



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

“PATRONES FENOMENOLÓGICOS DE PERSONALIDAD Y VIH, UNA  
EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN GESTÁLTICA”

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
MOLINA CASTELLANOS NORMA ANGÉLICA

JURADO:

TUTOR: MTRA. PATRICIA PALACIOS CASTAÑÓN

MTRA. LAURA ÁLVAREZ SÁNCHEZ  
MTRO. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA  
MTRA. MA. ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO  
LIC. MANUEL MORALES LUNA



México, D. F. 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## *AGRADECIMIENTOS*

A MI FAMILIA: PAPA, LUCHA Y JUAN CARLOS

Gracias por su apoyo permanente, su confianza en mis decisiones y en mi fortaleza, a pesar del tiempo que dejé pasar para lograr este objetivo. Gracias por emocionarse conmigo, por su escucha paciente y por brindarme el mejor motivo para seguir creciendo. Los quiero.

MAESTRA PATRICIA PALACIOS

Gracias infinitas por todas las enseñanzas, por tu enérgica vocación y ejemplo para ver en cada ser humano la musa de tu arte. De todas las estrellas azules, los árboles de luz y los cuentos de hadas me quedan las huellas imborrables. ¿Recuerdas cuando te conocí? a punto estuve de abandonar este proyecto, y sin embargo, sin haber sido tu alumna fuiste la única que lo creyó posible.

MARCOS

Gracias por todo tu amor... por acompañarme en esta, como una aventura más a tu lado, para continuar la travesía de descubrimos y re-inventarnos a cada paso que damos juntos.

LORENA, GENO, NANY, FERNANDO, NADIA, DULCE y a todos mis entrañables amigos, sin su apoyo constante, a pesar del tiempo y la distancia, este trabajo no hubiera sido posible, porque en muchos sentidos ya son parte de mi...

Fundasida y Psic. David Alvarado

Gracias por las facilidades para llevar a cabo este proyecto y por la confianza depositada en mí.

A QUIENES VIVEN CON VIH, tanto a las que participaron, como a las que día a día me permiten compartir su experiencia y ese breve instante de sus vidas. Para ellos por ser tan gran ejemplo de las posibilidades infinitas.

## TIEMPO SIN TIEMPO

Preciso tiempo necesito ese tiempo  
Que otros dejan abandonado  
Porque les sobra o ya no saben  
Qué hacer con él

Tiempo  
En blanco  
En rojo  
En verde  
Hasta en castaño oscuro  
No me importa el color  
Cándido tiempo  
Que yo pueda abrir  
Y cerrar  
Como una puerta

Tiempo para mirar un árbol un farol  
Para andar por el filo del descanso  
Para pensar qué bien hoy no es invierno  
Para morir un poco  
Y nacer enseguida  
Y para darme cuenta  
Y para darme cuerda  
Preciso tiempo el necesario para  
Chapotear unas horas en la vida  
Y para investigar por qué estoy triste  
Y acostumbrarme a mi esqueleto antiguo

Tiempo para esconderme en el canto de un gallo  
Y para reaparecer en un relincho  
Y para estar al día  
Para estar a la noche  
Tiempo sin recato y sin reloj

Vale decir preciso  
O sea necesito  
Digamos me hace falta  
Tiempo sin tiempo.

*(Mario Benedetti)*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>1. TRASFONDO FILOSÓFICO</b>	<b>5</b>
1.1 Existencialismo y fenomenología	5
1.2 Filosofía oriental	16
<b>2. TEORÍA Y PRINCIPIOS DE LA TERAPIA GESTALT</b>	<b>21</b>
2.1 Tránsito personal, Salomón Frederick Perls	21
2.2 Principios de la Terapia Gestalt	23
2.2.1 Sí mismo	23
2.2.2 Aquí y ahora	23
2.2.3 Darse cuenta	24
2.2.4 Confrontación	24
2.2.5 Relación terapeuta- paciente	25
2.3 El contacto como expresión existencialista	25
2.4 Interrupción del ciclo de contacto	26
2.5 Autorregulación orgánica	30
2.6 Técnicas y estrategias	31
<b>3. SALUD-ENFERMEDAD EN LA TERAPIA GESTALT</b>	<b>35</b>
3.1 La personalidad en la salud-enfermedad	35
3.2 La experiencia corporal	38
3.3 El mensaje del VIH	43
<b>4 VIH- SIDA</b>	<b>48</b>
4.1 Antecedentes	48
4.2 Epidemiología	49
4.3 Características del virus	50
4.4. Formas de transmisión	51
4.5 Historia natural de la infección	53
4.6 Tratamientos	55

4.7 Impacto emocional	58
4.8 Impacto social	62
<b>5 LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA</b>	<b>65</b>
5.1 La investigación cualitativa y la investigación cuantitativa	67
5.2 La investigación cualitativa y el VIH	68
5.3 Aspectos epistemológicos	69
5.4 Aspectos metodológicos	70
5.5 Casos	71
5.6 Colección de datos	72
5.7 Análisis de datos	72
5.8 Estableciendo la integridad de los resultados	72
<b>6 METODOLOGÍA</b>	<b>74</b>
6.1 Desarrollo de la investigación	74
6.1.1 Inquietudes que motivaron la realización de esta investigación	74
6.1.2. Justificación de la Metodología	75
6.1.3. Casos	77
6.1.4 Instrumentos de recolección de datos y su relación con el problema planteado	77
6.1.4.1. Historia clínica multimodal	77
6.1.4.2 Experimento vivencial	77
6.1.5 Fenomenología de la enfermedad	81
6.1.6 La postura del investigador	83
6.1.7 Categorización del significado	85
6.1.8 Algunas sugerencias a tomar en cuenta para el desarrollo de los experimentos vivenciales	86
6.2 Método	87
6.2.1 Objetivo	88
6.2.2 Explicación y alcances del objetivo	88
6.2.3 Planteamiento general	89
6.2.4 Procedimiento e instrumentos	90
6.2.4.1 Contacto con los participantes	90
6.2.4.2 Fuente de los datos	91
6.2.4.3 Escenario: la sala de relajación de FUNDASIDA	92

6.2.4.4 Materiales	92
6.2.4.5 Análisis a través de la categorización del significado.	93
<b>RESULTADOS</b>	<b>94</b>
Datos generales	94
Temas fenomenológicos	100
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>123</b>
<b>LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>137</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>145</b>
Historia Clínica Multimodal	145
Consentimiento Informado	158

## RESUMEN

En la época actual los avances científicos garantizan un aumento en la esperanza de vida ante múltiples padecimientos crónicos; El VIH- sida, sin embargo, se mantiene como un gran reto ante los síntomas del virus y los efectos secundarios de la medicación; Esto señala la necesidad de volvernos hacia la experiencia de las personas y acompañarles en la posibilidad de aprender algo sobre sí mismos y sobre sus síntomas, en lugar de simplemente eliminarlos.

La idea de esta investigación surge de la práctica en consejería, demostrándome que hay más de fondo que el ofrecimiento de información, en las conductas, emociones y experiencias vitales.

El objetivo del presente trabajo fue describir los patrones fenomenológicos de personalidad de dos personas VIH positivas (PVV's), diagnosticadas por lo menos un año atrás. Se tomó como referencia la Terapia Gestalt enfatizando la fenomenología de la enfermedad (Palacios 2006) durante ocho sesiones, y se empleó la historia clínica multimodal de Lazarus para profundizar en los antecedentes de la historia de vida. Las sesiones fueron analizadas desde la categorización del significado de Kvale (1996) para configurar el patrón fenomenológico de personalidad desde la experiencia de vivir con VIH.



## INTRODUCCIÓN

El crecimiento exponencial de las personas afectadas por el VIH-SIDA hace prioritario el cuestionar los enfoques reduccionistas que persiguen eliminar las manifestaciones clínicas del *virus*, o como ya lo vienen haciendo algunas populares sectas negar al virus sin que hasta el momento las opciones existentes, tanto preventivas como de tratamiento hayan resultado eficaces para el mantenimiento y recuperación de la salud, lo que plantea la necesidad de cambiar de la perspectiva de lo externo y superficial hacia lo interno y profundo, es decir, volver la mirada hacia lo humano y lo particular de cada persona.

Es así, que ante los actuales y fútiles esfuerzos, la propuesta del presente trabajo plantea una comprensión integral del ser humano y de la enfermedad, considerándola una parte expresiva de sí mismo, de los patrones de personalidad, y que por ello es más que un síntoma desconectado de las experiencias vitales de quienes se ven afectados. Es decir, dentro de la perspectiva integral que permite la Terapia Gestalt, podemos preguntarnos acerca de quienes viven con VIH por lo que han estado haciendo, creyendo, actuando, sintiendo y con que nociones del mundo, la vida, el ser humano y su relación con el entorno.

En el caso de problemáticas tales como el alcoholismo se ha hecho patente la presencia de distintos factores, una gran parte con un origen social y familiar; Valverde, J (1996). Sin embargo, en el caso de las enfermedades crónicas y adquiridas como es el caso del VIH estos otros aspectos parecen minimizarse para dejar paso a la atención de la expresión catártica y al tratamiento farmacológico con sus características invasivas y toxicológicas para el resto del organismo, quizá en preparación de lo que creemos inevitable, la muerte, y dándola por sentado nos perdemos de otras alternativas.

En el caso del VIH el énfasis está en lo que sucede o sucederá después de corroborada la presencia del virus como lo ejemplifica Hernández (2000), que trabaja con los efectos que trae el VIH a la vida familiar.

En el presente trabajo de investigación vamos en el sentido inverso, es decir, el objetivo consiste en identificar los patrones fenomenológicos de personalidad en que se han cristalizado las experiencias vitales, retomando el *antes* expresado en el *aquí y ahora* de la enfermedad.

Para esto fue utilizado el enfoque de la Terapia Gestalt, interesado precisamente en la integración del ser humano y en considerar a la enfermedad como un momento de oportunidad para su desarrollo, de aprendizaje de sí mismo, ofreciendo además los experimentos vivenciales para hacer patentes los significados únicos y particulares del VIH. Por tanto es fundamental para este trabajo el hecho subrayado por los existencialistas acerca de la imposibilidad de salvar al hombre de la finitud de su existencia y por tanto tampoco de la enfermedad, planteando la búsqueda de nuevas formas de ser y comprender los procesos de la experiencia, incluyendo la enfermedad.

Es así que, con un importante empleo del método fenomenológico de la enfermedad, desde la Terapia Gestalt fue posible retomar la experiencia de las personas que viven con VIH desde sus propios significados y experiencias de vida. Para ello se trabajó con dos personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (PVV's), con un periodo de diagnóstico mínimo de un año, residentes del D. F. y con anuencia a participar en la investigación vía consentimiento informado.

El interés en acceder a los patrones fenomenológicos de personalidad de las PVV's radica en comprender la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad, aportando claves preventivas para otras personas aun no afectadas, y para quienes ya lo están, permitiéndoles no sólo alargar el tiempo que les queda de vida, sino la posibilidad de aprender a través de su enfermedad lo que están haciendo con sus vidas, y re-plantearse decisiones a favor de su salud, recuperando el sentido personal de su enfermedad; Sentido, entendido como sensibilidad, como significación y como una nueva dirección. Es decir, desde un escenario propio que ofrezca además del conocimiento la posibilidad de recuperar la salud.

La investigación está ordenada en cuatro capítulos teóricos, un capítulo metodológico, uno de resultados donde se muestran los bloqueos gestálticos en el ciclo de la experiencia así como los temas fenomenológicos recurrentes, y finalmente un capítulo de conclusiones. Se anexa la historia clínica multimodal de Lazarus, A. (1991) traducida y adaptada por Palacios (1985), y el consentimiento informado.

El capítulo inicial de trasfondo filosófico se enfoca en profundizar en la esencia existencial, oriental y fenomenológica de la Terapia Gestalt que rebasa el uso de los conceptos para enfatizar la importancia de considerar a la persona enferma como un ser único. Es así que se señala la relevancia de volver a las cosas y al hombre mismos para darnos cuenta de sus procesos y los propios al confrontar situaciones que amenazan la salud. También se enfatiza la asociación con la

actividad del terapeuta para continuar la comprensión del hombre y de la ciencia construida desde el escenario propio de cada ser humano.

El capítulo dos se centra en la descripción de los principios de la Terapia Gestalt donde se manifiesta su herencia filosófica en cada enunciado y en cada experimento vivencial, permitiendo flexibilidad en una ardua labor terapéutica de respeto y guía en el autodescubrimiento dentro de la visión de cada quien, como expertos en su vida.

Referente a la función de la enfermedad como oportunidad de crecimiento el capítulo tres: Salud-enfermedad en la Terapia Gestalt brinda un panorama de alternativas potenciales en que la manifestación de los patrones de personalidad se manifiestan isomórficamente utilizando como medio a la enfermedad y sus síntomas característicos.

En el capítulo cuatro se hace una breve revisión de los antecedentes teóricos y el impacto a distintos niveles que ha tenido la aparición del VIH hasta nuestros días y algunas de las perspectivas adicionales desde las cuales se ha enfocado su atención.

En la Investigación cualitativa se destacan las características de este tipo de investigación que resultan ideales cuando de recuperar la experiencia personal se trata, sin perder de vista el imperativo científico de acercarse a los procesos estudiados atendiendo a su naturaleza específica y características distintivas

El método contiene las etapas de desarrollo de esta investigación incluyendo el objetivo, las inquietudes de las cuales surge la idea de realizarla, así como sus alcances, las características de la muestra y los procedimientos utilizados.

Los resultados están expresados de acuerdo a los parámetros que desde la Terapia Gestalt y la fenomenología definen la *personalidad*, tales como las experiencias vitales asociadas a los bloqueos en el ciclo de la experiencia y la recurrencia de temas fenomenológicos con adjetivos característicos relacionados que se presentaron durante las sesiones.

Por último en las conclusiones se expresa además de las aportaciones respecto al estudio del VIH y de la enfermedad, la posición adoptada y el aprendizaje y experiencia personal que se hizo posible desde esta perspectiva tanto como una "profesional de la salud" y como persona.

# 1. TRASFONDO FILOSÓFICO

## 1.1 Existencialismo y fenomenología

Aun cuando la naturaleza de este trabajo de investigación se manifieste claramente en la práctica terapéutica no se desliga de profundas raíces filosóficas que brindan una noción del cambio, salud, enfermedad, hombre, sus crisis vitales y soluciones para las que la Terapia Gestalt constituye una vía de llegada muy particular y específica. Es así que en este apartado se presentarán las ideas primigenias que constituyen los polos en la brújula de orientación del trabajo de la Terapia Gestalt que caracterizan su proceder, técnicas, metas, ética y en sí toda su contribución al desarrollo humano.

Toda vez que *Fritz Perls* se dedicó primordialmente a la práctica clínica y a las demostraciones en talleres es en estas modalidades donde es posible identificar las bases filosóficas que sustentan su trabajo terapéutico y las contribuciones de su pensamiento al desarrollo de la Terapia Gestalt. Sus experiencias personales son otro elemento en el que se basa tal afirmación, puesto que además de estar en contacto con la filosofía del mundo *occidental* también profundizó en el budismo zen y las filosofías *orientales*.

Así encontramos como importantes influencias para la Terapia Gestalt al *existencialismo* y la *fenomenología*, las cuales, acorde a Corres (2001) surgen en el contexto de la primera mitad del siglo XX cuando el dominio de la psicología mecanicista es sacudido por la reacción de las ideas existencialistas sobre la individualización del ser humano y la necesidad de una reflexión filosófica y científica de los *asuntos humanos*. Estas premisas significaron un contraste con el interés por las ciencias que más se adaptaban al tratamiento experimental; además es importante recordar que esto sucede una vez terminada la segunda guerra mundial que dejó al hombre con una profunda sensación de inseguridad y temor ante los horrores de la destrucción por su propia mano.

El fin de la guerra condujo a los hombres, muy en especial a los filósofos a cuestionar el papel de la razón en el progreso científico y la evolución humana; en este sentido lo que interesa al existencialismo es que el hombre se descubra a sí mismo en la riqueza de su *unicidad*, al mismo tiempo que *como un todo* con su entorno. Precisamente Quitmann (1989) encuentra como característica del existencialismo esta contemplación del ser humano en su *existencia individual* y el planteamiento de la *ruptura* con las tradiciones filosóficas previas.

De esta forma la propuesta filosófica del existencialismo se propone iniciar de nuevo sin la guía teórica del conocimiento racional habitual. Aquí es donde entra a escena la *fenomenología*, considerado etimológicamente por Dartigues (1981) como el estudio del fenómeno, el método científico del existencialismo que se desarrolla paralelamente teniendo en su centro la consideración de los objetos científicos desde su *apariciencia*, ya sea que pertenezcan al mundo exterior de los sentidos o vivencias. Estas ideas se manifiestan en autores como Buber (1995); Heidegger (1991); Husserl (1992); Jaspers (1985); Kierkegaard (1984) y Sartre (2004).

Una figura fundamental en el surgimiento de la fenomenología de acuerdo con Corres (2001) es *Edmund Husserl*, quien profundamente impactado por la capacidad destructiva *intencional* del hombre durante la primera guerra mundial se dio a la tarea de cuestionar la orientación de la ciencia y abordar el tema de la *libertad* humana. Para lo cual propone un camino con fundamento en la evidente necesidad de su tiempo de volver al sujeto mismo, la *fenomenología*.

Con una formación matemática Husserl (1992) retoma la noción de *intencionalidad* de Brentano; por lo que se puede decir a este respecto que aunque la fenomenología se propone constituirse como un nuevo inicio existe una continuidad con el saber filosófico precedente. De esta manera el nuevo principio obedece más bien a la máxima de *volver a las cosas mismas*, cuestión que se vuelve tanto más interesante cuando Husserl admite al hablar de *intencionalidad* distintos modos de conciencia y distintos objetos para cada una de ellas; constituyéndose así, la noción de conciencia en un nexo entre la fenomenología y la psicología.

"De este modo, el *mundo* es un mundo constituido de *significados* para cada sujeto y esto es la REALIDAD para cada individuo" (Corres 2001, p. 41).

Cabe mencionar en relación directa con el tema de esta investigación y como se verá con mayor profundidad en los capítulos siguientes que en estricto apego a esta realidad personal la *enfermedad* caracteriza una figura emergente de la intencionalidad dirigida no sólo hacia la libertad humana sino a la libertad del *sí mismo*.

Congruente con su énfasis en el sujeto Husserl (1992) plantea en su fenomenología que el conocimiento dirigido por una relación de *intencionalidad* evita que las cosas se muestren como son, es decir, que cada

sujeto las dota de *significado*. Aquí las implicaciones para la psicología resultan fundamentales al señalar la exploración sistemática de las *configuraciones* típicas de las vivencias intencionales o *patrones*.

Además del proceso de modificación que hace el sujeto del mundo objetivo, al que Corres (2001) se refiere como *alteridad* y Szilasi (1959) simplemente como un proceso de diferencias en lo percibido, para Husserl el conocimiento es representado en la conciencia *como un todo* gracias a la síntesis que ésta lleva a cabo y que puede llegar a convencernos de que así es el mundo aun cuando sus *significados* estén relacionados con cada quien. La *subjetividad* humana se fundamenta de esta forma en la *alteridad* de la conciencia y está presente en cualquier actividad científica en la que adicionalmente lo obvio y lo *intuitivo* ha sido rechazado para ceder su lugar a sofisticadas abstracciones.

Como una ciencia autocrítica la *fenomenología* es para Husserl la *ciencia* de la *conciencia*, y es mediante su *método reductivo* que se constituye en el estudio de los distintos *significados* en que las cosas aparecen a la experiencia más inmediata. Dicho método consiste en transferir la experiencia de sí mismo a la del *otro*, intentando poner *entre paréntesis al sí mismo* para observarle desde su lugar. "Esto es, en la ejecución de la reflexión fenomenológica, debe inhibir toda simultánea ejecución de las posiciones objetivas puestas en acción en la conciencia irreflexiva, e impedir con ello que penetre en sus juicios el mundo que para él "existe" directamente". (Husserl 1992, p.42).

Además de *poner entre paréntesis al sí mismo* la reducción fenomenológica cuenta con otro elemento, que corresponde a la *descripción* metódica de la forma en que las cosas aparecen, distinguiendo aquí las nociones de *ser* y *aparecer*, entre las que media la modificación que hace el ser humano del mundo objetivo, puesto que el análisis de Husserl (1992) no lo elimina, sino que lo reconoce como un mundo primario del que partimos, vía la intencionalidad, para imprimirle múltiples significados.

Como característico del método reductivo fenomenológico Szilasi (1959) y Quitmann (1989) encuentran que no se considera al sujeto de manera aislada sino sobre la base de la existencia del mundo y las cosas en un *espacio y tiempo* determinados en unión indivisible, noción de la que más tarde partirá *Heidegger* (1991) con su concepción de *ser en el mundo* como una posible forma de ser y no como propiedad estática. Es con este filósofo que culmina el desarrollo paralelo e independiente de la fenomenología y el existencialismo, pues es quien se da a la labor de *integrar* ambas corrientes filosóficas basado en lo aprendido directamente de Husserl sobre la fenomenología, con su llamado a volver a las cosas mismas y la continuación de la ruptura con la filosofía

tradicional que ya había iniciado Kierkegaard. Como punto de coincidencia entre estos dos filósofos que le antecedieron y enriquecieron está el interés en el problema del *ser* y su rebelión ante la filosofía académica.

Reconocido por Quitmann (1989) como principal representante del existencialismo Heidegger incorpora también el interés por el *ser* en su conjunto y su *estar ahí* o *dasein*, término que emplea para referirse a un *modo de existir* del hombre que le permite elevarse sobre sí mismo.

La adquisición de la premisa de "volver a las cosas mismas" le implicó el abandono de teorías y la consecuente aplicación del método fenomenológico en la formulación de su *ontología fundamental*, trabajo en el que expresa su interés en contemplar al ser humano del modo en que éste *se ve a sí mismo*, desde su *propia perspectiva*, pues considera que a diferencia de las cosas y objetos inanimados el hombre está en condiciones de preguntarse por el propio ser y entrar en relación con otros más allá de verse a sí mismo como una verdad eterna de acuerdo a la filosofía tradicional. *Merleau-Ponty* (1995) seguirá sus pasos al enunciar que es el *sujeto* mismo el lugar donde suceden las cosas, con su presencia al describir el *entorno* y dicho sea de paso al otro.

El principio fenomenológico de volver a las cosas mismas coincide en la perspectiva de Heidegger (1991) con el objetivo de cualquier disciplina científica y tiene que ver con la adaptación del método a la necesidad planteada por las cosas mismas.

En opinión de Quitmann (1989) el planteamiento de Heidegger de ir más allá de las construcciones teóricas constituyó una actitud de rebeldía que en su época logró atraer no sólo a otros filósofos como Jaspers sino también a los jóvenes principalmente por la posibilidad de confrontación con el tema de la *muerte* como requisito para dirigirse a la propia realización en un mundo *caótico*, noción que ya era manejada por Kierkegaard.

Así, el tema de la muerte y el miedo a ella es tratado es tratado por Heidegger (1991) con un sentido totalmente alejado del pesimismo para ser contemplado como una *posibilidad* de llevar la vida a la *plenitud* con fundamento en una actitud fundamental del hombre. Es por ello que en el camino a la *libertad* hay dos elementos involucrados que se interrelacionan: el hombre y el mundo al momento de tomar o no decisiones. Es el hombre el que se mueve en ese ambiente caótico alejándose o acercándose de la libertad y no sólo el mundo quien dirige o conduce sus circunstancias.

En contraparte, al *ser ahí* del hombre, como uno de muchos posibles modos de ser en una vida constantemente inconclusa, Heidegger (1991) encuentra en la muerte una posibilidad más, la de *ya no ser ahí* encontrando en ella el ser humano su conclusión. Vista de esta forma la muerte significa una pérdida, pero no para quien muere sino para los sobrevivientes que aun pueden experimentar la muerte como un *ser ahí* representado, una situación ciertamente rechazada como experiencia personal aunque sea *objetivamente* accesible. "Nadie puede tomarle a otro su morir (...). El morir es algo que cada "ser ahí" tiene que tomar en su caso sobre sí mismo. La muerte es, en la medida en que "es" en cada caso la mía" (Heidegger 1991, p.262).

En tal grado estaba Heidegger (1991) convencido de que cada quien debía encontrar su propio camino que en su visión la única ayuda válida que se puede ofrecer a otro es la *ayuda para la autoayuda* sin promover la imposición o dependencia. Se observa en la manifestación del "*aun no*" que implica seguir vivo un proceso de posibilidades abiertas hasta el momento de la muerte, situación que lleva a Heidegger a dar relevancia al *cómo*.

En forma análoga, desde el enfoque transpersonal la amenaza de muerte (física), no es más que la oportunidad de ayudar a bien morir al Ego que no es más que el falso yo y permitir la emergencia del SELF. (P. Palacios comunicación personal, abril, 2006)

Por parte del pensamiento existencialista Heidegger recibe las aportaciones de *Kierkegaard* convirtiendo en el eje de su doctrina existencial las *decisiones* que toma el hombre durante su vida. Quitmann (1989).

Contemporáneo a Marx, Kierkegaard (1984) cuestionó el orden social existente confrontándolo con la *actuación interna e individual*; realizando así un llamado a la *responsabilidad* y a ubicar el mundo social en cada persona. La existencia así entendida es posible cuando ante distintas posibilidades el hombre decide en favor o en contra, de manera que la *subjetividad* es sinónimo de *verdad*, una verdad que depende de la afectación para quien la busca.

Becker (1979) encuentra relevante en cuanto a la naturaleza humana la introducción de Kierkegaard de la *paradoja existencial*, al señalar la división del hombre en dos: como criatura dotada de pensamiento creador, desde la cual contempla su planeta como ser privilegiado entre la naturaleza, y como un animal más que ha de morir junto con el resto de los seres vivos. Es en esta doble naturaleza donde se encuentra la esencia del *miedo* y la *desesperación* en el ser humano, en la permanencia durante toda la vida de la idea de su propia desaparición.



El temor a morir se presenta como una *crisis* que abre al hombre una riqueza de oportunidades sólo presentes ante tal hecho y a una dialéctica en el desarrollo entre la *estabilidad-movimiento* y entre la *seguridad-riesgo* identificadas por Kierkegaard (1984).

Con lo antes dicho observamos que la posibilidad humana es fundamental en el pensamiento existencialista; de tal forma la noción de *enfermedad* corresponde para Kierkegaard (1984) a una adaptación "normal", es decir, ligada a las *condiciones habituales* de la condición humana que le dirigen a *estilos de vida automáticos* en los que fue condicionado desde niño, sin pensar en sí mismo, sin pertenecerse y limitado por su cultura como un esclavo. En concordancia, la *salud* del ser humano no está en la situación habitual, sino en la que le impulsa a *luchar* (por sí mismo).

Por tanto, el hombre saludable es aquel que se *trasciende a sí mismo* en su lucha contra la *angustia* por la certeza de su desaparición. La angustia de esta forma es una puerta a la libertad. El hombre, concluye el filósofo, al ser educado en la posibilidad es educado en lo *infinito*. En otras palabras, esto equivale a proponer que el hombre abandone sus esfuerzos por vencer la angustia y le considere fuente de *desarrollo*. La angustia de esta forma como bien lo notó Kierkegaard (1984), se relaciona con la libertad al ser tanto energía vital bloqueada como indicador fenomenológico para trascenderse a sí mismo.

Becker (1979) encuentra entre algunas aplicaciones de la *paradoja existencial* de Kierkegaard a la psicología las vinculadas con el trabajo de psicólogos que la han hecho un problema principal en sus construcciones; entre algunos de ellos se encuentran: Fromm, Ferenczi, Jung, Maslow y Laura Perls. El primero de ellos nos dice Becker señaló la naturaleza paradójica del hombre, animal-simbólica, como lo esencial para lograr comprenderle. Sandor Ferenczi, un brillante psicoanalista disidente se interesó por la búsqueda que emprende el hombre de los medios para evitar el encuentro con su destino en los juegos sociales, trucos psicológicos y preocupaciones personales, entre las que identificó formas socialmente aceptadas de locura. Jung hizo referencia a aspectos conscientes de la personalidad que cuentan con un opuesto o *sombra* y que la persona estará completa cuando haya logrado integrar estos aspectos polares.

De acuerdo con Quitmann (1989) la naturaleza paradójica del hombre en Maslow integra lo enunciado por otras psicologías sobre su naturaleza superior, y que ésta es instintoide, es decir, una parte de su ser habría resaltado el ser profundamente unitario del hombre. De lo que se establece que al recalcar lo "bueno" del hombre Maslow llama a atender en igual medida ambos aspectos de la existencia humana.

En cuanto a Laura Perls, Castanedo (1997) señala que en su perspectiva del hombre se incluye por una parte la conciencia de sí mismo como un ser singular y por la otra la conciencia de su mortalidad. Dicha concepción subraya su visión de la dicotomía existencial del ser humano que de manera general en los terapeutas Gestalt se rige por la teoría paradójica del cambio.

"El cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es. El cambio no tiene lugar merced al intento coactivo realizado por el individuo para cambiar o por otra persona para cambiarlo, pero sí tiene lugar cuando aquel invierte tiempo y esfuerzo en ser lo que es". (Beisser, citado en Fagan & Shepherd, 1989.p. 82).

Para *Sartre* (2004) a diferencia de Kierkegaard, la reflexión va encaminada a cuestionar los supuestos fundamentales de la *libertad humana*, pues en su visión el hombre no puede elegir, tiene que hacerlo y además está *condenado* a ello; ésta concepción de condena hace pensar en un cumplimiento obligado, una concepción de la existencia al parecer pesimista. Al ser el hombre un ser no creado para fin específico la gama de opciones en su libre existir incluye el no elegir, que paradójicamente es ya una elección.

Observamos la importancia temporal que Sartre (2004) concede a la elección cuando se refiere a las metas, en otras palabras, se centra en el *futuro*, que con el límite que impone la *muerte* dota de *sentido* al momento presente.

Con *Buber* (1995) otro hecho existencial es el que corresponde a la *dualidad* desde una perspectiva integradora observable también en su postura política, pues en un intento de conciliar filosofía y política abogó por la creación de un estado en el que árabes y judíos desarrollaran una sociedad común.

Dentro de la dualidad humana Buber (1995) se centra en dos actitudes fundamentales: la *orientadora* y la *realizadora*, diferenciándose en que la primera de ellas se dirige a la *seguridad* y la segunda al *atrevimiento* y al peligro como forma de traspasar las fronteras que de ordinario se pone el hombre. Esta formulación de actitudes fundamentales está regida en el filósofo por un principio dialógico que acentúa de nueva cuenta la necesidad de integrar ambas actitudes para la autorrealización del ser humano.

Así, acorde con Buber (1995) la vida se desenvuelve entre la *seguridad* y el *miedo* como marco para la toma de decisiones, de aquí que al encontrarse la sociedad dominada por la perspectiva de la calma, la estructura y la seguridad este filósofo llame a la búsqueda de la *tensión* constante entre las polaridades como una forma de acceder a la libertad y la autorrealización. Además señala

dos actitudes fundamentales que se enfrentan y se unen, dos formas de *relación* con el mundo: *yo-ello* y *yo-tú*.

La relación del tipo yo-ello comprende elementos como emociones, sensaciones y percepciones de la experiencia humana mientras que al hablar de yo-tú se hace énfasis en la relación. Estas dos formas están presentes en las relaciones del hombre, pero es durante el yo-tú que se da el *encuentro* con el otro y con el entorno para permitir su desarrollo como una actividad de lucha constante contra las fronteras de la seguridad incluidas en la actitud orientadora.

Es así como el cambio del hombre y su sociedad para Buber (1995) se hace posible dentro del lento *ir y venir* de estas dualidades.

Otro existencialista que no pasa desapercibido para Quitmann (1989) por la relevancia que concede al *cuerpo* en la constitución del hombre como un *ser total* es *Marcel*, que a diferencia de Kierkegaard no se centra en la angustia, sino en la *esperanza* y resalta la importancia de una filosofía concreta del *diálogo* entre dos "tú".

Por otra parte, *Jaspers* (1985) recupera el interés por la *soledad*, estado en el que como otros existencialistas pasó gran parte de su vida, otorgándole la significación de *preocuparse por uno mismo*. Parece claro que sus experiencias personales son parte de su empeño en una comprensión fenomenológica del hombre, misma que retoma de Husserl en el *contexto total* de la personalidad. En esta cuestión es notable la similitud con el intento del presente trabajo, especialmente por el interés en el *cómo* más que en el *por qué*.

Quizá el aspecto donde se aprecia más claramente la notable influencia del maestro fenomenólogo sea en la tarea que para *Jaspers* (1985) corresponde a la filosofía, la de sorprender a la *realidad* en su surgimiento originario. Abogando por una *integración* entre ciencia y filosofía criticó en su separación a la primera por suponerse sabedora de lo que se *debe* hacer, y realizar, sin embargo, una selección de problemas y objetos de investigación, así como por su incapacidad en dilucidar objetivos para la vida y su propio sentido. Su crítica a la filosofía va dirigida a su imitación de los métodos de las ciencias exactas experimentales.

En forma análoga a lo planteado por Husserl, *Jaspers* (1985) comprendió la *objetividad* como un proceso sujeto a la *conciencia* pensante en que se *revela* el ser mismo y que al estar presente en la actividad científica aporta en el

producto de sus conocimientos un saber de nosotros mismos y de lo que podemos llegar a ser.

Así, la *libertad* y la *confrontación* con el miedo y la muerte no son privativos del pensamiento de los filósofos antes mencionados, con Jaspers continúan siendo temas de singular interés al apreciarlas como afirmativas de la naturaleza humana por intermediación de sus *elecciones*, que tienen un carácter activo. "Penetramos en realidad en nosotros mismos cuando entramos en las situaciones límite con los ojos abiertos" (Jaspers 1985, p.24). Como cuando estamos en el umbral de la muerte.

Como se puede observar esta fundamentación y arraigo del pensamiento existencialista y fenomenológico va más allá de la utilización de nuevos conceptos para procesos de los que ya se había teorizado, sino que además constituye un punto central para la *praxis terapéutica* y la investigación en Terapia Gestalt.

