiera necesidades especiales, pero ¿qué pasa si no aclaran sus propios sentimientos?

Lambert (1981), que es padre de un niño con retraso mental, considera que a diferencia de lo que habla la literatura, los padres de niños con retraso no tienen necesidad de recibir psicoterapia, “sino de una ayuda estructurada que les permita hacer frente a los numerosos problemas que plantea el nacimiento de un niño retrasado” (pág. 243), y señala la necesidad de participar activamente en la educación y habilitación del niño. Empero, consideramos que una de las maneras en que los padres, que tienen necesidad de hacerlo, puedan expresar los sentimientos que les genera la situación y hablar de su experiencia, puede serles de mucha ayuda un espacio terapéutico que les escuche sin juzgarlos, de ahí la importancia de la propuesta que presentamos en este trabajo.

4. Protección Excesiva.

Frecuentemente es en la madre en quien recae la responsabilidad de poner más atención a la educación y cuidado de su hijo con discapacidad, es ella quien lo tiene que llevar a su habilitación, es ella quien lo cambia, lo alimenta y le brinda una ayuda general (Bowley y Gardner, 1998; Gafo y Amor, 1998 e Ingalls, 1982). Empieza a surgir tal interrelación entre ambos, y sobre todo cuando lo cree más incapacitado de lo realmente está, que se puede olvidar de sus otros hijos, cuando los hay, de su esposo, de su vida social y de su propia vida para dedicar a su hijo todo su tiempo. Este hecho puede significar el abandono a las necesidades propias y a un deterioro en su salud física y mental. Gafo y Amor (1998) afirman, de acuerdo a estudios consultados, que las madres que ponen demasiado cuidado al hijo y descuidan lo demás “van a tener una menor atención al cuidado de la

propia salud, una peor autopercepción de la salud, sobrecarga física y estrés, limitaciones en las posibilidades de desarrollo personal y profesional y otros efectos, lo cual a su vez repercute sobre la calidad de cuidados impartidos a su hijo” (pág. 97).

5. Aceptación.

Es importante llegado a este punto, reconocer que la mayoría de la literatura sólo se enfoca en los procesos “negativos” de las reacciones de los padres, empero, cabe destacar que debemos considerar que todos somos diferentes y reaccionamos de maneras distintas. Es por eso que es muy cierto que nos podemos encontrar con padres que rechazan totalmente a su hijo discapacitado y que pueden o no llegar a aceptarlo, pero también es cierto que existen padres que, quizá después del choque inicial que causa la noticia, sabrán adaptarse a la nueva situación que representa la discapacidad y percibir las limitaciones y potencial de su hijo.

El pensar que todos los padres que atendamos piensan y actúan igual, puede traer, de acuerdo con Heward (2003) dos peligros. El primero es el creer que el tiempo será la variable más importante en el proceso adaptativo, pero sería erróneo admitir tal aseveración y dejar a un lado otras variables mucho más importantes, por ejemplo, las características personales de los padres y del niño, su entorno social, su contexto cultural, etc. El otro peligro es, según el autor citado, que durante las diversas etapas del proceso, los padres presentan “ciertos aspectos psiquiátricos”, que pueden ser confundidos por los profesionales y creer que alguno de los padres presenta una enfermedad mental.

Continuando con las etapas que estamos viendo, la tercera es “la de la crisis de la realidad”, en donde intervienen aspectos económicos. La discapacidad del niño puede implicar que se le destine más dinero porque puede requerir de terapia y rehabilitación, puede requerir un tratamiento médico especial, quizá requiera

pañales, un aparato especial, o habrá quienes necesiten contratar una enfermera o una persona que lo cuide. Dependiendo de las características del niño será el dinero destinado, algunos necesitarán más que otros.

La situación económica es un aspecto muy relevante al que deben enfrentarse, la situación puede crear mucho estrés en padres de nivel socioeconómico bajo, pues se ven presionados a dar una educación especial. Según Ingalls (1982) tendrá un impacto más fuerte en los padres de escasos recursos por los gastos generados, y ellos no estarán tan preocupados por el futuro de su hijo pues en vez de eso se preocuparán por la economía y por sobrevivir día con día. El caso más drástico en nuestro país puede ser el de niños indígenas; los padres no les destinan recursos porque no cuentan con ellos, tampoco cuentan con servicios de salud adecuados, así que en estas familias un niño discapacitado vivirá como cualquiera otro de sus hijos, discapacitado o no, vivirá bajo las mismas condiciones. Los padres que cuentan con recursos monetarios, están más preocupados por el futuro porque ven truncadas las metas, aspiraciones y planes que tenían para su hijo.

Como hemos señalado, no podemos ignorar el impacto que genera en los padres un hijo con discapacidad y, aunque Heward (2003) así lo señale, por más que queramos ver a la familia de estos niños como “cualquier otra”, inevitablemente existen circunstancias que la hacen merecedora de atención especial. Por eso hacemos hincapié en brindar a estos padres una atención integral que contemple la habilitación de su hijo y la atención terapéutica para ellos. El modelo terapéutico propuesto es la Psicoterapia Gestalt, por ser una teoría preocupada por atender las emociones, sensaciones, pensamientos y experiencias de las personas en su “aquí y ahora”, y el manejo del “darse cuenta” como principal agente para el cambio. En el siguiente capítulo ahondaremos acerca de los principios filosóficos y metodológicos que sigue la Psicoterapia Gestalt, por el momento, solo nos gustaría añadir las consideraciones a tomar en cuenta por el terapeuta frente a los padres que tienen hijos discapacitados.

El trabajo terapéutico con los padres de niños “especiales” contribuirá en gran medida a que expresen sus sentimientos acerca de lo que están viviendo. El papel que desarrollan dentro de su familia es determinante para la educación de sus hijos, los padres transmiten valores, creencias, sentimientos de rechazo o aceptación, todo esto es percibido y asimilado por el niño. No podemos hablar entonces de una habilitación o recuperación del niño discapacitado si no contamos con la presencia de las personas que realmente pueden ayudarlo, su familia. Quienes pertenecen a su campo deben de participar en el mejoramiento de su salud, si es que lo que se quiere es que la persona viva en plenitud, si esto no importa para la familia, negará aportación alguna y facilitarán que se den regresiones en vez de avances. No olvidemos que el niño depende del bienestar de los padres. Las reacciones emocionales de éstos, llevarán a su adaptación o desajuste.

El profesional que trabaje en rehabilitación y habilitación puede y debe por ética, brindar su ayuda a la familia para facilitarle el proceso de duelo que produce el nacimiento de un niño discapacitado. El primer contacto que tienen los padres será con el médico que atiende el parto, lo ideal sería que éste proporcionara toda la información y apoyo a las dudas que surjan en los padres, de no haber este soporte, el psicólogo que trabaje en Educación Especial podrá brindárselos. La atención que se le brinde a los padres deberá tomar en cuenta el respeto hacia sus costumbres, creencias, estilo de vida y necesidades. Recordemos que la estructura de cada familia es diferente y por tanto sus demandas, y es importante considerar esto para saber qué es lo que ellos quieren para sí mismo y para su hijo. Puede suceder que para el profesional le parezca prioritario que acudan a psicoterapia, mientras que para los padres no lo es; éste tipo de discrepancias entre lo que cree correcto el terapeuta para la familia contra lo que esta quiere, puede conducir a transgredir sus límites e imponer una opinión. Las diferencias siempre van a existir y lo mejor sería llegar a un acuerdo para establecer qué será lo más adecuado para ellos y su hijo.

Ante el nacimiento del bebé, es muy importante que quien dé la noticia de la discapacidad lo haga cuando ambos padres estén presentes, al dar su informe debe ser honesto proporcionando información veraz y ajustándola a la realidad, no debe precipitarse a hablar de lo “incapaz” que puede ser el niño, pero tampoco alentando esperanzas equivocadas, lo mejor será no predecir cómo va a ser su desarrollo posterior porque todos los casos son diferentes, pero sí resaltando que su progreso dependerá de la ayuda que se le brinde. Es necesario que la explicación clínica sea minuciosa, que el diagnóstico sea claro y entendible sin tecnicismos y explicar las veces que sea necesario hacerlo, dado que los padres se encuentran “bloqueados” psicológicamente y puede que no haya quedado claro algún aspecto, este bloqueo impide algunas veces que expliquen la situación a algún otro familiar, por lo que sería muy recomendable que el especialista explique a los hermanos y demás familiares. Esto requiere indudablemente dedicar a la familia el tiempo que sea necesario y animarlos a que planteen sus dudas, así se les estará dando confianza para que haya más apertura y sería excelente que el médico o psicólogo mostrara una total disposición para cuando los padres necesiten apoyo, es importante que la comunicación entre ambos fluya. Brickner (1991) reconoce que el profesional debe ser un “colaborador”, que debe sensibilizarse y escuchar las necesidades de la familia y del niño, evitando una relación jerárquica donde pretenda él decidir lo que conviene a la familia por ser el profesional y el “experto” en el tema, pues son los padres quienes mejor conocen a sus hijos.

Es importante proporcionar a los padres todos los recursos necesarios para que estén informados, por ejemplo, podemos proporcionarles lecturas acerca de la discapacidad en concreto que presente su hijo y, de existir, animarlos para que tengan contacto con grupos de padres que compartan la misma situación. Pero ante todo, se debe respetar la decisión que tome la pareja acerca de aceptar o rechazar la psicoterapia o la ayuda brindada (Gafo y Amor, 1998; Verdugo, 1998; Flores y Troncoso, 1994).

Cabe mencionar que es un caso común el que las personas se “resistan” a acudir a psicoterapia, esto resulta contraproducente en los casos de padres de personas con discapacidad, pues estos consideran que quién necesita la atención es su hijo y con ello coartan la posibilidad de acudir con un psicólogo. Lo ideal con lo cual obtendríamos mejores resultados sería que el paciente acudiera de manera voluntaria. Cabría preguntarnos qué podríamos hacer para que fuera atractiva la psicoterapia, sería interesante plantear ideas que no forcen, pero que sí promuevan la curiosidad por participar en una sesión terapéutica, este sería un buen tema para proponer.

Siguiendo con la línea del trabajo que nos interesa, en el capítulo 4 podemos observar una alternativa para el trabajo terapéutico desde el punto de vista de la Psicoterapia Gestalt, se trata de la propuesta de algunas técnicas para poder trabajar con los padres de personas con deficiencias, la intención de ellas es “despertar” o incrementar el darse cuenta del paciente, pero antes como ya mencionábamos párrafos arriba, hemos considerado muy conveniente profundizar primero en conocer que es la Gestalt, cuáles son sus orígenes y conocer la manera en que se trabaja desde esta perspectiva, pasemos ahora entonces a hablar un poco de Gestalt para poder después encuadrar la metodología y hacer nuestra propuesta de trabajo.

CAPÍTULO 3

LA PSICOTERAPIA GESTALT: ORÍGENES Y METODOLOGÍA

La Psicoterapia Gestalt es un enfoque dentro de la Psicología que tiene interés en trabajar con los procesos físicos, psicológicos, corporales y espirituales del ser humano. No pretende seguir parámetros o estándares para su trabajo, como otros enfoques que intentan “medir” a las personas a través de instrumentos psicometricos para cuantificar su nivel de desajuste o adaptación a su medio, esto sería tanto como negar la individualidad que nos caracteriza a cada uno. Desafortunadamente cuando pretendemos seguir un parámetro que nos indique lo “normal” que debiera ser una persona, lo “normal” que “debiera” ser su comportamiento ó lo “normal” que debería hacer con su vida, olvidamos que todos somos seres diferentes y que eso nos hace merecedores de un respeto a esa singularidad. Cuando nos encontramos frente a otra persona que solicita psicoterapia nos encontramos con una historia de vida particular muy diferente a las varias historias que quizá hayamos escuchado, pero sobre todo nos encontramos con otro ser humano que necesita ayuda, y a verlo como otro ser humano es lo que enseña la Psicoterapia Gestalt, para que la asistencia que brindemos al paciente le sea útil. Enseña también a respetarlo y verlo sin prejuicios, así como abandonar esa postura jerárquica que hace creer al terapeuta que él es quien posee los conocimientos y por lo tanto “sabe” más que la persona que tiene enfrente, empero, no olvidemos que quien más sabe sobre nosotros, somos nosotros mismos, así que quien más sabe de él es el propio paciente. Lo que hacemos como terapeutas es sólo guiarlo en aquellos aspectos que le son complicados.

Estas son algunas de las razones por las que optamos por este enfoque para trabajar con los padres de personas con discapacidad, la metodología de trabajo que propone la Gestalt permite explorar los procesos corporales y psicológicos

que incrementen el “darse cuenta” de los pacientes, concepto básico en Psicoterapia Gestalt y que ayuda a hacer evidente lo que permanece “oculto”. Como ya mencionamos, es muy importante conocer las bases teóricas y metodológicas que nos permitan tener un conocimiento más profundo acerca de lo que propone este enfoque teórico, iniciaremos con los orígenes y más adelante nos adentraremos en la metodología.

3.1. Orígenes de de la Terapia Gestalt.

La Psicoterapia Gestalt forma parte de un movimiento que se dió en Psicología conocido como la “Tercera Fuerza”, este movimiento fue el Humanismo, la primera y segunda fuerza fueron el psicoanálisis y el conductismo, respectivamente. El Humanismo surge como una nueva manera de ver al ser humano, reducido en ese entonces por el psicoanálisis y el conductismo a una condición de objeto de estudio que podía ser manipulado de acuerdo a las circunstancias experimentales expuestas. El Humanismo pretendía hacer visible la esencia del ser humano al considerarlo como una persona que necesita satisfacer sus necesidades y expresar sus sentimientos, como un ser diferente que necesita llegar a la autorrealización.

La Tercera Fuerza trajo un cambio en la psicoterapia por oponerse al punto de vista que consideraba a la persona como un individuo pasivo al que le habían ocurrido acontecimientos en el pasado y sus “problemas” actuales eran provocados por aquellas situaciones, como ocurría con el psicoanálisis; el psicoanalista se encargaba de “desenterrar” estos eventos y buscaba así la “cura”. De tal manera, quien atendía a estos “pacientes”, como se les denominó por considerarlos poseedores de una “enfermedad” psicológica, se convertía en el responsable de hallar la solución a las quejas del paciente, se convertía en una persona con poder, con poder para “interpretar” lo sucedido, con poder para determinar la causa de la queja y su solución y con poder para “escindir hábilmente” los procesos de la mente y del cuerpo como dos entidades diferentes.

El conductismo por su parte, limitó su campo de estudio a los acontecimientos externos a la persona como causantes de su comportamiento. La relación causa-efecto, estímulo-respuesta, adquirió relevancia para los conductistas, era el ambiente el que proveía todos los estímulos y era el ambiente el causante de que el individuo se comportara de alguna u otra manera. Y si bien es cierto que el ambiente ejerce influencia sobre la persona, no podemos soslayar la reciprocidad que existe entre ambos y que permite que se afecten recíprocamente y no sólo uno sobre el otro.

Fue el enfoque Gestáltico una alternativa psicológica que albergaba nuevas maneras de ver al ser humano. Igual que el humanismo, la Gestalt reaccionó contra la psicología antigua que, según Castanedo (1997), pretendía analizar los elementos básicos de la mente. La palabra “gestalt” es de origen alemán y posee varios significados: configuración, estructura, modelo, figura, forma, totalidad y, según Salama (2001), también puede considerarse como una necesidad a ser satisfecha. Cuando surgió la Gestalt se encontraban en boga el conductismo y el estructuralismo, el primero, como ya dijimos, negaba la existencia de elementos subjetivos y avalaba sólo la relación estímulo-respuesta. Por su parte el estructuralismo “dividía el consciente en elementos independientes y desligados de valores... para el estructuralismo la conducta era una simple suma de partes” (Sinay y Blasberg, 2002, pág. 9). En oposición a la segmentación de la conducta, la Gestalt considera que no puede analizarse “algo tan complejo como la conducta en forma de elementos... porque se estaría destruyendo la unidad de los fenómenos que están siendo estudiados” (Castanedo, 1997). De ahí la importancia de la frase dicha por el psicólogo Christian Von Ehrenfelds “*el todo es diferente a la suma de las partes*”, nunca la conducta es una suma o adición de elementos, la conducta es un todo organizado que actúa sobre su medio y a su vez es afectada por éste, no se trata de una simple serie de partes que podemos unir o descomponer. La Gestalt propone un estilo de psicoterapia que contemple al ser humano como una totalidad.