Resumiendo, encontramos como elementos esenciales de la filosofía existencialista y de la fenomenología retomados por la Terapia Gestalt los siguientes:

- El hombre como centro de su contemplación y exploración.  
Subrayando que el centro del interés existencialista en el hombre, en relación con la salud implica ir más allá de los síntomas y estructuras del carácter para centrarse en el nacimiento, la muerte, el sentido, el absurdo, la claridad y la confusión como lo hacen Buber (1995); Heidegger (1991); Kierkegaard (1984); y Sartre (2004).
- El estar en el mundo, como característica existencial y concepto base de su método fenomenológico.

El hombre no está junto a las cosas sino que se vincula con ellas formando un todo unitario. El "estar en el mundo" del que habla Heidegger (1991) se manifiesta en la comprensión de la ciencia desde la Terapia Gestalt como aquella que reconoce al método científico experimental a la par de la subjetividad humana. Es decir, se coloca en el centro del diseño de análisis de investigación junto con los procesos del darse cuenta del paciente al experimentador- terapeuta, que es un ser humano, que también vive una vida y que entabla una relación del tipo yo-tu en conformidad con lo expresado por Buber (1995) y como parte de un mismo entorno. A la luz de la Terapia Gestalt la noción de dualidad que usa este filósofo es análoga a la naturaleza *polar* del ser humano y del mundo.

De tal forma, para lograr una comprensión integral del ser humano es necesario considerar lo bueno y lo malo, lo blanco y lo negro, la figura y el fondo como polos entre los que se dirimen las decisiones vitales.

Para la Terapia Gestalt la concepción del ser humano como un todo señala tanto la importancia de la *relación* que se establece con el mundo en un contexto histórico único e irrepetible como las *posibilidades* que tiene ante sí, asumiéndose responsable de su vida sin nada predeterminado y en constante estado inconcluso.

En el plano científico Perls, Hefferline, y Goodman, (1951) se pronunciaron en el mismo sentido, pues rechazaron las divisiones de la ciencia, la búsqueda del reconocimiento científico fundado en la *objetividad* y la adopción de los métodos de las ciencias naturales, para optar en cambio por una orientación fenomenológica como primer paso indispensable para conocer todo lo que hay que saber, un mirar determinado por una visión y experiencia del ser humano que ninguna de las definiciones de la ciencia podría explicar.

- La comprensión fenomenológica de la ciencia y la relevancia del conocimiento "verdadero" entendido como aquel proveniente de vivir la "realidad". En otras palabras, la experiencia inmediata en el aprendizaje. Se entiende el *volver a las cosas mismas* como el principio que adopta la Gestalt del método fenomenológico, lo que en su caso significa retomar la perspectiva de la persona que se encuentra en terapia.

La Gestalt además adopta un camino similar al de la fenomenología, que no pierde continuidad con otras tradiciones en el pensamiento para lograr una propuesta diferente al mismo tiempo, donde lo innovador resulta de la *integración*. Integración es aquí el concepto que parece aportar una descripción más cercana a la síntesis que con diversas corrientes del pensamiento plantea la Terapia Gestalt que el de ruptura.

- El énfasis en el momento presente y el puente al futuro.

Precisamente una cuestión existencial que se plantea la Gestalt en cuanto a la temporalidad de la experiencia es ¿que hacer en el presente con base en la certeza de la muerte? esta incógnita trae aparejada a su ambigüedad una gran gama de posibilidades. Observamos así una influencia directa en la Terapia Gestalt del existencialismo en la noción de las *crisis de la vida, y la muerte* dentro de ellas como opciones que dirigen a la *reflexión- acción*.

En Jaspers (1985) el énfasis en el tiempo presente junto con la intención fenomenológica de la descripción de los fenómenos tal como *aparecen* dirige la atención terapéutica a los procesos personales en el *aquí y ahora* más que a las causas.

- El reconocimiento de distintos modos de ser en el mundo de acuerdo a las experiencias vividas.

No existe un fin específico del ser humano, ni verdad única, de hecho el interés en el ser humano resalta el hecho de girar la mirada hacia su perspectiva y al sentido que le otorga dentro de su propio entorno. Este principio fenomenológico también se relaciona con el reconocimiento de la unicidad e irrepetibilidad de cada ser humano en investigación y en terapia, pues aun cuando existan *patrones* en su interactuar no se trata de principios universales o estáticos, sino que se trata de seres con el potencial de cambio.

Esta premisa en la Terapia Gestalt subraya también la labor de la ayuda para la autoayuda sin la imposición de objetivos universales y atemporales, fundamentando además la equidad entre terapeuta y paciente, pues ambas perspectivas son producto de ese proceso de alteridad y tienen la misma valía.

La Terapia Gestalt es en este sentido, una oportunidad de evidenciar la responsabilidad de cada quien sobre sus propios estados como experto en su mundo y atender a sus propias necesidades con base en sus procesos intuitivos más allá de dejarse dirigir por teorías o construcciones externas que pudieran decir más de sus autores que de las personas en quienes dicen basarse.

- La libertad del hombre y la obligación de elegir ante distintas circunstancias. Es observable una relación directa entre el concepto de intencionalidad de Husserl (1992) como marco de la libertad humana y el patrón figura-fondo que incluye la personalidad de ambas partes, terapeuta - investigador y paciente. La relevancia está en el hecho de la selección intencional frecuente de los temas de importancia para el terapeuta en menoscabo del interés del paciente. Una forma útil de limitar el efecto de dicha intencionalidad inevitable en la investigación es su conocimiento previo y la atención hacia ella. Visto desde la óptica Gestalt implica un énfasis particular, el rescate de la figura emergente del paciente que señala sus situaciones inconclusas que impiden la revelación y desarrollo del sí mismo. Así la ayuda para la autoayuda al provenir del propio paciente se nutre de la riqueza de su existencia individual y dirige las oportunidades de alcanzar la plenitud.

- El conocimiento de sí mismo para el desarrollo de las potencialidades. Las profundas remisiones del pensamiento de Sartre (2004) en la Terapia Gestalt son visibles en lo que se refiere a la responsabilidad y toma de decisiones que no son atribuibles a una de las partes sino a ambas, tanto en la relación como en las metas y objetivos del proceso terapéutico. El sentido de la

terapia retorna así a volverse una ayuda para la autoayuda y apoyar al paciente a aclarar sus propias necesidades, emociones, palabras y significados.

La referencia al conocimiento de *sí mismo* en Terapia Gestalt es incompleto si no se atiende la *integración*, lo cual incluye cualidades del ser humano que han sido atacadas o negadas con argumento en el funcionamiento de un tipo específico de estructura social; esto sucede especialmente con la *agresividad*, la *tristeza* y el *miedo*, que cumplen funciones importantes y que dan nombre al libro de Perls *Yo, hambre y agresión* (1975 b).

No resulta un hecho casual que los filósofos existencialistas, aún cuando empleen una variedad de conceptos, rescataran el valor de las tensiones (Buber 1995), crisis (Kierkegaard 1984) y la muerte misma (Heidegger 1991, Kierkegaard 2004, Sartre 2004); como un trampolín para la autorrealización y ampliación de los límites autoimpuestos, una salida de la rutina y la repetición que nos vuelve inflexibles en un mundo cambiante.

Tampoco es coincidencia que, como lo refiere Quitmann (1989), Marcel se centre en la experiencia corporal y que sus ideas sean retomadas en la Terapia Gestalt, donde se considera que como producto del aprendizaje social, las personas pierden poco a poco el contacto consigo mismas, ofreciendo el despertar sensorial del organismo la oportunidad de encuentros espontáneos personales.

## 1.2 Filosofía oriental

Resulta de suma importancia para este trabajo de investigación comenzar este apartado acerca de la filosofía oriental con el origen de la palabra *crisis*, que será clave en el acercamiento de la Terapia Gestalt no sólo hacia el VIH sino hacia la enfermedad de manera general. Dicha palabra proviene del griego *krinein* que significa: *juzgar, decidir*. (Recuperado de [Wikipedia Enciclopedia](http://es.wikipedia.org), disponible en: <http://es.wikipedia.org>.)

En dicha connotación se hace patente la existencia de más de una opción o solución ante los retos y adversidades que enfrenta el ser humano. Desgraciadamente con el paso del tiempo la sociedad occidental moderna enfatiza la connotación negativa del concepto junto con las actitudes que sugiere. Llegando a percibirse la *crisis* (trátase del tipo de que se trate) en una situación indeseable y amenazante, pasando por alto su utilidad en los procesos de desarrollo personal. De la misma manera parece considerarlo O'Connell al

afirmar: "El viaje en que consiste la vida vivida no es un acontecimiento regularmente distribuido en el espacio y en el tiempo (...) Se parece más a la música: un proceso de ritmo y cambio que se despliega en el espacio y el tiempo de acuerdo con su propia naturaleza. (..) En una crisis la persona se haya ante una encrucijada: por un lado, lo que es, por el otro, lo que puede ser si cambia. La crisis se produce cuando la persona enfrenta las exigencias que le formula la comunidad." (O'Connell en Fagan & Shepherd ,1989, p.233). La crisis es de esta manera tanto la esperanza como el purgatorio para quien anhela crecer pero se detiene frente al dolor que el crecimiento trae consigo.

Este elemento filosófico retomado por la Terapia Gestalt se asocia a la *aceptación* del mundo y sus procesos como naturales y sin disociación, pues de manera general sucede que cuando surgen problemas de cualquier índole que afectan el desarrollo la solución se procura en un plano y no de manera integral, atendiéndole *como un todo*.

Se presentan múltiples coincidencias entre el pensamiento oriental y el existencial aun cuando les separen muchos años de por medio. De hecho resulta sorprendente lo cercano del pensamiento oriental en relación con la Terapia Gestalt en la que la visión del mundo es congruente con la comprensión del individuo concebido en *unión* con su medio en *constante fluir* en el *aquí y ahora*.

De tal forma en esta concepción del mundo la *enfermedad*, las *crisis*, *dificultades* y la *muerte* son contrapartes de la *salud*, la *alegría*, la *plenitud* y de la vida misma en la naturaleza del mundo para conformar un todo; lo que es más, cada dificultad en la vida cotidiana constituye una *oportunidad* de autorrealización. Así, encontramos en el Tao-te-king (1977):

Quando los hombres conocen que la bondad  
es buena entonces saben que la maldad existe  
Quando los hombres saben que la belleza es  
bella entonces saben que la fealdad existe,  
Así Ser y no ser se engendran el uno al otro  
(Lao- tze, 1977,p.29)

Este respeto por la armonía promueve una actitud de *no intervención* y *espontaneidad* ante cada suceso incluyendo el dolor y la propia caducidad, un *ying* y un *yang* presentes en cada hecho de la naturaleza del mundo; nada es totalmente blanco ni totalmente negro, y aun lo blanco tiene algo de negro y lo negro algo de blanco.

Dumoulin (1982) señala que en el *budismo* el sufrimiento constituye una experiencia fundamental inherente a la existencia que *renueva* el contacto con la



*naturaleza original* del hombre. Esta influencia se deja sentir en la integración de *polaridades* que persigue el trabajo terapéutico gestáltico basado en la atención a las experiencias del momento presente, el darse cuenta. Por ello no sorprende la definición que da Fujiwara (1998) del *zen* como el *darse cuenta de sí mismo* o la búsqueda de sí mismo que conlleva la capacidad de estar alerta ante los cambios y modificaciones del ambiente para reaccionar a ellos.

En el camino señalado para obtener tal darse cuenta en el zen es fundamental el *diálogo interno o externo*; el budismo y el tantrismo consideran además el apoyo de la meditación atendiendo a *elementos sensoriales* que no fueron subestimados por Fritz Perls al enfatizar la relevancia de una experiencia personal e íntima que no puede ser aprendida de otra forma y que se refleja en las técnicas y estrategias terapéuticas de la Gestalt hasta la fecha.

Así, la Terapia Gestalt también retoma esta "lógica", (si es que se puede llamar de esta forma), *fuera de lo habitual*, sin que esté en su caso en manos de ningún maestro o gurú, sino en el interior de nosotros mismos. En este sentido podemos decir que el terapeuta gestáltico *no cura* a las personas en la medida en que no es su objetivo quitar o añadir nada, sino intentar ponerlas en *contacto* con sus propios procesos. A la manera oriental el *propósito* es que no hay propósito, y si lo hay, consiste en darse cuenta de lo que surge. Aquí hay otro punto de acuerdo con el existencialismo y la fenomenología, pues este propósito es análogo a la intencionalidad con su volver a las cosas mismas, reconociendo distintos modos de consciencia y objetos acordes a cada uno, no hay nada preestablecidos.

"Lo que atrae del zen es su inmediatez, lo ilógico y el regreso a un estado original (...). Es una práctica donde te enseñan con nada, siempre te están enseñando y nada es lo que te enseñan" (Cinencio, citado en López, 1997 p. 38).

A través de este cristal de espontaneidad que acepta al mundo y le respeta, se eliminan las especulaciones y los porqués, pues las *cosas simplemente son* y preguntarse por sus causas conduce al razonamiento y aleja de la *vivencia* de cada hecho presente y de nosotros mismos. Siguiendo tal reflexión resulta notorio que la orientación a la que dirigen los "porqués" dispone a la pasividad ante la propia vida, cual si fuésemos meros espectadores del pasado o víctimas de las circunstancias.

Dumoulin (1982) encuentra que una enseñanza del pensamiento oriental, específicamente el budista consiste en el descubrimiento de instante a instante

del “*cómo*”, entendido como proceso que deriva en no contar con expectativas y aceptar confiadamente lo que llega en su esencia inconstante, presente y que nos traslada al primer plano de participantes como elementos esenciales de cada situación en la que interactuamos.

“El taoísmo es una metafísica de la espontaneidad, de la tolerancia y de la libertad. Esta última se obtiene adoptando el vasto movimiento natural del universo, no perturbando la armonía del mundo, cultivando el *wou-wei* (la no intervención en el curso de las cosas), es dejarse llevar” (Ginger & Ginger, 1995, p.95)

Aun cuando pudiéramos quedarnos con la impresión de que la filosofía oriental da relevancia a la *inmovilidad* por medio de la meditación, el ying y el yang la vuelven solo aparente, pues está enfocada al darse cuenta de la forma en que se establece el contacto; en otras palabras a cultivar *una mente* en extremo *alerta y hábil* en el ejercicio de alejarse de las experiencias del ayer que la entorpecen. Así, la meditación se trata de un proceso, no de un fin en sí mismo, de un ir y venir en que la contradicción resulta solo aparente, pues dispone y orienta la acción.

Percibir el proceso, dice Joslyn (1990) desde el punto de vista dualístico de la figura es el estilo habitual de los seres humanos, percibir el proceso *figura-fondo* desde el punto de vista *unitario* es el modo zen, en el que la iluminación implica captar el ir y venir de figura-fondo.

Este ir y venir rompe con el antagonismo entre el hombre y el mundo; se trata de nuevo de un todo, pues darse cuenta de sí mismo conlleva la *interacción*, que es acción, y que no significa aislamiento. Es así que Krishnamurti (1962) señala que para darse cuenta de uno mismo la convivencia ofrece un espejo en el que puedo verme con agrado o desagrado, especialmente si, como sucede en nuestra sociedad, existen modelos ideales sobre quien “debería” o quien me “gustaría” ser.

En su aplicación de las técnicas gestálticas Baumgardner (1989) encuentra entre algunas ventajas del trabajo con el *otro* están el ponernos en contacto con nuestras polaridades opuestas con las que de manera general no lo estamos, y por ello con frecuencia las proyectamos. Esto constituye sin duda una oportunidad terapéutica para utilizar la proyección creativamente, logrando diferenciación y encuentro. “Es el encuentro entre lo que yo soy y lo que no soy yo lo que me obliga a inventar nuevas respuestas para enfrentarme con el ambiente” (J. Zinker, 2006, p.134 ).

En este sentido la gran mayoría de las dinámicas gestálticas representan un espejo para que el paciente se re-conozca, no sólo en relación con ese otro sino que su propio cuerpo se convierte de esta forma en un espejo. En el siguiente capítulo será relevante retomar esta idea cuando se atienda lo relativo a la salud-enfermedad como parte crucial de este reconocerse.

La existencia de tales modelos de referencia bloquea la comprensión de quien soy en este momento y mi aceptación como ser viviente y cambiante, activamente nuevo que se *modifica a cada instante* al igual que el mundo del que soy parte y que es parte de mi, por esto mismo el contacto al no tratarse de algo estático constituye un riesgo, un desafío. Aquí reside la importancia del darse cuenta de acuerdo al pensamiento oriental, pues la mayoría de nosotros buscamos una certeza exterior, una esperanza que encubra el no conocernos.

Para finalizar este apartado volviendo al punto de partida, conviene subrayar que al ser el hombre un todo, un ser integral y no dividido, sus problemas emocionales y físicos tampoco son procesos separados, sino que se trata de un *proceso único*. En palabras de Krishnamurti y Bohm (1996) esto es lo que hace esencial el entenderse uno mismo, pues en uno está la totalidad del problema y también la solución. Los problemas a que cada quien tiene que hacer frente son resultado de nosotros mismos y no cosas exteriores.

Los elementos de la filosofía oriental, del existencialismo y la fenomenología comentados fueron adoptados y sintetizados por Fritz Perls como una más de las múltiples influencias que conformaron su trabajo terapéutico, pues no sólo tuvieron que ver con su formación terapéutica sino con un impacto en su vida después de sobrevivir una etapa histórica de guerra que le puso en contacto directo con la muerte, el sufrimiento y la decisión humanas. De esta forma la reflexión existencial surgida de la destrucción de la guerra (y que curiosamente estuvo orientada por la razón) se traslada vía la Gestalt al acto de recuperación de sí mismo con toda su sensibilidad enfatizada desde las filosofías orientales. Así, pareciera que se trata de un interés añejo, el que sin embargo orienta la actividad terapéutica hacia necesidades permanentes del ser humano de constante actualidad, pues las figuras emergentes son únicas para cada persona y tan cambiantes como sus circunstancias.

Ambas vertientes: existencialismo-fenomenología y filosofía oriental convergen en la Terapia Gestalt, de manera relevante para este trabajo en la consideración de las adversidades y crisis humanas no sólo como problema, sino también como una puerta abierta a las oportunidades y al crecimiento. Este hecho crucial es el que impulsa a la Terapia Gestalt en su atención y trabajo con la enfermedad como una forma de desbloquear al sí mismo.

Durante el capítulo siguiente se presentará un acercamiento más detallado de la integración terapéutica ciencia-filosofía detallando sus características y como son puestas en práctica.

## 2. TEORÍA Y PRINCIPIOS DE LA TERAPIA GESTALT

### 2.1 Trasfondo personal, Salomon Frederick Perls

Una vez que se han detallado las bases filosóficas de la Terapia Gestalt conviene en el capítulo presente iniciar la comprensión de su aplicación y el acercamiento a sus características, ya que como se apuntó en el capítulo previo su propio origen la marca para que continúe creando y recreándose a sí misma, y es su intención que el ser humano lo haga de la misma manera. Esta flexibilidad y énfasis en el dejarse fluir no implican por otra parte desatender sus principios filosóficos, sino idear creativamente estrategias y técnicas para que el hombre se re- descubra de momento a momento a sí mismo.

Es importante señalar algunos eventos que marcaron el surgimiento de la Terapia Gestalt por vía de las experiencias y crisis de su “*redescubridor*” Fritz Perls, quién hizo suya la difícil labor de retomar *múltiples vertientes* y posturas en forma coherente y sobreviviendo sus contradicciones, no sin pagar el precio de manifestarse en ocasiones ambiguo y confuso en ausencia de un amplio material publicado comparado con el de sus demostraciones.

Nacido en Berlín en 1893 es hijo de una familia de clase media. “Rebelde desde pequeño, vivió una infancia difícil debido a las dificultades de sus padres.”(Perls 1975 a, p. 34). Su mal comportamiento fue tolerado por sus maestros y tuvo problemas incluso con la policía, lo que hace pensar que su rebeldía estaba enfocada a todos aquellos que representaran una amenaza a su libertad e intentaran mantenerlo bajo control. Con su madre en particular no tuvo una buena relación, sin embargo, ésta logró inculcarle el amor por el *arte*, que en sí mismo involucra diferentes formas de expresión de las emociones en el ser humano.

Durante la primera guerra mundial colaboró tanto en las barricadas como con Kurt Goldstein para estudiar a soldados con lesiones cerebrales, esta experiencia le inició en la idea del ser humano como *más que la suma de las partes*, al mismo tiempo continuaba siendo psicoanalizado en apego a la ortodoxia y formándose como psiquiatra.

Al subir Hitler al poder Perls emprende la *huída*, misma que culmina con la creación del Instituto Sudafricano de psicoanálisis. Logra regresar a territorio alemán hasta 1936 al Congreso Internacional de Psicología para presentar su trabajo sobre la fijación oral, cuyas ideas principales después se convertirían en

su libro *Yo, hambre y agresión*, en el que podemos observar los primeros lineamientos de su síntesis terapéutica. Fadiman y Frager (1999).

En dicho congreso el encuentro tan breve con Freud le provoca una terrible desilusión por la demostración de un escaso entusiasmo. Este evento al parecer fue determinante tanto para su vida personal como para la revisión que hizo de sus teorías y métodos. Así, su *rebeldía* fue por mucho motor de sus intuiciones creativas. Este ciclo inconcluso de Perls, lo mismo que su gusto por el teatro y distintas orientaciones filosóficas culminan con la síntesis de la Terapia Gestalt.

Ginger y Ginger (1995) exponen que Perls retomó elementos tanto del psicodrama de Moreno, de la dianética de Hubbard y de la semántica general de Korzybski conformando una flexibilidad en su formación terapéutica en origen psicoanalítica, es decir, no se conformó con el seguimiento fiel de los parámetros ortodoxos, sino que se permitió crear, o mejor dicho, *recrear* lo que consideró valioso de otros pensadores y filósofos.

Por otra parte, de acuerdo con Yontef (1997) el estilo terapéutico de Perls era *teatral, desaforado, narcisista*, logrando tanto comprometer como enfurecer a la gente; un estilo catapultado por la escena política de los 60's, de exaltación de la *libertad* y la *no organización*.

"Cuando se dio cuenta que inadvertidamente estaba estimulando un estilo de terapia gestáltica que era más *incitación* que buena terapia, fue muy tarde para mantener la imagen popular de la terapia gestáltica consecuente con la teoría básica. Al final, habló claramente en contra de la actitud incitadora y la confusión de esto con la terapia gestáltica". (Yontef 1997, p.8).

Aun cuando la teoría y su congruencia resultan de suma importancia, este trabajo adopta, siguiendo a Schnacke (1995) el énfasis en dejar *fluir el pensamiento y las emociones*, cuestión muy presente también para Fritz Perls (1975 b), con la diferencia de evitar caer en la manifestación carismática por encima del contacto.

Fritz Perls termina sus días en la Isla de Vancouver, donde logró eliminar el abismo existente entre los profesores y los alumnos, a excepción de él mismo, pues impuso sus propias reglas. Dejó una *teoría inacabada* que sirve de inspiración a los terapeutas que aun creemos en lo "imposible" y en lo espontáneo; psicólogos, psiquiatras y profesionales de la salud que continuamos retomando y replanteando las consideraciones gestálticas en el trabajo clínico en distintas áreas.

## 2.2 Principios de la Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt se fundamenta, tomando como eje el ciclo de contacto, en la identificación de sus interrupciones, con especial interés en la *etapa* en que ésta se da y la *manera en que ocurre*, esto para guiar hacia su restablecimiento. En la consecución de tal meta resaltan los siguientes principios fundamentales:

### 2.2.1 Sí mismo

El sí mismo como noción abstracta y fluctuante, es la adaptación creadora del hombre al medio interior y exterior: Ginger y Ginger (1995) lo aclaran y distinguen a su vez del *yo* y el *ego* psicodinámicos.: “El sí mismo no es una entidad fija como el ‘yo’ y el ‘ego’, sino un proceso específico a cada uno y que caracteriza su propia manera de reaccionar, en un momento dado y en un campo dado, en función de su ‘estilo’ No es su ‘ser’ sino ‘su ser en el mundo’, que varía según las situaciones” (Ginger & Ginger, 1995, p.147).

De acuerdo a esto su relación es sumamente cercana a la *salud* pues depende de las exigencias particulares del organismo. Es en este sentido que Kepner aporta un señalamiento de suma relevancia para el presente trabajo de investigación, centrado en la enfermedad, específicamente al *VIH*, al asociar al sí mismo con la *experiencia corporal* pues considera que el cuerpo no se trata de algo distinto, es decir, no se trata de una pertenencia desvinculada. “Nuestro lenguaje apoya la noción de que nuestro cuerpo es un objeto: algo que me sucede, más que ‘algo por lo que estoy sucediendo’.” (Kepner, 1992, p.4).

De esta forma la experiencia del cuerpo es también la experiencia del sí mismo, lo mismo que el pensamiento y la imaginación.

### 2.2.2 Aquí y ahora:

La existencia se da en el presente, aunque puede parecer bastante obvio, sucede que con mucha facilidad el hombre se escapa hacia el pasado o el futuro. La prioridad en la Terapia Gestalt se encuentra así en las actividades permanentemente *espontáneas* del momento presente para ser vividas con intensidad. De hecho Zinker (2006) asocia esta espontaneidad este estar aquí y ahora con un proceso exclusivamente propio que dota a los fenómenos personales de inmediatez existencial.

El énfasis en el momento presente no significa que el pasado haya sido eliminado, por el contrario, se mantiene en dos formas posibles: *asimilado* o como *asunto inconcluso* atraído a la experiencia presente.

La labor del terapeuta indicada por este principio está en guiar al paciente a los pensamientos y especialmente las sensaciones presentes que le permitan *cerrar gestalts*.

### 2.2.3 Darse cuenta o autoconciencia:

Podemos entenderla como una forma de atención en la que se hace posible el contacto con uno mismo y el entorno. De aquí que se enfatice el *cómo* y el *qué* de los procesos. Esto es, el terapeuta se interesa en llamar la atención del paciente en lo que acontece en su existencia *obvia*, movimientos, gestos, posturas, la naturaleza contextual y su relación con significados personales profundos o abstracciones en busca de su *integración*. Al respecto Naranjo (1991) señala que tal proceso señala el ir y venir de la figura, que puede ser lo expresado verbalmente por el paciente y el fondo de lo obvio de su organismo, que generalmente pasamos por alto.

“De ordinario, el pensamiento disipa la conciencia de sí mismo en actividad pensante y los sentimientos que constituyen el fondo de la motivación del pensar (...) La forma más sencilla de dar lugar al pensar sin perderse en el pensamiento (vale decir, sin quedar atrapado en la conciencia exclusiva de la figura, dentro de la totalidad figura-fondo) consiste en tomar contacto con ese fondo de la experiencia en momentos de ausencia de pensamiento. (...). La práctica de prestar atención a la corriente de la vida se vincula con el ascetismo no sólo porque entraña una suspensión voluntaria de la gratificación del yo sino también porque enfrenta al individuo con las dificultades propias de un funcionamiento contrario al habitual” (Naranjo, C. en Fagan, J. & Shepherd, I.;1989, p.66)

El proceso de darse cuenta supone la individualidad del ser humano, y rompe con las nociones dominantes sobre lo *patológico* y lo *normal*. Incluso Perls, Hefferline, y Goodman, (1951) parten de que la decisión de acudir a terapia surge como una *adaptación creativa*. Es importante recordar aquí el sentido que autores como Fadiman y Frager (1999);Hothersall (1997); Latner (1999) y Salama (1996) dan al concepto de gestalt como *patrón*, configuración u organización de elementos en un todo *de manera definida* y que más tarde se retomará al momento de tratar la noción de la *personalidad* desde la perspectiva gestáltica, pues no es coincidencia que se trate también de un patrón.

### 2.2.4 Confrontación:



En este punto hay que recordar el sentido que para la Terapia Gestalt tiene la *crisis* como una oportunidad de contactar con uno mismo y *reconocerse tal cual se es*, cimentando el cambio, o como diría Perls en *yo, hambre y agresión: la digestión* de los problemas.

El medio que utiliza la Terapia Gestalt para llevar a cabo dicha confrontación se basa en la *experimentación*, que consiste en impulsar a la persona al contacto con su crisis actual, es decir, arriesgarse en cierta medida a explorar formas distintas de conducirse. Se trata en esencia de una contradicción aparente, el cambio es posible cuando se contacta con quien se es. O'Connell (en Fagan & Shepherd 1989 p. 235) señala atinadamente que en ocasiones la persona al darse cuenta de que su modo de vida ya no resulta viable para su salud intentará cambiarlo, sin embargo, dadas las rigideces de la *personalidad* en otras ocasiones se elige el camino de la comodidad y la evitación.

#### 2.2.5 La relación terapeuta-cliente:

Es posible identificar distintos estilos terapéuticos dentro de la misma gestalt. No podía ser de otra forma, pues si bien se reconoce la individualidad del paciente la del terapeuta no se queda atrás, en lo que se aspira sea un encuentro *yo-tu*. El terapeuta continúa siendo una persona con sus propias experiencias y con su propio darse cuenta, algo a lo que Yontef (1997) se refiere como *presencia*. Más que un maestro a quien seguir o experto que interpreta y corrige se trata de una persona *atenta* a los procesos del paciente y a los propios para mantener el estado de conciencia y el contacto.

Aunque la Terapia Gestalt no encaja a las personas en moldes si considera metas que cada persona puede adaptar a su propio proceso; Zinker (2006) encuentra entre algunas de ellas la mayor *conciencia de sí*, asumir la *propiedad de las experiencias*, lograr *autoapoyo* y *sensibilidad* al entorno.

#### 2.3 El contacto como expresión existencialista

Entre los conceptos que subrayan la síntesis del pensamiento existencialista en la propuesta terapéutica de Fritz Perls el primordial en esta investigación es el de "*contacto*", entendido como unidad elemental del proceso de relación entre seres independientes que va más allá del mero acoplamiento para resultar en algo distinto, propio de la interacción. Esta esencia existencialista rompe con las apreciaciones que consideran el centro de la persona en su interior. "No es algo abstracto, ni se coloca dentro del organismo, sino que es algo extremadamente

concreto que tiene sede en el aquí y ahora, en la piel y órganos de los sentidos." (Spagnoulo, 2002, p. 63)

Cuando hablamos de contacto es notoria la visión de Heidegger (1991) del "*estar en el mundo*", esto es, la situación del hombre no sólo tiene que ver con un centro, sino con toda la persona y con su entorno; siendo la *piel* el límite de contacto y de unión con el mundo al que el hombre ha sido arrojado para confrontarse con las dos caras de la vida: el amor, el miedo, la desesperación, la creatividad, la alegría, el fracaso, el gozo y la enfermedad-muerte tal y como se presentan.

Las posibilidades ante el contacto se convierten así en evitación o confrontación; en lo que encontramos la "*elección existencial*" que refería Sartre (2004) al declarar que el hombre no puede elegir, tiene que hacerlo y está condenado a ello, incluyendo la elección de no elegir, pues no ha sido creado para un fin específico. "Podemos elegirnos huidizos, insaciables, lentos, etc; podemos incluso no elegirnos, en estos casos distintos se establecen metas (...) y la responsabilidad por ellas recae sobre nosotros, sea lo que sea nuestro ser, es elección." (Sartre 2004, p. 588)

En la comunidad humana el límite de contacto actúa sin disolver a la persona en un "nosotros" o en el individualismo, sino que retoma el sentido del *yo-tú* de Buber (1969) como área de *relación* con personas y objetos en el campo de encuentro con un mundo *presente* y permanentemente *cambiante*. Dichas modificaciones del entorno conllevan, como ya se mencionó, la toma de decisiones durante el contacto, como una actividad creadora, y además el desarrollo del individuo y su sociedad al confrontarse al miedo, la inseguridad, y el riesgo como una forma de *atravesar fronteras*.

Quitmann (1989) añade, refiriéndose a las ideas de Buber, que si el ser humano quiere *realizarse a sí mismo* tiene que luchar a cada hora y estimar el valor del mundo estructurado que brinda seguridad al extraer la fuerza para el atrevimiento. Tal proceso de atrevimiento constituye la esencia del "contacto" en la Terapia Gestalt y coincide también con la conceptualización de Kepner (1992) del *contacto* como conciencia de las novedades asimilables y rechazo de las que no lo son, a manera de un filtro. Aquí destaca de nuevo el papel de la elección.

Otro aspecto del contacto es la "*totalidad*" del ser humano y su entorno, pues como lo señalan Petit, (1987); Polster y Polster (1991) si una de sus funciones es el límite, la otra, de la cual depende es la unión y no sólo con el entorno sino también del organismo humano como unidad de cuerpo, mente y espíritu al

momento de darse el encuentro. Por tanto se puede decir que el concepto de contacto de Perls (1975 b) se opone a la división del ser humano en unidades separadas claramente unas de otras y prevé una comprensión fenomenológica que da valor a la consideración total.

#### 2.4 Interrupción del ciclo de contacto

En la bibliografía encontramos distintos términos que hacen referencia al proceso definido como ciclo de contacto, éstos varían dependiendo del autor en cuestión: *ciclo de contacto* o de *regulación organísmica* (Baumgardner, 1989; Perls, 1975 b; Spagnoulo, 2002), *ciclo de la experiencia* (Kepner,1992), *ciclo de contacto-retirada* (Ginger &.Ginger 1995), *ciclo de conciencia-excitación-contacto* (Zinker, 2006), entre otros. En este trabajo se empleará simplemente el término *ciclo de contacto*, ya que remite directa e inmediatamente al concepto eje de la teoría y práctica terapéutica gestalt, permitiendo superar ambigüedades o confusión en el uso de los términos.

Además de lo mencionado sobre la importancia del proceso de contacto por el *encuentro* entre el individuo y su mundo ha de decirse que la gama de experiencias asimiladas por contactos previos permiten valorar los riesgos potenciales y determinar los contactos admisibles. De manera que, para cada persona el contacto adquiere características propias e irrepetibles en concordancia con las necesidades del momento *presente* y el principio de *homeostasis* para su satisfacción. Se trata en otras palabras de un intercambio constante e infinito de equilibrio-desequilibrio.

El punto intermedio entre este equilibrio-desequilibrio nos dice Quitmann (1989) es al que Friedlander se refiere como punto de *indiferencia creativa* y corresponde al lugar en que el ser humano puede establecer un contacto tanto consigo mismo como con el entorno. Parece claro que con esta influencia Perls (1975 b) se refiera al *vacío fértil*, que encuentra paradójicamente necesario para que el hombre tome una elección existencial entre la *autoconservación* y el *crecimiento*.

Cuando surgen necesidades en el ser humano se altera temporalmente el equilibrio y el contacto se dirige a la que en ese momento es la más apremiante para recuperarlo, lo que hace pensar también en Koffka (1973) y Kohler (1967) con su principio de *figura-fondo* en la percepción de todos significativos. Curiosamente son ellos mismos quienes encuentran que la resolución de tareas o asuntos inconclusos es una necesidad, así, podemos decir que los *asuntos inconclusos* impulsan también el contacto.

Salama (2001) describe el ciclo de contacto en las siguientes fases:

***Reposo.***

Se asume que la persona ha resuelto la necesidad y se encuentra en potencial vacío fértil para que surja una nueva gestalt.

***Sensación.***

Se pasa del reposo a la identificación física de lo que aun no se conoce, es decir, en ausencia de una figura.

***Formación de figura.***

Se establece claramente la necesidad a satisfacer y lo que pertenece al organismo.

***Movilización de energía.***

Se plantea la acción y las diversas alternativas.

***Acción.***

Implica la movilización hacia el objeto relacional.

***Pre-contacto.***

Se localiza la fuente de satisfacción de la necesidad.

***Contacto.***

En este punto se establece una relación concreta que permite disfrutar la satisfacción de la necesidad.

***Post-contacto.***

Se da la culminación del proceso a la par de una sensación de bienestar antes de iniciar un nuevo ciclo de contacto y despedirse de este.

Cuando la persona elige no elegir o interrumpe el contacto, deja atrás asuntos inconclusos que se manifiestan en una segunda naturaleza, misma que consume más energías para mantener el equilibrio. "En lugar del contacto con la posibilidad de desarrollo, aparece la evitación del contacto como entrenamiento para la supervivencia". (Quitmann, 1989, p.127). Si bien las interrupciones temporales del ciclo de contacto son saludables como respuesta a las vicisitudes del entorno, cuando se vuelven habituales e impiden la satisfacción de necesidades pueden manifestarse en *enfermedad* y malestar.

Al parecer dos cuestiones se encuentran implícitas en esta teoría de la interrupción del contacto y son las relativas al punto del proceso en que ésta se

da y el *cómo* se da, pues como aclara Heidegger (1991) el ser humano está en condiciones de preguntarse por su propia existencia para salir de su ir viviendo irreflexivo. Perls (1975 b) se refiere en cambio al darse cuenta.

Dependiendo del autor (Kepner, 1992; Perls, 1975 b; Quitmann, 1989; Salama & Castanedo, 1991; Zinker, 2006) se reconoce un número distinto de interrupciones que, sin embargo, siguen el curso del ciclo de la experiencia que se ha mencionado.

Así, de manera general y de acuerdo a los autores antes mencionados las interrupciones al ciclo de contacto incluyen:

### ***Desensibilización***

Se bloquea la sensibilidad de sensaciones o sentimientos provenientes de las sensaciones externas o internas limitando la posibilidad de tener experiencias nuevas.

### ***Proyección***

Las actitudes, pensamientos, deseos y sentimientos no son asumidos como propios, sino que se atribuyen a otras personas u objetos, para no experimentar lo rechazado y poner límites entre lo que es aceptable y lo que no, convirtiéndonos en participantes pasivos de la vida y víctimas de las circunstancias. La paranoia es un caso extremo de proyección.

### ***Introyección***

Corresponde a la incapacidad de cambiar las cosas, por lo que se adoptan sin asimilar creencias y prejuicios. Este bloqueo se constituye por *debeísmos* (lo que alguna autoridad dice que se debe hacer. Dicha autoridad puede ser el padre, la madre, el entorno social, etc. alguien a quien a quien conferimos poder sobre nosotros) con los que no se está de acuerdo, pero que se obedece.

### ***Protoflexión***

Consiste en hacer a los demás que lo querría que quienes le rodean le hicieran en sentido positivo.

### ***Retroflexión***

Consiste en hacerse a sí mismo lo que se querría hacer a los demás, o hacerse a sí mismo lo querría que le hicieran.

### *Deflexión*

Consiste en evitar o desviar el contacto directo haciendo otras cosas por temor a confrontar. Se gasta la energía en alternativas distintas a las que satisfacen la necesidad.

### *Confluencia*

Se caracteriza por la pérdida de límites hacia los de los demás en busca de aceptación o evitar el terror de separarse.

### *Fijación*

La experiencia se queda rondando y ancla a la persona en el pasado dejando situaciones trucas y evitando la confrontación del presente y los riesgos que conlleva. Podemos decir que es una forma de no comprometerse e impedir la satisfacción de otras necesidades.

### *Retención*

No se es capaz de pasar a una nueva experiencia, pues no se ha dado el cierre de una previa.

Retomando estas consideraciones la pregunta que surge se dirige al *cómo* se desenvuelve el ciclo de contacto en quienes atraviesan algún tipo de crisis, como puede ser el caso de la enfermedad, que confronta al ser humano como "ser arrojado al mundo" con el miedo a la muerte como figura de contacto, y la forma de re-establecer el equilibrio en concordancia con las necesidades que tal momento plantea, pues como lo indica Kierkegaard (2004 ) el hombre existe en la medida en que logra anteponerse a sus miedos y decidir entre posibilidades.

## 2.5 Autorregulación organísmica

El auge de las explicaciones e investigaciones biologistas permitieron que en la visión de Perls (1975 b) el hombre exista como un ser biológico y social regido en gran medida por el principio de *homeostasis*, que es la otra forma de

entender *el ciclo de contacto* del cual se ha tratado anteriormente y que constituye el eje de la Terapia Gestalt. De hecho como lo apunta Latner (1999) la Terapia Gestalt es también una filosofía basada en la autorregulación orgánica de *necesidades* como un fenómeno biológico primario, esto es, un proceso de eliminación y satisfacción de necesidades con un *ir y venir* entre el equilibrio y el desequilibrio.

De esta forma son las necesidades y no oscuras fuerzas interiores las encargadas de dirigir el comportamiento. De nuevo, las consecuencias de tal perspectiva se manifiestan no sólo en el uso de unos términos por otros, en este caso instintos por necesidades, sino en la orientación de la construcción teórica y la estrategia terapéutica. Una de ellas, es la *individualidad*, que supone la presencia de distintas necesidades y experiencias.

Las decisiones que cada ser humano toma durante su vida se relacionan con el surgimiento de necesidades en ocasiones *contradictorias*, con la tendencia a recuperar el equilibrio momentánea o ilusoriamente, pues siempre existen necesidades como un *fondo* de experiencia y un centro de atención o *figura* que cambia de momento a momento, un ir y venir de figura-fondo que componen la gestalt a la que se refería Perls como un *patrón*. Además, como se ha mencionado nada se encuentra totalmente estático, incluso el uso en este momento de términos absolutos resulta cuando menos cuestionable.

El desequilibrio de un organismo como un ser total no conlleva por tanto modificaciones en un solo nivel sino en todo su funcionamiento. De manera que, cuando aparece la necesidad de corregir un desequilibrio el proceso de satisfacción la convierte en la figura más relevante, o *figura emergente* en torno a la cual se organizan los órganos de los sentidos, los movimientos, los pensamientos. Este proceso de ir y venir entre figura-fondo trae consigo cualidades señaladas tiempo antes por los psicólogos de la forma como la *pregnancia*, *proximidad* y  *semejanza*, entre ellos, Kohler (1967), que se manifiestan en la actividad del organismo total.

Una vez satisfecha la necesidad de la figura emergente ésta vuelve al fondo y es posible atender a una nueva figura, situación que aclara el que no se alcance un estado de satisfacción definitiva y que la permanencia de *asuntos inconclusos* se interponga en la satisfacción de nuevas necesidades. La enfermedad de esta manera es a un tiempo un intento de resolución de tales asuntos inconclusos y de lucha por el equilibrio, que además muestra la sabiduría del organismo sobre sus propias necesidades y el intercambio con el medio a manera de adaptación creativa.

Para impulsar los procesos del darse cuenta y la satisfacción de necesidades Perls desarrolló técnicas y estrategias con la aclaración de que cada terapeuta cuenta con un *estilo particular* y que el uso de tales herramientas no sustituye la inclusión de la *propia experiencia y sentir*, el *diálogo vivo* que permita el contacto y la *no imposición* hacia el paciente de los objetivos del terapeuta. No se trata de trucos o recetas sistemáticas que puedan aplicarse siguiendo una guía, sino de crear una *situación relajada* y agradable que brinde *seguridad* y al mismo tiempo *anime a confrontar los asuntos inconclusos*.

## 2.6 Técnicas y estrategias

Entre las técnicas y estrategias empleadas por Naranjo (1991) y Salama (1996), se encuentran las: *supresivas, expresivas, e integrativas* clasificadas así por su función:

Con las primeras, las *supresivas*, se busca como su nombre lo indica interrumpir la actividad y descubrir en la experiencia aquello con lo que sólo se ha tenido un contacto intermitente. Es posible mencionar: la *experimentación del vacío*, que busca vivenciar *sensaciones* que los juegos superficiales de la personalidad han hecho a un lado.

Para Perls (1975 b) experimentar el vacío corresponde a la etapa intermedia entre el vacío estéril y el vacío fértil, lo que trae consigo el restablecimiento de esta etapa del ciclo de la experiencia.

La supresión de *acercadeísmos, o hablar acerca de* implica dejar la verborrea, racionalización, explicación, justificación, el diagnóstico personal y cualquier conducta que pueda evitar el contacto con las *emociones*. Naranjo (1991) divide en tres las producciones de verborrea: **chickenshit** (caca de pollo), cuando la persona hace *comentarios superficiales, bullshit* (caca de toro), se refiere a las racionalizaciones y búsqueda de los *porqués* de la situación, y *elephantshit* (caca de elefante) cuando se habla de *filosofía*, o cualquier tipo de teorización.

Como el acercadeísmo, el *debeísmo* es un modo más de evitar el contacto por vía de orientar la conducta hacia lo que *“debe ser”* según lo inculcado por la sociedad u otra autoridad. El imperativo de la persona se vuelca en intentar llenar las *expectativas* de los demás dejando las propias de lado. Corresponde al terapeuta el apoyo para que la persona hable más de sí misma que de los demás con la *asimilación* de los debeísmos más que su eliminación y el énfasis



en lo que necesita para cerrar sus procesos o continuarlos haciéndose responsable por ello plenamente.

Una técnica más consiste en *desenmascarar las formas de manipulación* utilizadas en la vida diaria y que alejan del contacto en la relación con los demás. Perls (1975 b) pensaba que al evitar la manipulación el acceso a las capas más profundas de la personalidad del paciente era posible, para ello el terapeuta *frustra* de distintas formas sus intentos a la par del apoyo y un ambiente libre de enjuiciamientos.

En la siguiente categoría, las *técnicas expresivas* persiguen la intensificación o exageración de la acción, es decir, van en sentido contrario a las anteriores, de manera que se procura la expresión no usual con la finalidad de sacar a la persona de su control corporal ordinario y se permita *sentir*. Cuando la expresión corporal aparece como incompleta la técnica expresiva se orienta a completarla, buscando que se cierren los ciclos inconclusos, que como un todo se alojan no solo en las verbalizaciones sino en el *mensaje* de cada parte del cuerpo. De hecho, Schnake (1995) puede incluirse en estas clasificaciones con la reveladora aplicación que hace de su *darle voz al cuerpo* y a sus manifestaciones como síntomas o *enfermedades*, re-integrando así al ser humano con su sensibilidad y no sólo con su raciocinio.

La *intensificación o exageración* de los gestos y posturas persigue el darse cuenta de las formas de *evitación* y de las *decisiones* que se toman a cada momento haciéndolas repetir y magnificar, a manera de una lupa ante la que ya no pueden pasar desapercibidas. En este sentido no deja de ser importante atender a la comunicación verbal que acompaña al gesto para conocer su *sentido* particular.

La *actuación*, como una extensión de esta técnica permite ser otro sin dejar de ser uno mismo. Ese otro puede tratarse de una persona con quien se tienen asuntos pendientes, objetos, emociones, síntomas o enfermedades, pues en todos los casos siempre interviene la *identificación* y el *darse cuenta* de la propiedad de los procesos.

En el cierre de esta clasificación artificial se encuentran las *técnicas integrativas*, pues resulta necesario una vez que se ha suprimido o expresado continuar con la integración, que podemos entender como elaboración y asimilación del darse cuenta emergido. Un ejemplo es el trabajo de Naranjo (1991) con la representación de *sub- sí mismos* entre los que busca la

integración una vez que se han proyectado las sensaciones y emociones cual si se tratara de objetos extraños.

Como estrategias en el trabajo terapéutico gestalt en la modalidad de *la silla vacía* se emplean tres sillas formando un triángulo, a manera de juego teatral con la distinción de que aquí se representan *polaridades* o personas ausentes pues también es útil para trabajar *confrontaciones, duelos y sueños*.

El uso de la tercer silla tiene para Salama (1996) una función integradora, recuperando en ella lo que se desea *conservar* de los otros personajes o elementos. Este autor ha encontrado en su práctica que aquel personaje con el que se inicia el ejercicio vivencial suele mantenerse en la elección final.

El *manejo de polaridades* se orienta a *aclarar la figura terapéutica* y lograr integración entre características personales opuestas y autodevaluadas que ocasionan conflicto. Una variante incluye el empleo de objetos neutros para la *expresión de resentimientos*, en general un cojín o almohadón cuando el resentimiento o asunto inconcluso se dirige a personas significativas.

El *cambio de roles* es una alternativa que permite la toma de conciencia de la *actitud del otro*. La confrontación en este sentido coadyuva a expresar en presente y de forma directa los motivos de molestia y agradecimiento en una relación que se busca conservar, a diferencia de lo que sucede en el enfrentamiento.

La *visualización* es un proceso que se vale de la imaginación para dirigir la actitud cerebral hacia el cumplimiento y *propiciar las oportunidades* de actuar. Muy parecido resulta *el trabajo con sueños*, que implica el despliegue de creatividad para lograr el cierre de los asuntos inconclusos mediante la identificación con los distintos elementos que en el aparecen, pues son considerados como elementos constituyentes del yo y reveladores de los distintos aspectos de la vida y de la forma de relación con el entorno.

El *diálogo con lo perdido* se sugiere para cerrar asuntos inconclusos por *duelo*, en sus distintas modalidades: separación, muerte, enfermedad, o cualquier separación afectiva que se acompañe de la *polaridad* tristeza-enojo.

Es importante hacer énfasis en que estas técnicas y estrategias gestálticas no son ni recetas ni las únicas aplicables a *cada caso específico*; se caería en tal caso en la simplificación y trato superficial hacia cada persona y cada problemática. Por el contrario, se trata de herramientas, y como tales el terapeuta es quien decide la forma de adaptarlas y sacarles el mayor provecho posible, basado no sólo en

su grado académico, sino también en sus *experiencias* vitales, *creatividad* e *intuición* en el momento mismo de encontrarse en contacto con el paciente.

En este sentido el *experimento vivencial* es un ejemplo característico del proceder gestáltico que permite la orquestación de múltiples técnicas y estrategias en torno a un objetivo.

Aunque existen ciertos experimentos clásicos, como: la *figura emergente* (Greenberg, 2002), *alrededor del mundo* (Zinker, 2006) o la *estatua* (Martínez, 2005), éstos al igual que las técnicas y estrategias gestálticas no son recetas y pueden resultar inútiles cuando no se realizan *a la medida* de situaciones particulares y de personas específicas; arrojando en tal caso resultados mediocres dado el seguimiento de una formulación rígida, pues como herramientas que son, cobran sentido en su *modificación* constante.

Para finalizar no está por demás insistir en la evolución que ha caracterizado a la Terapia Gestalt con su síntesis de distintas vertientes, que no obstante se orientan por principios como el énfasis en la espontaneidad de las técnicas, la presencia del terapeuta como una guía para cerrar asuntos inconclusos y lograr mediante la experimentación vivencial las adaptaciones creativas en los patrones de personalidad que den cuenta de las necesidades existentes.

Esta actitud de espontaneidad conlleva en sí misma distintas posibilidades para establecer el contacto y para realizarse a sí mismo, sobreponiéndose a los bloqueos en dicho ciclo de contacto y de los cuales surge la enfermedad como espejo del sí mismo no desarrollado. Lejos de una consideración común, la enfermedad dentro de la Terapia Gestalt constituye un aliado sincero e invaluable que tendremos oportunidad de profundizar a continuación.

### 3. SALUD- ENFERMEDAD EN LA TERAPIA GESTALT

#### 3.1 La personalidad en la salud-enfermedad

Considerados los principios que rigen a la Terapia Gestalt estos reaparecen en el presente capítulo a fin de favorecer la comprensión de lo que desde este mismo enfoque se entiende por salud, concepto asociado generalmente con la noción de *normalidad* en un nivel meramente estadístico de la mayoría de las conductas de desequilibrio crónico que caracterizan a las sociedades actuales y además opuesto a la enfermedad. Esta concepción de salud como normalidad, como lo aclaran Ginger y Ginger (1995) contradice el espíritu de la Terapia Gestalt que reconoce y valora la diferencia existente en cada ser humano y de la que parte además para crear un funcionamiento original.

Desde la Terapia Gestalt resulta más apropiado pues, hablar de salud-enfermedad (en lugar de normalidad) como un proceso continuo, en el cual salud remite a una *conducta integrada*, esto es, de aceptación de polaridades; dicha noción supera la noción de la salud física para denotar una *inserción creativa en el medio* en el que se hace patente lo mejor de nuestras posibilidades.

De esta manera es significativo lo que se puede encontrar desde la raíz etimológica de la palabra *enfermedad*: del latín *infirmitas, -ātis*: «no firme», «falta de firmeza» .(Recuperado de wikipedia enciclopedia, disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad>).

Dicha raíz etimológica ya nos aporta indicios acerca del fondo descriptivo que enmarca las situaciones inconclusas para quienes se encuentran entonces *enfermos*, es decir, una falta de firmeza en su inserción creativa al medio que puede adoptar distintas manifestaciones dependiendo de la figura emergente para cada persona. En otras palabras cada persona tiene una forma particular de enfermar, que es diferente a otra a pesar de padecer la misma enfermedad.

La descripción de la salud y la enfermedad psicológicas [y también físicas, de acuerdo a los principios de unidad, e isomorfismo del ser humano] es sencilla. Se trata de las identificaciones y alienaciones del sí mismo: Si un hombre se identifica con su sí mismo en formación y no inhibe su propia emoción creativa ni el acercamiento a la inminente solución; y a la inversa, si él aliena lo que no es orgánicamente suyo y por lo tanto no puede ser vitalmente interesante sino que, más bien, desorganiza la figura/fondo, entonces él está psicológicamente sano. Pero por el contrario, si él se aliena a sí mismo y a

causa de falsas identificaciones trata de conquistar su propia espontaneidad, entonces él se crea una vida apagada, confusa y dolorosa. (Perls y cols.1951,p. 235 en Kepner, 1992, p. 9)

De tal forma, al hablar de salud se habla desde la Gestalt de conductas que retoman los principios de: *integración*, vivir en el *presente*, *formación y destrucción de gestalts*, *contacto* (a lo interno como a lo externo), pasar del apoyo externo al *autoapoyo*, y *conciencia* (entendida como la captación con la mayor capacidad de los sentidos de lo que se presenta).

Estas características de la salud en interacción constante con los bloqueos de la experiencia tratados durante el capítulo uno se revelan en el proceso de la *personalidad*.

Cabe destacar que aunque en la Terapia Gestalt se retoman conceptos originados en el modelo psicoanalítico cuando se habla de personalidad cada noción cobra matices distintivos; en lo relativo a la *personalidad* de acuerdo con Spagnoulo (2002) ésta se comprende como la imagen que el individuo se forma de sí a través del tiempo, siendo por tanto cambiante. Como proceso discorde que depende de las situaciones y que está a la vez unificado permite un sentido de *ser nosotros mismos* y contar con una esencia.

La personalidad *holísticamente* considerada por la Terapia Gestalt incluye aspectos emocionales, cognitivos y físicos. Es notorio el uso en la descripción del proceso de distintos términos dependiendo de los autores de que se trate: *sí mismo* (Baumgardner 1989, Ginger & Ginger 1995), *self* (Spagnoulo, 2002), *autoconcepto* (Zinker, 2006). Sin embargo, el que se adoptará en el presente trabajo corresponde al *yo* (Latner 1978, Perls 1975b) para designar este proceso *global*, pues conserva las similitudes funcionales manifestadas por los distintos autores de una forma bastante sencilla; por lo que a partir de este momento será empleado de forma análoga al concepto de personalidad para hacer referencia a este proceso de valoración de las posibilidades del ambiente y realización de las necesidades propias del organismo.

Como proceso de la salud en marcha, el *yo* implica un compromiso con el movimiento de la vida caracterizado por un rítmico ir y venir de figura- fondo en el que pueden surgir tanto aspectos agradables como desagradables. De esta forma para Latner el yo: " Es nuestro modo individual de expresar nuestro yo cuando entra en contacto con el medio. Brota como un resultado de nuestro desarrollo y aprendizaje pasados y de su interacción con la individualidad que traemos al mundo: herencia, constitución y destino". (Latner 1978, p.59)

Latner (1978) también encuentra que en su encuentro con el *medio* el yo puede adoptar dos estilos según lo requieran las circunstancias:

En su modo *ego* el yo se muestra activo y deliberado, funcionando en cierta forma como un censor que acepta o rechaza lo que viene del medio guiándose en el *patrón* que la persona ha construido a través del tiempo. Llama la atención esta *función estructurante* y de organización al limitar *aquello que somos* y con lo que nos identificamos del resto del ambiente.

Por su parte el *ello se* distingue por reacciones desprovistas de voluntad, casi automáticas. Su importancia para la Terapia Gestalt radica en *la fluidez de las sensaciones*, lo que hace posible con un despliegue de energía y vulnerabilidad de los límites para con el entorno, la espontaneidad y expresión abierta de las emociones. No significa que este modo sea mejor o más funcional, sino que como se mencionó su importancia está en relación directa con la actividad que se desempeña, por lo que la relación con el mundo es la que subraya la *interacción de ambos estilos* y su constante ir y venir a la conciencia. Como sucede con las polaridades Baumgardner (1978) señala la necesidad de integración que persigue la Terapia Gestalt y que en este caso es aplicable al yo en sus modalidades.

Retomado de esta forma, el énfasis que hace la Terapia Gestalt en el modo *ello* sugiere para la salud la restitución del equilibrio, menospreciado por las sociedades actuales para las que resulta peligroso *dejarse llevar*. Como lo señala Latner (1978) estas nociones suelen identificarse en el ámbito de la filosofía política con el anarquismo:

" Pero en el primer sentido, anarquía significa funcionar libremente en la sociedad, permitir a las personas estructurar sus vidas e interacciones para poder enfrentarse a las necesidades del medio (...). Para que podamos resolver las propias luchas internas, el ambiente debe proporcionarnos un fondo tolerable en el cual podamos hacer lo que realmente tenga importancia para nosotros. Esto no lo puede hacer por nosotros un orden social y si lo puede impedir imponiendo estructuras y formas convencionales en la trama social que estorben el libre funcionamiento." (Latner 1978, p.72).

A pesar de la existencia de estos estilos del *yo*, se corre el riesgo de adoptar a únicamente a alguno como *patrón* repetitivo no conciente, lo que no resulta sano en términos gestálticos pero expresa el intento por subsanar las necesidades con las posibilidades que se alcanzan a percibir y protegiéndonos muy especialmente de lo considerado peligroso. Tal es la función de las interrupciones en el ciclo de la experiencia y su relación con el *yo*.

El camino a la salud de esta forma, se constituye por vía de la enfermedad en *liberación de las propias pautas* y desviación del polo habitual de las vivencias. De esta manera es como entendemos la aseveración que hacen Nilsson y Ross (1999) atendiendo a que la enfermedad es un *ataque* al *yo* que se constituye en un *reto existencial*.

Toda vez que el *yo* constituye una expresión unitaria Kepner (1992) nos recuerda que cualquier tipo de *síntoma* no corresponde sólo a una parte aislada, llámese mental o corporal sino a todo el ser humano:

“Cualquier síntoma somático, como una tensión crónica o una distorsión de la postura, es una expresión de un todo mayor que incluye un dilema psicológico y es parte de su expresión (...) la visión psicósomática clásica de la psicoterapia es que el conflicto mental causa los síntomas físicos”. (p. 36).

Con estas bases *holísticas* es posible comprender la semejanza dinámica que envuelve distintos procesos, tal como lo hizo Perls (1975 b) al referirse al proceso de alimentación para vislumbrar el funcionamiento total. Lo mismo sucede con los *síntomas* del organismo al repercutir en las dos dimensiones del *yo* y las interrupciones del ciclo en las que se expresan.

### 3.2 La experiencia corporal

La concepción del ser humano como un *todo*, estructurado y significativo dirige la atención hacia su existencia corporal, que no puede sintetizarse en las meras expresiones verbales. De hecho resulta difícil establecer una clara distinción entre los niveles corporales y mentales, a no ser como una convención ilusoria, útil para la comprensión formal y académica.

Una perspectiva del ser humano como un todo, tal como la pretende la Terapia Gestalt implica tener presente que aun cuando el cuerpo esté conformado por partes *la persona se manifiesta en cada una* de ellas de manera total. La salud y la enfermedad configuran así un todo.

En forma similar Ginger y Ginger (1995) emplean el término *isomorfismo*; Tal concepto surge originalmente del campo de las matemáticas con Platón, y es empleado también por la física, la química e incluso las ciencias sociales para

capturar la idea de tener la misma forma, la misma estructura. De esta forma cuando entre dos estructuras existe un isomorfismo, ambas son indistinguibles, tienen las mismas propiedades y cualquier enunciado en simultáneamente cierto o falso. Esto significa también que el estudio de cualquiera de las estructuras puede reducirse al de la otra, lo que otorga puntos de vista diferentes, esenciales para su adecuada comprensión.

En Gestalt su empleo se refiere a la existencia de leyes análogas para los dominios físico y psíquico, y que se oponen al dualismo materia-espíritu. Dichas leyes isomórficas se relacionan con un equilibrio de los procesos que conforman una unidad. Por ello, los procesos del contacto se manifiestan en el cuerpo, bien como posturas, movimientos, gestos y sensaciones que son consistente e involuntariamente usadas, llegando incluso a alojarse en partes específicas del cuerpo con una historia particular. Dadas estas características las enfermedades de todo tipo podrían ser comprendidas desde el isomorfismo.

No obstante, la larga trayectoria médica en la alienación de los procesos mentales y corporales comienza a vislumbrarse la apertura a considerar al isomorfismo como un mapa biunívoco útil para conocer las características de un conjunto a través del otro.

“En los procesos mentales quizás estemos ante un isomorfismo de conjuntos interdependientes. Si se elimina o se altera uno se elimina o se altera su complemento... Son los estados los que definen el proceso integrado no hay primacía de un conjunto sobre otro. Sabemos que los cambios mentales se acompañan de cambios cerebrales y que ambos cambian conjuntamente con la experiencia.” (Recuperado de EJ Muñoz Martínez, disponible en: <http://www.elementos.buap.mx/num67/pdf/19.pdf>)

En una visión que incluye el espacio, el tiempo y los nuevos conocimientos en la física para la salud y la vida cotidiana, Dossey (1992) añade, aunque sin usar el término de isomorfismo:

“Las teorías moleculares sobre el origen de las enfermedades aparecen a una luz distinta de la que reciben en el modelo biomédico tradicional. Porque en la nueva concepción no cabe admitir que puedan tener lugar perturbaciones aisladas en el nivel atómico. La nueva norma es que toda información se transmite a todas partes” (Dossey, 1992 .p .223)

El proceso de apertura a la idea de la integración es lento, dada la tendencia en nuestras sociedades actuales a la fragmentación. Podemos notarlo desde la división entre la ciencia y la filosofía, *el bien y el mal* y las concepciones de la *salud y la enfermedad como elementos mutuamente excluyentes más que como polaridades complementarias*. Dalhke (1999) nos recuerda esto al momento que expresa que la función de los síntomas y enfermedades está lejos de una



valoración de *lógica común*, dentro de la cual o son buenos o malos, son simplemente indicios de un camino de *oportunidades*.

Toda vez que la experiencia corporal es asociada en gran medida con el *dolor* y la *enfermedad* se da una separación entre quien la *padece* y ese cuerpo con sus síntomas, como si no se tratase también de sí mismo; se recurre entonces a lo externo, al médico o al *especialista* para que diagnostiquen y eliminen los síntomas que tanto molestan.

Dentro de las sociedades llamadas *primitivas* se consideraba tradicionalmente a la enfermedad como un camino que conducía a *experiencias nuevas*, que a manera de pruebas ponían de manifiesto los elementos requeridos para llegar a la perfección. Esto es, existía una valoración positiva de los síntomas. (Dahlke, 1999).

En la filosofía y misticismo *orientales*, por ejemplo, se mantuvo la vigencia de las *polaridades*, entendidas como características interdependientes sin las cuales el todo no es posible.

Desde otra perspectiva Nilsson y Ross (1999) sostienen la presencia de una *paradoja existencial* en la enfermedad, la relativa a la *esperanza- muerte*, o en otras palabras necesidad-posibilidad.

Muy lejos de estas concepciones, la medicina moderna colabora en la labor de quitar de las manos a la persona la oportunidad de actuar y la *responsabilidad* consigo misma, puesto que los síntomas así diagnosticados se entienden como parte de una naturaleza azarosa con la que no se tiene nada que ver. El enfermo se convierte en una víctima de la crueldad del mundo, es decir, se le minimiza hasta dejar de ser una persona completa para ser percibida únicamente como la enfermedad.

“Ni siquiera después de que se le diagnostica una enfermedad grave la persona cree posible informarse por sí misma de lo que está ocurriendo en ella: *el médico es el único que sabe*. Sin embargo, el más elemental y antiguo principio de medicina nos enseña que los síntomas son avisos de que algo no está bien; pero nosotros no somos capaces ni siquiera de escuchar - y mucho menos de entender- ese aviso. Hemos abandonado nuestro cuerpo a la escucha del otro, que nos ve como meros informantes, para colmo poco confiables”. (Schnake 199, p.8).

Ante tal contexto cobra relevancia la propuesta fenomenológica de Husserl y Heidegger de *volver a las cosas mismas* más allá de las teorías y construcciones científicas, lo que nos lleva a pensar en la importancia de la *intuición* para la

capacidad de vivir las experiencias intensamente con la participación del cuerpo.

Es en este sentido que Kepner señala:

“Cualquier *síntoma somático*, como una tensión crónica o una distorsión de la postura, es una expresión de un todo mayor que incluye un dilema psicológico y es parte de su expresión la visión psicósomática clásica de la psicoterapia es que el conflicto mental causa los síntomas físicos. La visión integrada considera a ambos como parte de una expresión unitaria del sí mismo o, en términos de la Terapia Gestalt, del organismo.” (Kepner 1992, p. 36).

Las aportaciones del *zen* apuntan en el mismo sentido al exhortar el mantenimiento de una mente de principiante en que se conserve la *inocencia* después de la experiencia.

Para los autores neojunguianos Dethlefsen y Dahlke (2004), el todo que conforma no sólo al ser humano, sino también a su mundo es percibido como dividido en *polaridades* (aun cuando naturalmente se encuentre integrado). Aunque estos autores no son gestálticos coinciden con Perls al retomar el concepto de polaridad de Jung. En su opinión tal separación polar de las cosas y los procesos lleva a tomar decisiones, (de igual forma a como lo perciben los filósofos existencialistas). Quizás lo más relevante de tal toma de decisiones es el parámetro que las guía, esto es, *normas de valoración* que permitan *aceptar y rechazar* elementos del mundo.

Así, los aspectos que se rechazan del entorno son rechazados también del organismo, que en su intento de conservar el equilibrio envía *mensajes* a través de los síntomas señalando aquello que *falta* para la constitución de un *ser integral*. Los elementos con los que se identifica una persona excluyen pues estos aspectos rechazados, que no son conscientes por el mero hecho de surgir a través de los síntomas. “ No hay un grado de aceptación corporal que sea *el mejor* en todas las circunstancias. Lo deseable se refiere a la adaptación más creativa que pueda obtenerse en una situación dada”. (Kepner, 1992).

La enfermedad, generalmente vista como el *enemigo* a vencer se transmuta así desde una perspectiva integral en una oportunidad de *crecimiento*, en un aliado del desarrollo. (Dahlke, 1999, Dethlefsen & Dahlke, 2004; Dossey, 1992; Ginger y Ginger 1995; Kepner, 1992; Schnake, 1995; 2002); Dichos autores comparten la consideración de la enfermedad como aliada en el desarrollo personal y el reconocimiento de la sinceridad con que se manifiesta, misma que hace patente la condición vulnerable del ser humano despojándole de sus pretensiones de ser superior en la naturaleza a razón de su progreso tecnológico y científico.

De tal manera, al ser el hombre un ser *incompleto*, como lo señaló Heidegger (1991), está constituido por una naturaleza imperfecta y *enferma*. Esta noción es sorprendentemente optimista lejos de lo que pudiera parecer a simple vista, ya que permite al hombre actuar contando con una herramienta indispensable en la integración de sus procesos, tal es el poder de la señalización y guía que ofrecen las enfermedades con sus síntomas.

Borja (2001) está de acuerdo en que la variedad de aspectos rechazados de la *personalidad* es tan amplia como los síntomas en que se hacen patentes, de modo que no son azarosos sino llenos de *sentido* y significación personales. No es una casualidad que a nadie le agraden sus síntomas, en los que siguiendo a la Terapia Gestalt encontramos la figura de un *conflicto personal no resuelto*. Cuando se niega la experiencia corporal como algo propio se niega también la oportunidad de hacer frente a los sentimientos conflictivos para superarlos.