La Psicoterapia Gestalt tomo varias ideas de la Psicología Gestalt creada por Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1886-1941) y Wolfgang Kohler (1887-1967) en 1912. Wertheimer era médico, violinista, poeta y amigo de Albert Einstein. Kohler estudiaba el comportamiento de los primates superiores y Koffka estaba interesado en las relaciones entre el hombre y su medio (Sinay y Blasberg, 2002). Estos científicos prestaron especial atención a la Fenomenología y tomaron de ella sus principios, la fenomenología estudia los fenómenos o procesos que se dan en el universo y la descripción de ellos, en lugar de interpretarlos como hace la hermenéutica. Para éstos tres investigadores la idea central era demostrar la importancia fundamental de la percepción de los estímulos visuales y auditivos, la importancia de percibir sonidos, colores y formas que no poseen un único significado, si no que “es nuestra percepción en un momento determinado la que, en esa situación y en ese instante, le dan una forma significativa y dominante” (Ibidem, pág. 5).

Señalaban que en todo campo perceptivo se diferencia un fondo y una forma, “la forma es una figura dominante que toma sentido al emerger del fondo, el fondo es un plano posterior que da sentido a la figura o forma” (Ibidem, pág. 7), es decir, cada individuo elige de acuerdo a sus necesidades las figuras que quiere y las “aisla” del resto de su campo perceptivo de tal manera que su necesidad se convierte en la forma o figura y todo lo que existe a su alrededor es el fondo; por ejemplo, quien admira la caída de una cascada, en ese momento la cascada es su figura mientras que el resto del paisaje alrededor pasa a ser el fondo, si quisiera admirar después el cielo, éste pasa a ser la figura y lo demás el fondo. Ahora bien, si hablamos de la psicoterapia, el individuo tiene como figuras aquellos asuntos que resultan problemáticos para él o asuntos que llamen su atención ó interés y su atención está centrada en ellos, pero de esto ahondaremos más adelante.

Para llegar a tales aseveraciones los psicólogos de la Gestalt idearon una serie de experimentos. Por ejemplo, Kohler realizó experimentos con gallinas y chimpancés sobre la formación gestáltica visual; consideraba que para que se diera un

aprendizaje primero había que percibir el campo y toda su estructura. Según Kohler “la llave para aprender es el descubrimiento de la respuesta correcta” (Castanedo, 1997, pág. 44), esto es, primero debe percibirse la solución del problema, debe darse el insight, el “darse cuenta” que provocaría la reproducción de una nueva conducta, dicha conducta puede repetirse aún en diferentes situaciones a las que dieron origen a la primera. De esta manera la Psicología Gestalt pasó del estudio de la percepción al del aprendizaje y al descubrimiento del insight, es decir del aprendizaje a través del darse cuenta.

Otro de los experimentos realizados, esta vez por Wertheimer, Kohler y Koffka y que reafirmaba su postulado del aprendizaje por insight, fue el realizado con un chimpancé y un banano alejado de él. La tarea consistía en que el chimpancé alcanzará el banano con un palo, en alguna parte de la jaula había un palo más corto que al unirlo con el otro facilitaba el alcance. Después del fallido intento del chimpancé por alcanzar el banano se daba cuenta de que al unir el palo más corto al largo alcanzaría su objetivo, es en ese momento de darse cuenta cuando se produce el insight. Según Castanedo (1997) de estas y otras investigaciones nació la Terapia Gestalt.

Hasta este momento, la Psicología Gestalt se ocupaba de las percepciones visuales y auditivas, sin embargo, quienes seguían de cerca esta propuesta teórica, pretendieron ir más lejos al prestar atención, además de las percepciones orgánicas, a la percepción de los sentimientos propios, a las emociones y a las sensaciones corporales (Castanedo, 1997). Fue Fritz Perls quien introdujo estos conceptos a la Terapia Gestalt, junto con sus colaboradores Laura Perls, Isadore From, Paul Weisz y Paul Goodman y posteriormente hicieron sus contribuciones Erv y Miriam Polster, James Simkim y Joseph Zinker (Yontef, 2002).

Médico de profesión, Fritz Perls decide acoger al psicoanálisis como método de trabajo y se establece como psicoanalista en 1928 en Berlín y al mismo tiempo se somete al análisis, primero con Helen Deutsch y posteriormente con Wilhelm

Reich. Reich, que fue fuente de inspiración para Perls y la Terapia Gestalt, consideraba de gran valor el presente sobre el pasado, “hacía análisis activo: tocaba a sus pacientes, incluía lo corporal, trabajaba con las tensiones y corazas musculares. Además relacionaba de un modo directo la agresividad, la sexualidad y la política. Iba más allá del discurso verbal, le importaba más el cómo que el por qué de los fenómenos” (Sinay y Blasberg, 2002; pág. 33). En 1933, Perls viaja a Johannesburgo, Sudáfrica por la persecución judía que ocurría en Alemania; ya en Sudáfrica con su esposa Laura Perls y sus hijos se instala como psicoanalista. En 1936 es invitado al Congreso Internacional de Psicoanalistas de Praga, Checoslovaquia y presenta su trabajo titulado “*Las resistencias orales*”, pero no obtuvo el reconocimiento ni la atención de Freud y fue este hecho lo que marcó su ruptura con el psicoanálisis y lo animó a preparar otro trabajo en contra de la teoría que había acogido con gusto. Es en la década de los cuarenta cuando presenta su libro titulado “*Ego, hunder and aggression: The Begining of Gestalt Terapy*”, escrito en colaboración con Laura Perls, en donde habla de la importancia del presente, del cuerpo y de las sensaciones y emociones del paciente y del contacto directo y auténtico que se debe tener, como terapeutas, con él, así como la importancia de tomar en cuenta todo su entorno; también en su libro rechaza “la preponderancia del inconciente, la primacía de la sexualidad infantil y de la libido y el uso de la transferencia como base del tratamiento” (Ibidem, pág. 42).

En 1946 Perls viaja a Nueva York y conoce al escritor Paul Goodman y a la filósofa Isadore From, ellos tres junto con Laura Perls, Paul Weisz (quien introdujo a Perls en el Zen), Elliot Shapiro, Sylvester Eastman y Ralph Hefferline forman el grupo de los siete y escriben su primera obra en 1951: “*Gestalt Therapy*”, cuyo nacimiento marco el inicio de la Terapia Gestalt y su difusión dentro de aquel país. En 1952 inaugura junto con Laura el Instituto Gestáltico de Nueva York y en 1954 el de Cleveland. A finales de 1957 y tras dos años de padecer una depresión de las que era presa, se enamora de una de sus pacientes y viven un romance, pero al darse una ruptura entre ellos, Perls de nuevo cae en la depresión y entonces

experimenta con hongos alucinógenos y LSD. Conoce entonces a James Simkim y Wilson Van Dusen, quienes lo animan a regresar a la psicoterapia. En 1962 decide hacer un viaje por Israel “en donde quedó fascinado con la vida comunitaria que conoció en un kibbutz (granja colectiva). En Japón permanece dos meses en un monasterio Zen buscando el “satori” (la iluminación). A su regreso en 1964 es invitado a participar en un proyecto que pretendía desarrollar el potencial humano de las personas, el lugar donde esto se llevaría a cabo se bautizó con el nombre de Esalen, en honor a una tribu indígena que solía llevar a cabo en ese lugar sus ceremonias; Esalen se encontraba a 300 kilómetros al sur de San Francisco. En este lugar, Perls se dedicó a dar cursos sobre Gestalt, su público iba cada vez más en aumento debido al reconocimiento que había obtenido por brindar una alternativa que superaba al psicoanálisis. Esalen se había convertido en un centro que reunía a quienes se interesaban por exponer nuevas terapias en el ámbito psicológico: la bioenergética, el análisis transaccional, la psicología transpersonal, el aislamiento sensorial, la ecología de la mente, las filosofías orientales, la terapia familiar y la programación neurolingüística. Tras un viaje por París y Londres, Perls regresa a Chicago en marzo de 1970 y ahí muere.

La Terapia Gestalt posee bases teóricas y metodológicas gracias al “abanico” literario del cual ha tenido aportaciones, entre las cuales podemos mencionar el psicoanálisis –según Yontef (2002) la Terapia Gestáltica se inició como una revisión del psicoanálisis clásico y rápidamente se convirtió en un sistema completo y autónomo que integraba conocimientos de diversas fuentes en una metodología clínica unificada-, la Psicología Gestalt iniciada por Wertheimer, Kohler y Koffka (es importante tener muy claro que no es lo mismo la Psicología de la Gestalt iniciada en 1912, que la Psicoterapia Gestalt), la filosofía existencial, la teoría de campo, la fenomenología y las filosofías orientales como el budismo, el Zen, el yoga y el tao, cuya ideología privilegia la armonía con la conciencia interna y un alto grado de contacto con nuestros sentidos para elevar el espíritu.

Al tomar distintos puntos de vista se ha enriquecido y ha tenido una tendencia hacia “la acumulación y la asimilación”, como lo menciona Robine (2002), es decir, su apertura ha permitido que retome aspectos teóricos que la fortalezcan y la hagan más rica en su teoría, siempre con miras a aplicar de manera eficiente su metodología a los seres humanos y ayudarlos a crecer como personas, éste es uno de los objetivos de la Terapia Gestalt. Su validez esta implícita en la manera de hacer terapia de quienes la acogen para el trabajo terapéutico y en los resultados que, valga afirmarlo por propia experiencia personal, son palpables.

Pero más allá de toda la riqueza literaria, consideramos que el valor de la Terapia Gestalt radica en que el terapeuta, con todo y su experiencia, no deja a un lado su calidad de ser humano, su esencia de ser humano y su apertura a mostrarse como tal y ver a sus paciente como otra persona, sin ningún estatus de por medio, valga recordar una cita de Celedonio Castaneda que dice (como prólogo a Salama, 2001), “mientras construimos teorías y comprobamos hipótesis para comprender mejor el complicado mundo de la mente, debemos recordar que el ser humano, y no la teoría en sí misma, es el principal objeto de nuestra comprensión” (pág. 20).

Desafortunadamente, esto no ha ocurrido con otras teorías psicológicas, el error en que han incurrido es sólo centrarse en el campo de estudio que les interesa sin tomar en consideración otras áreas que pueden estar relacionadas y que pueden ayudar a comprender su objeto de estudio, de esta manera lo que hacen es soslayar la importancia que puede conferir otro campo. Es importante, como lo señala la Gestalt, no perder de vista que el ser humano es parte de un campo total y que forma parte de todo lo que existe a su alrededor; si descuidamos este aspecto podemos caer en el error de reducirlo a él mismo o a su grupo social y menospreciar el amplio entorno que lo rodea. Es por ello muy importante que quien trabaje con padres de una persona con discapacidad no olvide el análisis del campo que rodea a la persona, su familia, su escuela, su medio social, etc.

La Psicoterapia Gestalt basa gran parte de su contenido en tres métodos de estudio: la filosofía existencial, la teoría de campo y la fenomenología, cuyos principios teóricos le han dado dirección.

Filosofía Existencial

La Filosofía Existencial rechaza esquemas rígidos que pongan la razón sobre el ser humano, dice que “la vida es para vivirse y no para analizarse”. Para esta filosofía cada ser humano es un ser único e irreplicable, es un ser en proceso y en continuo cambio, no se trata de un ser estático, siempre está en movimiento y por lo tanto es un ser con polaridades que puede amar u odiar, estar feliz o triste, ser egoísta o compartido, somos seres finitos, perfectibles y fiables. El existencialismo rechaza reducir al hombre así mismo, prefiere verlo de una manera holística, como un ser que es parte de un entorno, igualmente en constante cambio, pero también es un ser individual y total. La Terapia Gestalt toma de la filosofía existencial tres fundamentos. El primero de ellos es la importancia de la vivencia concreta, sin abstracciones ni complicaciones, sino la vivencia simple; el segundo fundamento nos habla de que cada experiencia de la persona es singular e intransferible y por último, la responsabilidad que cada persona debe adquirir para su proyecto existencial, pues esto “le da sentido a su vida y así crea día a día su libertad creativa” (Sinay y Blasberg, 2002; pág. 78).

Teoría de Campo

Por su parte, la Teoría de Campo nos habla de que cualquier fenómeno es parte de un campo más amplio, se trate de fenómenos físicos, sociales, biológicos, psicológicos o químicos. Yontef (2002) define el concepto de campo como “una totalidad de fuerzas que se influyen mutuamente y que en conjunto forman un todo interactivo unificado” (pág. 278). Un fenómeno cualquiera forma parte de su campo y todas las variables que haya en su campo van a repercutirlo de una manera u otra y a su vez él repercutirá sobre ellas. No puede existir uno sin lo otro

pues no existe nada en abstracto, existen procesos sobre alguien o algo -esto tiene que ver con un concepto de la fenomenología, el de "intencionalidad" que quiere decir que todo es un proceso sobre algo, no existe nada en abstracto, es necesariamente sobre algo o alguien. Todas nuestras actitudes, vivencias o emociones son intencionales. Esta reciprocidad ocurre de manera organizada en el espacio y en el tiempo porque durante el proceso no se mantienen estáticos, existen cambios, reestructuraciones o movimientos. Según Yontef (2002) "nada no es de un campo" porque todos los seres humanos formamos parte de un campo y no podemos excluirnos de él, así estemos en campos diferentes, somos de un campo. No sería lo mismo decir que estamos en uno u otro campo, esto sería como dividirnos e insertarnos en diferentes momentos y campos diferentes y estaríamos alterando nuestro espacio y nuestro tiempo que ocupamos en el universo, empero, esto no ocurre, pues somos partes activas de nuestro campo.

Ahora bien, si estamos de acuerdo en que todos los organismos somos parte de un campo, podemos decir entonces que todo lo que hagamos va a estar determinado por el propio campo, podemos recibir influencia de él pero también vamos a afectarlo con nuestras acciones. Yontef (2002) cita como ejemplo el proceso de un paciente que no sólo va a estar regulado por su propio entusiasmo y motivación, también influirá la habilidad del terapeuta, la relación entre ambos, el apoyo de su familia, de sus amigos y de su campo en general, pues no existen personas aisladas unas de otras. "Una escuela de psicoterapia que tiene un planteamiento unitario ante el organismo unitario que es el hombre, no puede ocuparse así misma únicamente del material mental, bien sea éste reprimido o expresado. Debe ocuparse de la configuración total de la conducta y debe además intentar hacer que el paciente se percate de la configuración total tanto como sea necesario para su salud" (Perls, 1976; pág. 62).

La Terapia Gestalt toma de la teoría de campo el concepto de la relación organismo-ambiente y la utilización del análisis funcional, en vez del análisis causal. Para ello omite la pregunta "¿por qué?", el por qué explica muy poco del

paciente y además lo lleva a una serie de racionalizaciones o excusas que justifiquen su conducta e implica que no se responsabilice de ella, en cambio, se privilegia las preguntas “¿qué?” y “¿cómo?” de la experiencia. Es importante añadir que en la sesión terapéutica, el terapeuta es parte del campo del paciente y no puede sustraerse de él, de ahí la importancia de la relación dialogal yo-tú.

Fenomenología

Por otro lado, la Gestalt toma también aspectos muy interesantes de la Fenomenología, método fundado por Edmund Husserl, cuya idea central fue la de describir y no explicar los fenómenos (Sinay y Blasberg, 2002). Al igual que la teoría de campo, la fenomenología utiliza un análisis funcional y la pregunta *qué* y *cómo*. La Terapia Gestalt no interpreta lo que le ocurre a un paciente, sería como adivinar para basar en ello sus conclusiones, prefiere preguntarle cualquier hecho que pueda parecerle obvio, pero siempre atento a la fenomenología de la persona, a sus movimientos, a su postura, a su respiración, a sus manos, piernas, a su cabeza, su cuello, su rostro, su expresión corporal puede dar mucha más información que su discurso verbal. El cuerpo tiene una manera peculiar de comunicar su incomodidad o su entusiasmo, si se ignora, el terapeuta puede privarse “de una palanca terapéutica poderosa que contribuye a la intensidad y a la profundidad del trabajo que permite acrecentar la eficiencia y disminuir la duración” (Ginger y Ginger, 1990; pág. 186).

La fenomenología da singular importancia al encuentro yo-tú en el aquí y el ahora, considera que no podemos cambiar el pasado ni adivinar el futuro, pero sí podemos actuar en el presente, en el aquí y ahora. El paciente puede traer muchos problemas de su pasado, pero debido a que aún en su presente carga con ellos, los consideramos del presente, pues como bien dice Perls (1976), si se trataran de problemas del pasado, fueran eso, pasado, y no estarían en el presente, sin embargo, esto no ocurre así. No podemos cambiar el pasado, pero sí podemos actualizarlo, como bien dice Paulo Coelho en su novela *El Alquimista*,

“es en el presente donde está el secreto, si prestas atención al presente podrás mejorarlo. Y si mejoras el presente lo que sucederá después también será mejor”.

Como podemos observar, la Terapia Gestalt ha tomado gran parte de su fundamento teórico de estas tres filosofías. La Terapia Gestalt es considerada como una terapia de contacto porque ve al otro como un ser individual con límites propios y con necesidades a satisfacer. Cuando no logra satisfacer estas necesidades es cuando la persona experimenta un sentimiento de desolación y una crisis existencial como lo llama Perls (1976), momento en el cual no cuenta con las herramientas propias para hacerle frente y es cuando la persona acude a terapia. Estas necesidades insatisfechas se llaman en Gestalt “gestalt no cerradas” o no concluidas y están representadas por un círculo cuya rotación y cierre significan que se cierra un asunto o, si aún no se completa, que esta abierto, se conoce como “ciclo de la experiencia” (Fig. 1).

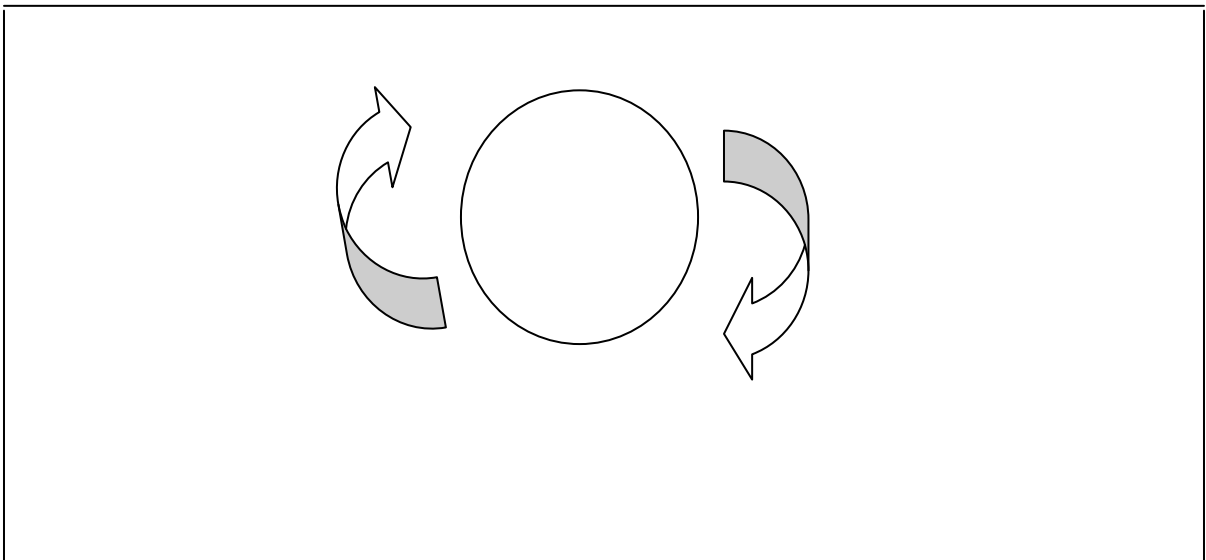


Fig. 1. Ciclo de la Experiencia

La dirección de las flechas indica cómo una experiencia cualquiera sigue un ciclo desde que inicia hasta que se cierra, o inclusive, puede no llegar a cerrarse.

Diariamente y con frecuencia estamos abriendo y cerrando gestalts, cuando tenemos hambre, por ejemplo, abrimos una gestalt que se cierra cuando satisfacemos nuestra hambre, lo mismo pasa cuando tenemos sed, sueño, cuando estamos cansados, cuando tenemos frío, etc. Así como en el plano fisiológico abrimos y cerramos gestalts, también en el plano psicológico o espiritual lo hacemos, pensemos que dejamos algo pendiente en el trabajo que no pudo resolverse hoy y tendremos que esperar al siguiente día para concluirlo, debido a que nos llevaremos la “preocupación” a nuestra casa, tendremos una gestalt inconclusa; pensemos también cuando muere un ser querido, el duelo que se viva implicará que nuestra gestalt esté abierta hasta que haya un cierre sano y adecuado o que, por el contrario, nunca llegue a cerrarse.

Generalmente no nos percatamos de cuán y cuántas gestalts abrimos y cerramos, quizá sea porque no nos damos cuenta de que lo hacemos. La Gestalt pone especial énfasis en el “darse cuenta” de nuestros procesos, es a través del darse cuenta o awareness como podemos percatarnos de lo que hacemos o de lo que dejamos de hacer. En Gestalt se habla de tres tipos de darse cuenta: el darse cuenta sensorial, se refiere a la percepción de nuestras sensaciones corporales y del campo que nos rodea; el darse cuenta intelectual, es decir, los procesos de pensamiento y aprendizaje y el darse cuenta emocional, todo lo que tenga que ver con nuestras emociones. Cuando los tres llegan a coincidir hablamos de un darse cuenta organísmico.

El darse cuenta muchas veces no ocurre con facilidad, pensemos por ejemplo en el cuerpo humano, nuestro cuerpo funciona como un mecanismo perfecto y organizado que marcha de manera uniforme, sin embargo, pocas veces o nunca nos damos cuenta de procesos tan evidentes como nuestra respiración, nuestro latido del corazón, nuestra digestión, nuestros movimientos, carecemos de un contacto con nosotros mismos, con nuestras sensaciones y con nuestras emociones.

El principal objetivo de la Terapia Gestalt es que el paciente se de cuenta de sí mismo, de lo que hace y de lo que siente, la terapia será un ensayo que le permita hacer esto y pueda llevarlo a su vida diaria, “como terapia vivencial, la técnica gestáltica exige del paciente que se vivencie así mismo lo más posible y que se vivencie tan plenamente como pueda en el aquí y el ahora. Le pedimos que se de cuenta de sus gestos, de su respiración, de sus emociones, de su voz y de su expresión facial, tanto como de sus pensamientos más apremiantes. Sabemos que mientras más se de cuenta de sí mismo, más aprenderá acerca de lo que es él mismo” (Perls, 1976; pág. 70). Este darse cuenta ocurre siempre en el aquí y el ahora y el paciente se concentra en este momento inmediato, “concentrándose en cada síntoma, en cada área del darse cuenta, el paciente aprenderá muchas cosas de sí mismo y de su neurosis. En primer lugar aprenderá lo que esta vivenciando. Y aprenderá cómo sus sentimientos y su comportamiento en un área, se relacionan con sus sentimientos y con su comportamiento en otras áreas” (Ibidem, pág. 73).

La ayuda que el terapeuta brinde para que el paciente puede “darse cuenta” de sus procesos es primordial, el paciente muchas veces llega a terapia con varias necesidades no cubiertas y con la creencia de que el simple hecho de asistir a terapia ayudará a la resolución; la función del terapeuta no es “resolver” los asuntos de alguien, su función es “guiar” a la persona para que se de cuenta de lo que hace para solucionar sus problemas y lo que hace para evitarlos. La calidad de la ayuda que el terapeuta brinde es resultado de la preparación que tenga derivada de su asistencia a cursos, de la experiencia del trabajo terapéutico y la experiencia personal, por lo que su atención debe estar puesta en estos tres aspectos, en el siguiente apartado hablaremos con detenimiento de estos puntos y de su importancia.

3.2. Actitud Profesional y Personal del terapeuta Gestalt.

Para Ginger y Ginger (1993), un terapeuta gestalt no es una persona que sólo se dedica a escuchar al paciente sin que exista retroalimentación de por medio. Al involucrarse realmente en la relación, de forma auténtica y comprometida, puede brindarle la atención necesaria para lograr comprender su “sentir” y ayudarlo así a reconocer sus cualidades que lo ayudarán a “darse cuenta” de las soluciones que puede tener. Es cierto que todos los conocimientos teóricos que lo preceden y sobre todo su experiencia, hacen más oportuna su intervención, sin embargo, como bien menciona Salama y Villarreal (1988), su interés se centra principalmente en “mantener la atención en un tema más que en una fórmula” (pág. 56). No pretende “seguir al pie de la letra” un modelo estándar, el momento en el que transcurre la sesión terapéutica es el importante y alrededor de éste girará la intervención.

La actitud del terapeuta Gestalt hacia su paciente ha de ser de total respeto, pues ni sus creencias ni sus ideas ni su manera de vivir van a coincidir con las de él; cada paciente tiene su propia historia y debemos respetarlo por el hecho de ser diferente, ahí es donde empieza el papel del terapeuta Gestalt, donde puede reconocer a otro ser humano y respetarlo. No sería correcto que emitiera juicios acerca del comportamiento del paciente, ni que sugiriera lo qué deba hacer ni de expresar beneplácito ante su conducta. Ese no es el objetivo de la terapia, el terapeuta ha de estar muy atento al discurso verbal y no verbal del paciente y “guiarlo” para que se de cuenta de su propia conducta y de los sentimientos que ésta le genera, no guiado por una necesidad del terapeuta sino por su propia necesidad. Esta es una de las razones de por qué la importancia de que el terapeuta esté sometido a su propio proceso terapéutico, en él podrá expresar sus necesidades y las inquietudes que le puede generar su paciente, si las llegara a haber.

Durante el transcurso de la terapia y al ir explorando sus figuras, evidentemente se suscitarán en el paciente varias emociones, el terapeuta ha de prestar especial atención a ellas y sobre todo, según Satir y Baldwin (1995), ante los mecanismos de defensa que algunas personas manifiestan para “ocultar” sus áreas de baja autoestima ante sí y los demás” (pág. 186). El objetivo es que las emociones manifestadas sean percibidas por el paciente y se de cuenta de ellas, no se pretende eliminarlas, sino aceptarlas y aprender a manejarlas, para que el paciente las experimente sin tener miedo a externarlas en vez de reprimirlas.

Esta habilidad para el manejo de las emociones es implícita la Terapia Gestalt. De ahí que Ginger y Ginger (1993), consideren al terapeuta no como un analista, que congela una situación para ahondar sobre su origen, sino como un catalista, que va de lo “alto hacia lo bajo (y) de las superficies a las profundidades, respondiendo a cinco características clásicas principales de las sustancias químicas” (pág. 167):

- Acelera y amplifica las reacciones debido a su presencia
- Actúa por intervenciones con dosis muy bajas
- No desplaza el equilibrio interno sino que permite solamente alcanzarlo con más rapidez
- Su poder está fuertemente ligado a su propio estado físico
- Se encuentra inalterado cuando la reacción se termina

Su carácter implícito lleva a ser de la terapia Gestalt un modelo que pretende explorar a fondo la problemática que reporta el paciente, no superficialmente, sino desde fondo, por ello la importancia de que el paciente adquiera un “darse cuenta” sobre la situación, percibiéndose como un ser total, que no esta separado por su cuerpo y su mente, como se consideraba siglos atrás por el dualismo cartesiano, sino como un ser completo que es capaz de “observar lo que hace, los sentimientos, los pensamientos y las sensaciones de (su) cuerpo” (Salama y Villarreal, 1988; pág. 57).

La ética, responsabilidad y el profesionalismo del terapeuta Gestalt son de suma importancia para el establecimiento de la relación terapéutica, sin embargo, el trabajo personal que haga es aún más trascendente. La calidad de la relación terapéutica que logre establecer dependerá del trabajo individual que haya realizado a través de cualquier psicoterapia. Esto le permitirá, en opinión de Ginger y Ginger (1995), "(sentirse) ampliamente familiarizado con sus mecanismos habituales de contratransferencia (al haber) analizado sus actitudes profesionales en supervisión, beneficiándose así del control y la experiencia de colegas calificados" (pág. 182).

Su propio trabajo terapéutico permite "entregarse" a la relación con el paciente, ser pues un ser auténtico, sin mostrar una personalidad que no es la suya, sino tal como es. Un terapeuta gestalt será capaz de darse cuenta de "sus emociones y sentimientos internos a medida que éstos surgen y de expresarlos en forma espontánea cuando así lo decida o desee" (Erving y Miriam Polster, 1974; citado en Salama y Villarreal, 1988; pág. 58). De tal manera, podrá crear un clima de confianza y amistad, permitiendo que transcurra con facilidad la sesión.

La importancia de que el terapeuta atraviese también por un proceso terapéutico, está basado en la premisa de que en él se suscitan sentimientos al estar en contacto con su paciente. En psicoanálisis se habla de dos procesos que se manifiestan en la relación terapéutica: transferencia y contratransferencia. La primera se refiere a los sentimientos que el paciente experimenta por su terapeuta por considerarlo como alguien que lo escucha o lo ayuda, comienza a apreciarlo e incluso puede llegar a enamorarse. La contratransferencia por otro lado, se refiere a los sentimientos suscitados en el terapeuta al sentirse identificado con algunos aspectos de la vida del paciente.

Centrémonos por ahora en la contratransferencia, cuya presencia ha pretendido ser evitada por algunos terapeutas, como lo menciona Sasha Nacht (1967; citada en Ginger y Ginger, 1995), "...durante mucho tiempo, los analistas han sido

persuadidos de que podían dominar y aún eliminar sus propias reacciones contratransferenciales inconcientes con la actitud de neutralidad. En la actualidad sabemos que la contratransferencia es tan fecunda en el trabajo analítico como la transferencia, a condición, claro está, de que actúe en un sentido benéfico para el enfermo” (pág. 175).

El hecho de identificar y aceptar los sentimientos que el paciente suscita en el terapeuta, implica un beneficio tanto para éste como para aquel, “para el (segundo) permite un control de su implicación, ayudando a conservar su equilibrio personal frente a los estrés múltiples, principalmente agresivos y eróticos, inducidos por los clientes. Para el cliente, puede favorecer una toma de conciencia de sus mecanismos de huida del contacto, resistencias o pérdidas de la función yo del sí mismo (proyección, introyección, confluencia, deflexión, etc.)” (Ginger y Ginger, 1995; pág. 174). Va a ayudar además al terapeuta a “sintetizar muchos datos vitales de la experiencia terapéutica” (Erving y Miriam Polster, 1974; citado en Salama y Villarreal, 1988; pág. 58).