Entre otras muchas cosas crecemos con la perspectiva de que la enfermedad es algo que está en contra de la salud y no logramos establecer entre ambas una relación de interdependencia; solemos evaluar en términos absolutos, entre *bueno* y *malo*. Siendo la salud el ideal a conseguir la enfermedad adopta el papel de lo indeseable a vencer.

Dentro de las terapias psicológicas considerar la mente como separada del cuerpo repercute en una *metodología* predominantemente *verbal* a lo que Kepner (1992) añade que tampoco la inclusión de una terapia física es sinónimo de integración, pues bien pueden seguir considerándose de forma separada como dos aspectos independientes.

"Aun cuando una psicoterapia se dirija verbalmente a un fenómeno somático, como la interpretación de un síntoma somático como un conflicto psicológico, la falta de metodología somática (trabajo directo con el cuerpo) deja a la persona con la sensación de que partes distintas están linealmente conectadas: el conflicto mental *causa* los síntomas físicos, más que un dilema organísmico unitario que tiene varias manifestaciones". (Kepner 1992, p.31).

Aquí parece un contrasentido usar el término *somático* en referencia a los síntomas atendiendo precisamente a la unidad del ser humano, pues el término hace mención a lo que corresponde únicamente al cuerpo resaltando la escisión.

En la práctica terapéutica gestalt la noción de *integración* significa rebasar la *interpretación* intelectual para reunirla con la *experiencia* del momento presente de manera que sea posible reconocer que las enfermedades no sólo suceden sino que tienen que ver con la forma de relación con el mundo. Con estas formulaciones Kepner (1992) identifica *tareas* que el terapeuta gestalt se propone cumplir en su trabajo con el cuerpo:

- Re-establecer el *contacto* con la experiencia corporal
- Desarrollar un vocabulario de expresión de tal experiencia que permita aclarar el *significado* particular.
- Elaborar las situaciones inconclusas que favorezcan la asimilación de los aspectos negados y el *darse cuenta*.

Desgraciadamente en cuanto el malestar de los síntomas se hace presente acusamos al órgano de *inservible* dificultando un acercamiento y diálogo para integrar los aspectos escindidos y negados asociados con la función de tal órgano. El alivio momentáneo de los síntomas, sin atender a la totalidad, omite consecuentemente la clave de la *situación inconclusa* con la significación que sólo cada persona puede otorgarle, con su experiencia y perspectiva en su *aquí y ahora*. Es por ello fundamental la labor catalizadora del terapeuta para insistir en los aspectos omitidos que los síntomas indican y que como lo subraya Schnacke (2002) pueden ser defendidos con la convicción de no tener nada que ver con la imagen que construimos *positivamente de nosotros mismos*.

Es importante señalar que en esta investigación no se trata de desestimar las aportaciones de la medicina contemporánea, sino de incorporar el *darse cuenta* del propio proceso y adecuar la conducta a la nueva visión que aporta, pues en un afán estrictamente científico es obligado considerar distintas perspectivas; retomando además la propuesta de Schnacke (1995) de emplear la Terapia Gestalt como un modo de facilitar el camino a la salud.

Igualmente antes de finalizar este apartado hay que remarcar que el significado del mensaje ofrecido por los síntomas no es fijo y que la existencia como un todo del ser humano se desvirtuaría si se siguiera una lista con descripciones concluyentes sobre sus padecimientos, situación que apoyaría el desinterés del *enfermo* por conocerse. Así, la propuesta gestalt relativa a la salud-enfermedad conlleva un acercamiento hacia el *mensaje personal*, es decir, retomar la *fenomenología* personal de la enfermedad, que como una herramienta apunta a los síntomas como indicadores de los asuntos inconclusos, valorando al mismo tiempo los puntos de *coincidencia* como seres humanos.

Lo importante, recordando el capítulo primero con los antecedentes fundados en la fenomenología, es como cada persona dota su enfermedad de significado, en otras palabras la *alteridad* o diferencias en lo percibido; devolviendo la consciencia sobre su propio *patrón* de funcionamiento en sus vivencias

*intencionales*. Es así como partiendo de la *apariencia* de la sintomatología se vuelve *a las cosas mismas* y la intención que tienen para el ser humano como un todo integrado y no como síntomas aislados sin relación estricta con la experiencia y con los asuntos inconclusos que conlleva.

### 3.3 El mensaje del VIH

Acorde con Dethlfsen y Dalhke (2004) las características distintivas del VIH pueden ser comprendidas como emisarias de distintos mensajes, lo cual constituye una óptica complementaria a la perspectiva médica que se tratará en el capítulo siguiente. Entre algunas temáticas esbozadas a raíz de las manifestaciones sintomáticas estos autores encuentran:

- Las personas infectadas se encuentran *expuestas* a infecciones y padecimientos que *no resultan peligrosos para el resto* de las personas. Siguiendo un proceso isomórfico se derriban físicamente las fronteras del *yo*, lo que podría subrayar la necesidad de flexibilizarlas y permitir intercambios.
- El período de incubación de manera general es muy largo (pueden transcurrir varios años antes de que aparezcan síntomas y surja interés en realizar una prueba de detección). Este hecho convierte al virus en un *enemigo invisible* y fácilmente asociable con las *condenas religiosas y sociales* contemporáneas que censuran fuertemente todo lo relacionado con la sexualidad. Por lo que no resulta un hecho casual que el VIH- sida sea *un mal de nuestro tiempo*.

“Las religiones monoteístas se caracterizan por un marcado naturalismo o vitalismo que inscribe a la sexualidad principalmente en el campo de la transmisión de vida. Todas las prácticas que no incluyan esta finalidad son condenadas: sodomía, adulterio, prácticas buco genitales. A pesar de este naturalismo ninguna de las principales religiones monoteístas consideran al instinto sexual como una energía que requiera necesariamente de satisfacción o expresión”. (Mann, & Tarantola 1996, p. 448)

- Entre las diferencias existentes con el cáncer está la revelación de *dependencia* hacia los otros (compañeros sexuales). El cáncer no es transmisible. Esta característica subraya la naturaleza interactiva del virus y la necesidad de desarrollar aspectos de *personalidad* como por ejemplo: la *responsabilidad, precaución, ternura, sensibilidad, e indefensión*, elementos de suma importancia para satisfacer necesidades desde el momento en que se diagnostica o hace patente.

- Al ser la sexualidad una vía fundamental para la transmisión (aun cuando se han identificado otras), se revela la importancia de la *unión e intercambio* con otros que rebasa la unión sexual, como función de límite y apertura del *yo*.

En apoyo a este argumento también podemos mencionar los hallazgos de Nilsson y Ross (1999) con hombres que tienen sexo con hombres respecto a la existencia de problemas para involucrarse *emocionalmente* o por el contrario, (como polaridad complementaria) con excesiva dependencia hacia las parejas sexuales, problemas incluso *previos* a la adquisición del VIH. No es casualidad pues que los hallazgos fisiológicos (Hernández, 2002), encuentren de igual forma, sólo que ahora a nivel microscópico que *los virus ni crecen ni maduran*.

- Barroso (1997 en Ciambrone 2003) afirma que para las mujeres de su estudio el VIH ha significado primero un problema, más tarde un *reto* y finalmente una *experiencia de construcción de la identidad* que les ha permitido repensar sus vidas e implementar cambios especialmente en sus recursos *relacionales*, incluyendo a sus familias, grupos de apoyo y el trabajo comunitario en proyectos desde donde transmiten sus historias.
- El intercambio profundo e integral (que requiere de *apertura*) se manifiesta corporalmente en el VIH en una *eliminación de límites y barreras* que de continuo protegen al organismo de las infecciones y agentes comunes. Cabe preguntarnos por el sentido de la *autorregulación organísmica* ante esta inclinación de apertura indiscriminada hacia el ambiente. La persona infectada de esta forma es *vulnerable*, característica del virus que, al ser imitada por la persona portadora favorece el seguimiento y *disposición* hacia los tratamientos que son sumamente agresivos. No resulta pues tan asombrosa la asociación que hace Maglio (1992) entre el origen latino de la palabra *promiscuidad*, como falta de límites y el VIH.
- Por otra parte, si bien se han señalado algunas diferencias del VIH con respecto al cáncer, existen otras características que les son comunes, especialmente las que se relacionan con la función del *sistema inmunológico*, para el que Schnacke (2002) reconoce la misión de la *protección*, corriendo el riesgo (tal como acontece con los *padres*) de ser descuidado o sobreprotector. Conviene aquí entonces recordar la función que cumple el sistema inmunológico y que consiste en *defender* contra infecciones o microorganismos capaces de generar enfermedades, así como eliminar *cuerpos extraños*. Si como lo hemos señalado antes el *isomorfismo* nos permite comprender el dominio psíquico por el físico y viceversa, esto

nos habla no sólo de la incapacidad orgánica de defensa de los linfocitos T4 (CD4) ó T8 sino también de una carencia emocional y personalógica en el sistema de *defensa psíquico* para defenderse de lo que en el medio circundante resulta agresivo y extraño. Es decir, se hace necesaria *la defensa* para la construcción de la personalidad y la delimitación de *quien se és*. Este último elemento señala entonces también la importancia del reconocimiento de *límites* y de lo que es propio.

A nivel celular Hernández (2002) señala que los macrófagos engloban al virus *y sin querer* le llevan directamente a los cuarteles generales de defensa inmunológica desde donde se dirige la gradual destrucción del sistema inmune, lo que lleva a pensar que la destrucción del sistema de defensas se realiza *desde dentro* paralizando su respuesta. Aquí no deja de ser interesante la posibilidad de que las personas que viven con el VIH hagan suyas ciertas actitudes de rechazo vividas no sólo socialmente sino también familiarmente. De nueva cuenta aquí el isomorfismo arroja luz sobre este aspecto, pues para que el virus pueda no sólo vivir, sino replicarse requiere el ingreso a la misma célula e insertar su material genético, o en otras palabras alojándose en el interior de una célula viva a la que infecta.

- El virus se vale así de lo vivo para destruirlo y *destruirse a sí mismo*.

La defensa para los agentes minimamente inofensivos no existe por lo que la integración es difícil al ni siquiera reconocer las cualidades y aspectos de ese sistema que en un momento dado se niega a *protegernos* más, haciéndonos saber en sus propios términos lo que limitamos de la *personalidad total, del yo* y que pese a estar ahí (el síntoma como figura) no está a la mano (en el darse cuenta como fondo).

- La *polaridad omnipotencia-docilidad* distingue el desarrollo de la célula cancerosa y tanto Schnacke (2002), como Dalhke (1999) la han encontrado como *patrón* en su tratamiento de personas con cáncer. Es posible notar la similitud funcional existente con el VIH, que logra eliminar paulatinamente el sistema inmunológico sin permitirle *defenderse efectivamente*. Es así, que, isomórficamente, al igual que la replicación viral depende del alojamiento en el interior de una célula viva, (a la que además roba dos capas de lípidos de su membrana externa), el *desvalimiento* que en algún momento atravesará la persona infectada le brinda al mismo tiempo la oportunidad de expresar su necesidad de depender de los demás.

En el caso del cáncer existen órganos susceptibles de ser atacados por las células cancerosas y en el VIH se manifiesta una amplia variedad de *infecciones oportunistas*, lo que señala la *relación* y particularidades del

proceso asociadas al funcionamiento orgánico, así como el *momento* crucial en que se manifiestan dado el *colapso de las defensas*.

Como se verá en el capítulo siguiente, una vez que el virus ingresa al organismo se libra una *lucha interna constante* hasta llegar a este punto. No sorprende la prevalencia del VIH en nuestra época toda vez que culturalmente se promueve una actitud de eliminación del conflicto y la agresividad, valorados negativamente. Esta lucha no deja de manifestarse socialmente, como lo notó Kübler- Ross (1997) a inicios de la pandemia bajo distintas formas, una de ellas es la *ira, la hostilidad pasiva* y los deseos de *aislamiento* hacia quienes se encuentran infectados.

Ambos padecimientos, característicos de una época en la que el avance tecnológico ha permitido prolongar la *longevidad* del ser humano hasta vislumbrar el ideal de la vida eterna, y lograr además el *control* del medio ambiente, le enfrentan de nueva cuenta con el *dolor y la muerte*, poniendo en evidencia la relación entre el cuerpo, lo emocional y social.

- Finalmente, el VIH al igual que el cáncer *impone* con su presencia una *transformación*, que va, como se ha hecho notar, del *deterioro físico*, los tratamientos anti-retrovirales a los cambios en el estilo de vida.

"¿Es de utilidad darnos cuenta qué aspectos nuestros pueden favorecer la presencia de una enfermedad que nos abruma?. Yo me permitiría contestar categóricamente que sí. Aunque no sepamos jamás cuánta es la influencia de este "darse cuenta", de un modo estadístico, en la mejoría de la enfermedad, podemos darnos cuenta de cuánto es el beneficio de los cambios de personalidad: de la mayor armonía de la persona, del mejoramiento de la relación consigo misma y con su entorno. Es este cambio lo que nos permite hablar, con toda propiedad de una "mejor calidad de vida". (Schnacke 2002, p.193).

Lo que distingue a las observaciones anteriormente esbozadas sobre el VIH es su base *isomórfica*, que hace posible pasar de la interpretación médica de los síntomas y la imagen de patologías que tienen que eliminarse a lo básico de la experiencia directa, es decir, a la simpleza del funcionamiento orgánico, que indica lo que acontece en el aparato psíquico, *lo que impone y hacia lo que inclina* en cada persona de acuerdo a sus necesidades. En el mismo sentido las aportaciones de Nilsson y Ross (1999) permiten subrayar especialmente la asociación entre los *significados* que las personas encuentran en la presencia del VIH y su *adaptación* y estrategias de afrontamiento a los cambios de su vida. Una extensión de la misma idea que no podemos pasar desapercibida es el



reconocimiento de la influencia de la *personalidad* como proceso representativo del funcionamiento psicológico en la *adquisición* del virus.

Las aportaciones del terapeuta gestalt de tal forma guían a *reconsiderar* el mensaje implícito en el funcionamiento del *sistema inmunológico*, las infecciones *oportunistas* y los órganos especialmente afectados por la infección como punto de encuentro entre sus cualidades naturales y los *patrones fenomenológicos de personalidad*. Quizás el conocimiento de las características más esenciales y generales respecto al VIH como parte del siguiente capítulo contribuya a aclarar tales relaciones.

Con lo esbozado en este apartado es posible notar la relevancia de la personalidad como parámetro de salud al perseguir la implementación de respuestas creativas ante las necesidades orgánicas y emocionales pues hasta este punto se ha insistido bastante en la interconexión y configuración del ser humano como un todo. De esta forma la personalidad no es otra cosa que la expresión individual al entrar en contacto con el medio y con nuestros propios procesos.

El VIH salta aquí como figura de las profundas luchas internas y patrones distintivos de quienes viven con el virus. De ahí la importancia para este trabajo de investigación que rebasa el nivel teórico de comprensión de dichos patrones. Es así que la Terapia Gestalt ofrece una perspectiva de comprensión no sólo sobre el VIH sino sobre la enfermedad en general como una expresión del ser humano total y no sólo eso sino que también propone una manera de trabajar con los síntomas que no son sólo de orden físico o médico sino que se encuentran estrechamente relacionados con lo psíquico.

## 4. VIH/SIDA

### 4.1 Antecedentes

Con objeto de favorecer una comprensión integral del VIH-sida y su impacto en la vida de quienes lo portan es necesario hacer mención no sólo de las características *contextuales* que marcan su aparición sino también de los distintos acercamientos propuestos, pues se ha convertido en un fenómeno de trascendencia global, que tal y como se ha venido apuntando corresponden a distintas caras de la misma moneda. Por tanto no es la intención del presente trabajo descalificar las distintas perspectivas, sino considerarlas para lograr una *integración*.

Los primeros signos de esta nueva infección viral, en datos aportados por Kirkpatrick (1990), se ubican en la década de los ochenta en cinco casos de hombres jóvenes que sufrían de un extraño tipo de neumonía causada por *pneumocystis carinii* vista antes solamente en quienes contaban con un deficiente *sistema inmune*. Las principales manifestaciones incluían infecciones poco comunes y neoplasias en sujetos supuestamente saludables, además de la aparición de herpes perianal, diarrea sin respuesta al tratamiento habitual, así como el linfoma no Hodgkin.

Lo que los hombres jóvenes tenían en común era la evidencia de inmunodeficiencia no asociada a causas conocidas, presentar otras serias infecciones y *tener sexo con hombres*. Mann y Tarantola (1996) señalan que en Tailandia, Filipinas, Sur y Centroamérica los primeros casos se observaron también en hombres que tenían sexo con hombres (HSH). Esta circunstancia fue retomada al momento de nombrar a la nueva infección, que en ese momento fue conocida con la denominación de GRID (Gay Related Inmuno Deficiency), es decir, *deficiencia inmunitaria* relacionada con la *homosexualidad*. Hasta el momento los hombres que tienen sexo con hombres continúan siendo la población más gravemente afectada.

La rápida asociación entre el sida y la homosexualidad sentó las bases para que mucha gente negara la propia *vulnerabilidad* y estableciera un iluso distanciamiento. No pasó mucho tiempo, finales de 1981 para que se diagnosticaran cuatro casos de hombres heterosexuales, echando abajo aquellas vanas esperanzas. Muy pronto quedó claro que no se trataba de una infección específica de las personas homosexuales, sino que se hacía extensiva a usuarios de drogas intravenosas, personas con hemofilia, y receptores de transfusiones

sanguíneas, más tarde aún se descubriría que la transmisión estaba relacionada con la actividad *sexual* fuera de preferencias.

#### 4.2 Epidemiología

Magis, Bravo, Anaya y Uribe (1998) y Muma, Lyons, Borucki y Pollard (2000) han percibido un aumento de los casos reportados, desgraciadamente esta estadística no se limita a los centros urbanos, sino que cada día se diagnostican más casos en áreas rurales especialmente en el continente africano.

Basándose en estadísticas de ONUSIDA Irwin, Miller, y Fallows (2004) encuentran que Europa del Este y Asia Central lideran el crecimiento a nivel mundial. Dados tales patrones de crecimiento global, que representan un total de 65 millones de personas afectadas a 20 años de la aparición del virus, son de esperarse graves problemas para brindar atención médica considerando los deficientes servicios en las poblaciones en desventaja económica. Es esta presencia del VIH a lo largo y ancho del planeta lo que justifica el uso del término *pandemia* para describir su expansión.

Pese a ello Kirkpatrick (1990) señala que el riesgo de desarrollar sida actualmente varía en diferentes partes del mundo. En occidente entre los grupos de mayor riesgo se encuentran los *hombres que tienen sexo con hombres (HSH)*, los *usuarios de drogas intravenosas* y quienes se dedican al *sexo servicio*.

Wormser (2004) estima que en América Latina y el Caribe más de un millón y medio de personas están viviendo con VIH y ubica entre los países líderes en la declaración de nuevos casos a Brasil, Argentina, Haití y México, países todos ellos en los que el virus se propaga principalmente por la *vía sexual*, aunque no se encuentre concentrado de manera homogénea entre los grupos más vulnerables.

Una situación algo distinta es la que se observa en África Central, donde los *HSH no representan un número significativo*, y sin embargo la infección involucra a millones de vidas. En este continente el grupo de mayor riesgo esta formado por todas las personas *sexualmente activas*, en especial aquellas que viven en poblados *migrantes*.

Este cambio del grupo mas afectado conlleva a sí mismo cambios en el nivel *socioeconómico*, pues los primeros afectados contaban con un empleo y seguro médico. Hoy en día quienes se ven más afectados son quienes cuentan *con menos recursos*.

Otra cuestión de relevancia epidemiológica es el ingreso de las *mujeres* a los grupos más vulnerables que en opinión de Mann y Tarantola (1996) y Richardson (1990) corresponde a su desventaja social y económica que limita su *habilidad para rechazar* contactos sexuales desprotegidos. Cabe mencionar que biológicamente también se manifiesta una mayor vulnerabilidad en las mujeres debido a que el semen se mantiene en contacto con la mucosa vaginal por mayor tiempo y existe una mayor superficie de *contacto*.

#### 4.3 Características del virus

El nombre de la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (sida) está determinado por las manifestaciones orgánicas y funcionales con que afecta al organismo.

Síndrome de.:	Conjunto de signos y síntomas simultáneos
Inmuno- Deficiencia:	Asociados a la <i>deficiente capacidad de defensa</i> del sistema inmunológico contra infecciones y enfermedades habitualmente inocuas para quienes no se encuentran infectados
Adquirida:	Que no procede de una condición genética heredada sino de <i>acciones específicas</i> .

Respectivamente el virus que lo produce es conocido como **Virus de la Inmunodeficiencia Humana** y pertenece a la familia de los retrovirus, que de acuerdo con Hernández (2002) se distinguen por tener material genético RNA en lugar de DNA como la mayoría de los virus, células y seres vivos, por lo que para poder replicarse su información genética es transformada de RNA a DNA, por medio de una enzima, la transcriptasa inversa, así el DNA viral se inserta al material genético de la célula que infecta, *anulando las barreras de dicha célula*.

También pertenece al género de los lentivirus, es decir, *los síntomas aparecen después* de meses o años del momento de la infección. En general se reconocen

dos tipos del virus: VIH-1 y VIH-2, este último endémico del continente africano.

La enfermedad que produce, reconocida por la OMS como *sida*, se caracteriza por una *deficiencia inmunitaria* que ataca los linfocitos T-4 dejando a la persona *expuesta* a distintos cuadros infecciosos de desarrollo *lento, progresivo y degenerativo* que incluye el sistema nervioso central y cuya destrucción puede conducir a disfunciones cognitivas y motoras.

Haseltine y Wong (1988) señala que entre *siete y diez años* son usualmente los que separan el ingreso del virus al organismo de la aparición de trastornos sintomáticos, aun cuando durante el periodo libre de ellos (seropositividad) la persona pueda transmitir el virus a alguien más. De hecho y no obstante el actual avance tecnológico casi todas aquellas personas infectadas desarrollarán eventualmente un trastorno terminal.

La investigación respecto al origen del virus ha propuesto por lo menos tres líneas de investigación donde la principal parece apuntar al agente infeccioso SIV del mono verde africano, que pudo sufrir mutaciones adaptativas permitiéndole a éste una *alta tolerancia y sobrevivencia*, mientras que el ser humano presenta una gran susceptibilidad a los virus. Es así que el VIH-1 parece provenir del SIV de los chimpancés y el VIH-2 del sooty mangabeys. Las orientaciones restantes se enfocan en la presencia del virus en poblaciones aisladas con cierta tolerancia, y al desarrollo de la ingeniería biológica en la carrera armamentista Muma et al. (2000).

Una última teoría acerca del origen del virus enfatiza el hecho de los cambios en la conducta sexual humana, pues como lo señalan Fan, Conner y Villarreal (2000) el virus se ha manifestado desde hace 30 años en poblaciones africanas.

#### 4.4 Formas de transmisión

Choi (1987) y Gatell, Clotet, Podzamczer, Miró, y Mallolas, (1992) identifican como las tres principales formas de transmisión del VIH: *sanguínea, vertical (de madre infectada al hijo), y sexual*. Cada una de ellas requiere del contacto directo entre fluidos portadores y susceptibles de recibir al virus: sangre, semen, fluidos vaginales, o leche materna de los que se aísla fácilmente. Se encuentra además en otros fluidos corporales como saliva, lágrimas y orina. LLama la

atención que se trate de fluidos *vitales*, de singular importancia desde las culturas de la antigüedad, especialmente la sangre\*.

Las medidas tomadas en cuanto a la transmisión por vía *sanguínea* datan de 1985, año en que se hicieron obligatorias las pruebas de detección a las personas donadoras en los *bancos de sangre*, desde entonces también se realizan campañas informativas y breves entrevistas confidenciales para identificar a los donadores potenciales. Pese a esta secuencia de filtros se mantiene un mínimo riesgo, pues las pruebas no son perfectas y existe la posibilidad de que no se hayan desarrollado anticuerpos detectables en un donador infectado recientemente. En la misma situación se encuentran los trasplantes de órganos y donaciones de esperma.

En el caso del uso compartido de agujas infectadas, una situación común en el consumo de drogas, hay que mencionar que aun cuando el virus es sumamente vulnerable en el medio ambiente su persistencia se asocia al contexto protector que brinda la jeringa, esto es, el virus no se encuentra expuesto al medio, además de que el uso compartido generalmente se da en un intervalo muy breve, de segundos a minutos, tiempo suficiente para que el virus se mantenga activo. La prevención de la infección por esta vía involucra *romper el vínculo entre los individuos y la jeringa*, las opciones propuestas en algunas campañas incluyen el uso de jeringas nuevas, y su uso personal.

En el caso de la transmisión *vertical* el avance tecnológico de fechas recientes ha permitido reducir de un 23% a un 8% la posibilidad de que el feto nazca con el virus mediante el tratamiento antiretroviral precoz a la madre. (Fan et al.,2000).

Siendo la sexual la vía de transmisión más común según lo reportan los distintos autores (Basso,1991; Ciambone, 2003;Gong & Rudnick,1987; Irwin et al., 2004; Muma et al., 2000; Wormser,2004) el mayor riesgo descansa en el contacto sexual *desprotegido*, es decir, sin el uso correcto y sistemático del preservativo.

Dependiendo de las actividades sexuales específicas es posible distinguir distintos niveles de riesgo. Se considera de *alto riesgo* el coito vaginal y anal sin protección, de *bajo riesgo* el anilingus (sexo oral boca-ano), cunilingus (sexo oral boca-vagina), felación (sexo oral boca-pene) y besos profundos cuando

---

\* (Pensamos en la sangre como símbolo de vida. Los israelitas del Antiguo Testamento también la consideraban un signo de santidad. Usaban la sangre de animales sacrificados para sellar la alianza o acuerdo entre Dios y su pueblo) (Recuperado de: ([http://www.cyberfaith.com/proclaiming\\_faith.cfm?reading\\_id=333&language=sp&book=](http://www.cyberfaith.com/proclaiming_faith.cfm?reading_id=333&language=sp&book=))

existen lesiones en las encías, boca o garganta. Finalmente dentro del *nulo riesgo* se cuentan el llamado sexo seguro (sin intercambio de fluidos), el contacto casual y afectivo de las caricias, abrazos, masajes, besos, aire, alimentos, agua o mosquitos, todas ellas situaciones para las que no existe evidencia ni práctica ni teórica de infección entre quienes se encuentran cerca de las personas infectadas sin contacto sexual. Fan et al., (2000) y Muma et al., (2000).

De forma análoga la información epidemiológica permite identificar grupos de individuos *altamente afectados* por el virus, en particular *hombres que tienen sexo con hombres exclusivamente, con hombres y con mujeres, y usuarios de drogas* intravenosas. Estos grupos, de acuerdo con Gatell et al., (1992) parecen estar *más propensos* a conductas con alto riesgo de adquirir la infección como por ejemplo, la *elevada proporción de relaciones sexuales con desconocidos*.

#### 4.5 Historia natural de la infección

El proceso por el que un virus entra a la célula implica la *muerte de ésta* o bien el cambio de su función original para la *reproducción del virus*. En la mayoría de los casos, (incluyendo al VIH) esta reproducción se da a un ritmo relativamente lento y la persona puede mantenerse sin manifestaciones clínicas de la enfermedad, aun cuando si pueda transmitir la infección.

El desarrollo de VIH a sida ocurre a través de diferentes etapas que difieren en su duración y manifestaciones. De manera breve, Fan et al., (2000), Kirkpatrick (1990) y Muma et al.,(2000) son las siguientes:

- **Infección primaria o inicial.** Implica la adquisición y respuesta a la replicación inicial y se da a las pocas semanas o muy ocasionalmente a las pocas horas del ingreso del virus al cuerpo. Se detecta muy poco en la población, pues frecuentemente *pasa inadvertida* al confundirse con un episodio de catarro común o enfermedades gripales que son seguidos por un largo periodo en que el virus se mantiene en apariencia latente.
- **Seroconversión.** Durante este periodo la persona se siente completamente bien al tiempo que produce *anticuerpos* específicos contra el virus, insuficientes para evitar la evolución de la infección, pero haciendo posible

la detección en un periodo de seis a ocho semanas. Corresponde a lo que conocemos comúnmente como periodo de ventana.

- Para detectar la infección se emplea comúnmente el método de *ELISA* (enzyme-linked immunosorbent assay). Esta prueba no busca la presencia de virus, sino la cantidad de anticuerpos que se han producido para la *defensa*. No obstante su alto grado de efectividad, cuando se obtiene un resultado positivo es recomendable recurrir a la prueba confirmatoria conocida como *Western Blot*.

Un problema importante está en las personas infectadas que no logran ser detectadas por las pruebas, ya sea porque se han infectado recientemente y su organismo no ha generado anticuerpos detectables, o bien porque se trata de personas que *nunca generan algún tipo de respuesta inmunológica* dado que esta varía de persona a persona. “Hay casos excepcionales, pero documentados de individuos cuyos anticuerpos permanecen negativos, pero que transmiten la infección a sus parejas sexuales” (Fan et al., 2000 p. 71)

- **Estabilización de las copias virales y los linfocitos CD-4.** Corresponde a la latencia clínica, es decir, al período sin síntomas y signos visibles. Sin embargo, a nivel celular no hay tal, pues de acuerdo a estudios recientes de la cinética del VIH Gatell (2001) y Gatell et al. (1992) el proceso es de una *destrucción continua* de células CD4 simultánea a la rápida y continua replicación del virus del VIH. La base que brindan estos resultados permite comprender el proceso infeccioso como un *equilibrio dinámico* entre la reproducción viral y su eliminación.

Alvarado (1998, citado en Hernández, 2000) refiere un periodo promedio de entre seis a ocho años en que una persona puede permanecer como seropositiva (portadora sin manifestaciones clínicas) dependiendo de los cuidados que se observen (alimentación, actividad física, uso del preservativo, evitación de eventos estresantes y del consumo de alcohol y cigarros entre otros). Cabe destacar que este periodo se ha visto ampliado a razón de los avances en el desarrollo de los tratamientos antirretrovirales.

Una vez que las pruebas han confirmado la presencia del virus hay estudios adicionales a realizar de manera periódica a manera de *monitoreos constantes*:

- ·CD4: que mide la cantidad y calidad de los linfocitos que tiene el organismo para *defenderse* de infecciones oportunistas.
- ·Carga viral: que mide la cantidad de virus en la sangre.



La base aportada por dichos indicadores permite decidir tanto el inicio como las combinaciones pertinentes de los medicamentos antirretrovirales, ya que muchas personas no los necesitan desde el momento del diagnóstico. Se recomienda por lo general iniciar tratamiento cuando los conteos de CD4 se encuentran por debajo de 500, considerando que en personas con sistemas autoinmunes *normales* los conteos son de 1000 CD4/ml cúbico de sangre.

- **Sida.** Para esta etapa el sistema inmune se encuentra muy deteriorado, la cifra absoluta de células CD-4 se mantiene debajo de 200, por lo que el 90% de las personas infectadas desarrollarán sida en un promedio de entre 10 y 20 años, presentando síntomas como *cansancio, fiebre, pérdida de apetito y peso, diarreas constantes, sudoraciones nocturnas, o inflamación ganglios linfáticos y la presencia de por lo menos una infección oportunista neumonía, tuberculosis, candidiasis, citomegalovirus, herpes, toxoplasmosis, y distintos tipos de cáncer como el Sarcoma de Kaposi*). Además de las enfermedades oportunistas se produce daño en el sistema nervioso central.

“En torno a un 40% de los enfermos de sida presentan un cuadro de demencia tanto viral, como la encefalitis, como de naturaleza no viral, como la toxoplasmosis. Incluso es posible que pacientes asintomáticos desarrollen algún tipo de disfunción del SNC”. (Valverde 1996. p. 183)

Dadas estas condiciones la persona puede sufrir confusión, pérdida de la memoria, trastornos motores y requerir además *completo cuidado y apoyo* por parte de sus seres queridos después de varios años de haber contraído la infección.

- **Infección avanzada o etapa terminal.** Para esta etapa se manifiesta el *colapso del sistema inmune* con conteos linfocitarios inferiores a 50 CD 4/ml. eventualmente acontece la muerte.

#### 4.6 Tratamientos

Si hasta antes de 1990 las medidas de salud pública se centraron en prevenir la transmisión de madre a hijo y de nuevos casos, el avance tecnológico logrado para 1996 trajo consigo el desarrollo de la *Terapia Antirretroviral de Gran Actividad* (TARGA) como tratamiento para quienes ya viven con el virus. Gatell (2001) e Irwin et al.,2004 coinciden en mencionar como principal logro de estos regímenes el claro descenso de las tasas de mortalidad.

La **TARGA** funciona a nivel del núcleo celular, cumpliendo los objetivos de:

- Inhibición de la transcriptasa reversa por nucleósidos y no nucleósidos.
- Inhibición de la proteasa.
- **Control** de las infecciones oportunistas y sus síntomas.

Es decir, que la acción de los medicamentos antivirales cumple con las funciones principales de evitar que se multiplique el virus, retrasando con ello que la enfermedad se manifieste, y *mejorar las defensas*.

“Si se acepta que las complicaciones oportunistas (infecciones y neoplasias) del SIDA se deben al deterioro del sistema inmunológico, hay que aceptar también que los cambios que se observan actualmente se deben a que es posible recuperar o reconstituir la función inmunológica al menos en parte.” (Gatell, 2001, p.24)

De forma combinada y precoz el surgimiento de estos nuevos esquemas antirretrovirales ha constituido un gran cambio en la *prolongación de la fase asintomática y del tiempo de vida*. Sin embargo, entre algunos de los principales inconvenientes están los elevados costos, (cuando la mayoría de las personas infectadas son precisamente quienes no pueden pagarlos), y por si fuera poco el hecho de que el tratamiento es permanente, pues trabaja en evitar la replicación viral sin lograr la erradicación total.