Por su parte, Max Pages (1977; citado en Ginger y Ginger, 1995) considera que “el placer que experimenta el terapeuta o el capacitador en sus intercambios con los participantes es necesario para el cambio” y, asevera, “no es peligroso, no es tampoco un elemento sospechoso que debemos de dosificar, al cual aceptamos con reticencia y mala conciencia. Es el motor del cambio” (pág. 179).

La relación terapéutica provee de gran aprendizaje en cada sesión, tanto al terapeuta como al paciente, al primero le abre cada vez más el panorama de la vida del paciente y esto permite que explore y aclare dudas generadas y adecue lo más posible la psicoterapia a las necesidades que presente. Como paciente algunas veces la sesión brinda mucho conocimiento sobre aspectos que no habían sido “vistos”, otras veces nos quedamos con la sensación de no haber comprendido cabalmente un aspecto, lo cual también ayuda a reflexionar y darnos cuenta de la situación que nos inquieta.

Aunque la psicoterapia Gestalt no establece un “modelo” para llevar a cabo una sesión, sí es importante considerar el seguimiento que debemos darle durante su transcurso, aunque no siempre se va a seguir el mismo orden, ya que las necesidades del paciente cambian y por tanto la manera en que lo vayamos guiando, más bien debemos poner atención en aquellos aspectos que el paciente traiga a terapia para trabajar, pues algunas veces se presentará muy feliz y otras deprimido o con alguna preocupación, tomemos muy en consideración sus polaridades. Veamos a continuación una propuesta que realiza Joseph Zinker para llevar a cabo una sesión en Gestalt y posteriormente pasaremos a la revisión de las técnicas que ofrece la Psicoterapia Gestalt para trabajar el darse cuenta de los pacientes.

3.3. Cómo establecer una metodología de trabajo en Psicoterapia Gestalt.

Quienes han tenido la experiencia y la oportunidad de analizar cómo se lleva a cabo una sesión terapéutica y lo que implica su realización, podrán hablar de las características que debe poseer un psicólogo que pretenda dedicarse a esta área. De entre las características destacan principalmente la agudeza para hacer observaciones casi detalladas de lo que ocurre en el transcurso de una sesión, así como la pericia en el manejo de algunas técnicas que proponga el enfoque teórico que decida tomar.

Toda teoría que tenga aplicaciones a la terapia, persigue el mismo objetivo: ayudar a su paciente a buscar alternativas de solución para aquellos aspectos de su vida que considere problemáticos, a través de los métodos particulares que la caracterizan. O más específicamente hablando de la Gestalt, el objetivo es que el paciente se de cuenta de sus procesos psicológicos y pueda pasar del apoyo ambiental que brinda el terapeuta al autoapoyo.

El valor que posee la relación terapéutica desde el enfoque Gestalt, reside principalmente en que ambas personas, tanto terapeuta como el paciente, se involucran en la misma. No se trata de que el terapeuta tenga una actitud pasiva y solo de escucha para con su paciente, se trata de que también se involucre en la relación y logre percibirse como parte de ella, todo con la finalidad de que el paciente pueda expresar sus dificultades.

Otra peculiaridad de la relación terapéutica muy importante para la Gestalt como ya habíamos mencionado, es que el terapeuta debe tener muy claro que no va a resolver los problemas de su paciente, muchas veces quien acude a tomar terapia lo hace con la intención de que el terapeuta le indique cómo debe hacer las cosas, cómo debe pensar y actuar sin tomar responsabilidad por su propia conducta. La tarea del terapeuta consiste en guiarlo y ayudarlo a reconocer sus propias habilidades que lo ayudarán a resolver sus problemas. Así, el trabajo terapéutico

buscará hacer evidente la experiencia personal y no las situaciones que le dieron origen (Portuondo y Tamames, 1979). Para que el desarrollo de la sesión se efectúe con eficacia, es importante que el terapeuta gestalt tenga una preparación adecuada tanto a nivel profesional como personal, como veíamos en el punto anterior.

Para el manejo adecuado de una sesión terapéutica es necesario considerar aspectos importantes a tomar en cuenta al momento que se efectúe. Partiendo de la premisa de Fritz Perls (1973; citado en Salama y Villarreal, 1988) de que la terapia Gestalt sigue un modelo experimental, Zinker (1978; íbidem) considera que el experimento llevado a cabo entre el terapeuta y su paciente se desarrolla de la siguiente manera, aclarando que no seguirá siempre el mismo orden ni serán claramente distinguibles entre sí. Su modelo es el siguiente:

1. Preparación del campo de trabajo.

El terapeuta busca que su paciente vaya expresando lo que quiera decir, dichos sucesos servirán para que el terapeuta “tome” uno de ellos y vaya trabajando sobre él. Es decir, de las figuras que traiga el paciente a terapia –recordemos que las figuras serán los “problemas” o situaciones que le aquejan o interesan-, habrá una que sobresalga sobre las otras y será sobre la que se trabajará, esto dependerá naturalmente de su habilidad para “empatizar y captar lo más importante para el paciente en ese momento de su existencia” (pág. 60). Pensemos por ejemplo que viene a terapia una madre de un niño con parálisis cerebral, su queja que trae al inicio de la terapia será que su hijo le requiere gran cantidad de atención y de tiempo, por lo que ha descuidado a sus otros hijos y éstos se quejan por lo sucedido. Esta puede ser la figura de la madre, su necesidad, aparentemente, es la de dedicar tiempo a todos sus hijos y no sólo al que presente la discapacidad.

2. Negociación o consenso entre el terapeuta y el paciente.

Salama y Villarreal (1988) consideran importante que el terapeuta explique a su paciente que su participación en la terapia implicara realizar “experimentos” que incrementen su darse cuenta; el experimento consiste en que la persona se ponga en contacto con sus sensaciones corporales a través de la técnica que el terapeuta considere adecuada de acuerdo a lo que quiera explorar en el paciente.

3. Generación de autoapoyo tanto para el terapeuta como para el paciente.

Insistamos en la importancia de que el terapeuta haya atravesado o esté atravesando por un trabajo terapéutico personal, para que exprese en la sesión con su paciente congruencia entre su lenguaje corporal y oral y trate de enseñar, en la medida de lo posible, al paciente a que haga lo mismo. Hemos mencionado que la relación terapéutica debe establecerse como yo-tú, es decir, sin estatus ni jerarquías, el terapeuta se mostrará en la sesión tal como es él e identificará sus propias sensaciones, cuando las haya, que le suscite el momento en que escucha al paciente. Quizá, en nuestro ejemplo, el terapeuta esté siendo absorbido por el trabajo y haya descuidado a su familia, al escuchar a la madre e identificarse con su problema, puede caer en el error de proyectar en la paciente su propia necesidad y descuidar o pasar por alto figuras de la paciente que se deben trabajar. En cambio cuando toda su atención está centrada sólo en la paciente y deja en ese momento sus propias necesidades a un lado, el trabajo puede ser favorable para ambos.

4. Exploración del nivel de darse cuenta.

“Por lo general, al darse cuenta lo anteceden una serie de sensaciones distintas, cuando el terapeuta puede atender a la conducta no verbal del paciente, y casi en forma simultánea a sus propias sensaciones, tendrá una serie de observaciones de él mismo y del otro en cada momento de la sesión; sólo entonces el terapeuta

será capaz de tener una figura clara de lo que está sucediendo con él y con el paciente” (pág. 62). En nuestro ejemplo, podemos observar que la señora mueve sus manos con insistencia, alza la voz cuando habla de su queja, pero su cuerpo y sus facciones se mantienen rígidas, este lenguaje que emite su cuerpo puede estar señalando dos cosas, una, que su energía esta bloqueada en su rostro y en su cuerpo y debido a esta rigidez sus movimientos no son fluidos y dos, puede ser que quiera manipular con sus manos algo o a alguien. Pensemos que está enojada y frustrada por haber concebido a un niño deficiente, está enojada con ella, con su esposo y sobre todo con el niño. Estos sentimientos no son aceptados con facilidad por las connotaciones sociales que implica, sin embargo, podemos llevarla poco a poco a que se de cuenta de que sí existen estos sentimientos y que puede expresarlos y debe hacerlo sin miedo a ser juzgada por el terapeuta.

5. Graduación y selección del experimento.

De acuerdo con la “figura” que el paciente traiga a la sesión, es importante que el terapeuta vaya graduando “hacia arriba o hacia abajo, el nivel de dificultad de un experimento, para alcanzar el nivel óptimo de ejecución para el paciente en ese momento” (pág. 62). Es decir, si el terapeuta observa que al paciente le cuesta trabajo “enfrentarse” a un aspecto de su vida, debe graduar hacia abajo el experimento. Si por el contrario no le aporta nada nuevo, deberá graduarse hacia arriba. Este proceso de graduación fue inventado y llamado así por la doctora Sonia Nevis en 1970 (Salama y Villarreal, 1988). Si decidimos utilizar la técnica de intensificación (esta técnica la veremos más adelante en el apartado correspondiente) del movimiento y la paciente no quiere hacerlo, no podemos obligarla pero podemos explorar su negación ó bien podemos utilizar otra técnica.

6. Localizar y movilizar la energía congelada en el paciente.

Partiendo de la premisa de que en el organismo existe un flujo de energía que se desliza en todas las direcciones, el terapeuta debe identificar mediante su

observación aquella o aquellas partes del cuerpo de la persona donde la energía está bloqueada y comenzar el trabajo para hacerla fluir. De acuerdo con Zinker, generalmente una persona tiene la “necesidad de sacar a flote áreas de su vida en las que ha invertido grandes cantidades de energía, o donde, por el contrario, siente una carencia de ésta” (pág. 62), de ahí la importancia del lenguaje no verbal que expresa el cuerpo del paciente. Podemos pedir a la señora de nuestro ejemplo que ponga atención a su rostro y a su cuerpo, a través de alguna técnica de relajación, o podemos también pedirle que intensifique el movimiento con sus manos y nos diga qué le gustaría hacer con ellas en este momento. Quizá con sus manos quiera golpear o apretar a su hijo y a su esposo, y puede simular que lo hace si disponemos de un objeto al que pueda hacer esto.

7. Focalización.

La atención del terapeuta se centrará en la figura que sea necesario trabajar, ésta se puede ubicar cuando el paciente haga recurrente alusión a un tema o cuando veamos que su cuerpo presenta algún movimiento repetido o exagerado; pueden surgir diversas figuras, sin embargo, se debe trabajar con aquella que el paciente necesite expresar y en la medida de lo posible con las otras que también son importantes para él.

8. Activación.

Al ubicar la figura, el terapeuta utilizará el experimento que sea adecuado y permita explorar el darse cuenta del paciente; esto puede implicar movilizar la energía bloqueada. Como mencionamos en nuestro ejemplo, podemos utilizar la relajación o la intensificación de su movimiento.

9. Relajación.

Esta se alcanza por medio de la enseñanza de ejercicios en zonas específicas del cuerpo.

10. Asimilación de lo sucedido.

Es imprescindible que el terapeuta pregunte al paciente en cada sesión qué fue lo que aprendió y de qué se dio cuenta, con el objeto de evitar hacer inferencias de lo que “cree” se llevó el paciente, siempre es mejor que lo verbalice. Es el momento en que se produce el insight de la paciente. En nuestro ejemplo, quizá la señora se haya dado cuenta de que la que requiere tiempo y se ha descuidado por la discapacidad de su hijo es ella misma y que reconozca que sí está enojada con su hijo por absorberla tanto tiempo. El reconocer los sentimientos es un gran paso dentro de este marco de trabajo y permite que el paciente siga explorándose así mismo.

Durante todo este proceso terapéutico la ayuda que brindan las técnicas es invaluable, pues permite que el paciente se experimente y no sólo verbalice lo que le sucede, hemos hecho a continuación una recopilación de las que manejan algunos psicoterapeutas, conozcamos entonces la importancia de contar con ellas y una breve descripción para poder dar pauta a las propuestas en el capítulo 4.

3.3.1. Técnicas de Intervención en Gestalt.

La pericia del terapeuta Gestalt en el manejo de las técnicas terapéuticas le permitirá ayudar al paciente a “superar los obstáculos que bloquean su toma de conciencia” y desarrollar todas sus capacidades que le facilitarán resolver sus problemas.

Para comprender el significado implícito que conlleva cada técnica gestáltica, es importante recordar dos conceptos importantes que vimos en la primera parte de este capítulo: el de “aquí y ahora” y el de “toma de conciencia” o awareness. El “ahora es un concepto funcional que se refiere a lo que el organismo está haciendo en este preciso instante” (Castanedo, 1988; pág. 138). La Gestalt pone el acento en el presente de la persona, en el presente es donde está experimentando sensaciones, emociones o pensamientos; terapéuticamente es importante considerar el momento donde esté experimentando de esta manera.

Trabajando a partir del ahora de la persona, se puede llegar paulatinamente a que “tome conciencia” de su comportamiento. La toma de conciencia “se produce cuando la novedad y la complejidad de la transacción alcanzan su punto culminante y cuando son mayores las posibilidades futuras (para bien o para mal). La toma de conciencia parece facilitar la máxima eficiencia al concentrar todas las capacidades del organismo en las situaciones más complejas y cargadas de posibilidades” (Enright; en Fagan y Sherperd, 1980; pág. 112).

Pensemos un momento qué pasa en terapia: la persona comúnmente llega a su sesión y comienza a hablar de sus problemas; sin percatarse, emitirá, además de sus palabras, un lenguaje corporal reflejado en su postura, su manera de sentarse, de mover las piernas, las manos, su tono de voz, su respiración, etc. Enright (en Fagan y Sherperd, 1980), ofrece una magnífica descripción en la siguiente cita: “el paciente puede estar hablando sobre cierto asunto pero, a la vez, realizando muchas cosas más con sus sentidos y realizando una actividad motora mucho

mayor en todo momento. Su conciencia estará centrada por lo general en el contenido verbal, pero al mismo tiempo sus ojos estarán fijos en algún punto del espacio, sus manos se moverán sin concierto, girará la cabeza a uno u otro lado, sonreirá... también su voz cambiará de carácter en armonía o no con los cambios de contenido verbal. Además del contenido intencional de sus palabras, tenemos la trama rica y sutil de imágenes y de metáforas, la elección de la voz, modo y tiempos verbales, los cambios de pronombre, etc. (pág. 113).

La observación del terapeuta mientras el paciente emite su conducta “puede proporcionar algunos datos para verificar la observación interna, lo que existe en un organismo es generalmente reflejado, de alguna forma, por su conducta externa” (Castanedo, 1988; pág. 141). Por ello la importancia de enfatizar el “cómo” y el “qué” más que el “por qué”, como ya se había mencionado, con “la intención de volver siempre a los datos sensoriales primarios de la experiencia”, es decir, dar más importancia a los procesos sensoriales sobre los cognitivos.

La intervención terapéutica consiste en identificar las divisiones que se dan en el organismo, Enrigh (en Fagan y Sherperd, 1980) considera que cuando el paciente mantiene una comunicación que concuerda con sus actividades motoras, sólo lo escucha, pues piensa que su “conciencia está integrada con su atención orgánica” y por lo tanto, afrontará él mismo sus dificultades con eficacia. Sin embargo, dice, su intervención será pertinente cuando “las actividades inconcientes pasen a primer plano en la gestalt total y compitan con el contenido verbal” (pág. 113), entonces se dedicará a atraer la atención del paciente sobre aquello de lo cual éste no se ha dado cuenta.

El propósito de utilizar técnicas en Psicoterapia Gestalt, es que el paciente se vivencie a sí mismo, que tome contacto con él a través de la experiencia que le proporcione alguna técnica. Las técnicas en Gestalt se dividen en tres grupos: las técnicas supresivas, expresivas e integrativas.

Bajo la premisa de que el paciente “deje de hacer lo que hace en este momento”, las técnicas supresivas permiten que el paciente se de cuenta de la experiencia que se oculta tras una determinada actividad (Salama, 2001), por ejemplo, un paciente que al hablar mueve mucho sus manos y brazos, los levanta, los recoge, el terapeuta puede pedirle que ponga sus manos sobre la mesa y nos hable de cómo se siente si sus manos están quietas, en este ejercicio se le pide suprima su movimiento y tome contacto con la quietud de sus manos. El acto supresivo de la terapia gestáltica involucra que el paciente deje de sumirse en un juego particular que constituye su fundamental mecanismo de evitación (Naranjo, 2002).

De acuerdo con Naranjo (2002), la supresión de las evitaciones generalmente conduce a una experiencia particular, a la experiencia de la “nada”, y asevera “la nada solo es nada mientras estemos bajo la compulsión de hacer de ella un algo” (pág. 61). La meditación por ejemplo, involucra la atención de la persona en la “nada” es decir, tratar de dejar al mente en blanco y concentrarse en ese momento de su vivencia.

Otra de las maneras en que el paciente evita darse cuenta es a través de los “acercadeísmos” y “debeísmos”. En opinión de Salama (2001), “hablar acerca de” un problema en vez de vivenciarlo sólo conduce a que el paciente haga una serie de racionalizaciones que lo conducen a una y otra sin hallar un fin. Por ejemplo, la madre de un niño con Síndrome de Down puede hablar “acerca de” el tiempo que “debe” invertir en su hijo al llevarlo a su habilitación, si ésta paciente continúa hablando de su hijo, sin experimentar los sentimientos que le genera esta conducta, quizá no logre percatarse de su experiencia. Por su parte, los “debeísmos” son resultado de los introyectos aprendidos, la persona se siente obligada a realizar “algo” que no le gusta, pero “debe” hacerlo porque así lo aprendió. En el mismo ejemplo anterior, la paciente habla de que “debe” llevar a su hijo a su terapia porque es su “obligación” como madre aunque no lo quiera hacer; si un “debo” se transforma en un “quiero”, hablamos entonces de una internalización, como una asimilación de algo que se desea hacer, así mientras el

introyecto es aprendido de las personas significativas en la vida de una persona, la internalización es una acción que se quiere hacer.

Otra manera de evitar darse cuenta es a través de la manipulación, el paciente puede manipular al terapeuta halagando su trabajo, o a través de la discusión sobre su terapia, incluso con su propio silencio esperando que el terapeuta haga el trabajo por él, también al mostrar ignorancia al hacer preguntas que puede contestar él mismo o buscar la aprobación del terapeuta. El terapeuta puede caer en éste juego de manipulación cuando permite que crezca su narcisismo por los halagos recibidos o al brindar una explicación acerca del paciente para demostrar sus “amplios conocimientos”, esto lejos de ayudar al paciente solo acentúa su personalidad superflua y no permite que haga una exploración de sí mismo a fondo.

Hablemos ahora de las técnicas expresivas, cuyo objetivo es reunir energía suficiente para fortalecer el contenido del darse cuenta del paciente mediante la intensificación o exageración de una conducta. A través de la fenomenología del paciente podemos observar la expresión de su cuerpo al momento de relatar un episodio que le haya ocurrido, si el lenguaje corporal es incongruente con el verbal o viceversa, podemos pedirle que exprese a través de movimientos corporales lo que evita expresar con palabras; por ejemplo, si observamos que está golpeando una mano con la otra mientras habla, le pediremos que detenga la conversación e intensifique ese movimiento y lo haga con más fuerza, esta puede ser una manera de expresar su enojo o frustración, podemos preguntarle qué tratan de decir sus manos con ese golpeteo o a quién el gustaría golpear, por ejemplo.

Una combinación de técnicas supresivas y expresivas podemos hallarla en las técnicas integrativas, cuyo objetivo es de integrar las partes alineadas del individuo (Salama, 2001).

Para que el paciente tome conciencia de sí mismo y se percate de lo que está haciendo en el “aquí y el ahora”, las técnicas gestálticas son de gran ayuda para el proceso terapéutico. Enrigh (en Fagan y Sherperd, 1980) menciona dos aspectos indispensables en el momento que se hacen las intervenciones; el primero tiene que ver con el trabajo que realice el terapeuta sobre alguna figura que abra el paciente, el terapeuta preguntará “qué está pasando” o “qué está sintiendo”, si el paciente hace alguna conexión o comprende por qué está actuando de cierta manera, el terapeuta seguirá explorando el hecho. Si niega toda conexión, se dejará pasar, dice Enrigh (íbidem) “o mi intervención no ha sido oportuna o el paciente no está preparado aún. Si presiono para obtener una respuesta o formulo mi interpretación, todo lo que conseguiré es que movilice más defensas contra mí. Si la conducta es importante, volverá a repetirse” (pág. 115). El segundo se refiere a dirigir el trabajo para que el paciente amplíe el sentido de responsabilidad por su propia conducta y por sus sentimientos.

De acuerdo con Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980) las técnicas gestálticas giran alrededor de dos series de lineamientos: las reglas y los juegos o técnicas. Mientras que las reglas se enuncian desde el comienzo de la terapia, los juegos van surgiendo conforme ésta avanza; la terapia Gestalt cuenta con muchos de ellos, pero el terapeuta puede ir creando más según considere conveniente.

Según estos autores se deben distinguir las reglas de las órdenes. La filosofía de las reglas pretende proporcionar “medios eficaces para unificar el pensamiento y el sentimiento; tienen por designio (ayudar) a sacar a la luz las resistencias” y lo más importante desarrollar la conciencia (Petit, 1987).

Al utilizarlas, el terapeuta no pretende mostrar una lista de lo que se debe o no hacer, se le brinda “con el mismo ánimo con que se propone al paciente un experimento para que lo realice (Levitsky y Perls; en Fagan y Sherperd, 1980). Además constituyen un buen método para que el cliente se de cuenta de su “falta de autenticidad, de su negativa a asumir la responsabilidad de sus sentimientos,

de sus opiniones, de sus necesidades o incluso de su propio cuerpo” (Petit, 1987; pág. 77).

Hablaremos a continuación primero de las cinco reglas que propone la Gestalt y posteriormente de los juegos o técnicas. Fritz Perls propuso una serie de reglas y varios juegos y luego otros autores crearon más o hicieron alguna aportación a las ya utilizadas por Perls. En este apartado se esbozarán las que propone Levitsky y Perls y las aportaciones que han hecho a ellas otros gestaltistas: Celedonio Castanedo (1988), Marie Petit (1987) y Serge y Ane Ginger (1993). Las siguientes constituyen una recopilación de estos autores, en general todos manejan las mismas técnicas o con alguna variante que se mencionara cuando sea necesario.

REGLAS EN GESTALT.

1. Principio del ahora.

El matiz del ahora, la importancia del presente, del momento inmediato, de la experiencia actual, son principios básicos en terapia Gestalt. El terapeuta pretende que el paciente se ubique en todo momento en el “ahora”, para ello, formula preguntas como “¿de qué estás conciente en este momento?, ¿qué está pasando ahora?, ¿qué estás sintiendo en este instante?, ¿de qué te das cuenta?”.

El manejo del “ahora” en terapia no resta importancia al pasado, lo esencial radica en “traerlo” y trabajar éste asunto pero sobre el presente. Se evita, de tal manera, que el paciente haga intervenir a personas ausentes o a ocupar su energía en temores pasados. Según Petit (1987), en el presente la persona “se manifiesta en la totalidad de lo que se es (y) reproduce los esquemas de comportamiento puestos en funcionamiento en el curso de su historia personal” (pág. 79).

2. Yo-tú.

Una comunicación adecuada implica necesariamente que haya un emisor, un mensaje y un receptor. Sobre esta línea, la Gestalt subraya la responsabilidad que cada persona debe de tener sobre cada una de las frases que dirige a una persona en particular y su responsabilidad de escuchar activamente. Si en un grupo, una persona dice una frase “al aire”, el terapeuta le pedirá que se dirija directamente a quien quiera decírselo.

3. Lenguaje impersonal y personal.

“Esta regla tiene que ver con la semántica de la responsabilidad y la participación”. Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980), dicen que muchas veces para referirnos a nuestros actos, utilizamos un lenguaje impersonal, por ejemplo, “tengo un temblor” en vez de “estoy temblando”, ó “me tiembla un ojo” en vez de “mi ojo esta temblando”. La Gestalt intenta que las personas pasen de un lenguaje impersonal a uno personal, lo que facilita que “se vean a sí mismos como un agente activo que hace cosas, en lugar de un ser pasivo al cual las cosas de algún modo le ocurren”.

Castanedo (1988) asevera que cuando las personas descubren los beneficios que trae expresar sus emociones, logran distinguir entre sus sentimientos y sus cogniciones, es por ello importante señalar al paciente a discriminar el “significado exacto y concreto de cualquier palabra que emita en sus relaciones interpersonales”, y sigue, “así, los conceptos vagos, dualísticos y globales son convertidos en oraciones concretas, específicas y unitarias” (pág. 131).

Otros tipos de deformaciones semánticas son la insistencia de la persona por querer “leer la mente” de los otros y angustiarse por lo que cree piensan de ella; otra deformación lo es la utilización de la palabra “¿por qué?”, ésta pregunta “como muchas otras interrogaciones, exige que el otro responda y se justifique a sí

mismo. El interlocutor que responde, frecuentemente comienza a defenderse (contraataca) utilizando también (la misma pregunta). Todo lo que viene en una frase después del 'por qué' es una pura racionalización, una razón que sirve para justificarse" (Castanedo, 1988; pág. 132). Todo ello conduce a evitar la autoresponsabilidad, evitar el escape de la situación real, por ello es importante que se atraiga la atención del cliente para que observe el uso que hace de frases de este tipo.

4. Empleo continuo de conciencia.

"Es un modo eficaz de conducir al individuo hacia los firmes cimientos de su experiencia y de apartarlo de las interminables verbalizaciones, explicaciones o interpretaciones. La conciencia de los sentimientos corporales y de las sensaciones y percepciones constituye nuestro saber más seguro. El empleo del continuo de conciencia (es) el mejor modo de hacer que el paciente coloque menos el acento en el 'por qué' de la conducta y más en el 'qué' y el 'cómo' de la misma" (Levitsky y Perls; en Fagan y Sherperd, 1980).

5. No murmurar.

Levitsky y Perls (íbidem) lo definen como "todo aquello que se dice acerca de un individuo que está presente y a quien se puede hablar de forma directa" (pág. 147). Petit (1987) considera que se "chismorrea" cuando las personas no quieren asumir la responsabilidad de los sentimientos que otras personas les causan. Por ejemplo, "Pedro le dice a Toño que le cae mal Juan" el terapeuta instará a Pedro a que le diga directamente a Juan que le cae mal.

JUEGOS EN GESTALT.

A pesar de que existe un número considerable de técnicas propuestas por la Gestalt, el terapeuta puede además inventar las suyas propias con la creatividad que lo distingue, según considere ir adecuando al momento terapéutico. Perls (1976; citado en Salama y Villarreal, 1988) “siempre insistió en que no se imitara la creatividad, sino más bien que cada quien tratara de desarrollar su propia personalidad y acoplar las técnicas a cada encuentro existencial con su paciente” empero, aclara, “práctica seguida en los entrenamientos de todos los institutos formativos gestálticos” (pág. 65).

Las técnicas o juegos pueden utilizarse tanto a nivel individual como en un grupo. El objetivo de utilizarlas es sacar a la luz los mecanismos de defensa, como las proyecciones, retroflexiones o introyecciones, así como para poner fin a gestalts no terminadas y hacer evidentes las polaridades y poner en concordancia las sensaciones y los pensamientos (Petit, 1987).

En opinión de Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980), se trata, como su nombre lo dice, de juegos que pueden interpretarse como los juegos sociales que realizamos. Sin embargo, en Gestalt se utilizan para que las personas se den cuenta de cuáles les gratifican y cuáles no y tener la libertad de sustituir aquellas por éstas.

A continuación se enumeran las más comunes en Gestalt:

1. Ejercicio de Awareness (Toma de conciencia).

Para Ginger y Ginger (1993), esta técnica es como un ejercicio de calentamiento que favorece el surgimiento de una “situación inacabada” anterior, a partir de un sentimiento actual. La describen de la siguiente manera, “Se trata de estar atento al flujo permanente de sensaciones físicas (exteroceptivas y propioceptivas) de

mis sentimientos, de tomar conciencia de la sucesión ininterrumpida de las 'figuras' que aparecen en un primer plano, sobre el 'fondo' constituido por el conjunto de las situación que veo y de la persona que soy, en el plano corporal, emocional, imaginario, racional o del comportamiento" (pág. 22).

Según estos autores, la actitud fundamental de awareness responde a las cuatro preguntas clave propuestas por Perls: qué estás haciendo ahora, qué sientes tú en este momento, qué estás tratando de evitar, qué quieres tú y qué esperas tú de mí.

2. Juegos de diálogo.

El terapeuta hace uso de esta técnica cuando descubre que existen escisiones en la personalidad del individuo y lo invita a que haga un diálogo entre cada una de las partes en conflicto o con una persona que esté ausente, pero con la cual también exista un conflicto (Castanedo, 1988).

Según Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980), una de las divisiones más frecuentes que puede identificarse en las personas es el oprimido y el opresor o como lo llamó Perls, top-dog y under-dog. El top-dog es el equivalente a los conceptos introyectados por la persona, se distinguen por los "no debes" y es imperativo y moralizador. El oprimido o under-dog, por su parte, opone resistencias pasivas y busca excusas para su conducta y da razón de sus demoras. El darse cuenta de estar utilizando estos dos aspectos contradictorios de la personalidad permite a la persona, según Petit (1988) ser más apta para percibir cuál de ellos domina en una situación dada.

Ginger y Ginger (1993) mencionan que ésta es una técnica que le gustaba en particular a Fritz Perls, él colocaba un lugar cerca del suyo para que se sentara el paciente y frente a éste una silla vacía, en la cual podía "proyectar a gusto un

personaje imaginario con el cual era posible entrar en contacto” y externar su enojo, alegría u otras emociones.

Por su parte, los autores prefieren utilizar cojines de diferentes tamaños en lugar de sillas, por lo conveniente que resulta al momento de externar las emociones. Los cojines son colocados en el piso alrededor de donde se sienten los participantes de un grupo, así podrán tomar el lugar que deseen, favoreciéndose, en su opinión, cierta intimidad, lo que les permitirá buscar su propia comodidad, pudiendo cambiar de posición cuando lo deseen; beneficia además el contacto, la expresión espontánea de los movimientos del cuerpo, así como la continuidad ocasional de una “puesta en acción” deliberada, individual o colectiva. De esta manera, los cojines pueden representar diferentes personas imaginarias a quienes el paciente puede gritar, aventar, golpear, morder, abrazar, llorar, acariciar, etc.

3. Hacer la ronda.

Llamado también “vueltas del grupo” por Ginger y Ginger (1993), ésta técnica pretende que las personas realicen la amplificación de un sentimiento corporal o emocional. Consiste en invitar a uno de los integrantes del grupo, cuando el terapeuta lo considere adecuado, a dirigirse a sus compañeros repitiendo el mismo gesto o frase con alguna variante que quiera expresar a alguna persona en particular.

Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980) hacen hincapié en la flexibilidad de esta técnica al utilizar no sólo gestos y frases, sino también se puede hacer uso de caricias, observaciones fijas y detenidas, etc. Esto trae consigo un efecto de resonancia que lleva al insight.

4. Asuntos pendientes.

Un asunto pendiente es una gestalt incompleta que requiere su cierre o solución y generalmente tiene la forma de sentimientos inexpressados o resentimientos.

Consiste en animar a algún participante a expresar esos sentimientos, a través del diálogo o el juego imaginario, auxiliándose de la fantasía dirigida, de los miembros del grupo o de los objetos de la habitación.