Además, y no de menor importancia se encuentra el hecho de los efectos colaterales *y de desgaste físico* que la medicación trae consigo, y que por desgracia son considerados por unos cuantos autores, entre ellos Hernández, G.(2002), quien menciona que van desde dolor de cabeza, fiebre, calosfríos, náusea, vómito y erupciones en la piel, hasta otros más graves como la alta concentración de azúcar, colesterol, y triglicéridos, provocados a consecuencia del daño hepático, renal, gástrico, al páncreas y médula ósea, sin mencionar el riesgo de anemia, dolores musculares en piernas y brazos, o lipodistrofia caracterizada por la pérdida de grasa bajo la piel de cara, brazos, piernas, glúteos y masa corporal magra.

Esto concuerda con la opinión de Nilsson y Ross (1999) en cuanto a que el progreso en los tratamientos quizás se corresponda únicamente con la prolongación del tiempo de vida y no con otro tipo de bienestar. Viney, Allwood, Stillson y Walmsley (1992) consideran además que el *decaimiento corporal* viene a sumarse al enorme miedo a la muerte y es, por tanto, una razón muy importante para abandonar los tratamientos.

En contraste al rápido desarrollo de los fármacos anti-retrovirales el trabajo en busca de *vacunas* ha seguido un camino no tan exitoso, pues se han examinado cerca de 40 posibles prospectos. Las dificultades afrontadas por esta alternativa radican en parte en la *constante mutación* del virus, y por otra, no resultar tan lucrativa económicamente, considerando que las vacunas requieren de unas cuantas aplicaciones mientras la medicación es permanente.

Actualmente Merck y Glaxo Smith Kline trabajan en tres prometedoras vacunas que han cubierto las primeras fases de desarrollo. Hasta el momento sólo la candidata AIDSVAX de la empresa VaxGen ha alcanzado la fase **III\***.

En este contexto las intervenciones psicoterapéuticas adquieren una función relevante dada la imposibilidad de encontrar tratamientos menos agresivos a corto plazo. En este sentido Sumay (1992) propone la *re-simbolización* de los síntomas y su aceptación como producto de la sociedad en que vivimos.

En el caso del VIH las intervenciones principales en materia psicoterapéutica se dirigen a dos aspectos: la realización de la prueba de detección, en cuyo caso nos referimos a la *consejería*, y a los cambios que en la vida cotidiana tendrá que adoptar quien se encuentra infectado.

En cuanto al primer aspecto, como lo señalan Dilley, J.Pies, C. y Helquist, M. (1990). "La consejería constituye un *apoyo* que se brinda de persona a persona mediante una conversación donde se *expresan* sentimientos, dudas, actitudes, se *aclaran* dudas, se *guía* a quienes acuden a realizarse la prueba de detección a tomar sus propias decisiones en lo concerniente a la prevención, impulsar el planteamiento de un plan de salud, y *reducir* el impacto emocional" (p20).

Aquí, desde el tradicional enfoque de la consejería podemos notar que lo que resulta de primordial importancia ante la confirmación de la presencia del virus es *atenuar* el impacto inicial de la noticia, para entonces poder proporcionar la información correspondiente a las distintas alternativas de tratamiento y al establecimiento de un plan de salud que impida la propagación del virus en la población en general y la re-infección en la misma persona, por ello el carácter de la consejería es meramente *paliativo*, es decir, lo que se busca es brindar una mera orientación.

Por el contrario, desde la perspectiva de la *Terapia Gestalt* se considera a la *crisis* como el origen de comportamientos creativamente distintos, por ello tiene que ser aprovechada al máximo, de manera profunda, en lugar de atenuarla o disminuirla para que se convierta en un trampolín hacia nuevas perspectivas

---

\* fases de desarrollo de medicamentos, la fase I se realiza con animales, la II con humanos en pequeña escala, y la tercera a gran escala, es final y la que permitiría su posterior acceso a la comercialización (Irwin et al.,2004).

para enfrentarse a la vida por la vía del descubrimiento de los recursos personales.

Quizás en gran parte esta *superficialidad* en la atención del VIH se deba a las políticas institucionales con su búsqueda de soluciones enfocadas a la *prevención* y erradicación de la enfermedad y manifestada en las funciones de educación, información, servicios asistenciales y cuidado de los enfermos, (olvidándose de lo que ella es posible aprender sobre cada quien como seres humanos), o bien por el propio miedo que inspira profundizar en el tema de la *muerte* y las emociones que genera incluso en el personal de salud, para quienes resulta más fácil, que no más ético, seguir y atender los pasos de un cuestionario que valerse de la crisis como *camino a la salud*.

Ciertamente el tamaño de la pandemia exige abandonar la superficie de lo que sucede con el VIH, además que para las PVV's el desmedido interés por la prevención no ofrece una mejoría para su salud, pues se les ve como enfermos incurables.

En lo relativo al segundo aspecto, es decir, a los cambios en la vida cotidiana no suele considerarse la experiencia personal y los antecedentes con una relación directa en la aparición, surgimiento e incluso el mantenimiento del virus, sino únicamente como un predictor acerca de la reacción que puede esperarse, es decir, para la realización de trabajos terapéuticos de naturaleza catártica que faciliten la adaptación a las *nuevas condiciones de vida*, como son la dieta alimentaria, la actividad física, la terapia antirretroviral, las relaciones sexuales seguras o protegidas, entre otros, (Weller, 1995; Heyman, y Fahy,1992; Anderson y Malbach ,1996; Silin, 1992). Sin embargo, no se considera el cambio necesario en las emociones, comportamientos y actitudes que forman parte importante de la persona que vive con VIH, como un todo indisoluble.

A este respecto resulta revelador lo afirmado por Hernández, G.(2002) acerca de la necesidad de la psicoterapia que la presencia del VIH supone pues implica la confrontación con *una realidad no vivida anteriormente*, aquí cabe añadir que no se trata sólo de las condiciones de vida, sino de la confrontación con los propios asuntos inconclusos, con la propia vida y su experiencia. Para la Terapia Gestalt la presencia del virus es una oportunidad para profundizar en las actitudes, comportamientos y emociones que le han generado por vía de la *vulnerabilidad del sistema inmunológico*.

#### 4.7 Impacto emocional

Desde el momento del diagnóstico de seropositividad y a lo largo del desarrollo viral pueden surgir distintas reacciones relacionadas con la *personalidad*, antecedentes culturales, sociales, estilos de vida, religión, sexo, edad, y las complicaciones clínicas.

Un hallazgo sumamente interesante es el aportado por Perry, Jacobsberg, Fishman, Frances (1990 citados por Kalichman 1998) quienes refieren haber encontrado en su investigación con personas en riesgo de adquirir VIH una amplia *historia de problemas emocionales*, incluyendo depresión. Lo anterior conduce a pensar en la presencia de estos aspectos *previa* a la infección por VIH.

De acuerdo con: Kalichman (1998), Najera (1995 citado en Hernández 2000), y Valverde (1996) pueden surgir algunas reacciones como:

- **Ansiedad.** Manifiesta en agitación, nerviosismo, fatiga, cambios de ánimo, sudoración, trastornos digestivos, insomnio desde antes de conocer el diagnóstico de las pruebas serológicas y ante los síntomas que plantean una alteración en distintos ámbitos, la vida sexual, el deterioro de las relaciones familiares, la pérdida del trabajo y de la estabilidad económica.  
“Esta reacción de ansiedad, que en ocasiones produce un auténtico pánico, puede llegar a presentar somatizaciones que confundan al enfermo haciéndole creer que ha desarrollado la enfermedad, a causa de la similitud de los síntomas con algunas manifestaciones del inicio de la pérdida de capacidad inmunológica. En consecuencia, frecuentemente, el paciente va a desarrollar una hipocondría que le hará observar obsesivamente su estado de salud, interpretando como consecuencia del virus cualquier cambio observado, por pequeño que sea.” (Valverde 1996, p. 178).
- **Depresión.** Crea la expectativa de que todo lo que se intente es inútil, creencia de suma relevancia para el seguimiento y efectividad de los tratamientos. Puede generarse ante los cambios *corporales* de la infección y medicación anti-retroviral. *La falta de visitas* confirma el escaso apoyo social y rechazo de la familia conduciendo al *aislamiento, y evasión* de la *dependencia* de los demás.
- **Incertidumbre.** No sólo ante el curso y evolución de la infección sino ante los efectos adversos de los tratamientos, las *reacciones del mundo* que le rodea, como el rechazo y la segregación desde la infancia, especialmente en los (HSH) y las posibilidades de que la ciencia logre por fin una cura. Y si bien la esperanza influye en la prolongación de la fase asintomática también puede ser peligrosa si se convierte en descuido de la salud.

- **Culpabilidad.** La persona hace una revisión de las conductas que probablemente le pusieron en riesgo y de las que quizás provenga la infección en conjunción al *rechazo de la familia*. Quizás por ello gran parte de las personas que recién se enteran de su diagnóstico no lo comunican a sus familias, donde podrían encontrar mucho del *apoyo* que necesitan, *aislándose* del contacto con los demás.
- **Enojo.** Por la revisión de las conductas de riesgo pasadas, las futuras modificaciones en el estilo de vida, la incapacidad de vencer al virus o la posible pérdida de parejas y amigos también a causa del virus.
- **Miedo.** A enfermar, a morir, al dolor y a múltiples pérdidas en el medio social: trabajo, amigos, parejas, estilo de vida, medios económicos, metas futuras y aspiraciones considerando el parámetro el mundo justo tan prolífico en el mundo occidental y según el cual los eventos vitales se corresponden a las *buenas acciones*.

Tales reacciones no se presentan de una vez y para siempre o permanecen estáticas, sino que *interactúan* con las fases del desarrollo viral. Kalichman (1998) asocia la fase *asintomática* con las manifestaciones depresivas, temor, culpa, ansiedad y enojo a partir de la recepción del resultado positivo. por lo que quizás se requiera de tiempo y ayuda para atender cuestiones que tienen que ver con el futuro, proyectos laborales, o personales a largo plazo, ocuparse de su salud, y decidir si se le comunicará la situación a la familia, amigos y pareja(s).

Es importante considerar que desde la Terapia Gestalt estas reacciones dependen de la figura emergente, de la que ya se ha hablado, y que tienen que ver con los asuntos inconclusos, siendo estas mismas reacciones, junto con la sintomatología el imperativo de su expresión y de la necesidad de una resolución que rebase el nivel paliativo.

La aparición de los primeros estragos físicos en la fase *sintomática temprana* puede acentuar la ansiedad e incredulidad respecto a la efectividad de los tratamientos a lo que hay que añadir la depresión influenciada por la frecuencia en que se presentan los distintos síntomas.

En la etapa final, *sida*, las mayores reacciones responden al daño en el sistema nervioso central, es decir, en el área cognitivo- afectiva. En tal situación el *apoyo familiar*, tal y como sucede con las enfermedades y padecimientos crónicos resulta invaluable para quienes viven con VIH. La otra cara de dicho apoyo está en las reacciones que también alcanzan a los miembros del núcleo

familiar, ya que en opinión de Castro, Eroza, Orozco, Manca y Hernández (1997) y Hernández (2000) pueden sufrir:

- *Temor* a infectarse, (en especial si no cuenta con la información sobre los riesgos, cuidados y mitos).
- *Alteración del sistema de vida particular* con la delimitación de las responsabilidades en el *cuidado* del miembro de la familia que vive con el virus.
- *Estigma social*, dadas las connotaciones sociales de *anormalidad*, que inclinan a la familia a negociar *su identidad* hacia el exterior. Frecuentemente existe un acuerdo de ocultar o disfrazar la situación hacia afuera de la familia a cambio de proveer cierto apoyo al interior. Esta situación especialmente en las familias de HSH como ya lo había notado Kübler- Ross, E. (1997) es incluso previa al virus, y de esta forma como una situación inconclusa se repite constantemente hasta cerrar, pues inicialmente se trata del rechazo de la misma familia y después del resto de la sociedad.
- La presencia de los síntomas e infecciones oportunistas constituyen un recordatorio constante acerca de la *muerte del ser querido y de la propia*.

En muchas ocasiones enterarse del diagnóstico de seropositividad implica para la familia de quien vive con VIH el *reconocimiento* en él de un comportamiento sexual distinto al promovido por la cultura, pudiendo surgir *conflictos* en la forma en que se asumen el *apoyo* de los vínculos de parentesco y el *rechazo* sustentado en situaciones *pre-existent*s.

En su trabajo con enfermos terminales Kübler- Ross (2002) consideró además de estos elementos las fases en que se constituye el proceso de *duelo*, ya que como hemos visto quienes viven con VIH y sus familias tienen que confrontar distintas *pérdidas*, que de hecho se trata de *situaciones inconclusas* en sus vidas y la aparición del virus les lleva a *confrontar*: empleo, familia, amigos, estabilidad económico-social, metas y aspiraciones, parejas, funcionamiento físico, y estilos de vida entre otras. Lo distintivo de las etapas que componen el proceso de *duelo* es que fueron comprendidas por su autora como *saludables* en el sentido de ser necesarias para la recuperación y movilización de *recursos*. A partir de sus primeras experiencias trabajando con enfermos terminales de sida hace extensiva su experiencia:

“Si me lo permite, me gustaría contarle al grupo porque esta enfermedad se ha convertido en mi mayor bendición....tuve que sufrir esta enfermedad horrible para aprender, para saber de verdad en qué consiste el amor incondicional”. Esa historia fue el cenit de nuestro taller. Les dio esperanza a los que habían sentido tanto rechazo en sus cortas vidas. Y nos hizo tomar conciencia a todos acerca de lo que es realmente esencial en la vida, la verdadera compasión y aceptación de otro ser humano, a pesar de su color, credo o preferencia sexual. Y por ello digo: La epidemia de sida se convertirá en el mejor y mayor maestro”. Kübler- Ross, E. (1997)

- **Negación.** Es habitual en casi todas las personas, no sólo al conocerse el diagnóstico sino más adelante. Consiste en no aceptar lo que sucede y en general se acompaña de angustia que puede resultar tanto más intensa si no se considera la disposición de la persona afectada por el VIH a buscar desesperadamente alguna esperanza.
- **Ira.** En sustitución de la negación esta reacción surge junto con la pregunta *¿por qué yo?* generando serias dificultades para ser confrontada por la familia y el personal de salud, pues se desplaza en todas direcciones y existe poca sensibilidad a la situación de quien vive con VIH.
- **Pacto o negociación.** Su utilidad radica en ser un intento de intervención ante la inminente *catástrofe*, a manera de recompensa por una buena conducta. Desde esta concepción la enfermedad es un *castigo* que quizá pueda ser evitado por intervención divina o de alguna otra autoridad. Lo más deseado suele ser la *prolongación de la vida* y la desaparición del *dolor* y las *molestias físicas*.
- **Depresión.** Es frecuente que se presente una vez que el paciente comienza a tener más y más síntomas pues se hace más manifiesta la sensación de pérdida.
- **Aceptación.** Si es que se ha permitido la libre expresión de los sentimientos en las fases previas será posible llegar a esta fase final con relativa tranquilidad entre la debilidad y el cansancio. La comunicación se lleva a cabo por canales no verbales sino a nivel corporal y de acompañamiento que no son tan cómodos para la familia, por lo que requiere de mayor apoyo.

Para finalizar este apartado es requisito indispensable tener presente que las reacciones emocionales no son privativas de quienes viven con VIH o de su familia, sino que incluyen a cada persona que forma parte de su medio. En el



personal de salud, en cuanto a *cercanía* se refiere, atender a quienes se encuentran infectados implica la identificación con personas en ocasiones muy jóvenes que se *deterioran rápidamente* generando sentimientos de *vulnerabilidad*. Estos sentimientos se reflejan en la aflicción, característica del cuidado de pacientes que se consideran condenados a muerte.

#### 4.8 Impacto social

La incertidumbre generada por la pandemia del VIH ha propiciado un terreno fértil a nivel político por el temor relacionado con la *muerte* que suscita y por su aparición en *minorías estigmatizadas* desde la infancia. Más allá de un próspero mercado de votantes los beneficios han sido escasos o nulos para los millones de personas afectadas. El aumento alarmante de los casos de personas infectadas supone, como ya se había mencionado, la necesidad de múltiples tipos de apoyos, desde la infraestructura para la realización de pruebas y ofrecimiento de información hasta los más modernos tratamientos anti-retrovirales.

Sin embargo, los costos sociales son aún más elevados que los económicos cuando consideramos la repercusión directa a la vida de los miles de afectados, la pérdida de *vidas* en su mayoría de jóvenes y jóvenes adultos, tanto como factor de fuerza de trabajo, como sostén y apoyo de numerosas familias, personas con el riesgo adicional de convertirse en seres *solitarios y aislados* dadas las condiciones de discriminación e indiferencia. En esta medida la presencia del VIH señala la necesidad de *sensibilidad y cercanía* no sólo en los afectados sino también en la sociedad como respuesta a la crisis. (Basso, 1991) y (Hoffman, 1996).

La exacerbación de la pobreza y la perpetuación de hechos indignantes como los conflictos armados y la dominación de la mujer han ocasionado lo que Maglio(1992) y Reid (1995) llaman la *conspiración del silencio* en torno al VIH, caracterizada por la ausencia de un lenguaje sobre derechos y responsabilidades.

De esta forma un aspecto muy importante a nivel global viene a ser la pobreza, la diferencia de status social, e inseguridad económica que colaboran en la producción de *distintas experiencias y necesidades*, restrictivas de la *capacidad de la gente para elegir* libremente evitar aquellas conductas que entrañan riesgos.

No está de más señalar que este trabajo retoma estos elementos destacados por Sumay (1992) en la construcción y desarrollo de la *personalidad* a partir de la participación e intercambio con otros como contexto generador de oportunidades.

Es en este mismo sentido que Ciambrone (2003), Irwin et al. (2004) y Richardson (1990) enfocan también el papel que juegan los aspectos sociales y culturales en la propagación del virus por vía de la diferencia de poder entre géneros y la supervivencia económica que vienen a ser muy diferentes a la *supuesta promiscuidad, drogadicción y prostitución* en que suelen enfocarse las campañas preventivas y que señalan la necesidad de modificaciones a nivel social y estructural, como un todo y no únicamente a nivel individual.

Como puede observarse el tema del VIH-sida ha venido a subrayar dentro del mundo social el tema de la *sexualidad* y su relación con el ejercicio del poder. Las reacciones de rechazo social mantienen presentes tales características funcionando como una *barrera* que en opinión de Ciambrone (2003) promueve no sólo la muerte física, sino también la social y sexual.

Afortunadamente no todo el panorama social que rodea al VIH es tan desolador; del otro lado de la epidemia, quienes se encuentran en cercanía a las personas infectadas y ellas mismas se organizan como activistas y poderosos agentes para cambiar el rumbo, pues además de ejemplificar una forma de afrontar los retos que impone el virus retoman la posibilidad de retomar modelos, *patrones*, y muestras de cómo vivir sin temores y con dignidad dentro de la epidemia. Las personas que viven con VIH colaboran de esta forma con su comprensión sobre cómo expresar intimidad, deseo y sexualidad en los tiempos del virus.

La necesidad social que se plantea como *asunto pendiente* es no sólo la formulación de nuevos contratos sociales entre los individuos y los grupos sino también la transformación de la sociedad en sí misma que genere las condiciones para que las personas que viven con VIH tomen sus propias decisiones. Esto en afán de acercarnos a la comprensión *integral del VIH* toda vez que la sola perspectiva biomédica ha resultado ineficaz en la prevención y tratamiento.

Para concluir con el presente capítulo hay que destacar como se ha venido mencionando la *deficiencia del sistema inmune* o de *defensa* como la característica más relevante en cuanto al VIH se refiere, y aún cuando la población de HSH sigue siendo de las más afectadas su impacto no excluye a nadie.

Paradójicamente el alto desarrollo tecnológico y médico no han logrado evitar que el hombre sea de nuevo como en otras épocas vulnerable ante las enfermedades.

El nombre mismo de la infección constituye ya un indicativo del proceso fisiológico que aporta claves de lo que sucede a lo persona como un todo, es decir, como una persona portadora de una *defensa deficiente*. Al ser una inmunodeficiencia *adquirida*, se subraya el hecho relevante de ahondar en las actitudes, características e inclinaciones de quienes resultan afectados, es decir, el *patrón de personalidad*.

Desde el enfoque de la Terapia Gestalt no sólo es posible sino que se trata de un imperativo recuperar los datos aislados que han sido obtenidos desde el enfoque médico tradicional como un *referente isomórfico de significación personal*. Su utilidad es indudable y va más allá de la prolongación de la esperanza de vida, que dicho sea de paso, se constituye en lo importante para la terapia médica antiviral, y se dirige en cambio a tomar esta descripción fisiológica como punto de partida de la re- simbolización de síntomas. De esta forma se hará posible que no sólo sea el cuerpo quien aprenda de la experiencia sino el hombre como un todo.

## 5. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Es importante presentar algunas características que Gehart, D; Ratliff, D y Randall, R. (2001) encuentran en los estudios de investigación cualitativa que pueden considerarse un signo de la viveza continuada en la investigación con personas “reales”.

- La introducción y el desarrollo de la investigación cualitativa refleja un creciente deseo para ahondar más profundamente dentro de la experiencia humana y para comprender cómo nos relacionamos con otros y con nuestro mundo común.
- La investigación cualitativa ha tenido un efecto “humanizante” en el campo de la investigación, ya que las voces de los clientes y terapeutas están entrando en el diálogo formal de profesión. Estas nuevas voces son un cambio radical del paradigma de investigación tradicional que privilegia las distinciones de los investigadores al representar a los participantes de la terapia solamente en su ejecución numérica en las medidas definidas por el investigador.
- La perspectiva humana proporcionada a través de la investigación cualitativa busca llevar a la teoría e investigación futura a ser más responsiva y representativa de las *experiencias* actuales de los clientes y los terapeutas.

Al no ser la intención de este trabajo realizar un análisis exhaustivo acerca de la investigación cualitativa sólo se describirán brevemente las características más importantes de ésta que ayudarán al propósito de la investigación.

Las maneras de investigar, así como los problemas que se investigan y los resultados del descubrimiento científico varían con el paso del tiempo. En la actualidad, los métodos cualitativos de investigación gozan de prestigio y de una gran popularidad a raíz de los cambios paradigmáticos que se experimentan en las ciencias sociales. (Jacob, 1987).

Como nueva forma de investigación los métodos cualitativos incorporan a la metodología positivista las aportaciones desarrolladas originalmente en la antropología, a las que también se suma la sociología (Douglas, citado por Reyes, 1999). Posteriormente la etnometodología y la etnografía. En la actualidad los métodos cualitativos se han articulado en un paradigma de orientación **fenomenológica** que suscribe una perspectiva multicultural y la

aceptación de múltiples realidades. Lo cual caracteriza el método fenomenológico de la Gestalt.

El cambio respecto al modo de hacer ciencia responde a una multiplicidad de aspectos entre los cuales se encuentran como más relevantes el desarrollo de la tecnología y el interés en abordar el objeto de estudio desde la experiencia, lenguaje, los valores, y la perspectiva de quien es investigado. Es así que la investigación cualitativa provee al investigador de formas de examinar el conocimiento, el comportamiento y experiencias que las personas participantes comparten y usan en sus vidas.

De acuerdo con Fetterman (citado por Reyes, 1999), la documentación de múltiples *perspectivas* de la realidad se considera crucial para comprender cómo es que la gente actúa de diferentes maneras. Esto no significa que los métodos cuantitativos estén en desuso y que deban ser considerados como equivocaciones en el desarrollo de la ciencia. Por el contrario, significa el reconocimiento de diversas dimensiones de aquello que se quiere estudiar.

Los métodos cualitativos de investigación han demostrado ser efectivos para estudiar la vida de las personas, la historia, el comportamiento, el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y las relaciones interaccionales (Strauss y Corbin, citados por Reyes, 1999).

De esta forma se puede decir que la investigación cualitativa es la ciencia y el arte de describir un grupo o una cultura. Por ello el investigador cualitativo estudia los asuntos cotidianos del ser humano que ocurren en la vida diaria: motivaciones, relaciones, formas de organización, creencias, valores, intereses, roles, reglas, etc. (Aguilera y Blanco, 1987).

Los investigadores cualitativos son reconocidos por su capacidad de mantener una mente abierta en sus estudios, sin que ello implique falta de rigor científico. Esto tampoco significa que el investigador cualitativo se aproxime a su objeto de estudio sin firmes bases conceptuales, sino más bien desde la posibilidad de explorar fuentes de conocimiento que no fueron consideradas al momento de diseñar el estudio. La investigación cualitativa permite considerar múltiples perspectivas (Reyes, 1999).

Según este paradigma las personas actúan guiadas por sus percepciones individuales y tales acciones tienen consecuencias reales. Por consiguiente, la *realidad subjetiva* que cada individuo ve no es menos real que una realidad definida y medida objetivamente de manera previa (Fetterman, citado por Reyes, 1999).

## 5.1 La investigación cualitativa y la investigación cuantitativa

La investigación cuantitativa analiza el mundo social en términos de variables y produce datos numéricos, separa a los sujetos de los objetos que investiga, de modo que las técnicas matemáticas no son suficientemente capaces de captar la naturaleza fenomenológica de los procesos *típicamente humanos* (Martínez, 2000).

Ya que la división y separación de las partes frecuentemente lleva a perder la comprensión de procesos que constituyen el *todo*, el proceso de investigación puede ser complementado continuamente con otros procesos de comprensión. A decir de Aguilera y Blanco (1987) esta clase de realidades son las captadas en el desarrollo de toda investigación cualitativa.

Cuando una *realidad humana*, en el caso específico de esta investigación la personalidad, constituye *patrones* como parte de su proceso al formar una totalidad y determinar las *interacciones* de las personas, su estudio y comprensión requiere la captación de la propia experiencia con las dinámicas particulares que la caracterizan.

El patrón de personalidad no es aquí, por tanto, considerado como una determinada secuencia estática de actividades y decisiones, sino como la interacción entre figura- fondo y sus significados personales con base a contextos enmarcados en el aquí y ahora. Los patrones en los que se manifiesta tal experiencia humana no pueden ser definidos en función de la realidad exterior, puesto que no se trata de realidades físicas y, en este sentido son totalidades percibidas y, esencialmente consisten en la interacción de múltiples procesos que, más que ser conocidos son *vividos*.

A este respecto hay que tener en cuenta que al ser la *comprensión* de particularidades y *significados* un objetivo central del análisis cualitativo, en lugar de la generalización estadística, la selección de muestras por medio de métodos aleatorios no resulta apropiada y muchas veces ni siquiera posible por no contar con el marco muestral adecuado.

Si por una parte la ciencia tradicional adopta un enfoque que se centra en el método científico-experimental, poniendo énfasis en la aleatoriedad, el

aislamiento de variables, y la comparación entre grupos, por la otra la perspectiva cualitativa trata de descubrir los procesos y patrones inmersos en los eventos observados, y por ello los métodos apropiados para hacerlo deben ser tales que permitan captar su naturaleza peculiar, que es como “ver el bosque y los árboles al mismo tiempo, es decir, la totalidad y las partes que la forman en su dinámica propia” (Martínez, 2000. p. 37),

De esta forma, es posible considerar como enfoque alternativo apropiado para tal efecto a la investigación cualitativa que incluye a la *fenomenología*, etnografía, *hermenéutica*, la investigación-acción, y las historias de vida, definidas estas últimas por Bogdan y Taylor (1994) como un tipo específico de entrevista en profundidad donde lo que busca el investigador son las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que da a las mismas, pues se trata de la visión que tiene en sus propias palabras. Lo que se revela aquí pues no es otra cosa que la vida interior de una persona.

Es importante destacar como característico del paradigma cualitativo el reconocimiento de los intereses y necesidades de las personas, baste recordar desde un punto de vista ético el planteamiento de la OPS (1988) respecto a una investigación de calidad como aquella que integra investigación, reflexión crítica, respeto y acción. Además de mantener durante todo el proceso una estricta preocupación por las consecuencias de la investigación en las personas involucradas.

## 5.2 La investigación cualitativa y el VIH

En años recientes investigadores de distintos enfoques y posturas se han interesado cada vez más en los enfoques cualitativos, en especial los enfoques *humanistas*, ya que es *isomórfica* a los fundamentos existenciales y fenomenológicos. (Hernández, 2000; Martínez, C 2005).

Los investigadores del VIH desde el enfoque cualitativo se han interesado primariamente por las descripciones de los procesos de afrontamiento, intervenciones que faciliten la adaptación a las nuevas circunstancias, y por características personales que influyan en la efectividad de las campañas de prevención (Weller, 1995; Herman y Fahy, 1992; Anderson y Malbach (1996); Silin, 1992, Hernández, 2000; Welman & Faber 1992 citados en Hoffman 1996) lo que en mucho ha implicado retomar la experiencia. Para acercarse a tales intereses Ciambrone (2003) se ha inclinado por el empleo de la entrevista,

misma que le ha permitido distinguir la forma en que interaccionan experiencias únicas en la formación de la *personalidad* y sus diferencias. En el presente trabajo de investigación se subraya el trabajo con los experimentos *vivenciales* como elementos decisivos de manifestación de la personalidad en relación directa con la presencia del VIH.

### 5.3 Aspectos epistemológicos

En la investigación cualitativa es importante especificar las premisas filosóficas y epistemológicas pues éstas guían todos los aspectos del proyecto de investigación, incluyendo la elección de la metodología, los procedimientos de recolección de datos y el análisis. (Gehart et al., 2001).

Históricamente, la mayoría de los investigadores, particularmente cuantitativos, se han basado en el método científico, inherentemente conectado con los presupuestos lógico-positivistas. Este método ha sido utilizado casi universalmente con una pequeña discusión de los problemas epistemológicos. Sin embargo, la mayoría de la investigación cualitativa actual y una pequeña minoría de investigación cuantitativa se conduce desde otras perspectivas teóricas, incluyendo el postpositivismo, el construccionismo social, la teoría crítica, el feminismo, el construccionismo y con especial interés para el presente trabajo, la *fenomenología*. (Denzin y Lincoln, citados por Gehart et al., 2001).

Gehart (et al., 2001) clasifican las teorías epistemológicas con base en cuatro distinciones paradigmáticas: positivismo, postpositivismo, teoría crítica y constructivismo como enfoques generales para comprender la naturaleza de la realidad y del conocimiento. El investigador positivista se esfuerza por conocer la realidad *como realmente es*. Los postpositivistas modifican la visión positivista al asumir que el mundo real existe, pero agregan la consideración de los prejuicios humanos y las limitaciones sensoriales cuando se intenta comprenderlo.

La teoría crítica, la cual es asociada con el feminismo y el neomarxismo, enfatiza que nuestras percepciones del mundo están significativamente influidas y formadas por nuestros valores sociales.



Finalmente, el constructivismo considera que la construcción del conocimiento acerca del mundo real se da en un nivel individual e interpersonal (Gehart et al., 2001).

La fenomenología, como la teoría postpositivista usada más frecuentemente, intenta identificar la experiencia vivida a través de un fenómeno dado. Los investigadores fenomenológicos se esfuerzan por obtener una rica o “densa” descripción de la *experiencia*, antes que por una explicación. Los investigadores se enfocan en los procesos básicos de la experiencia de vida, incluyendo la conciencia, la percepción, la *intencionalidad* y la acción. (Moustakas, citado por Gehart et al., 2001).

#### 5.4 Aspectos metodológicos

La fenomenología como orientación ante todo metodológica (es el método científico del existencialismo), va más allá de una mera explicación de los hechos, va a las cosas mismas, a las esencias. (Quitmann, 1989). Se interesa por describir, por tomar en cuenta lo que aparece “como” aparece y no por explicar o analizar. Es decir, dicho aparecer se da en la conciencia (es un saber del mundo y de sí mismo), conciencia que tiende hacia su objeto, hacia algo, por esto se dice que la conciencia es *intencional*. Por tanto, el hablar fenomenológicamente es hablar de la realidad desde la *experiencia*.

La fenomenología se centra en cómo se organiza el mundo desde la propia perspectiva y experiencia del mismo a partir de ciertas “coordenadas”, como son la *temporalidad* (el tiempo experimentado, ya que por ejemplo el pasado objetivamente no existe, pero puede seguir siendo real en el sujeto), la *espacialidad* (estructura de su espacio), la causalidad y materialidad (cualidades materiales como por ejemplo ver de color de rosa, sentir a alguien frío, pesado, etc.); con lo cual se reconstruye el mundo interior experiencial del sujeto (Bech, 2001 y Ellenberger, 2004, citados por Palacios 2006).

Conforme a nuestras experiencias, a como nos vemos a nosotros y al mundo, así es como nos lo describimos, por esto no hay una sola realidad, *hay muchas realidades*, ya que para cada quien el mundo tiene un significado, es así que al explicar algo formo parte de eso mismo.

Ahora bien, al formar parte de eso que estoy explicando se supera el dualismo sujeto- objeto pues forman un todo, de acuerdo a la Terapia de la Gestalt, donde el sujeto es uno con el objeto. (Corres, 2001).

Dado que la fenomenología es un método cualitativo (que supera la visión dual sujeto-objeto), no tiene pasos a seguir, pues se caracteriza por su flexibilidad y creatividad y donde lo importante son los recursos tanto de pacientes como de terapeutas para ir construyendo las sesiones y aprovechando el material que surge.

Lo que se manifiesta como un síntoma del cuerpo, es nada menos que la manifestación de una pérdida de armonía, es un mensajero al que hay que prestar atención para subsanar aquel faltante de *autoconocimiento*. La comprensión fenomenológica de la enfermedad implica así descubrir el *trasfondo* y propósito que la enfermedad trae consigo, pues como se ha hecho hincapié la experiencia emocional no está separada de la física sino que forman un todo integrado. Lo psíquico se manifiesta en lo orgánico porque somos UNO.

En este sentido es que Schnacke, A. (1995) reconoce al síntoma como un apoyo de autoconocimiento pues obliga a vivenciar aquello que no se ha querido experimentar concientemente.