5. Me hago responsable.

“La terapia Gestalt considera la conducta de la persona, sus sensaciones, sus sentimientos o emociones y su pensamiento como algo que le pertenece, como su única responsabilidad. A menudo, las personas evitan su propia responsabilidad hablando en tercera persona. Una técnica para lograr que la persona tome conciencia de que es ella la que decide su propia conducta es añadir después de cada oración (la frase) “y yo me hago responsable” (Castanedo, 1988; pág. 148).

6. Tengo un secreto.

Esta técnica permite explorar los sentimientos de culpa y de vergüenza; consiste en pedirle a cada persona que piense en un secreto personal celosamente guardado. Petit (1987) dice que se le pide a la persona que lo verbalice y así el terapeuta observa en su expresión facial o corporal la culpa o vergüenza que puede tener para la persona. Por su parte, Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980) prefieren que la persona no revele su secreto y que más bien se imagine de qué manera cree que van a reaccionar los otros si lo revelara.

7. El juego de proyecciones.

Muchas opiniones y juicios, que son atribuidos a otras personas, son en realidad expresiones de las proyecciones del paciente. El juego de las proyecciones consiste en pedirle a la persona que exprese la razón de no confiar en otra persona, por ejemplo, y posteriormente se le pide que lo exprese en primera persona, esto sería más o menos así: “no confié en ti porque nunca me miras a los

ojos cuando te hablo y creo que no me pones atención”, después cambiaría su frase así: “yo nunca miro a los ojos cuando me hablan y no pongo atención”.

Con esta técnica se pretende que el paciente reconozca en él sus sentimientos rechazados y que ve en otros.

8. Antitesis.

Cuando una persona presenta dificultades para llevar a cabo una acción, el terapeuta le pedirá que interprete la conducta opuesta a ésta que se le dificulta; por ejemplo, un hombre no expresa sus desacuerdos a su jefe por miedo a que lo corran del trabajo, dentro de esta técnica, se le pide al paciente que represente su propio papel haciendo lo contrario, o sea que exprese todos su desacuerdo y enojo. Se pretende de tal manera que vivencie sus polaridades y se ponga en contacto con ellas y con aquellas partes que no había vivenciado.

9. El ritmo de contacto y apartamiento.

Al paciente no se le pide que escape de su “realidad”, sino que se de cuenta de cuándo y cómo “escapa” o se mantiene en contacto. A menudo a una persona o a un grupo se le pide que cierre los ojos y se le va guiando a través de una fantasía, al terminar se les pide que relaten su experiencia. El trabajo continúa hasta que el paciente vuelve al aquí y al ahora, habiendo cumplido con su necesidad de ausentarse (Castanedo, 1988).

10. El ensayo teatral.

De acuerdo con Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980), “nuestro pensamiento consiste en buena medida, en un ensayo y preparación internos de los roles sociales que habitualmente debemos presentar” (pág. 150). Es por eso que algunos pacientes se sienten ansiosos al interactuar con su grupo porque

comienza a “preocuparse” si los demás piensan algo positivo o negativo de ellos. Castanedo (1988) propone que el paciente ensaye un rol futuro internamente y después lo comparta con el grupo para incrementar su darse cuenta de lo que pensaba anticipadamente.

11. La exageración.

“En muchas ocasiones, un movimiento o ademán involuntario del paciente parece constituir una comunicación significativa, pero tales movimientos pueden ser incompletos o no alcanzan un total desarrollo” (Levitsky y Perls (en Fagan y Sherperd, 1980). Al respecto, Ginger y Ginger (1993) señalan:

“Uno de los temas principales de la Gestalt es volver más explícito lo que es implícito, presentando sobre la escena exterior lo que se presenta en la interior, permitiendo así a cada uno tomar una mejor conciencia de la forma como funciona aquí y ahora, en la frontera de contacto entre él mismo y su medio” (pág. 27). Esta técnica consiste en que el terapeuta sugiera “amplificar” algunos gestos inconscientes que efectúa el paciente sin darse cuenta, pero los cuales pueden percibirse por el lenguaje de su cuerpo, lenguaje que muchas veces no es percibido y permanece sin atención. Así, el terapeuta, al hacer que amplifique su gesto, va a hacer que se de cuenta de lo que está haciendo.

12. “¿Me permites que te de una oración?”

El terapeuta puede inferir acerca de la manera como se expresa el paciente, para corroborar lo que observa le puede decir al paciente “¿me permites que te de una oración?, repítela a ver cómo te queda a ti y dísela a varios de los aquí presentes”. Si la oración que se le brindo realmente le sirvió, la hará suya y la expresará de manera espontánea.

13. La puesta en acción.

La puesta en acción deliberada de situaciones vividas o fantaseadas se opone a la 'actuación' impulsiva o defensiva, mientras que la actuación es una evasión que hace 'corto circuito' de alguna forma con la toma de conciencia (la acción sustituye al análisis verbal), la puesta en acción deliberada, por el contrario, es un señalamiento que favorece la toma de conciencia, el awareness, proponiendo una acción visible y tangible... movilizándolo el cuerpo y la emoción y (permitiendo) así al cliente vivir la situación más intensamente, 'representarla', experimentarla y explorar los sentimientos mal identificados, olvidados, rechazados y seguramente desconocidos.

14. El monodrama.

Se trata de que un mismo paciente represente diferentes papeles de la situación que evoca, representándose así mismo y a otra persona, o una misma persona pero con diferentes actitudes, por ejemplo, una madre como dura y rechazante y al mismo tiempo como amorosa y disponible. Se le recomienda cambie de lugar cada vez que represente un papel, para que la situación sea clara para el resto del grupo y para sí mismo. Esta técnica facilita la "puesta en escena" de los sentimientos que surgen al representar la situación, lo que permite al paciente darse cuenta de sus propias "representaciones internas, subjetivas y contradictorias" que lleva a cabo. Permite integrar además "de diversas formas, explorar, reconocer... las polaridades opuestas de una relación" (Ginger y Ginger, 1993).

15. El trabajo del sueño.

Al analizar un sueño en Gestalt, no se hacen asociaciones ni interpretaciones, el paciente va más bien narrando un sueño en primera persona y en el aquí y ahora, enfocando su atención en diversos elementos del mismo; el terapeuta lo invita a

identificarse o más bien a “meterse” en la sensación de cada uno de los objetos, personas o eventos de su sueño y hablar como si fuera ellos, por ejemplo, el camino que recorre, los árboles que están a las orillas, la cascada que encuentra, los animales que ve, el viento que sopla, etc., y que hable como si fuera un camino, un árbol, una cascada, un animal o el viento. “No se trata simplemente de asociar palabras o ideas ni de plantear hipótesis, sino de sentir en (el) cuerpo y en (las) emociones el impacto de las imágenes y eventualmente representarlas, tendiendo aquí y ahora” (Ginger y Ginger, 1993).

En el siguiente capítulo veremos cómo algunas de éstas técnicas se pueden utilizar para trabajar con padres de personas con discapacidad, no quiere decir que sean exclusivas para este tipo de población, muchas de ellas van encaminadas a que el paciente se conecte con sus sensaciones y emociones y se de cuenta de ellas, otras lo pondrán en contacto con sus creencias y actitudes, éste es el principal objetivo de las que aquí se utilizan y quizá de la mayoría de las técnicas gestálticas, lograr el darse cuenta del paciente. Menciono que no son exclusivas para estos padres, pues pueden utilizarse para cualquier persona en grupos o en psicoterapia individual, solo una de ellas esta diseñada por Celedonio Castanedo para padres de personas con discapacidad, pero fuera de ahí, el trabajo que se realice con cada una de las técnicas va dirigido al trabajo individual sobre el propio paciente, no sobre su hijo ni sobre nadie más. Solo para que el paciente se vivencia a sí mismo.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA PARA TRABAJAR

La psicoterapia Gestalt sigue una metodología diferente a la de las teorías conductuales que siguen un procedimiento específico según se haya planeado. En Gestalt los hechos que sucedan en terapia individual o grupal son espontáneos y van surgiendo en el transcurso de las sesiones sin una estructura específica. El objetivo principal es que el paciente se de cuenta de sus emociones, sentimientos, de su conducta en general y de lo que hace y deja de hacer y cómo repercute en su vida, o más específicamente en éste trabajo, el objetivo es que los padres experimenten y se den cuenta de todas las emociones que les genera tener un hijo con discapacidad.

Recordemos que el trabajo gestáltico se centra en el aquí y ahora de la persona, por ello la importancia de ir trabajando con cada figura que el paciente necesite trabajar en cada sesión. En éste trabajo se pretenden realizar algunos experimentos que incrementen el darse cuenta del paciente y las técnicas propuestas para llegar al mismo. Es importante recordar que el experimento es un “proceso metodológico vivencial en el cual aplicamos técnicas gestálticas para facilitar el darse cuenta en el paciente” (Salama, 2001). Sin embargo, resulta muy conveniente no realizar experimentos en las primeras sesiones. Para poder realizar un trabajo vivencial es necesario conocer previamente toda la información posible del paciente e ir identificando figuras. Es importante considerar que quizá el nivel cultural de los padres no sea el mismo, por lo que el terapeuta respetará la decisión de quien no quiera realizar un experimento y más bien podrá optar por trabajar con esa resistencia que presenta el paciente. Así mismo, cabe destacar que el lenguaje del terapeuta debe ser claro, sin tecnicismos.

El objetivo de la metodología que aquí se presenta es proponer las bases para iniciar el trabajo terapéutico, plantearemos el uso de algunas de las técnicas que

brinda la Psicoterapia Gestalt y que podemos utilizar por el tipo de población con quienes vamos a trabajar. Podemos valernos también del proceso dialogal y no solo considerar las técnicas como único medio para llegar al darse cuenta, aunque lo ideal es una combinación de lo dialogal con lo vivencial.

A continuación se describirá la parte del taller donde se hará la invitación y la descripción de cada una de las sesiones.

CONVOCATORIA.

Se convocará a los padres de las personas que acuden a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) del área de Educación Especial, de la sección A del horario de 17:00 a 19:00 hors., a una reunión con el terapeuta y el profesor de esta sección. El objetivo de la reunión es hacer la presentación del terapeuta y dar a conocer la apertura del “taller” vivencial que se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la CUSI y dentro del horario en que sus hijos acuden a su habilitación.

Se hará entonces extensa la invitación para quien quiera acudir de manera voluntaria a un grupo en donde el objetivo es que compartan su experiencia con otros padres de personas con discapacidad y puedan expresar sus inquietudes y necesidades. También se les dará el horario y el número de salón donde se llevará a cabo la sesión grupal.

Las sesiones se van a realizar una vez a la semana durante aproximadamente 4 meses, tiempo efectivo que regularmente dura el semestre, contemplando días festivos y la preparación propedéutica de los alumnos que van a trabajar con las personas con discapacidad, haciendo un total de 16 sesiones con una duración de dos horas cada una y un horario de 17:00 a 19:00 hrs.

SESION No. 1.

Presentación del terapeuta e integrantes.

El terapeuta dará la bienvenida a los padres que hayan asistido al taller y nuevamente se presentará ante ellos. Pedirá a cada uno se presente ante el grupo diciendo su nombre y su interés por haber acudido. El objetivo de esta sesión es establecer el primer contacto con cada persona y conocer un poco de su historia de vida e ir identificando posibles figuras. El terapeuta deberá prestar especial atención a la fenomenología de cada persona, evitando hacer interpretaciones, solo observará y tratará de obtener la mayor cantidad de información.

SESION No. 2.

La experiencia de ser padre de un niño con deficiencia.

Este ejercicio lo utilizó Castanedo (1990) para trabajar en un taller con padres con Síndrome de Down, me parece interesante retomararlo para comenzar a explorar la relación entre cada paciente y su hijo deficiente.

Se les pedirá a los pacientes que se sienten formando un círculo y que cierren sus ojos, o si desean los mantengan abiertos, y sólo se centren en el momento en que se encuentran en el salón, con las demás personas; el terapeuta les dará la siguiente instrucción:

“Vamos a comenzar una experiencia de volver hacia el pasado situando éste en el presente. Si eres madre imagina que en este mismo instante es el momento en que estas embarazada, vas a tener un bebé y puede ser niño o niña. Siente que es el momento en que estas con tu embarazo, que tienes en tu vientre a tu hijo o hija, el o la que ahora tiene una discapacidad, ¿cómo te sientes con tu vientre? ¿Qué sientes con el nacimiento que pronto va a llegar? ¿Qué sientes con la nueva situación que vas a vivir? ¿Qué te produce al pensar que vas a tener un bebé, un hijo?, revive en este momento la situación que viviste en ese entonces...”

Ahora, tú que vas a ser papa (en caso de que los haya en el grupo) imagina que te encuentras viendo a tu esposa en el embarazo, ella va a tener un hijo o una hija, ¿cómo piensas que va a ser ese hijo o hija cuando nazca? Piensa cómo imaginabas en ese entonces que iba a ser el bebé que ambos esperaban...

Ahora como mamá, imagina que en este momento estas teniendo a tu bebé, es el momento del parto y es el momento en que nace tu hijo o hija con discapacidad en el lugar donde nació, el hospital, tu casa... ¿cómo sientes el nacimiento del bebé? ¿Cómo es el bebé? ¿Cómo lo ves? Si te das cuenta inmediatamente de que tiene algo "diferente", ¿qué te produce el descubrimiento? ¿Qué emoción sientes al verlo?".

Hablando ahora a los padres el terapeuta preguntará: "¿qué sientes cuando ves que tu hijo o hija al nacer es diferente a los demás niños y niñas? ¿Qué sientes ahora que ves cómo es tu bebé?"

Dirigiéndose a todos los participantes dirá: "¿qué sientes al saber que acabas de tener un hijo con discapacidad?... vas a dejar por el momento el nacimiento de tu hijo o hija y te vas a situar en la última vez que lo viste, la última vez que estuviste con él o ella, ¿qué es lo que le dices o qué es lo que le haces?, dilo mentalmente o hazlo, ¿qué es lo que ella o él hizo o dijo al respecto? Siente cómo esta ocurriendo ahora mismo eso... ahora lentamente vas a dejar esa situación con tu hijo y vas a volver a este salón, al aquí y al ahora, cuando lo decidas abre despacio tus ojos".

Se les pedirá comenten su experiencia.

SESION No. 3.

Dibujo en grupo.

Para conocer nosotros como terapeutas y darse cuenta los pacientes de sus niveles de tolerancia podemos auxiliarnos de esta técnica, usada también por Violeta Oaklander (2000) para trabajar con niños. Para ello se proporcionará a los pacientes un pedazo de cartulina de 50 centímetros de largo por 30 centímetros de ancho y se les darán las siguientes instrucciones:

“Tienen ustedes un pedazo de cartulina y plastilina de colores, ahora piensen en un dibujo que les agrade, el que ustedes quieran y comiencen a plasmarlo en la cartulina con ayuda de la plastilina, tienen 10 minutos para hacerlo, comiencen por favor... dejen por favor de trabajar sobre su dibujo (transcurridos los 10 minutos), ahora lo que van a hacer es darle su dibujo al compañero que esta a su lado derecho, una vez que cada uno tenga el dibujo de su compañero lo van a observar y van a ponerle o a quitarle lo que crean que le sobra o le falta, tienen 5 minutos. Comiencen por favor... Deténganse ahora (transcurrido el tiempo) ahora nuevamente van a pasar su dibujo al compañero de su lado derecho y nuevamente van a poner o quitar lo que consideren necesario... Deténganse, nuevamente lo vamos a pasar al compañero de nuestra derecha y vamos a hacer lo mismo.... Bien, ahora (transcurridos los cinco minutos) por favor entréguele su dibujo a quien le corresponda. Véanlo ahora y observen, ¿cómo esta su dibujo? ¿Les gusto las modificaciones que tiene? ¿Qué les agrado o disgusto que le hayan puesto o quitado?”