La importancia de la fenomenología nos regresa aquí a la forma en que hablamos y que revela la forma en que nos sentimos. Dethlefsen y Dalhke (2004) señalan la necesidad de recuperar *la palabra* en su más profundo sentido fenomenológico para no incurrir en el error de separar a la persona de su enfermedad perdiéndonos así la oportunidad de aprender y satisfacer necesidades que se mantienen en los síntomas como una situación inconclusa.

Palacios (2006) concluye a este respecto que, todo síntoma tiene un *fin* (en todos los sentidos, sensorial- vivencial, semántico) para amplificar la personalidad a la manera de un *punte metafórico* para su renovación desde la profundidad de la psique donde se ubican sus fuerzas creativas.

## 5.5 Casos

El empleo de casos o unidades de análisis en la investigación cualitativa, difiere significativamente del muestreo en la investigación cuantitativa, en la cual el interés del investigador es la generalización de los resultados, dando preferencia a la muestra por azar. En contraste, el intento del investigador

cualitativo por mejorar la comprensión de un fenómeno específico requiere que las personas participantes tengan ciertas características.

La selección de casos de forma oportunista implica la selección de los participantes basada en la disponibilidad. La propositiva requiere seleccionar a los participantes con características específicas, como en los casos extremos, casos típicos, en la variación múltiple o casos políticamente importantes. Similarmente, cuando se seleccionan casos con base en criterios, el investigador es quien los establece y recluta a los participantes que los cumplen. Una opción más, es la selección por razones teóricas, típicamente o para seleccionar un grupo específico después de una primera ronda de entrevistas, o para proporcionar una variedad de opiniones acerca del tema de la investigación.

A diferencia de la investigación cuantitativa, los estudios cualitativos no necesariamente obtienen poder con aumentar el número de casos. De forma que típicamente los investigadores compiten por la saturación o la totalidad de los datos, lo cual requiere una muestra bastante amplia para claramente identificar y sustanciar los resultados del análisis. Los investigadores cualitativos en cambio no pueden predeterminar el número de casos que son necesarios para alcanzar la saturación basada en estadísticas y en cambio deben valorar el número necesario a lo largo del proceso de análisis.

## 5.6 Colección de datos

LeCompte y Preissle (citados por Gehart et al., 2001) dividen los métodos de la colección de datos en dos categorías basados en el papel del investigador: interactivos (entrevistas, experimentos vivenciales, exámenes y observación participante) y no interactivos (observación no participante, colección de artefactos, materiales de archivo).

En el caso de los formatos de las entrevistas, un método usado con mucha frecuencia, en opinión de Kvale (1996) puede ir de los altamente estructurados hasta los emergentes y los no estructurados y se determinan por los presupuestos teóricos de los investigadores.

La colección de datos cualitativa puede tomar muchas formas, incluyendo las entrevistas, la observación participante, los cuestionarios, las grabaciones en video y las transcripciones del lenguaje de la vida diaria, en el caso de la presente investigación se incluyen los experimentos vivenciales puesto que el tipo de la colección de datos está determinado por la pregunta de investigación y el propósito del estudio (Gehart et al., 2001).

## 5.7 Análisis de datos

El análisis de los datos cualitativos es un proceso complejo que típicamente requiere múltiples lecturas del material transcrito para codificar e identificar los temas principales, aun cuando de hecho éstos emerjan desde las sesiones de colección y guíen las múltiples decisiones durante su desarrollo. Antes que conceptualizar este proceso como un estadio discreto de la investigación los investigadores cualitativos frecuentemente describen el análisis como un proceso que comienza con la primera entrevista y se desarrolla en múltiples estadios a lo largo del proceso de investigación. (Kvale, 1996).

## 5.8 Estableciendo la integridad de los resultados

A diferencia de la investigación cuantitativa, los problemas de la confiabilidad y la validez de la investigación cualitativa pueden ser enfocados en muchas formas diferentes y están típicamente determinadas por una teoría epistemológica y por una metodología. Así, los investigadores emplean diferentes criterios evaluativos al usar diferentes enfoques, y por tanto, deben ser redefinidos.

Algunos investigadores cualitativos han fortalecido el uso de nueva terminología para evitar la confusión y creen que el uso de los términos confiabilidad y validez “violan la filosofía, el propósito y el intento del paradigma cualitativo, el cual es descubrir los significados en pleno, las comprensiones y los atributos de calidad del fenómeno estudiado” (Gehart et al., 2001, p.266).

Cuando se considera la confiabilidad y la validez de la investigación cualitativa es necesario tener presente *para quienes* es válida y confiable y el *para qué* del propósito, por su parte los consumidores de la investigación también deben recordar que aunque los investigadores pueden usar varios procedimientos para dirigir los problemas de la validez y la confiabilidad, estas medidas no establecen por sí mismas la validez de la investigación.

Así, entre otros enfoques para dirigir los problemas de la confiabilidad y la validez. Kvale (1996) y Bogdan y Taylor (1994) mencionan entre otros:

- La verificación y retroalimentación, que implican presentar los resultados preliminares de los informantes originales para determinar si los resultados describen precisamente su experiencia reportada y para recibir retroalimentación sobre la interpretación del investigador.
- Uso de códigos múltiples y la presencia de un par de examinadores, los cuales reducen el sesgo potencial en el análisis y la fase del reporte al usar múltiples perspectivas para validar los resultados.
- Triangulación, éste implica el uso de múltiples técnicas de colección de datos y/o múltiples fuentes de datos para proporcionar una contraverificación de los hallazgos.
- Uso de descriptores de baja inferencia. Conlleva la inclusión de citas directas de las personas entrevistadas para apoyar los temas reportados de los resultados. Estos descriptores de baja inferencia llevan al lector a una mejor valoración de la integridad del informe de investigación.
- Fundamentado en la *fenomenología*, el rol del investigador y el sesgo es también un medio de establecer la confiabilidad y la validez, implica establecer explícitamente su papel. Cuando la investigación está fundamentada en una epistemología subjetiva o intersubjetiva, es crítico que el investigador explique su posición de modo que el lector comprenda el contexto total del estudio. Las revistas de investigación también han sido usadas para rastrear el desarrollo de las nociones y declaraciones de los investigadores.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Desarrollo de la investigación

#### 6.1.1 Inquietudes que motivaron la realización de esta investigación

En la información detallada en los capítulos que conforman el marco teórico se han subrayado aspectos relevantes para tomar en cuenta en esta investigación; resulta pues conveniente señalar la necesidad de explorar de manera distinta las características de las personas que viven con VIH.

El interés en el presente trabajo de investigación surge a partir de la realización del servicio social en el programa de consejería en VIH en FUNDASIDA, con la oportunidad de establecer contacto durante tres años no sólo con quienes resultaron negativos en la prueba de detección de anticuerpos sino también con quienes eran portadores del virus.

La atención brindada en dicho programa se orientó por los objetivos de brindar *apoyo emocional ante el impacto* que supone realizarse la prueba de detección y guiar en la toma de decisiones informadas sobre comportamientos de riesgo, referencia de servicios de asistencia médica, apoyo social, técnicas de autocuidado de acuerdo al resultado entre otros. (Vallejo, Navarro, Del río, Avila, Santos, 1995).

En todo ese tiempo fue posible establecer contacto con más de 100 personas, siendo mucho menor el número de quienes obtuvieron un resultado positivo. En cualquier caso la consejería se divide, (salvo solicitud expresa) en dos únicas sesiones de una hora cada una. Aunque se trató de sesiones sumamente breves, atendiendo al diseño del programa, implicaron una transformación mutua en especial con quienes recibían un resultado positivo conforme se planteaban nuevas alternativas, expectativas de vida e interrogantes.

Así es como, con esta experiencia surgieron interrogantes respecto a lo qué ocurría o qué había más allá de lo que de ordinario era mostrado en cada sesión compartida con quienes recibían un resultado positivo, pues de ordinario había "algo más" detrás de la simple realización de la prueba, y ese "algo" se refería a la representación que cada persona tenía de sí misma, es decir, su personalidad. Ello implicaba una gran gama de acciones, de relaciones, y de patrones para confrontar las situaciones de la vida, (conflictivas o no) que en algún momento terminaban *asociándose* con la infección por VIH. Todo esto se desplegaba en las dos sesiones de consejería, sin embargo, era soslayado, pese a la innegable

presencia de los procesos de la personalidad, llevando a cuestionar también sobre la posibilidad de comprenderlos de alguna manera más allá de lo que permitían las sesiones en consejería cuyos objetivos se centran en ofrecer información y orientar en la toma de decisiones, por lo que resultaron insuficientes para comprender “ese algo”, es decir, los patrones de personalidad con que las personas que viven con VIH se relacionan con otros y con el entorno.

En efecto, a raíz de estas limitaciones emergió la certeza de que toda persona que comparte su situación y proceso en cada sesión, requiere ser considerada como *un ser total y único*, con características propias, un contexto y toda una historia detrás. Así, todas estas experiencias fueron cambiando la perspectiva de la observación y el ofrecimiento de información hacia las personas para desplazarle y tratar de conocerlas desde otros ángulos que, implican un detallado descubrimiento y presencia mutuas, lo cual corresponde al interés actual de esta investigación. La cuestión que surgió entonces fue saber cómo llegar al descubrimiento de todo ello, es decir, de qué medios es posible servirse para lograrlo.

Así, se optó porque la perspectiva de la Terapia Gestalt y la fenomenología permitirían el apoyo tanto teórica como prácticamente, además del empleo de algún método cualitativo para lograr los objetivos, a sabiendas que al optar por una metodología cualitativa se estaría en posibilidad de descubrir incluso cosas no contempladas en un primer momento, y es precisamente esta mente abierta y dispuesta la que permitiría resolver inquietudes y con ello aportar nuevas propuestas de acercamiento y comprensión de la experiencia de quienes viven con VIH.

### 6.1.2 Justificación de la Metodología

El planteamiento del objetivo de esta investigación (**Describir los patrones fenomenológicos de personalidad de dos personas que vivan con VIH, tomando como referencia la Terapia Gestalt enfatizando su perspectiva fenomenológica**) refleja la necesidad y el deseo de no limitarla al cumplimiento de una hipótesis estadísticamente planteada para lograr una comprensión de los patrones fenomenológicos de personalidad, y demuestra, en cambio, la posibilidad de encontrar una información más amplia e integral sobre las personas que viven con VIH.

Para conocer estos patrones fueron tomados de la Terapia Gestalt, más que los conceptos las nociones siguientes: personalidad, sí mismo, enfermedad, ciclo de

contacto y sus bloqueos, aquí y ahora, figura-fondo, polaridades, el todo como más que la suma de las partes, y relación.

En cuanto a la fenomenología es importante reiterar que se atendieron principalmente las cuestiones de: apariencia, el cómo, intencionalidad, libertad-responsabilidad, volver a las cosas mismas, el significado o sentido, la subjetividad, la interpretación, lo intuitivo y la descripción de los procesos. La utilización de un método cualitativo en esta investigación se determinó por **cuatro motivos principales:**

**Uno:** La fenomenología como postura filosófica pretende describir procesos mediante el volver a las cosas mismas, esto es, la consideración de la naturaleza originaria de las cosas y los procesos tal como aparecen en la experiencia de cada persona.

**Dos:** No se encuentra restringido por una significancia estadística y probabilística, elementos que, difícilmente podrían reflejar, a manera de cifras las dinámicas particulares de la experiencia humana, de los *procesos vividos* y de la personalidad y lo que aquí se intenta es comprender los patrones fenomenológicos de dicho proceso. Con este planteamiento no se niega la posibilidad de estudiar la experiencia de las personas que viven con VIH desde una perspectiva cuantitativa, sino que señala que cada investigador acude a la posibilidad de adaptar su trabajo como mejor considere.

**Tres:** Un método cualitativo permite comprender el mundo desde el punto de vista de las personas, logrando un mayor acercamiento con los *significados* que tienen de su experiencia.

**Cuatro:** Permite la inclusión de situaciones y temáticas no contempladas en una planeación previa, sin que con ello se demerite el objetivo de la investigación, sino por el contrario encontrando en ellos una valiosa fuente de conocimiento, y permitiendo por ende avanzar en su comprensión.

Hay elementos incluidos en este trabajo de naturaleza y perspectiva cualitativa-fenomenológica tan ricos y complejos que brindan otra forma de comprender y observar al VIH:

- El marco de respeto al considerar la vivencia de las personas que viven con VIH como algo personal y único, concibiéndolos más como *seres humanos* participantes que como elementos de una muestra.



- Conocer con la mayor profundidad posible las experiencias y significados de las personas, más que comprobar o desechar hipótesis mediante el análisis de diferencias estadísticamente significativas.
- Con base en la fenomenología, que reconoce los procesos "tal como aparecen" a la persona en el momento presente se descartó buscar la validez y confiabilidad estadística, como ciertos métodos cualitativos que utilizan como criterio de confiabilidad el preguntar a los participantes si lo que dijeron era realmente lo que querían decir.

### 6.1.3 Casos

Debido a la naturaleza de este estudio, con los experimentos vivenciales se obtuvo no sólo la información proporcionada por las personas lo más completa sino que también se obtuvo la descripción lo más detallada posible de la experiencia. Por ello, y con el propósito de poder compartirla y analizarla de la forma lo más clara posible atendiendo además a los recursos disponibles se seleccionaron dos casos.

Desde una perspectiva estadística, una muestra pequeña podría parecer escasa o insuficiente, pero debido a la esencia de esta investigación, manejar dos casos no es una limitante para poder obtener una comprensión valiosa y relevante acerca de las personas estudiadas. Hay estudios donde se demuestra que un número pequeño de participantes puede ser una fuente importante de información, por ejemplo Vivas (1993) realizó un completo e interesante trabajo acerca de la masculinidad entrevistando a diez sujetos para finalmente analizar los datos aportados por 8 de ellos. En este mismo sentido, González Rey (2000) manifiesta que en la investigación cualitativa tiene la misma validez el estudio de un solo caso que el de una muestra más grande.

### 6.1.4. Instrumentos de la recolección de datos y su relación con el problema planteado

#### 6.1.4.1 Historia clínica multimodal

Aun cuando la Historia Clínica Multimodal de Lazarus (1981), traducida y adaptada por Palacios (1985), se trata de un instrumento cognitivo- conductual resulta un instrumento importante al trabajarlo de forma fenomenológica de forma que permite ubicar los distintos bloqueos del ciclo de contacto correlacionando los distintos elementos considerados: historia personal, conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones

interpersonales, y factores biológicos, no de manera aislada sino retomándola durante las sesiones enfatizando las contradicciones presentes y la fenomenología de los signos y síntomas manifiestos, esto es, distinguiendo la figura y el fondo de lo expresado.

#### 6.1.4.2 El experimento vivencial

Entre algunas características de este instrumento metodológico para el trabajo con la experiencia Zinker (2006) señala:

- Es una herramienta de aproximación conductual que permite *actuar* con eficacia en el ambiente en diversas situaciones.
- Parte de lo que existe para la persona y no de nociones arbitrarias sobre lo que debiera existir, para que con base en la *validez de su experiencia* se estimulen nuevas formulaciones.
- Propicia un *funcionamiento nuevo* durante la situación terapéutica misma.
- Incluye la intervención activa de las *esferas* cognitiva, emocional, sensitiva, interrelacional, y fisiológica.
- Surgen tanto de lo observado, de las fantasías personales, hipótesis y formación del *terapeuta*, como de lo expresado verbal y no verbalmente por la *persona*.

Además, para la presente investigación el experimento vivencial es de fundamental importancia ya que permite observar la forma en que cada persona se explora a sí misma y reestructura la situación, proceso en que indudablemente se manifiesta la *personalidad* en la confrontación con sus propias opciones.

Al carecer de valor en sí mismos la utilidad de los experimentos vivenciales radica en el *desarrollo de la conciencia* que hacen posible y que sólo puede ser considerada a partir de lo expresado por cada persona. Para ello, a pesar de no contar con lineamientos claramente establecidos Zinker (2006) subraya algunos parámetros del experimento vivencial como facilitadores del proceso:

- **Concenso:** Esto es, el acuerdo o desacuerdo por parte de la persona para ensayar una forma distinta de conducirse.
- **Graduación:** Implica facilitar el desenvolvimiento de la persona en el nivel en que esté dispuesta a consumir el experimento. Es posible graduar hacia arriba o hacia abajo según se complique o facilite.

- **Conciencia:** Es importante llamar la atención hacia las apreciaciones y puntos de energía corporales (intensidad de respiración y postura por ejemplo) así como a su significado personal en la experiencia.
- **Tema o figura:** Hace referencia al compromiso de exploración continua y plenamente por ambas partes investigador- terapeuta y paciente sin permanecer estáticos.

El hecho de que el conocimiento obtenido mediante los experimentos vivenciales sea subjetivo, es decir, dependa demasiado de los sujetos entrevistados constituye así una cualidad, desde el marco fenomenológico, pues permite recuperar una multitud de puntos de vista sobre un tema y dibujar el múltiple y polar mundo humano.

En el plano teórico, el desarrollo de los experimentos vivenciales como métodos de investigación hace necesario un cambio para renovar, ampliar y enriquecer las concepciones del conocimiento (como consecuencia de los temas investigados y la naturaleza del mundo como un re- experimentar, un re- reconocimiento y re- significación) y de la investigación psicológica (concepciones alternativas de conocimiento, de significado, realidad y verdad), aun cuando los métodos cualitativos no son meramente algo nuevo, pueden ser usados sin contraposición con los métodos cuantitativos enriqueciéndose mutuamente y ampliando sus posibilidades. De igual forma permiten la adopción de un marco de referencia fenomenológico

Los experimentos propuestos fueron:

- *Figura emergente con paleta de colores*

Se pide al participante hablar acerca de la figura que observa en una hoja con cuadros de diferentes colores (sin sentido predeterminado), incluyendo sus principales características para posteriormente escribir una historia con esos elementos favoreciendo la asimilación de las proyecciones expresadas.

- *Historia con lápices de colores*

Se requiere que la persona ordene de izquierda a derecha 8 lápices de colores al tiempo que cuenta una historia de su invención. Continuamos ordenando los lápices de derecha a izquierda y de igual forma contando ahora otra historia. Esto con la finalidad que el participante hable de la percepción que tiene de su vida ideal y su opuesto.

- *Figura emergente*

Se centra en la identificación con algún objeto presente en la sala y por el que se denote un particular interés para después solicitar una descripción e identificación con el mismo.

- *El árbol*

Es una fantasía guiada donde comenzaremos con situar a la persona en un paisaje del que forma parte como un árbol, con atención en los detalles relatados para sentirse y percibirse como tal, con la intención de despertar experiencias como el acercamiento, la soledad, la relación con el medio, la presencia de anhelos, deseos y necesidades.

- *Figura con plastilina*

Se pretende que la persona realice un dibujo donde se represente a sí mismo utilizando plastilina de diferentes colores compartiendo las sensaciones generadas, así como el significado de lo plasmado y su relación con el momento que se vive.

- *La estatua*

Además de la identificación incluye la representación de un objeto.

Es de mencionar que la selección de este experimento se realizó considerando que permiten la conversión en uno con el objeto, permitiendo observar la forma en que la persona reestructura la situación, proceso en que indudablemente se manifiesta la personalidad en la confrontación con sus propias opciones. "La identificación y la actuación no sólo acortan la distancia entre el yo y sus procesos sino que también son las avenidas principales hacia el percatarse. Podemos saber más mediante el ser algo o alguien, que razonando acerca de ello. La actuación necesita la comprensión holística de que es más la función de la intuición que ninguna otra tarea en particular. Sin embargo, lo específico en el empleo gestáltico de la actuación, es que el mandato tras toda tarea constituye una variación del sé lo que eres " (Naranjo, 1991 p.100)

- *Pasatiempos*

Este experimento consiste en hacer un recuento de los intereses del participante y una exhaustiva descripción fenomenológica de lo que en ello encuentra atractivo y lo que no le gusta; Con esta forma de proceder se enfatizan además las características personales que asociadas a eventos de la

historia personal devuelven un efectivo y revelador darse cuenta de los patrones involucrados y polaridades en conflicto.

- *Familia de animales*

Se solicita la realización del dibujo de una familia del animal hacia el que menos agrado se tenga, pues de acuerdo al marco teórico gestalt en este desagrado se encuentran las propias características no aceptadas en la representación que se tiene de sí mismo así como los recursos no utilizados, a partir de ese dibujo se continúa explorando la fenomenología que poco a poco revelan los patrones relacionales entre los miembros de la familia y en los cuales cobra un sentido fundamental la perspectiva desde la cual se ve la vida y sus opciones.

- *Simbolización del VIH*

Se otorgan distintas representaciones al VIH asociadas a cada canal sensitivo para lograr el acercamiento a la comprensión personal sobre el VIH y la forma en que se desenvuelven en su entorno al percibirse como personas que viven con el virus, sin dejar de relacionar la información de las sesiones previas y todo lo conocido acerca de la historia personal.

- *Mensaje de los sueños*

Se parte de la narración de los sueños en primera persona y es una estrategia clásica del proceder gestáltico, con ello se profundiza en los detalles que la experiencia aporta transponiendo el mensaje del sueño que constituye un fondo en figura de la experiencia para la vida cotidiana. De esta forma el sueño se constituye en herramienta importante del darse cuenta y revela el significado personal, fenomenológico del sueño.

- *Ciudades*

Es un experimento de fantasía guiada entre dos componentes polares, la ciudad ideal (que condensa las características personales valoradas positivamente) y que manifiesta la figura y la ciudad antagónica (las valoradas negativamente), o el fondo de la percepción que de sí mismo se tiene. Lo que se busca es la integración de los componentes polares y revelar así las conductas, actitudes y comportamientos que conducen a la situación actual y que no son otra cosa que la repetición de los patrones familiares.

- *Síntomas*

Siguiendo el reporte de síntomas y malestares físicos se indaga por la función de estos considerándolos un desequilibrio necesario del estado de salud del organismo, es decir, retomando su naturaleza *isomórfica* en cuanto a su función y mensaje para la salud. El hecho a resaltar aquí es que en general se suele desligar el paralelismo entre el funcionamiento de los órganos que se muestran enfermos y el funcionamiento emocional, es decir, de la persona como un todo integrado.

#### 6.1.5 Fenomenología de la enfermedad

Una fundamentación muy importante, tanto de los experimentos vivenciales, como de la Terapia Gestalt en sí misma, (tal y como se mostró en la sección teórica), corresponde a la fenomenología, por ello sólo se señalaran brevemente algunas de sus características y su aplicación directa en la fenomenología de la enfermedad de Palacios, P. (2006), pues es el enfoque y estrategia que dirigió los instrumentos de recolección de datos, permitiendo una comprensión profunda acerca de la experiencia de vivir con el VIH.

La importancia de considerar a la enfermedad desde la fenomenología, está en la posibilidad, ya señalada por Heidegger (1991), de elegir que tiene el hombre a cada instante, y no sólo eso, sino la obligación de hacerlo. Tal hecho señala la responsabilidad de sí mismo ante las distintas posibilidades. En otras palabras, el hombre es responsable también de las relaciones que establece con el mundo y con el "otro" percibiéndoles desde las experiencias que se le van presentando

Desde la fenomenología de cada persona el mundo tiene diferentes realidades de aquellas que se presentan a los demás. La fenomenología, trata pues de describir las cosas tal y como aparecen, siendo éste un aparecer en la conciencia como conocimiento del mundo y de sí mismo. Desde una comprensión fenomenológica al observar el *significado* de los fenómenos del mundo, incluida a la enfermedad, se comprende quien y qué se es en sí mismo, ser humano y mundo en *unidad* indivisible. El significado no es pues comprensible por separado de esa persona que la vive y experimenta de una forma característica, única e irrepetible.

Esta orientación metodológica intenta describir pues, la enfermedad y los síntomas que la caracterizan intuitivamente, tal y como se presentan, adentrándose en las esencias de las cosas. Una descripción directa de nuestra experiencia tal cual es, y esto porque todo lo que sé del mundo parte de mi experiencia, en ese "estar" en el mundo; por ello el proceso no es sólo intelectual, sino que se dá a través de todos los sentidos, permeada por una

serie de emociones. Es decir, esta experiencia se manifiesta también a través del cuerpo, en la unidad indivisible del ser humano. Entre las estrategias que señala Palacios (2006) para trabajar desde la fenomenología de la enfermedad están:

- La **proyección**.- Que siguiendo a Jung, (1977) es entendida como la expulsión de un contenido subjetivo de la persona hacia un objeto, con la finalidad de liberarle de contenidos dolorosos e incompatibles con los aspectos rechazados de su personalidad. A razón de que todo individuo crea la realidad en función del *bagaje* que proyecta en el mundo, sucede que cuando la persona emplea palabras recurrentes en su discurso expresa las proyecciones que alberga, es decir, en su discurso se revelan patrones fenomenológicos, que tienen que ver con como se percibe esta persona a través del mundo. El trabajo de las proyecciones permite que sea la misma persona quien pueda ir descubriendo los patrones que se asoman a través de ellas, asimilándolos y reconfigurando su forma de percibirse, de tal forma que retorna a ser participe de las posibilidades al elegirse en el mundo. Esto es, se produce comprensión acerca de la relación con las cosas y con el mundo.
- La utilización de **adjetivos**, permite identificar POLARIDADES a manera de conflictos sin resolver, dada la visión dualista actual de la realidad, donde las polaridades son concebidas como irreconciliables y excluyentes. La recuperación del SER procede así de esta recuperación y proceso de unificación.
- La **metáfora**, implica una expresión condensada de experiencias vitales que a manera de *símbolo* muestra un *patrón* de la comprensión humana, por lo que también ofrece la oportunidad de resignificar la vida y encontrar un sentido a la existencia. Se relaciona en gran medida con la experiencia corporal, pues introduce elementos subjetivos y de significado. La metáfora es la expresión lingüística de una *vivencia corporeizada* con la finalidad de lograr un grado superior de conciencia.
- Con base en lo anterior el **cuerpo** mismo será otra herramienta para contribuir a la **AUTOCOMPRESION**, no solamente desde lo lingüístico, sino también desde lo *reexperiencial*, estableciendo un diálogo con el propio cuerpo, donde se van grabando experiencias de vida.
- El empleo reiterado de **verbos**, representa la **actitud** asumida frente a la vida y la forma de concebir el *mundo*. Es así que la persona mediante el uso que hace de los verbos manifiesta su experiencia de vivirse como princesa, guerrero, esclavo, etc. lo que en sí ya señala **patrones** de personalidad.

- El uso de **sinónimos** permite amplificar de manera circunvalente el tema de conflicto. Está relacionada con lo que Zinker (2006) denomina polaridad en multilateralidades.

Pese a que se encuentra implícito dentro de las estrategias comentadas previamente es importante explicitar que al ser la mayoría de las experiencias expresadas con términos que les confieren una significación personal se tomaron en cuenta las particularidades del lenguaje y de la jerga usados por las personas, tal como lo sugiere Martínez (2000). Además, estas estrategias permiten recuperar las historias, anécdotas y mitos que constituyen el sistema de creencias y valores dentro del que se da sentido a la experiencia y determinan lo que es importante o no, en otras palabras la figura gestáltica de los procesos, que pudiera además nutrir los experimentos vivenciales dotándoles de un contexto propio.

#### 6.1.6 La postura del investigador

Para el desarrollo de esta investigación, en lo que respecta al papel del investigador, se retomaron las posturas de Kvale (1996), de la Terapia Gestalt y la fenomenología, mismas que plantean que, además de ser el principal instrumento, su función no se limita a la observación, pues el conocimiento se construye por la interacción en la que ambas partes crecen y se transforman mutuamente. Por lo que en otras palabras su *presencia* es la que se constituye como una herramienta con sus experiencias, emociones y conocimientos en todo momento de la investigación. Por lo que es importante recordar que, acorde con las posturas antes mencionadas existen muchas interpretaciones de las realidades, así al explicar algo, soy parte de ello, siempre en correlación.

así se entiende que la realidad está más allá de mi experiencia, por lo que la *neutralidad* es sólo una ilusión. No puedo definir mi objeto sin definir parte de mí y sin *intervenir* en ello. Tal y como sugieren González Rey (1996) y Kvale (1996), en congruencia con estas prerrogativas fenomenológicas no existe un método, que garantice captar la realidad de manera pura, excluyendo toda participación de la subjetividad del investigador como sujeto del conocimiento. Si bien, la objetividad, aun con reservas, podría ser incorporado en el modelo de las ciencias puras o naturales, no es pertinente extenderlo a las ciencias del hombre sobre todo porque las mismas tienen un carácter histórico, ya que la acción intelectual del investigador, como sujeto del conocimiento expresa la época en que vive y su posición ante el mundo por lo que se construye sobre estos elementos cosmovisivos. Lo anterior es aun más importante cuando



nuestro objeto de estudio son procesos meramente humanos, como lo es la personalidad.

Una cuestión que distingue a la investigación psicológica cualitativa es que no puede escapar a la *intencionalidad* como característica distintiva del hombre. La concepción del investigador que se adoptó para el presente trabajo de investigación se opone pues, al punto de vista positivista, que privilegia lo empírico como momento y espacio de la verdad científica, y cuya máxima expresión es el dato, mientras que lo teórico solo lo conceptualiza y organiza. Se consideró por el contrario que el dato solo tiene sentido dentro de un marco teórico y que lo teórico y lo empírico son dos momentos del conocimiento humano indisolublemente ligados.

Esta cuestión de acuerdo a González Rey (1996) nos ubica en un problema metodológico específico de la ciencia psicológica por el *doble* carácter del investigador en relación al objeto que estudia:

Primero, no hay instrumento para estudiar al hombre como *personalidad*, que funcione fuera de un sistema de comunicación y, el material relevante que el instrumento nos brinda, lo sintetiza el hombre a través de su interpretación.

Segundo, el investigador es sujeto del proceso del conocimiento, pero simultáneamente es objeto, pues su propia naturaleza es su objeto de estudio.

Por lo antes planteado, el estudio de los patrones fenomenológicos de personalidad del presente trabajo de investigación planteó la necesidad teórica, metodológica y práctica de un enfoque *personalizado* centrado en las experiencias de las personas que viven con VIH, mismo que al *interactuar* con el investigador pusiera se manifiesto tanto los aspectos intelectuales, como los emocionales de forma creativa y adaptándose a la personalidad, como un proceso dinámico que se distingue precisamente por la interacción humana.

Se consideró pues, el sentido que adquirió esta investigación para el desarrollo individual y no desde una comprensión estática, noción que contribuye a la cosificación de los participantes.

#### 6.1.7 Categorización del significado

Para el análisis de los datos se empleó el **Método de Categorización del Significado** propuesto por Kvale (1996).

Como su nombre lo indica, el establecimiento de categorías del significado es una parte fundamental de ésta. Consiste en analizar el testimonio sobre la *experiencia* y el *discurso* de los participantes para poder establecer categorías temáticas en torno a las cuales giran sus argumentos. Posteriormente esas mismas categorías van a funcionar como una guía para organizar y complementar la información con otras ideas y planteamientos de las personas participantes. Ya establecidas las categorías, es posible restablecer los significados que el informante da a estas esferas temáticas.

La integración entre este método de análisis y la fenomenología de la enfermedad de Palacios (2006) se encuentra como la señala Kvale (1996) en el enfoque precisamente *fenomenológico* que ha prevalecido en la investigación cualitativa y del cual la categorización del significado retoma el sentido de la comprensión desde las perspectivas de la experiencia de las personas a quienes se estudia; Describiendo el mundo como está siendo experimentado por ellos y con el supuesto de que la realidad importante es aquella que perciben.

Es importante aclarar que las categorías del significado pueden o no coincidir con el vocabulario de los participantes, es decir, puede estar refiriéndose a un tema sin que lo nombre o defina de una manera determinada. En ocasiones es posible que la categoría temática coincida exactamente con algún término o frase que aparezca en el discurso. Por ejemplo, alguno de los participantes puede establecer un amplio segmento discursivo referente al establecimiento de lazos y vínculos con otras personas sin mencionar el término "relación con otros". Pero en otras ocasiones, es posible que el indicador coincida exactamente con algún término o frase que aparezca en su discurso

Como la información es analizada por el investigador con el objetivo de encontrar categorías, los significados presentes en el discurso de los participantes son indicados por éstos, mientras que las categorías van a ser denominadas por el investigador traduciendo la información obtenida en la entrevista a conceptos gestálticos. Con el establecimiento de estos pasos quedan establecidas las bases para la posterior interpretación de la información. Apúntese que en ocasiones resulta difícil delimitar perfectamente los diferentes pasos, pues estos se dan casi de manera simultánea. Sin embargo, la técnica incluye:

- Reconocimiento de argumentos guía o figura, distinguiéndose del fondo en el discurso de los participantes.
- Proposición de categorías del significado posibles, basadas en los intereses de la investigación. En el caso de esta investigación estas categorías fueron las referentes a los bloqueos del ciclo de la experiencia: proyección, introyección, retroflexión, proflexión, deflexión, y confluencia.

Con estos puntos esquemáticamente presentados es posible observar que el establecimiento de una categoría es tanto punto de partida como meta; el reconocimiento del primer argumento permite ensayar y elegir una posible categoría del significado, después de que se establece ésta, es posible organizar y complementar información con la utilización de otros argumentos que pudieran incluirse dentro de la misma categoría.

La elección de este tipo de análisis se debe por una parte a la información manejada y por otra a la profundidad que se busca alcanzar en la investigación.

Se establecieron las categorías del significado que pudieran enriquecer en mayor grado la investigación. Por lo tanto, éstas se eligieron tomando en cuenta su acercamiento con la noción de personalidad desde la perspectiva de la Terapia Gestalt., es decir, a partir de los procesos que definen el modo de relación con el entorno y la percepción de sí mismo.

#### 6.1.8 Algunas sugerencias a tomar en cuenta para el desarrollo de los experimentos vivenciales

Incluyendo las propuestas de Salama (2001) se consideró:

- Tomar cada sesión como una situación única e irrepetible.
- Las sesiones se realizaron de manera no estructurada para obtener respuestas abiertas con énfasis en los sentimientos, emociones y actitudes; así como profundizar las respuestas, trasladándolas con mayor especificidad hacia situaciones cotidianas de la vida.

También se retomó de Bermúdez (1999):

- La conducción de las sesiones de una manera más flexible al ir siguiendo el ritmo que marcaron en cada momento los entrevistados, profundizando en el manejo de la información al ser aportada.

Cabe señalar que dependiendo de la información aportada a cada respuesta se tuvo la libertad de seleccionar la temática de relevancia respetando y profundizando en el proceso y significados de las personas.

## 6.2 Método

Se considera que en esta investigación el método seleccionado es poco común dentro del campo de la psicología, pues la gran mayoría de las investigaciones se han apoyado tradicionalmente en la estadística y en los datos obtenidos y analizados a través de métodos cuantitativos, sin embargo, esto no provoca ausencia de seriedad o falta de cientificidad, pues resulta sumamente valioso para los alcances del objetivo de esta investigación.

Uno de los motivos de la utilización de este método es que por medio de los experimentos vivenciales y la categorización del significado se hace posible un mayor acercamiento a la experiencia de las personas al tiempo que se evita convertirlas en estadísticas y números; en consonancia con ello, a continuación se señalan las principales características del formato de esta investigación:

- Debido a la naturaleza del tema, el abordaje del marco teórico, la utilización de los experimentos vivenciales y la categorización del significado, y por lo tanto la elección de un método cualitativo, se encuentra *improcedente señalar el nivel y el diseño de la investigación*.
- Se optó mientras fuera posible evitar convertir y señalar hechos a manera de números, ya que no reflejan la vivencia de las personas respecto al VIH.
- También se evitó desglosar los diferentes puntos de la metodología en forma de conceptos que enfatizaran más lo estadístico que la parte vivencial de la información (hipótesis nula, variables dependiente e independiente, nivel y diseño de la investigación, validez y confiabilidad del instrumento, etc.).

### 6.2.1 Objetivo

El objetivo de esta investigación es **describir los patrones fenomenológicos de personalidad de dos personas que vivan con VIH, tomando como referencia la Terapia Gestalt enfatizando su perspectiva fenomenológica.**

Al elegir el objetivo de esta investigación se tomaron en cuenta dos cuestiones: una de ellas es de fondo filosófico y ético, es decir, la justificación acerca de qué se va a investigar y para qué; la segunda se relaciona con las estrategias metodológicas que le delimitan claramente.

### 6.2.2 Explicación y alcances del Objetivo

Dicho objetivo, consistente en describir los patrones fenomenológicos de personalidad en dos personas que vivan con VIH, aunque parezca aparentemente sencillo, pretende alcanzar metas mucho más amplias; Sin

embargo, debido a que los parámetros y formatos recomendados para presentar un objetivo indican que éste debe ser breve, posiblemente impidan indicar con mayor amplitud los alcances que intenta obtener y la manera en que está constituido este objetivo.

En el presente trabajo se aspira a que el objetivo esté siempre relacionado con la obtención de conocimiento, y la innovación en el acercamiento terapéutico hacia las personas que viven con VIH, en busca de su desarrollo, es decir, atendiendo las implicaciones del pensamiento existencialista y fenomenológico que constituye a la Terapia Gestalt y que enfatizan la importancia de descubrir por sí mismos el *sentido* de sus vidas, tomando para este concepto tres acepciones: como sensibilidad hacia lo ya vivido, como significación y como una nueva dirección en la vida.

Se desea descubrir los patrones fenomenológicos con que las personas que viven con VIH se perciben a sí mismas y dirigen el modo de relación con otros y con el entorno a partir del descubrimiento del sentido de oportunidad de la enfermedad, por lo que se parte no de elementos aislados (perderían su sentido), sino de la realidad natural en que se da el proceso al abrir un espacio de intercambio vivencial entre investigador y participantes.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los patrones fenomenológicos distintivos en la personalidad de quienes viven como portadores del virus de la *inmunodeficiencia* humana?

### 6.2.3 Planteamiento general

Para cumplir con el objetivo de la investigación se consideró:

Fase de planeación

- a) Elaboración del marco teórico- Definición de la pregunta de investigación.
- b) Selección de casos. Elaborada tomando en cuenta aquellos casos que más información puedan aportar con base en los criterios teóricos.

Fase de recolección de datos

- c) Se contemplan los métodos de recolección de datos

- d) Se solicita el llenado de la Historia Clínica Multimodal
- e) Se desarrollan las sesiones con los experimentos vivenciales y la fenomenología de la enfermedad (Palacios 2006)

Fase de transcripción y ordenamiento de los datos

- f) Al final de cada sesión se realiza la transcripción y ordenamiento de los datos intentando encontrar regularidades (Bogdan y Taylor, 1994).

Fase de análisis

- g) Se desarrollan categorías y se desarrollan conexiones entre éstas.
- h) Análisis de la información mediante la técnica de la *categorización del significado* de Kvale (1996).
- i) Cierre de la investigación. Al momento de existir una saturación teórica.

Fase de comparación con la literatura

- j) Se compara la información obtenida con los constructos del ciclo de la experiencia de la Terapia Gestalt.

## 6.2.4 Procedimiento e Instrumentos

### 6.2.4.1 Contacto con los participantes

Dado que el alcance de esta investigación, más que comprobar una teoría es encontrar y proporcionar elementos que sirvan para una comprensión distinta de quienes viven con VIH, se seleccionaron dos casos con las siguientes características:

- Ser portadores del VIH
- Período mínimo de un año del diagnóstico positivo en la prueba de VIH.
- Haber solicitado algún tipo de apoyo dentro de FUNDASIDA.
- Residir en el D. F. o área metropolitana.

- Acuerdo en participar en esta investigación, vía consentimiento informado.

El primer contacto con las PVV's participantes se dio con motivo de esta investigación, solicitando su participación al momento en que acudieron a solicitar alguno de los servicios que brinda FUNDASIDA (consejería, consulta médica, enfermería, reiki, o tanatología). También se hizo extensiva la invitación a los asistentes a otras organizaciones con que trabaja la Fundación por vía de médicos y personal de salud especializados en la atención de personas que viven con VIH.

La primera participante en ser contactada fue Adela, quien al conocer el objetivo de la investigación aceptó formar parte tomando como punto de encuentro la Fundación, pues se ubica cerca de su lugar de trabajo. Se le explicó en que consistiría su colaboración, también sobre las características de la investigación, garantizando la confidencialidad y el anonimato, haciéndose constar en una carta de consentimiento informado que incluyó también la autorización para la grabación en video. (ver anexo). A continuación se acordó el día de la semana que se adaptara a sus actividades para la realización de los experimentos vivenciales. También se acordó el uso de un pseudónimo, y la posibilidad de retirarse de la investigación en el momento en que ella lo juzgara conveniente.

El segundo participante, Miguel, de hecho fue el cuarto en ser contactado, pues antes de él, dos personas más estaban consideradas para ser incluidas en la investigación. Sin embargo, dadas sus actividades no fue posible iniciar uno sólo de los experimentos vivenciales, contando sólo con la Historia Clínica Multimodal.

A Miguel lo invitó un médico de otra institución que le recomendó el trabajo psicológico como complemento de su terapia antirretroviral. Desde el primer momento mostró su interés y disposición a ofrecer su experiencia en beneficio del avance de la lucha contra el VIH. Los horarios que se acordaron de igual manera estuvieron regidos por la disponibilidad de tiempo y la cercanía entre la Fundación y su casa y consultorio.

#### 6.2.4.2 Fuente de los datos

Historia clínica multimodal

En ese primer contacto se solicitó a ambos participantes el llenado de la Historia Clínica Multimodal para que al momento de iniciarse los experimentos vivenciales ya se tuvieran antecedentes y una base de trabajo. La información vertida sirvió como referente para iniciar la indagación y profundización fenomenológicas. Durante la primera sesión esto se concretó como un repaso de la historia personal de los participantes.

### Experimentos vivenciales

El desarrollo de los experimentos vivenciales se planteó inicialmente a los participantes con una duración de ocho sesiones de una hora con la posibilidad de continuar el trabajo terapéutico siempre y cuando los participantes lo considerasen útil y de contribución en su desarrollo y salud.

Los experimentos propuestos (figura emergente con paleta de colores, historia con lápices de colores, figura emergente, el árbol, figura con plastilina, la estatua, pasatiempos, familia de animales, simbolización del VIH, mensaje de los sueños, ciudades, síntomas), tuvieron como objetivo:

- Elaborar las situaciones inconclusas que permitieran la re-experimentación de sí mismo y los aspectos negados de la personalidad.

A partir de la segunda sesión es desde la cual se configura una organización más o menos estable, iniciándose las sesiones con lo más destacable para cada participante del experimento de la sesión anterior, así como su aplicación en la vida cotidiana durante la semana.

A continuación se realizó la selección del experimento a desarrollar partiendo de esta información.

El experimento seleccionado se adaptó según lo marcaran las particularidades de cada participante atendiendo a la fenomenología mostrada durante el desarrollo de las sesiones.

Durante el desarrollo de los experimentos vivenciales se enfatizaban las distintas preguntas y estrategias fenomenológicas que permitieran establecer puntos de conexión entre los aspectos del patrón que comenzaba a emerger dentro del cubículo y las relaciones de la vida cotidiana fuera de él.

Al final de cada sesión se solicitó a cada participante su impresión de lo más sobresaliente y su *darse cuenta* en torno a sus actitudes, conducta y emociones en relación con la presencia del VIH. Esto es, siguiendo su fenomenología y situaciones inconclusas evidenciadas por los experimentos vivenciales.



Durante el intervalo semanal entre sesiones se realizó la revisión y transcripción de las cintas tomando notas de las ideas útiles a aprovecharse en las siguientes sesiones esto como temas relevantes o decisivos.

#### 6.2.4.3 Escenario: la sala de relajación de FUNDASIDA

En esta investigación las sesiones se llevaron a cabo en la sala de relajación de FUNDASIDA, ubicada en la planta alta del edificio; sus medidas son de 4.50 x 5.10 metros, cuenta un amplio ventanal. Las características con que cuenta y que la hicieron viable para esta investigación son su disponibilidad, privacidad, amplitud, espacio alfombrado, iluminación (tanto natural como artificial), y el que cuente con almohadones y sillas como único mobiliario, situación ideal para el desarrollo de los experimentos vivenciales.

Dentro de la misma sala fue colocada la videocámara.

#### 6.2.4.4 Materiales

- Videocámara
- Cintas
- Hojas de papel blancas y cuadriculadas, tamaño carta.
- Lápices de colores, plumas, barras de plastilina de colores
- Transcripción de las sesiones

#### 6.2.4.5 Análisis

Con base en la relectura de las sesiones transcritas y revisión de las videograbaciones se fueron ubicando los temas fenomenológicos centrales. Para el análisis se empleó el método de la categorización del significado propuesto por Kvale (1996) que consiste en:

- Elección de la categoría del significado de mayor interés para la investigación en ese momento.
- Organización y complementación de la información con otros argumentos relacionados ofrecidos por los mismos participantes.

- Relación de argumentos bajo una misma categoría de significado. Es decir, unión de argumento guía y argumento complementario.
- Interpretación de la información con base en los significados brindados a una categoría.

## RESULTADOS

Por motivos éticos se utilizaron como pseudónimos para los participantes: Adela y Miguel respectivamente.

### Datos generales

#### ADELA

Se trata de una mujer heterosexual de 44 años. Es la segunda de una familia de cinco hermanos, la mayor de las mujeres. Sus hermanos menores son hijos de un padre distinto al suyo, del que no sabe mucho, más allá de que murió cuando ella tenía cuatro años y que era alcohólico-farmacodependiente. Desde esa temprana edad recibió críticas y cuestionamientos por parte de la familia paterna sobre su origen.

*“No tuve una niñez muy feliz... como que me hicieron a un lado... Yo veía que (refiriéndose a su madre) le tenía más preferencia a mi hermano el grande, y a mi hermana la chica... mi abuela le decía a mi padre que no era su hija porque yo era morena y mis hermanos son blancos. ... desde chica por lo que me pasó siempre desee morirme”*  
(Sesión 1).

Aquí se hace patente la inclinación a infravalorar su propia vida, más allá de las prácticas sexuales de riesgo a que se refieren las campañas tradicionales de prevención del VIH. La Historia Clínica Multimodal ya revelaba otras conductas y actitudes de agresión hacia su propia persona. Por ello no resultó del todo sorprendente que revelara su deseo explícito de morir desde mucho tiempo atrás, cuando aún no era portadora.

Las necesidades en su familia eran muchas, en especial porque su padre no se responsabilizó de la familia. Su madre trabajaba y de la misma manera ella tuvo muy pronto que asumir sobre sus hombros la responsabilidad de los deberes hogareños y la crianza y cuidado de los demás hermanos. La disciplina a cargo de su madre era sumamente estricta y en ella abundaban los maltratos físicos y emocionales.

*“Mi mamá siempre nos hizo trabajar... desde los 4 años... y si no lo hacía llegaba y me golpeaba”* (Sesión 1).

Ante sus ojos las únicas salidas eran el matrimonio y la muerte. La primera oportunidad se presentó muy pronto con un hombre al que más que unirle el afecto, representaba una ocasión para rebelarse de los abusos maternos.

*“Más bien desperdicié mi vida porque me casé por llevarle la contra”*  
(refiriéndose a su madre. sesión 1).

Su esposo fue quien le comunicó de la posibilidad de estar infectada de VIH cuando sus hijos aún eran muy pequeños. Al igual que el padre de ella, gustaba en exceso del alcohol y pronto se enteró también de sus infidelidades.

El trabajo siguió siendo el entorno de su máxima expresión, pues se dedica a la preparación de comida, tal y como lo aprendió en su infancia y aún cuando ya no se encontraba bajo la supervisión de su madre continuó con un horario y labores extenuantes. Su esposo murió un par de años después de haberle revelado su padecimiento. Ella decidió participar como parte de un protocolo de investigación y recibe atención del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), institución que se encarga de brindarle los medicamentos antiretrovirales.

Tiene dos hijos de 12 y 14 años que desconocen su estado, en cambio ella les ha comentado que tiene cáncer, esto como medida de prevención ante la discriminación social de que son objeto quienes viven con el virus. De esta forma han crecido atentos por un lado a la idea de su inesperada ausencia acompañada de los distintos malestares que le han visto padecer.

*“Mis hijos saben que tengo cáncer, porque voy a cancerología, me escudo en el cáncer... A una niña la hicieron menos en la escuela porque su mamá estaba infectada... Yo no quise que pasara eso... Como que ya asimilaron el día que ya no esté...”* (Sesión 1).

Por otro lado, Adela se ha esmerado en complacer a sus hijos con todo aquello de lo que ella careció ante su certeza de que no vivirá mucho tiempo y con un continuado desgaste de salud pues trabaja los siete días de la semana. Como único sostén económico se levanta desde las primeras horas de la madrugada y se retira a su hogar casi entrada la noche para preparar los guisos que pondrá a la venta al día siguiente

*“En primer lugar siempre pongo a mis hijos para todo...”* (Sesión 1).  
*“Pues luego me piden así cualquier cosa que se les antoje, un disco, una ropa, un juguete... Consintiéndolos, haciendo lo que ellos dicen...”*

*Que no vaya a cenar, que si se me antoja ir a algún lado, que no vaya si no van ellos... Luego me dicen: ¿para que trabajas tanto?, pues para mis hijos, y ellos lo escuchan y creo que se lo han tomado muy a pecho...y yo lo he hecho..." (Sesión 2).*

Con profundos resentimientos por la situación que vivió en su infancia se muestra malhumorada hacia el resto de las personas y con una profunda desconfianza en las relaciones que establece, pues pudieran causarle algún daño.

*"Te voy a decir porque es mi agresividad... yo me he fijado que el sexo opuesto se acerca a uno con otra intención: tener un rato agradable con uno, sin saber lo que uno tiene." (Sesión 1).*

Me pregunté de lo que sería capaz esta mujer si utilizara toda esa fortaleza en cuidarse a sí misma tanto como se esforzaba en cuidar a sus hijos de forma que les permitía incluso abusar de ella, dándoles todo cuanto necesitaban y sin atreverse si quiera a delimitar sus propios derechos en la casa que comparten y de la que es la proveedora única.

## MIGUEL

Se trata de un hombre homosexual de 43 años con formación académica a nivel postgrado en el área de la odontología. Se sabe portador del virus desde el año de 1989 y ha seguido tratamiento antiretroviral desde hace 5 años sin mejoría notable en su estado serológico.

A pesar de que ya había hecho hincapié en su preferencia sexual, (HSH) (hombres que tienen sexo con hombres), ésta no era notoria en su apariencia y vestimenta. De hecho omitió el apartado de la Historia Clínica relativo a relaciones homosexuales dándolo por sentado, esto me sugirió la sensibilidad que tendría al tema y la presencia quizás de un asunto inconcluso en relación a la sexualidad y al género.

Su apariencia me hizo pensar que sería mayor a los 50 pues, luce el pelo muy encanecido; Contrariamente a la mayoría de los HSH con quienes he tenido contacto no parecíamos femenino ni demacrado físicamente, lo que me pareció sorprendente, en especial porque se sabe portador desde 1989.

*“Realmente no estaban controladas”(se refiere a las cosas), yo estaba desbocado, no sabía para donde ir. Pienso que era una situación egoísta de: así me tocó, así van a ser las cosas, y pues ni modo, que venga lo que tenga que venir. Aunque quería agarrar el toro por los cuernos tenía miedo de enfrentarlo”... (Sesión 1).*

Es el tercero de cuatro hermanos y el menor de los hombres de una familia católica de clase media sin problemas económicos, por el contrario sus necesidades económicas se encontraban satisfechas; Desde muy pequeño resintió la carencia de afecto paterno y la sobreprotección materna,

*“Bueno, de mi mamá era miel, pero de mi papá...que yo tenía una necesidad...tengo...de mi papá, porque de mucha gente tengo mucho amor, ¿pero de mi papá?... a mi, cuando me operaron de la apéndice, salgo del quirófano y no estaba mi papá, y le pregunté a mi mamá, y me dice: tuvo mucho trabajo; y fue un bombazo para mi, de que yo le necesité en ese momento...” (Sesión 2).*

En su búsqueda de la aceptación aprendió a seguir órdenes y cumplir con las apariencias sociales que eran tan apreciadas en su familia, ser un niño de diez y

no expresar sus desacuerdos se convirtieron ingredientes fundamentales de su modo de vida en beneficio de una imagen familiar modelo ante los amigos y conocidos.

*“La relación de mis papás fue la clásica mexicana: el macho mexicano, la mujer sumisa en casa. Fuera de la casa todo mundo decía que éramos una familia perfecta, pero los que estábamos adentro nos dábamos cuenta de la situación... Mi papá siento que se refugió en su trabajo. Hace unos días me cayó un veinte de que mi papá se refugiaba en su trabajo y a mi me gusta estar en la casa... Lo que pasó es que mi mamá nos entregó la vida y descuido a mi papá y mi papá nos veía como enemigos, nunca nos faltó nada, pero nos faltó cariño porque mi papá nunca nos apapachó, nunca nos dió un beso, eran gritos, golpes y castigos, así que mi mamá balanceaba las cosas”... (Sesión 1).*

Su madre murió hace un par de años de lo que el supone fue cáncer y es considerada por él como una mujer ejemplar, pues no sólo padeció sin quejarse su enfermedad, de la que se enteraron hasta que se encontraba muy avanzada. Fue una mujer que lo hacía “todo” por sus hijos, al grado que al morir, Miguel, junto con sus hermanos se sintieron perdidos en la labor de retomar las obligaciones de las que ella se encargaba

*“Mi mamá cuando nos dejó, que nos movió el piso cuando murió, ¿y ahora cómo coso un huevo?, ¿y ahora cómo plancho un calcetín?; y cosas así..”. (Sesión 2)*

Además del encargo explícito hacia Miguel:

*“Y me crearon como un sentimiento de enojo conmigo mismo porque siento que estoy haciendo mal las cosas, o que no estoy cumpliendo la orden que me dió mi mamá, que es ver por la familia”. (Sesión 2)*

Es en esta situación que Miguel decide continuar con la labor altruista de la madre y no sólo ver por la menor de sus hermanas a la que incluso ayuda con las labores hogareñas sino que también se encarga de poner al corriente la situación legal de los bienes familiares, mientras el resto de la familia permanece como espectadora.

*“No quiero ser ni mi mamá ni mi papá, y ahorita yo soy la mamá de la casa, el que da los consejos, el que está al pendiente de la familia. Todos me buscan, quieren sacar algo de m, siento que cuando los veo*

*me arrancan un pedazo de mí. A mí me desarman, me siento más débil". (Sesión 1)*

Miguel comenta que al crecer dentro de este ambiente de fuerte disciplina la independencia física y económica se volvieron a sus ojos en una vía de escape, de hecho los viajes se vuelven uno de sus intereses principales junto con el trabajo excesivo que le rinde como frutos una amplia estabilidad económica y reconocimiento dentro de su ámbito profesional. Esta gran necesidad de que le tomen en cuenta le lleva en dos ocasiones distintas a intentar suicidarse como medio de manipulación hacia sus seres queridos y de que le compadezcan.

Como gran parte de las personas afectadas por el VIH no pensó que en algún momento él podría ser parte de las estadísticas, por esas fechas asistía a muchas fiestas y tenía varias citas. Fue en el año de 1989 cuando le diagnostican la infección por VIH y sin embargo, pasan varios años sin que se decida a seguir algún tipo de tratamiento antirretroviral. No es sino hasta el momento en que se presenta el desagradable y doloroso Herpes en que cae en la cuenta de la reelevancia de hacer algo para controlar los síntomas que no escapan a la vista.

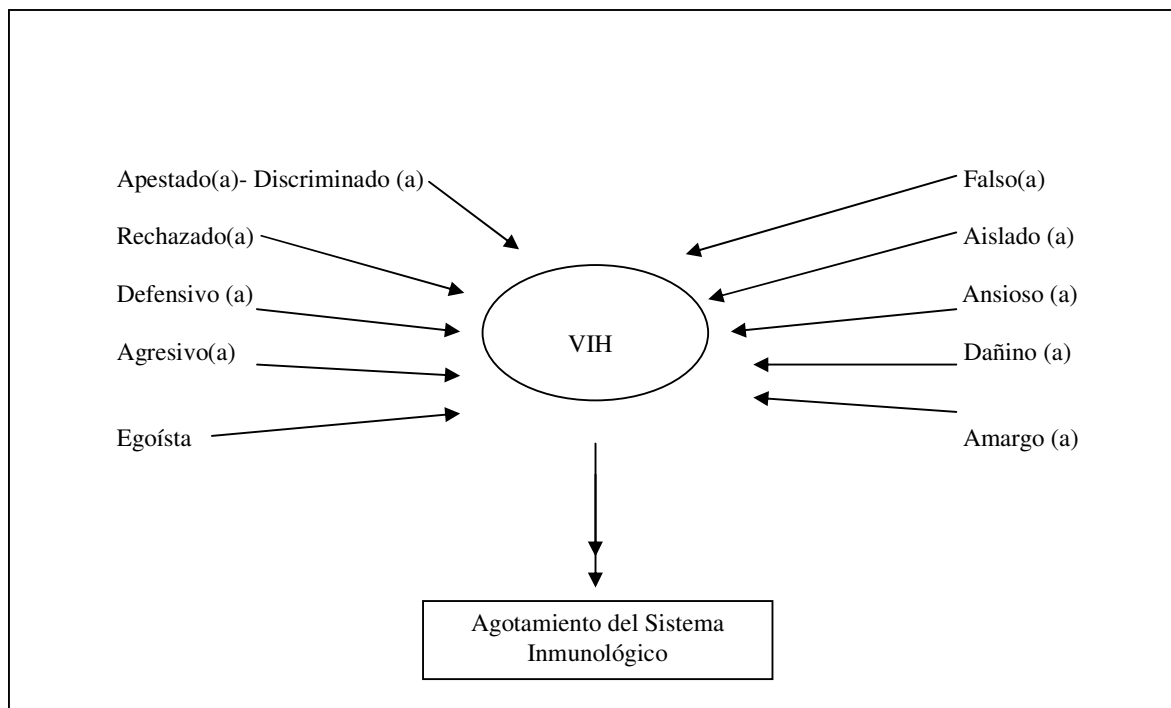


## Temas Fenomenológicos

### Polaridades

Durante el desarrollo de las sesiones con ambos participantes se presentaron temas recurrentes esbozados en distintas situaciones, no sólo vivenciales a través de los experimentos, sino también referidas a la relación con su entorno fuera de las sesiones. Fue posible identificar los temas fenomenológicos polares, a través del uso recurrente de ciertos adjetivos que enmarcan una forma, un patrón definido en que las PVV's del estudio se viven, a continuación se presentan algunos extractos, empleándose la letra **I** para referir a la investigadora y **P** al participante.

### Adjetivos recurrentes



Entre los temas a que estos adjetivos dieron lugar durante el desarrollo de los experimentos vivenciales destacan:

### Vida-Muerte

*“siempre desee morirme”....*

En ambos participantes, desde fases muy tempranas de la vida es notoria la inclinación, no sólo de autoinflingirse distintos daños sino incluso el deseo abierto de morir.

I: Esta actitud Miguel, de ponerte en situaciones picantes, de autodestrucción, ¿de qué forma manipulas con esto a quien están a tu alrededor?

P: yo pienso que lo hacía para que me tomaran en cuenta o para que se dieran cuenta que yo estoy ahí...

I: ¿para que te tomaran en cuenta?, ¿por eso intentaste suicidarte Miguel?

P: yo creo que si, puede ser una situación de: ¡!!hey aquí estoy

(Miguel, sesión 5)

Curiosamente Miguel no se atreve a levantar la voz para defenderse de los abusos de sus hermanos, ni limitar sus exigencias, optando por hacerse daño así mismo como llamada de atención a su familia. De hecho es él mismo quien parece minimizarse junto con un asunto de salud tan importante como es la presencia del VIH. Sus respuestas en la Historia Clínica Multimodal por ejemplo, versaron sobre el control del VIH y la consecuente percepción mínima de que hay algo importante por hacer, al encontrarse bajo tratamiento antirretroviral. Me pregunté que tantas otras cosas estaría preocupado en tener bajo control, y recordé mi primera impresión acerca de la formalidad de su arreglo.

I: Imagínate que el VIH fuera como un color, ¿qué color sería?

P: rojo

I: ¿en qué se parece el rojo al VIH?

P: es que yo veo al rojo como un color agresivo, de daño

I: si el VIH fuese un país ¿qué país sería?

P: cuba

I: ¿en qué se parece Cuba al VIH?

P: tiene mucho poder pero no lo dejan que haga mucho daño. Es un país que tiene mucho que dar, pero no lo dejan y los reprimen y se convierte en otra cosa....

I: ¿cómo quién?, ¿si tiene tanto que dar y lo reprimen?

P: pues como yo.. yo soy Cuba.

I: ¿ya te diste cuenta quién te reprime?

P: si, yo mismo...

I: ¿si el VIH fuera una prenda de vestir?

P: Un suéter de lana,  
I: ¿si fuera el título de una canción?  
P: como hacer para quererte y no odiarte  
I: ¿si fuese un animal?  
P: una tarántula, por fea...  
I: bien, ahora con tus ojos así cerraditos, respira profundamente y fíjate como aparece en tu pantalla mental Cuba y fíjate como te sientes ahí, ¿cómo te sientes estando en Cuba?  
P: hostigado  
I: metafóricamente ¿cómo sería sentirse hostigado?, ¿te sientes como perdido en el bosque, te sientes como marioneta?, ¿cómo te sientes estando en Cuba?  
P: me siento en medio del desierto... solo, con mucha sed.  
I: y ahora fíjate como en esa pantalla mental aparece ese suéter rojo y fíjate, ¿cómo te sientes con ese suéter rojo?  
P: lo único que se ve es el suéter, la gente me ve...  
I: ¿qué le llama la atención a la gente para que te vea?  
P: por el color del suéter, me hace diferente...  
I: dile a ese suéter como lo ves  
P: eres muy bonito, muy llamativo...  
I: dile como te sientes al llevarlo puesto  
P: me gusta llevarte puesto, pero me haces daño, no me gusta que por ti me vean... ya no te quiero tener puesto, quítate de mí...  
I: ¿a quién más le estás diciendo esto?  
P: a mi mamá  
I: ...y estando ahí frente a la tarántula que es fea,  
I: y ahora estando ahí frente a esta tarántula ¿qué le dirías?  
P: no me hagas daño, no me piques...me puedes lastimar, me puedes matar...  
I: ¿a quién se parecerá?  
P: a mí  
I: ¿y a quién más?  
P: al VIH..  
I: ahora fíjate que le notas a esta tarántula ahora que has hablado con ella  
P: que puede ser mi amiga y que podemos convivir sin hacernos daño  
I: y fíjate como ahí cerca, estando tú en Cuba y cerca de esta tarántula está el dueño de la tienda, donde viste el suéter y que se llama Moisés, ¿qué impresión te da?  
P: me da paz y tiene luz  
I: dile como es que llegó a tener esa tranquilidad  
P: teniendo paz consigo mismo  
I: ¿y cómo es que llegó a tener esa paz consigo mismo?  
P: protegiéndose de las cosas malas  
I: ¿cómo hacer para revertir todo esto?, ¿cómo hacer para no ser como Cuba, como el suéter de lana que pica, como tarántula y como el VIH?  
P: no ser como el VIH y como mi papá. Ser Miguel, ser diferente...ser como Miguel, más bien, ser Miguel.  
(Miguel sesión 4)

I: ¿Qué relación tendría lo dulce con lo amargo?, ¿la coca y el cigarro?..  
P: no, pues son tan diferentes, pero son otro tipo de veneno  
I: ¿Los dos son veneno?..  
P: Yo pienso que si, porque los dos me hacen daño ...  
I: y curiosamente estás muy apegado a las dos cosas ¿no?..  
P: Ajá, si...

(Miguel sesión 8)

En el caso de Adela el experimento vivencial del trabajo con síntomas fue revelador de esta inclinación de atentar contra la propia salud:

P: He tenido hemorragias.  
 I: ¿hemorragias de qué?  
 P: De mi menstruación.  
 I: eso es menstruación, una cosa es menstruación y otra es hemorragia...  
 P: o sea, es que en lugar de menstruar tengo hemorragias...  
 I: aquí nos sirve.... Imagínate que yo no sé que es una hemorragia... ¿cómo me explicarías tú que es una hemorragia?  
 P: que no puedo estar ni de pie ni sentada, o sea, que con el menor movimiento me chorro...  
 I: ¿a qué te obliga esta hemorragia?  
 P: a estar en cama...  
 I: y, si este fuera un mal necesario en tu vida, ¿para qué es necesaria esta hemorragia?, ¿de qué manera esta hemorragia obligadamente te quiere ayudar?...  
 P: a descansar...  
 I: ¿y si al mismo tiempo esta hemorragia te quisiera hacer ver lo que estas haciendo contigo?.. ¿qué estás haciendo contigo que te lo está mostrando tu cuerpo?  
 P: que estoy abusando...  
 I: pero la hemorragia no es abuso... ¿qué es la hemorragia?  
 P: que algo anda mal...  
 I: descríbeme que es una hemorragia... literalmente si yo viera una hemorragia ¿qué vería?  
 P: sangre...  
 I: ¿qué pasa con la sangre?  
 P: pierdo sangre...  
 I: ¿y para qué sirve la sangre?  
 P: para vivir...  
 I: ahhh, y ¿qué te está diciendo tu cuerpecito que estás perdiendo y desperdiciando?  
 P: mi vida...

(Adela sesión 2)

En relación a este tema fenomenológico, de acuerdo al discurso de los participantes, es visible la presencia, de lo que en Terapia Gestalt se denomina *retroflexión* y que se caracteriza por hacerse daño a sí mismo, en lugar de hacerlo a aquellos que no le han tomado en cuenta.

I: ¿Y porqué va a querer alguien hacerte daño?  
 P: hay gente muy mala, que sin querer llega a hacerte daño  
 I: ¿daño?, pero, ¿más daño que querer aventarse de la azotea?, ¿más daño que tomar mercurio?, ¿quién te hace daño Miguel?  
 -...no, pues yo mismo  
 I: ¿tendrás que cuidarte de la gente?,... ¿o de quién tendrás que cuidarte?  
 P: bueno, en esas situaciones yo intenté hacerme daño, pero ahora lo estoy viendo al revés, quiero dejar de ser el falso, el hipócrita, el que llama la atención para que la gente te vea con cierta fortaleza de protección.

(Miguel, sesión 5)

Desde la Historia Clínica Multimodal el énfasis en los distintos apartados reveló como temas importantes: el rechazo y aislamiento desde etapas tempranas de la infancia de Adela, y en especial asociación con la imagen materna. Al irse desarrollando los experimentos vivenciales se reveló la experiencia de sentirse rechazada, misma que se hizo extensiva al resto de la familia y de sus relaciones personales. Esto mucho antes de aparecer el VIH en su vida con la discriminación típica hacia quienes son portadores del virus.

I: ¿Para qué será necesario, lo bueno de lo malo que te tocó a ti esta infección?

P: Es que yo pienso que la vida es injusta....

I: ¿La vida? ¿donde está la vida para reclamarle?... ¿cuando hablas de la vida de quién hablas?... hablas de la vida como si fuera una persona...

P: bueno, pero si está en uno...

I: !!!!Ahhhhjjjj, entonces, ¿quién ha sido injusta, y con quién?

P: Yo misma.

(Adela sesión 1)

Al hacer suposiciones sobre los procesos mentales del otro (os) basándose en los propios, se encontró que dentro del ciclo de la experiencia gestalt se está en presencia de la *proyección*, entendida como la atribución a otros de actitudes, pensamientos o emociones de los que no se asume responsabilidad, este proceso se pone de manifiesto durante las sesiones en la forma en que a Adela le parecen evidentes las amenazas constantes no sólo del medio sino de las personas que le rodean y es uno de los principales motivos de su aislamiento, quedándose en la oscuridad, o fondo de lo que se hace a sí misma.

P: Mis hijos saben que tengo cáncer, porque voy a cancerología, me escudo en el cáncer...

I: ¿Por qué esas mentiras?

P: A una niña la hicieron menos en la escuela porque su mama estaba infectada. Yo no quise que pasara eso... como que ya asimilaron el día que ya no esté...