Se pedirá a cada uno que comente su experiencia.

SESION No. 4.

Trabajo con sensaciones físicas.

A diario experimentamos muchas sensaciones físicas y no nos percatamos de ellas, consideramos sumamente importante que el trabajo del darse cuenta comience primero con experimentar nuestras sensaciones físicas y pasar paulatinamente al darse cuenta de nuestro entorno. Por esto, en esta segunda sesión y en las 2 siguientes se realizarán algunas técnicas con el objeto de que los padres hagan contacto con sus sensaciones.

Ejercicio de respiración.

La respiración que mantenemos se divide en varias formas, pero solo mencionaremos dos tipos: por la zona que se utiliza, que es clavicular, pectoral y diafragmática y por la frecuencia de la respiración, que es rápida o lenta. La respiración clavicular es la que se hace en la parte alta de los pulmones, la pectoral se hace con la parte media de los pulmones y en la respiración diafragmática se hace con la parte baja de los pulmones. La síntesis de estas tres respiraciones proporciona lo que se considera en el yoga como respiración “yogi” completa y brinda a las personas un equilibrio físico, emocional y mental. Por otra parte, la respiración rápida es utilizada instintivamente en momentos de urgencia, va acompañada siempre de aceleración cardíaca, lo que provoca una liberación extra de adrenalina que nos hace enfrentar dichas situaciones. La respiración lenta contrarresta los efectos de la respiración rápida, ayuda a calmarse, a oxigenar más la sangre y por consecuencia a enviar mayor afluencia de sangre al cerebro, lo que propicia la calma (Borgado y Pérez, 2001). La siguiente técnica que se enseñará a los padres permitirá que experimenten una respiración “yogi” y aprendan a utilizarla en su vida diaria.

Se les pedirá a los participantes que cierren sus ojos o si lo desean pueden permanecer con los ojos abiertos, según como se sientan más cómodos, y

coloquen su mano derecha sobre su abdomen, se les pedirá comiencen a inhalar de tal manera que al hacerlo sientan como se “infla” su abdomen, la mano puesta en el abdomen permite que se tenga contacto con esta parte del cuerpo y se facilite y experimente el llenado de los pulmones. Una vez que han inhalado se les pedirá cuenten mentalmente y despacio 6 tiempos, reteniendo su respiración, pasado este tiempo se les pedirá que exhalen muy lentamente y al mismo tiempo traten de contraer el abdomen hacia atrás. Este ejercicio se repetirá de 10 a 15 veces. El terapeuta pondrá atención y cuidará que se realice de manera adecuada, ayudando a quien tenga problemas para hacerlo.

Continuando respirando de la misma manera, se les pedirá ahora tapen con su dedo índice izquierdo su fosa nasal izquierda, de tal manera que quede descubierta la derecha. Se les pedirá inhalen profundamente por la fosa nasal derecha, al mismo tiempo que su mano derecha sigue colocada en su abdomen, retendrán el aire contando mentalmente 6 tiempos, y al mismo tiempo cambiaran su dedo izquierdo de fosa nasal y ahora cubrirán la derecha para poder exhalar por la izquierda, exhalarán muy lentamente al mismo tiempo que tratan de contraer su abdomen lo más atrás posible. Este ejercicio se repetirá de 10 a 15 veces.

Al terminar se les pedirá habrán sus ojos lentamente y comiencen a relatar su experiencia con este ejercicio, contestando a las preguntas: ¿cómo les resulto el ejercicio, fácil o difícil?, ¿qué es lo que se les dificultó?, ¿se dan cuenta de algo diferente a la manera en que respiran diariamente o no hubo diferencia?

SESION No. 5.

A ciegas.

Se comenzara esta sesión con los mismos ejercicios de respiración que en la sesión anterior. En esta sesión se seguirá trabajando con las sensaciones. Se les

pedirá a los padres formen parejas, no arbitrariamente, sino que se enumerarán en números 1 y 2 y los llamaremos para efectos de explicación pareja 1 y pareja 2.

Se les pedirá a las parejas 1 tapen los ojos de su compañero (pareja 2) con una pañoleta que se les proporcionará. La instrucción que se les dará es que cada pareja 1 guiará a su pareja a través de un recorrido por las instalaciones de la CUSI o por los lugares que elijan, durante 20 minutos aproximadamente, la única condición es que no deberán pronunciar ni intercambiar ninguna palabra, el recorrido se hará en silencio. Cuando regresen al salón se cambiarán los papeles y ahora la pareja 2 vendará los ojos de su pareja 1 y se les darán las mismas instrucciones.

Al incorporarse al salón todos los integrantes, se les pedirá comenten su experiencia y se les preguntará ¿cómo se sintieron al hacer este ejercicio?, ¿de qué se dieron cuenta?

SESION No. 6.

El rosal.

Esta fantasía guiada es utilizada por Violeta Oaklander (2002) para trabajar con niños, pero puede usarse también para el trabajo con adultos y la utilizaremos para esta sesión.

El terapeuta pedirá a los pacientes que cierren sus ojos e imaginen que cada uno es un rosal y hará varias preguntas para que cada persona vaya ideando su asociación creativa:

“Imagina ¿cómo eres como rosal? ¿Qué tipo de rosal eres tú? ¿Eres muy pequeño? ¿Eres grande? ¿Eres grueso? ¿Eres alto? ¿Tienes flores? Si es así, ¿de qué variedad? ¿De qué color son tus flores? ¿Tienes muchas o pocas? ¿Estas en plena floración o solo tienes capullos? ¿Tienes hojas? ¿De qué tipo?

¿Cómo son tu tronco y tus ramas? ¿Cómo son tus raíces?... o quizá no las tienes. Si tienes ¿son largas y rectas? ¿Son retorcidas? ¿Son profundas? ¿Tienes espinas? ¿Dónde estas? ¿En un patio? ¿En un parque? ¿En el desierto? ¿En la ciudad? ¿En el campo? ¿En medio del océano? ¿Estas en tu macetero o creciendo en el suelo a través del cemento, o incluso dentro de algún lugar? ¿Qué hay a tu alrededor? ¿Hay otras flores o estas solo? ¿Hay árboles? ¿Animales? ¿Gente? ¿Pájaros? ¿Luces como un rosal u otra cosa? ¿Hay algo a tu alrededor, como una reja? Si es así ¿cómo es? ¿O sólo estas en un espacio abierto? ¿Cómo se siente ser rosal? ¿Cómo sobrevives? ¿Hay alguien que te cuide? ¿Cómo está el tiempo para ti en este momento? (Oaklander, 2002)... Te voy a pedir ahora que regreses al aquí y al ahora con todos nosotros, cuando lo desees puedes abrir tus ojos lentamente... ¿Quién quiere comenzar a relatar su experiencia”.

SESION No. 7.

Caracol.

Se les pedirá a los pacientes se sienten en el suelo encima de colchonetas colocadas previamente y tomen una posición cómoda. Se les dará la siguiente instrucción para realizar este ejercicio:

“Cierra los ojos e imagina que eres un caracol de mar cubierto por una fuerte coraza que te protege. Toma el tiempo que necesites para sentir la sensación de ser un caracol cubierto, observa ¿cómo eres? ¿Qué postura tienes al ser una caracol?, puedes adoptar la postura que tienes siendo caracol, ¿qué sientes al estar ahí adentro?... ahora muy despacio sal fuera de la coraza que te protege, encuentra el camino que te permita salir de la coraza, toma conciencia de cómo te vas sintiendo al salir, al ir tomando contacto con el mundo, siente ¿cómo caminas siendo un caracol? ¿Cómo sientes la carga que llevas encima, en tus hombros? ¿Qué sientes cuando te arrastras? ¿Cómo son tus antenas, las tienes escondidas o están hacia fuera? (Castanedo, 1990). Ahora cuando tu lo decidas abre

suavemente tus ojos, comenzaremos a relatar cómo nos sentimos después de esta experiencia”

SESION No. 8.

La silla vacía.

El terapeuta pedirá a cada persona que coloque frente a ella misma una silla y en esta una almohadilla que proporcionara el terapeuta. Les pedirá que cierren sus ojos y dará las mismas instrucciones que en la sesión número 3 para realizar ejercicios de respiración. También les pedirá que pongan especial atención en cómo el aire que inhalan entra en sus pulmones, es retenido y exhalado. Acto seguido, el terapeuta dará la siguiente instrucción:

“Ahora vas a imaginar que en la silla que esta frente a ti está sentada aquella persona a la que has querido decirle siempre “algo” que no has hecho, delante de ti esta sentado tu esposo o esposa, tu hijo, tu madre, tu padre, tu hermano... míralo muy bien, mira cómo esta frente a ti y ahora dile en tu mente lo que siempre habías querido decirle. Acércate si así lo deseas y abrázalo, aviéntalo, grítale, regáñalo, golpéalo, lo que ahora quieres hacer hazlo”.

Al finalizar, el terapeuta pedirá a los participantes que hablen acerca de su experiencia, cómo se sintieron, qué sintieron en estos momentos, de qué se dan cuenta con este ejercicio.

SESION No. 9.

Los “debería”.

Se les pedirá a los pacientes cierren sus ojos y se les darán las siguientes instrucciones:

“Vas a construir una lista mentalmente de todas las cosas que crees que debes hacer o que estas obligado a hacer. Ahora imagina que ésta lista, con todos los “debería”, la colocas en una caja pequeña y esta caja la pones encima de tu pie derecho, ahora levanta tu pie derecho para comprobar el peso que tiene la caja. Ahora desciende ese pie y levanta el izquierdo. Comprueba si existe alguna diferencia en el peso de cada uno de los pies. Si no existe diferencia, pon algunos “deberías” más en la caja imaginaria de tu pie derecho. Nuevamente comprueba el peso entre ambos pies. Cuando encuentres diferencia entre el peso de los dos pies, cambia la palabra “debería” por “voy a hacerlo” o “no voy a hacerlo”. Recorre mentalmente la lista de los “debería” de la caja e imagina que con este cambio los “debería” van desapareciendo uno a uno. Ahora levanta nuevamente el pie derecho y experimenta si hay diferencia de peso. Piensa que lograste cambiar únicamente un “debería” y sientes la diferencia en el peso de ese pie, has logrado un proceso psicológico importante para ti. Imagina el potencial que tienes para cambiar tu vida y descubrir otras formas de vida más libre eligiendo tus “deberías”. Los “debería” fueron muchas veces enseñados por nuestros padres o los adultos a nuestro alrededor, pero tu puedes decidir cuáles vas a hacer y cuáles no, cuáles quieres que formen parte de tu vida y cuáles vas a desechar... En el momento en que lo decidas puedes abrir tus ojos”.

SESION No. 10.

Descender la escalera.

Se colocarán en el piso colchonetas y se les pedirá a los padres se acuesten en ellas y que tomen la posición que más les parezca cómoda, se les pedirá respiren profundamente tratando de llenar de aire sus pulmones, reteniendo el aire y exhalando muy lentamente, se puede seguir el primer ejercicio de respiración de la sesión número 3. Se les pedirá pongan mucha atención en la manera en que entra y sale el aire de sus pulmones y localicen si existe alguna tensión en la parte de su cuerpo, el terapeuta dará la siguiente instrucción para guiar la fantasía:

“Ahora imagina que en este preciso momento te encuentras en lo alto de una escalera de una casa, sujétate al pasamanos de la escalera, siente la textura y la temperatura del barandal, ¿de qué material esta hecho? Cuando estés listo vas a descender la escalera que tiene diez escalones... comienza ya a descender, contando cada peldaño que descienes, dándote cuenta del ruido que hacen tus pies al pasar de un escalón a otro y el contacto que establecen tus manos con el barandal. A cada escalón que descienes te iras sintiendo más relajado. Ahora ya has bajado todos los escalones, ¿dónde estas? ¿Cómo es el lugar donde te encuentras al final de la escalera? ¿Qué hay a tu alrededor? ¿Es familiar para ti ese lugar? ¿Cómo te sientes en este momento? En el momento en que lo decidas vas a abrir muy lentamente tus ojos” (Castanedo, 1990).

Una vez que todos tengan abiertos sus ojos se les pedirá que se sienten y compartan su experiencia.

SESION No. 11.

La casa, el árbol y el río.

Se le proporcionará a cada paciente un trozo de cartulina blanca de 50 centímetros de largo por 30 centímetros de ancho y lápices de colores y se les dará la siguiente instrucción:

“En este trozo de cartulina vas a hacer los dibujos que te vaya indicando, tienes cinco minutos para cada uno de los dibujos... Por favor dibuja ahora una casa”, el terapeuta dará el tiempo indicado y al cabo de los cinco minutos dirá, “Bien, por favor deja de trabajar sobre tu dibujo de la casa y ahora dibuja un árbol”. Nuevamente medirá el terapeuta el tiempo y al cabo de cinco minutos dará la siguiente instrucción “Bien, ahora por favor dibuja un río”.

Una vez que los pacientes terminen la tarea, el terapeuta les pedirá que expliquen su dibujo y procurará ir indagando acerca del mismo, acerca del tamaño de los

dibujos, acerca del uso de colores oscuros o claros, acerca de una carencia o exceso de detalles en los dibujos. Al cabo de que cada persona termine de describir su dibujo, el terapeuta les pedirá que se “metan” en la sensación de su dibujo y les dirá: “háblame como la casa que dibujaste, ¿cómo eres? ¿Qué hay dentro de ti? ¿Tienes muebles o estás vacía? ¿Tienes ventanas... son grandes o pequeñas? ¿Tienes puertas? ¿Cómo son? ¿Alguien vive dentro de ti? ¿Quién?”.

Transcurrido el espacio en que los pacientes relaten su experiencia, se les pedirá se “metan” ahora en la sensación de ser un árbol: “háblame como el árbol, ¿cómo son tus hojas? ¿Cómo son tus raíces? ¿Cómo es tu tronco? ¿Tienes mucho follaje? ¿De qué tamaño eres? ¿Quién viene a verte? ¿Qué hay tú alrededor? ¿Qué animales hay?”

Nuevamente se destinará un espacio a la tarea anterior y acto seguido se les pedirá que hablen de su experiencia al “sentirse” como el río: “háblame cómo el río, ¿de qué color eres? ¿Tu agua es clara? ¿Qué hay a tu alrededor? ¿Alguien te observa? ¿A dónde vas? ¿Vas lento o rápido? ¿Para qué corres? ¿Qué hay en ti?”.

SESION No. 12.

Círculos de confianza: acunar el cuerpo.

Este ejercicio consiste en elevar a cada uno de los pacientes y acunarlo, es un ejercicio que debe hacerse con cuidado y se les pedirá a los participantes permanezcan en silencio, evitando las risas o las sonrisas. La persona que desee tomar el primer turno será colocada al centro del círculo formado por el grupo, se le pedirá que cierre sus ojos, cruce sus brazos sobre su abdomen, procurando que su cuerpo permanezca recto y relajado. Una de las personas más pequeñas del grupo se colocará detrás de la persona que esta en el centro del círculo, las personas más altas a su lado, dos de cada lado. Se acercarán todos a la persona que esta en el centro y la sujetarán suavemente inclinando su cuerpo lentamente

hasta acostarlo en el suelo. Una vez acostada la persona, el más pequeño del grupo sostiene la cabeza, los cuatro de los lados pasan las manos por debajo del cuerpo que esta acostado sobre su espalda. Estos se entrelazan las manos que tienen colocadas debajo del cuerpo del que esta acostado. Otra persona se coloca a sus pies y le sujeta estos. Las seis personas van a subir lentamente el cuerpo que tienen en sus manos, todos al mismo tiempo, al mismo ritmo, cuidando que el cuerpo se mantenga recto. Ahora que ya esta en lo alto, a la altura de sus codos, balancearán despacio el cuerpo que tienen en sus manos, sin mover ninguno de los seis los pies, únicamente los brazos. Al cabo de balancearlo varias veces, van a descender el cuerpo al suelo, van a retirar sus manos y van a esperar a que la persona que esta al centro abra los ojos. Puede pasar al centro cada persona que desee hacerlo.

CONCLUSIONES

La población con discapacidad en México tiene poca atención en el sector salud, en el educativo, en el laboral y en general en muchos ámbitos. Su participación dentro de la sociedad mexicana se ve limitada por no contar ésta con las condiciones adecuadas que le permitan su desarrollo. Generalmente miramos a las personas con discapacidad como individuos “incapaces” de llevar una vida “normal”, sólo miramos sus limitaciones más casi nunca nos percatamos de sus virtudes.

Desafortunadamente, semejante o peor descuido padecen los padres de estas personas que, además de enfrentar la tarea de la crianza de un hijo con discapacidad, deben “cargar” con los sentimientos que les genera haber concebido un niño que fue “contrario” a sus expectativas; generalmente los padres “idealizan” a su hijo y se forman una serie de fantasías sobre él, empero, se desvanecen cuando se enfrentan a la discapacidad que presenta. Los sentimientos generados en los padres pueden ir desde la culpa y el dolor hasta el total rechazo de su hijo, aunque con frecuencia son todos períodos por los que atraviesan.

El nacimiento de un niño con discapacidad trae como consecuencia una alteración en la dinámica familiar por los cambios no esperados a los que se debe enfrentar toda la familia, teniendo necesariamente que ocurrir una reestructuración para ajustarse a ellos. Sin embargo, esta adaptación no ocurre con facilidad debido en gran medida a la actitud de desconcierto, tristeza, enojo, desolación, cólera, desesperanza ó confusión que pueden experimentar los padres. Como resultado de estos sentimientos, la relación con su hijo con discapacidad puede irse deteriorando y creando una dependencia que, lejos de permitir su crecimiento, impide que logre su autonomía en todos los sentidos, es decir, que logre estructurarse psicológicamente como un sujeto con una identidad y deseos

propios que le permitan recorrer el proceso de integración a la familia, a la escuela y a la sociedad en general.

Pensando en lo anterior, la propuesta terapéutica presentada en este trabajo pretende ser una alternativa de apoyo para contribuir en la habilitación de las personas con discapacidad, al lograr que los padres experimenten el darse cuenta de los sentimientos que su hijo les genera y puedan así ayudar a su habilitación, pues ésta no resulta suficiente de no contar con el apoyo de los padres. El darse cuenta de sus sentimientos y lo que éstos generan en ellos y en sus hijos, les dará la oportunidad de decidir qué quieren y cómo hacer lo que quieren de acuerdo a sus posibilidades.

Esta propuesta está enmarcada bajo los postulados de la Psicoterapia Gestalt, cuyo valor terapéutico resulta de suma importancia para lo que nos interesa rescatar en este trabajo, y bien puede considerarse como la base para que las personas que asistan al taller comiencen a tener contacto con ellas mismas y experimenten, de acuerdo a sus posibilidades, el insight que les permita darse cuenta primero de ellos como seres humanos y después de los sentimientos que les genera tener un hijo con discapacidad, que aprendan que expresar odio, temor, rencor, alegría, desesperación, no es malo y muy al contrario ayuda en demasía para enfrentar ese sentimiento.

Los resultados que nos interesa alcanzar es lograr que las personas vivencien el insight y nos hablen de su experiencia, pues realmente no hay otra manera de darnos cuenta como terapeutas de que les ha sido funcional lo aprendido en terapia, sino a través de su verbalización. No podemos hablar de resultados tangibles o pretender que con esta propuesta obtendremos resultados cuantitativos, en Psicoterapia Gestalt no usamos los parámetros o medidas para saber que un paciente se encuentra "bien". Tampoco se pretende decir que los resultados serán óptimos, no porque no funcione la psicoterapia Gestalt, sino porque nos enfrentaremos a las características particulares de cada persona y

quizá lo que para una sea funcional para otra no lo sea, de ahí la importancia de no seguir al pie de la letra una metodología, al menos no en Psicoterapia Gestalt, para ello podemos adaptarnos de acuerdo a las situaciones con que nos encontremos.

Lo importante es lograr que las personas se “den cuenta” de las situaciones que les causan problema y en base a ello actuar. Todos alguna vez hemos experimentado el insight, nos damos cuenta de lo que verdaderamente está ocurriendo en una situación determinada, otras veces sucede pero no nos percatamos de ello, pero cuando sí lo hacemos nos resulta gratificante y sumamente enriquecedora la experiencia, así también quienes hemos logrado contactar con nuestro sentir, con nuestro cuerpo y con nuestros sentimientos también podemos hablar de la placentera sensación que se vive, es por esto que considero que a la Gestalt se le “vive” antes de que se pretenda enseñar a otros.

Al ser la Gestalt un enfoque que retoma la filosofía de los pensamientos de oriente y occidente, resalta en sus enseñanzas el principio de vivir en el presente, en el aquí y ahora y no atorarse en el pasado ni tampoco preocuparse por el futuro, quizá la idea no suene muy fácil para quien se inicie en el estudio de esta teoría y mucho menos para los pacientes que recién llegan a una sesión de psicoterapia, sin embargo, durante el transcurso de la misma el terapeuta será el encargado de guiarlo a través de un proceso que solo ocurra en el presente, es decir, es muy importante conseguir que el paciente mantenga su atención en el aquí y ahora con su lenguaje, con su pensamiento y logre de esta manera darse el insight, cuyo objetivo es de primordial importancia para la Gestalt.

Me gusta la propuesta de la Gestalt a pesar de que me ha costado trabajo ir entendiéndola, hasta ahora puedo decir que no la he llegado a comprender en su totalidad, pero éste fue un buen inicio para adentrarme más, como dijo hace poco un gurú en una ceremonia “quien quiera ser sabio, debe iniciarse en el camino de la sabiduría”, y yo quiero entender más a cerca de la Psicoterapia Gestalt, lo cual

considero me llevará algo de tiempo pero sobre todo mucho esfuerzo. Por ahora he querido dar a conocer en este trabajo lo que he aprendido a lo largo de las lecturas y la aportación que considero puede brindarse a la Educación Especial, un campo al que le hacen falta recursos humanos y financieros, sólo espero cumplir cabalmente con mi objetivo y que realmente esté transmitiendo lo que en realidad quiero decir.

Espero en un futuro poder aplicar esta investigación a la población a la que va dirigida y que, sobre todo, sea de utilidad para las personas que deseen participar, aunque como dije en la metodología, no se debe dirigir exclusivamente a los padres de personas con discapacidad, puede aplicarse a muchos campos variados donde se tenga la intención de brindar psicoterapia. Por el momento no es mi intención llevar a la práctica éste trabajo debido a que, por el tiempo que se le tiene que destinar, mi proceso de titulación -cuyo aplazamiento he prolongado durante varios meses- se retrasaría y por ahora quiero concluirlo. Mi titulación es una de mis “gestalts” abiertas y que me ha inquietado durante mucho tiempo, así que quiero por ahora cerrarla y cubrir con ello mi necesidad. Me gustaría, sin embargo, poder llevar a cabo esta propuesta más adelante o compartirla con algún compañero que gustara de hacerlo, así pues, las opciones quedan abiertas y la invitación también.

Confío en que esta propuesta contribuya para que siga dándose a conocer la Psicoterapia Gestalt como una alternativa al conductismo, al enfoque cognitivo-conductual, al enfoque sistémico, al psicoanálisis y a algunas otras teorías dentro de la Psicología que han abordado esta problemática, sin embargo, se ha observado que los resultados a largo plazo no se mantienen o resultan inaccesibles para los usuarios. Así mismo, puede abrirse la posibilidad de que se creen espacios dentro de la Universidad para su estudio, pues cabe destacar que dentro de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) no se imparte éste enfoque en ninguna de sus materias de la carrera de Psicología, más bien se brinda un panorama general de las diferentes perspectivas que han abordado a

esta disciplina. Si consideramos que la formación que tenemos los universitarios tiene por objeto que podamos discernir y analizar diferentes aportes teóricos y metodológicos que brinda la carrera por la que optemos y así poder hacer aportaciones al campo, comprenderemos la multiplicidad de temas que contienen los planes de estudio.

Dentro de la carrera de Psicología, una de las premisas que se plantea dentro del plan curricular de la FES (Facultad de Estudios Superiores) Iztacala es el principio de pluralidad, cuyo objetivo es que converjan diferentes enfoques de ésta carrera y poder así tener el criterio para conocer, proponer, analizar y respetar el punto de vista de otros profesionistas afines y, por que no, también de profesionistas de campos disímiles, recordemos que una manera de completar nuestro saber es gracias a la interacción con otras disciplinas, dicha relación puede además coadyuvar con alternativas de solución a las diferentes demandas de la población.

A pesar de la importancia de la Psicoterapia Gestalt y su campo de aplicabilidad, no está incluida en el currículum de la carrera de Psicología de la FES Iztacala, lo cual resulta incomprensible dado que el psicólogo requiere contar con un conocimiento amplio con respecto a las diferentes aproximaciones teóricas de la Psicología para que en un momento determinado pueda analizar, aplicar, investigar y hasta replantear los supuestos teóricos metodológicos de la misma. La aproximación teórica que aún sigue manteniéndose (Conductismo), en la práctica ha demostrado tener muchas limitaciones por ser tan lineal y por analizar el comportamiento de manera molecular, descontextualizándolo y dejando de lado otro tipo de factores que son muy importantes para su análisis.

Convencida de que dentro de esta profesión hace falta crear propuestas que se preocupen por la parte humana de las personas, propuestas que dejen a un lado los estigmas sociales y prejuicios que nos hacen pensar que una persona “debe” conducirse de la manera en que las demás, a quienes llamamos “normales”, lo hacen, esta propuesta va encaminada a que las personas se conozcan a sí

mismas y comiencen a experimentar el darse cuenta de su conducta, sólo ellas mismas podrán hacerlo con su propia ayuda. Cuando la gente conozca el potencial que tiene, los recursos personales con que cuenta, las habilidades que puede desarrollar, las limitaciones y posibilidades que posee, podrá “ver” alternativas que mejoren su calidad de vida y sus relaciones con su entorno. En la medida de eso podremos tener gente que esté satisfecha consigo misma y no sólo gente que se conduzca por lo que los otros hacen o por lo que “deberían” hacer, esto lleva a que las personas hagan esfuerzos por tener o alcanzar “metas” superfluas con las que creen erróneamente que lograrán su felicidad y al no poder obtener esto, tenemos gente depresiva, dependiente, neurótica, agresiva, intolerante, que va deteriorando su vida. Al lograr que los padres comiencen a darse cuenta de esto, podremos estar contribuyendo a la habilitación de las personas con discapacidad, un sector vulnerable que hasta hoy ha recibido muy poca atención dentro de las instituciones de salud y en general dentro del país.

REFERENCIAS

Abbate, F. (1978). Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares.

Buenos Aires: Az Editora.

Ackerman, N. (1988). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares.

Argentina: Horme.

Alcaraz, J.R. (1998). La psicoterapia y el olvido del cuerpo. En G. Aguilera, J.R.

Alcaraz y cols. Cuerpo, Identidad y Psicología. (57-85). México: Plaza y Valdés.

Andolfi, M. (1990). Terapia Familiar. Un enfoque interaccional.

México: Paidós.

Bertalanffy, L. (1976). Teoría General de los Sistemas.

México: Fondo de Cultura Económica.

Borgado, B. y Pérez, B.L. (2001). Reflexiones sobre el Hata Yoga.

México: Dean.

Bowen, M. (1989a). La terapia familiar en la práctica clínica.

Volumen I. España: Desclée de Brouwer.

Bowen, M. (1989b). La terapia familiar en la práctica clínica. Volumen II,

Aplicaciones. España: Desclée de Brouwer.

Bowley, A. y Gardner, L. (1998). El niño disminuido. Guía educativa y psicológica para los disminuidos orgánicamente. México: Ed. Médica Panamericana.

Bricker, D. (1991). Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar. México: Trillas.

Candel, G. (2002). Programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo. España: CEPE S.L.

Castanedo, C. (1988). Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y el ahora.
Barcelona: Herder.

Castanedo, C. (1990). Grupos de encuentro en terapia Gestalt. De la silla vacía al círculo gestáltico. Barcelona: Herder.

Castanedo, C. (1997). Terapia Gestalt. Barcelona: Herder.

Castanedo, C. (1999). Deficiencia mental. Aspectos teóricos y tratamientos.
Madrid: Ed. CCS.

Cruickshank, W. (2003). El niño con daño cerebral. En la escuela, en el hogar y en la comunidad. México: Trillas.

De Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve.
España: Paidós.

Enrigh, A. (1980). Introducción a las técnicas gestálticas. En J. Fagan, J. y I. Sherperd, Teoría y técnicas de la psicoterapia gestáltica. (112-129). Buenos Aires: Amorrortu.

Flórez, J. y Troncoso, M.V. (1994). Síndrome de Down y educación. España: Ediciones cinéticas y técnicas.

Gafo, J. y Amor, J.R. (1998). Deficiencia mental y comienzo de la vida humana. España: Prami.

Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La Gestalt: Una terapia de contacto. México: Manual Moderno.

Heward, W. (2003). Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial. España: Pretince Hall.

Hutt, M. y Gwyn, R. (1988). Los niños con retardos mentales. Desarrollo, aprendizaje y educación. México: Fondo de Cultura Económica.

Ingalls, R. (1982). Retraso mental. La nueva perspectiva. México: Manual Moderno.

Johnson, J., Rasbury, W. y Siegel, L. (1992). Métodos de tratamiento infantil. Introducción a la teoría, investigación y práctica. México: Limusa.

Lambert, J. (1981). Introducción al retraso mental. Barcelona: Herder.

Leonhardt, M. (1992). El bebé ciego. Primera atención, un enfoque psicopedagógico. España: MASSON.

Levitsky, A. y Perls, F. (1980). Las reglas y juegos en terapia gestáltica.
En J. Fagan, y I. Sherperd. Teoría y técnicas de la Psicoterapia gestáltica.
(144-152). Buenos Aires: Amorrortu.

Naranjo, C. (2002). La vieja y novísima Gestalt. Chile: Cuatro Vientos.

Oaklander, V. (2000). Ventanas a nuestros niños. Chile: Cuatro Vientos.

Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico y testimonios de terapia.
Chile: Cuatro Vientos.

Petit, M. (1987). La Terapia Gestalt. Barcelona: Cairos.

Portuondo, J.A. y Tamames, F.M. (1979). Psicoterapia Existencial, Gestáltica y Psicoanalítica. Madrid: Biblioteca Nueva.

Prata, G. (1990). Un arpón sistémico para juegos familiares.
Argentina: Amorrortu.

Robine, J.M. (2002). Contacto y relación en psicoterapia. Reflexiones sobre Terapia Gestalt. Chile: Cuatro Vientos.

Rodrigo, M.J., Palacios, J. y cols. (1998). Familia y Desarrollo.

España: Alianza.

Salama, H. (2001). Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología.

México: Alfaomega.

Salama, H. y Villarreal, P. (1981). El enfoque Gestalt. Una perspectiva curricular.

México: Manual Moderno.

Satir, V. y Baldwin, M. (1995). Terapia Familiar, paso a paso.

México: Paz.

Sinay, S. y Blasberg, P. (2002). Gestalt para principiantes.

Buenos Aires: Era Naciente.

Verdugo, A. (1998). Personas con

discapacidad. Perspectivas psicológicas y rehabilitación. Madrid: Siglo XXI
España.

Yontef, G. (2002). Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestalt.

Chile: Cuatro Vientos.