I: O sea que, ¿te estás preparando para morir?

P: Si,...

I: ¿Entonces para qué te está dando dios un regalo con envoltura terrorífica?... ¿para qué crees?

P: Para valorar la vida...

(Adela, sesión 1)

La *desensibilización* también en torno a este tema fenomenológico, de forma que permite la aceptación de la inminente muerte y reafirmarse en las conductas y abusos actuales.

### Rechazo-Aceptación

*"mi papá nos veía como enemigos"...*

El ambiente familiar independientemente de las condiciones económicas les impuso exigencias desmedidas y malos tratos en caso de ser pasadas por alto, haciéndoles sentir constantemente rechazados y en competencia con el resto de los hermanos. El mensaje que incorporaron fue de poca valía para los otros y después para sí mismos, motivo también por el cual tienen que realizar esfuerzos desmedidos por agradar a los demás, siendo este el precio a pagar por sentirse aceptados y reprimiendo su verdadero sentir en distintas situaciones.

I: ¿Cómo se llevaban tus papás Miguel?...

**P:** Lo que pasó es que mi mamá nos entregó la vida y descuidó a mi papá, y mi papá nos veía como enemigos. Nunca nos faltó nada, pero nos faltó cariño, porque mi papá nunca nos apapachó, nunca nos dio un beso, eran gritos, golpes y castigos...así que mi mamá balanceaba las cosas.

(Miguel, sesión 2)

En los experimentos vivenciales surgió además la figura emergente de ser el "*apestado*", entre sus hermanos, lo que ya era en sí una forma de discriminarse. Desde esta perspectiva, no era pues, merecedor de cariño y cuidados, y se trataba de hecho el mismo como un apestado, dispuesto a satisfacer las solicitudes de quienes se acercaran a él, demostrándoles que es importante, sin que termine de ser suficiente para sí mismo, al haber defraudado las esperanzas que sus padres habían cifrado en él (ser macho, como su padre y formar una familia) y que no pudo cumplir por ser homosexual.

**I:** ¿Habría que entender una sensación?, ¿o sentirla?

**P:** ¿Sensación?, sentirla, lo que pasa que siempre nos educaron en primero entender para luego practicar.

Lo que pasa que nunca hubo quien te toque el cachete para decirte que te quiero...

**I:** ¿y que falta te está haciendo ahora no?

**P:** Bueno, de mi mamá era miel, pero de mi papá.... que yo tenía una necesidad...

**I:** ¿Tenías Miguel?...

**P:** Tengo... de mi papá, porque de mucha gente tengo mucho amor, ¿pero de mi papá?... a mí cuando me operaron de la apéndice salgo del quirófano y no estaba mi papá... y le pregunté a mi mamá y me dice: tuvo mucho trabajo, y fue un bombazo para mí, de que yo le necesité en ese momento.

(Miguel, sesión 2)

Siguiendo la expresión de Miguel, la *desensibilización* sería el proceso análogo siguiendo el ciclo de la experiencia gestalt, esto como forma de reprimir su sentir en distintas situaciones.

**P:** Mi abuela le decía a mi padre que no era su hija, porque yo era morena y mis hermanos son blancos

**I:** ¡Oye y, ¿cómo trata la sociedad a la gente con VIH?

**P:** Yo me he fijado que la discriminan ...

**I:** ¿Será casualidad que se repita lo mismo?, ¿que vuelvas a vivir lo mismo?...te discriminaron de niña, tu propia familia y la sociedad ¿será casualidad?

**I:** A lo mejor yo no me adapto a la sociedad.

(Adela, sesión 1)

**I:** ¿Será casualidad brazo que a Adela que le encanta convertirlo todo en vergüenza, en distorsión y chuecura le haya caído esta enfermedad, que socialmente es tan vergonzosa?

**P:**- no...

**I:** ¿verdad que le encanta la vergüenza?...ah como la busca,. Le encanta repetirse lo que le hicieron, discriminarse como la discriminaron y no conforme con eso y haberse infectado de VIH ahora hasta su cuerpo lo maltrata y lo distorsiona para más vergüenza, ¿qué sientes que te haga todo eso Adela?

**P:**-tristeza y coraje...

(Adela, sesión 2)

En relación directa con lo poco apreciados que se sienten no sólo por sus padres desde etapas tempranas de su vida, sino también por el resto de los seres queridos que les rodean, sienten una profunda necesidad de afecto, de estar con otros, o mejor dicho, de que los otros les reconozcan sin arriesgarse a que los rechacen al momento de expresar sus inconformidades, así que envían mensajes contradictorios al mostrarse independientes y capaces de resolver sus problemas sin ayuda de nadie.

I: ¿ahora cómo te sentiste?

P: quiero que la familia me ayude, no estoy esperando que me tomen de la mano y me lleven... quiero que me ayuden con apoyo, al compartir y no estar como perros y gatos, peleando y que esto es mío, al contrario yo creo que si lo compartes rinde más... ahora quiero andar de aquí para allá con la familia, con mis amigos, sin egoísmo porque impide compartir y dejar de usar la palabra "tengo que"...

(Miguel sesión 3)

I: ¿Ya aceptas favores?

P: si

I: ¿ya aceptas cariños?

P: un poquito...

I: a ver, ¿por qué no los aceptas los cariños?

P: es que, como que me siento rara, como que a la vez me siento un poco incómoda, de que antes los rechazaba y ahora para aceptarlos así abiertamente, como que me da pena a mí...

I: ¿pena de qué?

P: de que antes no les aceptaba ni siquiera una palabra así cariñosa

I: ¿por qué no los aceptabas?, ¿qué te imaginabas que podría pasar?...

P: como una burla...

(Adela sesión 6)

Con una lectura gestáltica los procesos de *retención* y *fijación* estarían expresados en estas situaciones inconclusas que continúan repitiéndose, ó en otras palabras, que continúan repitiendo, hasta el momento de aparición del VIH.

Las necesidades emocionales de Miguel en torno a estas situaciones inconclusas le vuelven sumamente sensible *proyectivamente* a temáticas como la ausencia de la guía paterna.

I: ¿Qué películas te gustan?

P: vi la de bambi 2 y qué horror, como lloré. Me dicen: ¿qué te pasa?,... ¿qué no entiendes el mensaje?... ¿qué no ves la necesidad de bambi del papá?

I: ¿Quién era bambi?

P: Pues yo, y lo ves y dices ese es Miguel en todos los sentidos, porque era una necesidad de estar junto al papá, de que el papá lo guiara y el quería hacer las cosas bien o mejor que el papá para que el papá dijera: ese es mi hijo.

(Miguel, sesión 2)

Además la *retroflexión* aparecería nuevamente de forma intrínseca al mostrarse aislados e indispuestos de aceptar cariño y beneficios de sus seres queridos cuando se los ofrecen.

I: ¿qué necesitas sacar tu Miguel, dentro de esta ayuda a tí mismo?

P: yo creo que muchos tapujos... por eso me he alejado de mi familia

I: a ver, a ver, dices que no te quieres aislar, ¿pero te alejas?... ¿ya te diste cuenta cómo te tratas?

P: pues me trato mal... no me trato, y la única forma que he encontrado es alejarme de mi familia porque dentro todos me buscan, quieren sacar algo de mí... siento que cuando los veo me arrancan un pedazo de mí... A mí me desarman, me siento más débil...

(Miguel sesión 1)

Al irse desarrollando los experimentos vivenciales reaparecieron los antecedentes de maltrato y el repetitivo ciclo de aislamiento que se procuraba hasta la fecha Adela misma, idealizando situaciones e imágenes de soledad y aislamiento. Fue un punto importante porque al tiempo que aparecieron estas imágenes señaladas como las que le brindaban tranquilidad expresó contradicciones al interesarse por el afecto y la compañía del resto de las personas, esto ya me señalaba un asunto importante y en especial relación con la discriminación que asoció al describir al VIH.

I: ¿Qué es preferible, vivir como playa o vivir como desierto?

P: como playa..

I: ¿cómo estabas viviendo?

P: como desierto, a la defensiva de todos...

I: ¿cuál es la gran diferencia?, ¿qué es lo que más te está gustando de empezar a vivir como playa?

P: que ya no me enoja y además me agrada la gente

I: ¿cuál es la otra indicación del sueño?, ¿que estés sola?

P: no...

I: ¿no te gusta visitar a tu familia?

P: no

I: ¿por qué?

P: Porque a veces están de humor, a veces no están de humor...

(Adela sesión 7)

Justicia- Injusticia

*"como pájaro enjaulado"...*

Cercanamente emparentado con el tema anterior y precisamente por sus experiencias familiares de injusticia, les resulta muy fácil identificarla en los demás más que en sí mismos.

I: Miguel, si tu estuvieras en el lugar de tu madre, ¿cómo verías esto, cumplir pero a costa de tu salud?...

P: lo que veo es no debo desvivirme y cortarme las manos a costa de los demás para que hagan las cosas... y fue lo que hizo mi mamá, nos entregó la vida de una manera... hasta que explotó...



I: y, ¿cómo te sientes tú al ver que te vas pareciendo tanto a tu mamá?, ¿qué te hace sentir?...

P: es verdaderamente frustrante, que no me dejan, es como si taparan una bomba y no te dejaran respirar, yo ya logré derribar esa barda que era con mi padre....

(Miguel sesión 3)

Cabe destacar que aun cuando reconocen que recibieron un trato sumamente injusto por parte de su familia difícilmente reconocen la forma en que les imitan sometiéndose de forma cruel e injusta a sus autoexigencias desmedidas. Siendo ésta también una forma de convertirse en los propios victimarios. Un ejemplo de ello está en la forma en que Adela se olvida de sí misma para lo agradable que pudiese disfrutar a base de su trabajo desmedido, sin permitirse satisfacer sus necesidades, ni prodigarse un trato adecuado.

I: Cierra tus ojos y cuéntame el sueño como si ahí estuvieras ahorita...

P: Sueño que estoy en la playa, pero ya no estoy sola...sino que estoy en medio de mucha mucha gente...

I: ¿Qué estás haciendo en la playa?

P: Adentro del agua

I: ¿Y qué estás haciendo dentro del agua?

P: Viendo a las gaviotas, a la gente...

I: ¿Cuál es la característica que distingue a las gaviotas?...

P: que vuelan...

I: los patos también...

P: si, pero son libres...

I: ¿Vives como gaviota?

P: no...

I: entonces, ¿cómo vives?

P: como pájaro enjaulado....

(Adela, sesión 7)

Aquí el proceso análogo que aparece nuevamente en el discurso es el correspondiente a la *retroflexión*. Pues continúan prolongando las injusticias de que fueron objeto en sí mismos.

Es patente la esperanza que mantiene Adela de que al continuar cediendo a los requerimientos de su madre y callando sus inquietudes por encima de sus propios intereses obtendrá su aprecio. Así pues, es posible mencionar en términos gestálticos también de *protoflexión*.

I: ¿No ha cambiado nada contigo tu mamá?

P: Pues si, ahorita un poquito porque tengo a mi sobrina conmigo, mi mamá como que se quitó esa carga y como que me quiere tener aquí (con la palma de la mano en alto) para que no se la regrese...

I: ¿Tú crees que nada más te quiere tener aquí por la sobrina?

P: si

I: ¿tú se lo has dicho?

P: no

I: ¿Por qué no?

P: Porque así como se ha hecho muy cruel conmigo se me haría muy cruel decírselo...

I: ¿Pero es cruel decir la verdad?

P: no

(Adela sesión 6)

Miguel, permanece muy atento a las necesidades de su familia y pareja esperando que éstos le devuelvan las atenciones cuando el así lo requiera, es decir, su ayuda no es desinteresada sino, como una forma de indicación acerca de lo que desea obtener en el trato personal y que él mismo no es capaz de brindarse.

I: ¿por qué no es fácil ceder ese control y dejar de estar dirigiendo a los demás?...

P: no, no es fácil y tristemente cuando uno necesita de alguien nadie lo hace y si lo hacen lo hacen por obligación... no hay sentimiento de hermandad, sino lo hacen por: pobre... así siempre nos han tratado mis papás... yo lo veo mucho con mi familia que dejan de comer, de hacer muchas cosas por ayudar a los demás...

I: ¿A ti, quién te ayudaba?

P: nadie, solo eran palmaditas en la espalda y me provocaban ese sentimiento de compasión... yo nunca pido un favor dos veces, o es si o es no, o nada., porque al dar explicaciones se están justificando...

(Miguel sesión 2).

Esto es semejante a la *protoflexión*, pues consiste en hacer a los otros sin que lo pidan lo que se espera recibir

Dependencia – Independencia

*“más vale sólo que mal acompañado”...*

Acorde con la imagen distorsionada que brindan a los demás sienten la profunda obligación de parecer autosuficientes e independientes económica y emocionalmente; y estando siempre disponibles para apoyar y ayudar a los demás haciéndose ellos mismos a un lado, Sin embargo, esta es también una forma de petición indirecta pues se mantienen en espera de la reciprocidad que en la mayoría de los casos no llega precisamente por el mensaje distorsionado que han enviado de que no necesitan de nadie.

I: si tú les dieras un consejo a tus papás, ¿qué consejo les darías?

P: que nos dejen crecer fuera de esa sobreprotección para poder crecer y ser alguien fuera de ellos, que a veces hay que aprender a caminar solo sin tener quien te guíe...

I: ¿ese consejo a quién se lo darías?

P: a mi mamá...

I: y a tu papá, ¿qué consejo le darías Isauro?

P: que apoyes a mi mamá, y que con ese apoyo nos enseñen a crecer, que no nada mas proveas casa y comida sino también consejos y cariños...

(Miguel sesión 7)

La *protoflexión* al parecer se encuentra presente en este sentido, pues consiste en hacer a otros sin que lo pidan lo que le gustaría que le hicieran a ellos mismos. En Adela, por ejemplo, al estar centrada en dar todo de sí a los demás para complacerlos, brinda todo aquello que se niega para sí.

I: ¿será casualidad que tú y la madre teresa hayan tenido estas manitas y tu las sigas teniendo?, ¿qué te quiere decir tu cuerpo?

P: que me tengo que cuidar yo, y no a los demás

I: ¿qué habrá hecho la madre teresa con su vida que le pasó eso a sus manos?

P: ayudar a los demás, menos a sí misma

(Adela sesión 2)

También es posible asociar este tema fenomenológico a la *confluencia* gestáltica al perderse el límite entre ellos y el ambiente, por lo que no pueden establecer un buen contacto con los demás o retirarse. La sensibilidad de percatarse de los que los demás necesitan y le exigen es notable sobretodo en contraste con sus propias carencias.

I: Me decías que en tu trabajo había algo que te pesaba, ¿qué era eso?

P: si era pesado porque no había resultados económicos, pero ahorita han crecido mis metas y para lograrlas necesito trabajar con muchas ganas, hacer las cosas bien...

I: tus metas hablando ¿en qué sentido?, ¿material, personal?..

P: pues yo creo que material, más que nada por querer ayudar a mi papá, porque lo ví que tiene unas carencias impresionantes... y eso me motivó a compartir todo lo que yo pueda dar, a compartir, no a dar...

I: pero eso de estar trabajando en exceso, de fumar, ¿no es estar siendo egoísta hacia tu propia salud?

P: si.

(Miguel sesión 3)

De la mano de este proceso existe una tendencia a confundirse con las figuras paternas y congruentemente a adoptar sus actitudes ante distintas situaciones, a pesar de las consecuencias funestas que se ubican en ellos.

I: ¿qué pasó en esa rachita?

P: pues viendo lo de la casa, los abogados, todo ese tipo de cosas a mí me tensa mucho y luego hay ciertas palabras que mi padre escuchaba y se ponía muy tenso...

I: ¿cuáles son esas palabras?

P: abogado, hacienda, infonavit, todas esas palabras las escucho y aunque no sean para mí y me tenso.....y es por las actitudes que tomaba mi papá cuando le hablaban a la casa y veía como se ponía y yo lo asimilo así, que son problemas...

(Miguel sesión 6)

I: me acuerdo de lo que decías con las arañitas, decías yo no aparezco en el dibujo...

P: si, y lo estuve pensando mucho tiempo, yo mismo me autodestruí, me auto eliminé, nunca existí... quizás si, Olguita soy yo ahorita...

I: pues yo lo llegué a pensar eh...

P: porque ahorita ya no está mi mamá... ummm... no sé, estoy en un proceso como de reproche a muchas cosas que disfrazó mi mamá y yo utilicé las caretas que ella tenía para manipular a la gente... sé que ella con el aprendizaje que me dio está conmigo...

I: ¿contigo o encima de ti?

P: ...encima de mí (suspirando)...

I: ¿a quién te pareces?...

P: a mi mamá, estoy siendo....

I: ¿no te parece que te confundes mucho con tu mamá?

P: si,... pero no soy ella....

(Miguel sesión 8)

Adela se niega a ser permisiva consigo misma, cuando quienes la rodean le solicitan tome decisiones a costa suya y en menoscabo de sus recursos. Es decir, existe la confusión sobre quien necesita realmente de esos apoyos.

I: ¿Por qué aceptaste tu a esa sobrina?...

P: porque se puso a llorar, que nadie la quería, que le gusta estar en mi casa, y como tengo dos niños más o menos de su misma edad...

I: ¿qué quedamos que era la irresponsabilidad?

P: dejar las cosas en manos de otros, no hacer nada...

I: entonces, ¿ no estás dejando tu salud en manos de otros?, ¿estás en condiciones físicas, económicas y psicológicas buenas como para echarle este paquete de la sobrina?

P: Pues no...

I: ¿Es esto tratarte justamente?...

P: pues es que me da tristeza que ande rodando...

I: ¿quién?

P: mi sobrina...

I: A ver, repítelo en primera persona...

P: ¿Que ando rodando yo?

I: si una persona anda rodando ¿qué hay que hacer con ella?

P: Ayudarla

I: Entonces, ¿a quién tienes que ayudar?

P: A mí...

(Adela sesión 2)

### Obediencia- Desobediencia *"me casé por llevarle la contra"...*

El maltrato de que fueron objeto en su infancia los inclinó no sólo a cumplir con distintos deberes a regañadientes y sintiéndose obligados incluso hasta la edad adulta, un claro ejemplo está en la elección laboral y profesional, sino también a rebelarse intermitentemente en formas variables, algunas de ellas

autodestructivas y que contravienen directamente las reglas familiares, como la heterosexualidad y la elección de pareja.

I: ¿Cómo te sentiste devolviendo esas responsabilidades a tus hermanos?

P: pues, mal porque siento que estoy haciendo las cosas indebidas porque mis papás me dejaron responsabilidades, pero si lo sigo haciendo van a seguir siendo hijos de familia y es beneficio para ambas partes..., pero ahorita ya no hay vuelta de hoja.

(Miguel sesión 2)

La *introyección* estaría relacionada muy cercamente a esta temática al orientarse a la adopción de valores y creencias de otros, (muy especialmente personas significativas con las que se ha mantenido contacto), con las que no se está de acuerdo pero que se obedece. En este caso Miguel adopta patrones de conducta, valores morales, éticos, políticos, etc. que vienen de sus padres, aun cuando éstos ya no viven y resultan contraproducentes para su salud.

Al incorporar Miguel los valores familiares, lo hace sin permitirse cuestionar el sentido de tales normas y reglas, siguiéndolos obedientemente como muestra de fidelidad y para sentirse parte de esa unidad, siendo éste uno de los beneficios de seguir tal disciplina. Lo primero que asocié con este tema fenomenológico fue su terapia antirretroviral y el seguimiento al pie de la letra de las recomendaciones del médico. Esto le permitía además mantenerse al margen lo más posible de las cuestiones preocupantes

I: ¿Cómo se llevaban tus papás?

P: Pues, era una relación aparentemente sana

I: ¿Aparentemente?

P: Si, porque manejaban la imagen de papás perfectos... fuera de la casa todo mundo decía que éramos una familia perfecta, pero los que estábamos adentro nos dábamos cuenta de la situación...

I: ¿Cuál es la diferencia entre mostrar de corazón y ser aparente?

P: ¡!!íjole!!! es que, esa es una cuestión muy difícil, porque somos cordiales entre nosotros pero porque hay que serlo...

I: ¿Aparentes?

P: Aparentes, porque así nos educaron mis papás...

(Miguel sesión 1).

En forma contraria a lo que cabría esperar dentro de la obediencia que se le inculcó, siendo la suya una familia tradicional mexicana, en donde su padre rechazaba abiertamente a los homosexuales, él termina orientándose hacia una preferencia homosexual y modificando además las ilusiones de su madre respecto a su casamiento y a la procreación. Cabe destacar que su madre nunca se enteró ni de su preferencia sexual, ni de su enfermedad. Esto me hacía evidente que cuando quería si podía transgredir tales normas familiares y no cualquier norma sino aquello que crucial para sus padres; cargando con el precio de la culpabilidad que le generaba no ser el hijo que ellos esperaban e infligiéndose nuevas exigencias para demostrar su valía.

En el caso de Adela las normas morales que conducen su conducta son las aprendidas con su madre durante la infancia y esto principalmente por temor a las represalias físicas que recibía, sin embargo, esas normas y actitudes no son objeto de una valoración actualizada que justifique su permanencia.

I: Si a ti te dijeran que a tu hijo le quedan cinco años de vida porque tiene leucemia ¿qué harías?

P: Mire, le voy a decir.

I: Mira... háblame de tú ...

P: Es que me es muy difícil...

I: ¿Por qué?

P: Porque mi mamá me enseñó que a la gente le hablara de usted, si le hablaba de tú... (Gesto de golpe)...

I: Pero tu mamá no está... ¿por qué actúas como si tu mamá te acompañara a todas partes?...

P: ... (Pensativa).

(Adela sesión 1)

Por otra parte las explosiones de rebeldía, especialmente en el caso de Adela se expresan un grado máximo al atentar nuevamente contra sí misma, o cabe decir, *retroflexivamente*. Es decir, el daño no lo dirigió a su madre, sino que le volcó sobre sí misma de distintas formas.

I: ¿En qué se parece el mar a tu madre?

P: En que la reto...

I: ¿Es sano haber hecho eso con tu mamá?

P: no

I: ¿En qué desperdiciaste tu sistema inmunológico?

P: Más bien desperdicie mi vida, porque me casé por llevarle la contra

(Adela sesión 1)

I: ¿desde cuando te pintas tu pelo de rubio?

P: uyyy desde que tenía 16 años

I: ¿y eso?

P: por llevarles la contraria en mi casa (risa)

I: y ahora, ¿cómo es que te lo sigues pintando de rubio?

P: será que ya me acostumbré... cuando no me lo pinto me siento así como muy fodonga.

I: ¿qué te decían en tu casa acerca del pelo rubio?

P: que me iba a echar a perder mi cabello...

(Adela sesión 3)

El mundo experimentado por Adela comenzó a dibujarse como básicamente abusivo, engañoso y dañino, características que en los experimentos de simbolización del VIH encontró aplicables también a su mamá, por lo que es destacable el impacto de los abusos y desprotección que vivió por parte de ella para ir moldeando su propia personalidad y minando *isomórficamente* su sistema inmunológico. Es decir, literal y metafóricamente agotó sus defensas, dejándose vulnerable a todo aquello que atentara contra su salud y su vida.

I: ¿Qué tendrá que ver el VIH con una relación así?, ¿tener una mamá venenosa, destructiva, víbora?...

P: Yo misma me provoqué esa enfermedad...

I: ¿Cómo?

P: Al no cuidarme,...al llevar la contraria de todo hasta en mi salud...

I: ¿Y para qué llevas la contraria?

P: Era como un desquite para mí hacia la gente...

I: ¿Que interesante no?... ¿y a la gente que le importaba que te murieras, que te destruyeras?, ¿ya te diste cuenta con quién te desquitaste en realidad?...

P: Conmigo misma...

(Adela sesión 5)

Evadir- Enfrentar

*"para que no tenga problemas.."*

Llegado el momento en que identifican sus necesidades prefieren dar la vuelta o hacerse de la "vista gorda" con el argumento de no meterse en problemas, impidiéndole actuar a su sistema inmunológico en la defensa de su salud y consecución de objetivos. Lo que además los mantiene en un estado de constante agresividad ante los retos que imponen las situaciones cotidianas.

I: ¿Cómo estará ese sistema inmunitario, sin crisis, bajo control?

P: pues está esperando que se desborde, pero es una máquina de tiempo....este sentimiento que tengo ahorita no me gusta,

I: ¿qué sientes?

P: me siento que me estoy inflando por dentro y calor, como incapacidad de hacer las cosas, y no me gusta.... siempre me gusta tener el control y hacer las cosas bien y este sentimiento me está provocando el saber o entender que no estoy haciendo las cosas bien.

I: ¿que te estás inflando por dentro?, y, ¿por fuera?

P: pues siento que hasta tengo otra expresión, que estoy viendo lo que tengo guardado en el closet... esa caja de control, de ayuda a mi mismo, la caja de compasión, muchos sentimientos que ahí están...

(Miguel sesión 1)

A este respecto sus respuestas en la Historia Clínica señalan contradictoriamente con lo expresado en los experimentos vivenciales, que la ventaja de tener problemas es estar activo en la búsqueda de soluciones. De hecho en lo relativo al ámbito laboral, en lo académico y en lo social, se mantiene muy activo sin embargo, en lo personal no quiere que se "*desacomoden sus cajas*" en cuanto todo aquello que menospreciaba con un "bajo control" y más bien quería que se quedara bajo conciencia.

Poco a poco me fue quedando claro a que se refería cuando hablaba de tener bajo control su enfermedad, su salud y sus problemas y siguiendo su fenomenología en los experimentos resultó ser la pasividad, o incapacidad de

hacer las cosas, que figura como su miedo principal en el apartado de sentimientos de la historia clínica multimodal. Aquí estaría pues una de las temáticas centrales de las sesiones, expresándose en los experimentos: al esperar a que otros le resolvieran las cosas, como en otros tiempos lo hacía su madre.

A pesar de que Miguel manifiesta objetivos claros encaminados al crecimiento personal, sus actividades se abocan a la consecución de bienes materiales más que al afrontamiento de las problemáticas que le aquejan y desgastan.

I: esto, de estar pensando en el mañana, que vas a hacer, con la imagen que das a los demás, ¿te ha traído buenas consecuencias?

P: pues superación profesional, estabilidad económica y pues, competir con los demás... siento que es una manera de cubrir esa falta de sentimientos, de... de... atender a mí mismo, no atender a los demás... la falta de atender a mí mismo, lo cual ha provocado tantas cosas, como el VIH.

(Miguel sesión 7)

La *deflexión* como uno de los bloqueos importantes en su patrón fenomenológico de personalidad se manifiesta en esta forma de ser sumamente activo para lo trivial o "aparente", inscribirse a distintos cursos y actividades, desempeñar distintas labores para lograr su superación profesional y estabilidad económica y cubrir el vacío de la atención hacia sí mismo.

I: ¿para qué te sirve estar aquí arañita, y que te proteja tu mamá?

P: pues para estar ahí y que en cierto momento yo tengo que bajarme

I: a ver repite esto ... ¿para qué te sirve?

P: para no ver la realidad, lo que es la vida,... y tengo que aprender a sobrevivir, o vivir, y estando ahí no aprendo a sobrevivir y soy una víctima de la araña..

I: ¿entonces de qué sirve que sean arañas si mas bien parecen moscas?...

P: pues sí, a la espera que lleguen...

I: ¿qué tendrás que aprender tú de las arañas Miguel?

P: aprender a vivir...

(Miguel sesión 8)

La *deflexión* se hace manifiesta, expresada en hacer otras cosas, menos aquello que se necesita, pues estas necesidades sólo se perciben de manera indirecta.

Entre otras formas que utiliza Miguel para desviar sus acciones a sus propósitos están: la adicción al cigarro como salida a su ansiedad, y el trabajo excesivo como medio de procurarse tranquilidad, lo que en sí mismo es una contradicción muy marcada.

I: Me decías que estabas fumando una cajetilla al día y habías bajado a los diez cigarros

P: sigo con los 10 pero ya va en proceso de huácala, el cigarro ahorita ya no me está gustando...

I: ¿Qué crees que tuvo ahí que ver?

P: En parte pues bueno, la gripa y por otra parte pues esa ansiedad, yo la disfrazaba como dolor podríamos decirlo que agresión hacia mí, esa necesidad de fumar aunque yo sé que me quema, que me provoca problemas pulmonares lo hacía...

(Miguel sesión 3).



## Un ejemplo más claro y detallado de la forma en que Miguel mina sus defensas estuvo en el experimento de la familia de animales:

I: me dices que el animal que no te gusta son las arañas ¿te parece si me haces una familia, pero con arañas?  
(Después de realizado el dibujo)  
I: ¿cuál es el hijo?  
P: Isauro  
I: a ver Isauro ¿cuántos años tienes?  
P: dos años  
I: ¿cómo te sientes como parte de esta familia de arañas?  
P: protegido  
I: ¿de qué te sientes protegido?  
P: de todo lo que me rodea, de todo lo que me pueda hacer daño... para que no tenga problemas... me siento bien, me llevan a donde quieren y no tengo que hacer nada... puede haber depredadores que me coman...  
I: pero eso tú no lo sabes...  
P: no, porque no he salido...  
I: ¿de dónde no has salido?  
P: del vientre, o de la protección de mi madre...  
I: a ver repite eso otra vez  
P: no he salido del lomo de mi madre, de la protección de mi madre. Es que si no, si me salgo y no tengo los colmillos para defenderme...  
I: Ahhh pero los colmillos con la práctica y la experiencia los vas a formar si todo el tiempo te quedas en el lomo de tu madre nunca van a crecer..... ¿cómo se llevan tus papás?  
P: mal, apenas y se hablan...  
I: ¿qué hace que apenas y se hablen?  
P: pues mi papá siempre está protegiendo la telaraña y trayendo el alimento y mi mamá siempre está protegiéndonos y cada quien tiene sus cosas que hacer  
I: Entonces de que sirve que estén así, amueganados ¿si cada quien anda por su lado?  
P: Es una familia aparentemente perfecta.... Siendo que no lo es...  
I: Si tu Isauro les dieras un consejo a tus papás ¿qué consejo les darías?  
P: que nos dejen crecer fuera de esa sobreprotección para poder crecer y ser alguien fuera de ellos, que a veces hay que aprender a caminar solo...  
I: ¿ese consejo a quién se lo darías?  
P: a mi mamá  
I: y a tu papá, ¿qué consejo le darías, Isauro?  
P: que apoyes a mi mamá, que no nada más proveas casa y comida sino también consejos y cariño.  
I: ¿será que esa sobreprotección hará que crezcan tus colmillos?  
P: no, y si me puede ir mal porque no estoy preparado para defenderme...  
I: ¿será casualidad que te hayas infectado de una enfermedad que acaba con tu protección?  
P: no, no fue casualidad porque me bajé sin protección, no me habían salido los colmillos...  
I: y ahora, ¿sí quieres aprender a defenderte, a protegerte?  
P: si, si me gustaría  
I: ¿qué mensaje te querrá dar esta familia de arañas?  
P: pues que para poder ser una araña debo aprender a defenderme, debo saber protegerme.  
I: ¿qué está haciendo el VIH?  
P: si no me defiende me va a destruir.  
I: A parte del VIH, ¿qué otros depredadores estás dejando que te coman?  
P: pues hay muchos, como el azúcar, las grasas en sangre, la mala alimentación y el cigarro.

(Miguel sesión 7).

Fenomenológicamente esta actitud defensiva corresponde con la forma en que se percibe y con la que desgasta su sistema inmunológico de defensas mucho antes de afrontar las situaciones problemáticas. Lo que rara vez sucede pues

prefería preocuparse, manteniéndose en la pasividad y con él su sistema inmunológico.

En Adela este bloqueo se manifiesta como una respuesta contradictoria y como distractor de sus necesidades y para evitar mostrar su tristeza, su enojo, el que a pesar de sus vanos esfuerzos aparece en llamativas explosiones ocasionales cuando no resulta útil para resolver sus problemas.

I: ¿para qué te ríes?

P: para desahogarme

I: ¿riéndose?... se desahoga uno enojándose, mentando madres, agrediendo... ¿qué tratas de evitar con la risa?...imagínate que sirviera para evitar algo, lo que no sepas te lo imaginas...

P: Para ser un poco feliz...

I: pero si tú dices que vives al día, ¿es esa una manera de construir la felicidad?...tengo la impresión de que te ríes para evitar la angustia, el miedo y tomarte las cosas como a broma...

P: si...

I: ¿y si uno se toma las cosas como en broma que va a pasar con las cosas problemáticas de la vida?

P: Pues va a haber más problemas...

(Adela sesión 1)

I: ¿ya te percastaste Adela que estás haciendo para latir de esta manera?

P: relajándome..

I: pero para tener esta relajación, ¿qué hiciste primero?

P: enfrentarme a la vida...

I: ¿Ya te diste cuenta qué es lo que necesitas hacer para recuperar tu tranquilidad?

P: si

I: ¿qué necesitas hacer?

P: enfrentarme a mi mamá

I: ¿cómo empiezas a ver tu mente?

P: clara, como de un color como anaranjado

I: ¿Qué te esta haciendo sentir ese naranja?

P: tranquila...y no tener miedo a enfrentarme a la víbora, a la gente, a mi mamá

(Adela sesión 6)

Las múltiples actividades se convierten así en una forma de desviarse de sí mismos y su defensa, también es una forma de seguir atentando en su contra.

Algo que llamó fuertemente mi atención en este sentido fueron las horas de trabajo diarias que se cuentan entre sus actividades, pues básicamente se dedica a trabajar sin un espacio de relajamiento y limitando seriamente las horas de sueño y entretenimiento. Hay que recordar que tratándose del VIH es tan importante mantener una alimentación balanceada como dedicar espacios diarios para la relajación y el descanso, en fin, de múltiples cuidados personales que Adela no estaba pendiente de prodigarse, contrario a lo que si acontecía con las exigencias.

I: ¿Qué cosas trataran de evitar trabajando tanto?...

P: los problemas...

I: ¿y qué pasa con los problemas?

P: se van a haciendo más...

I: ¿ya te diste cuenta cual es el peligro de evitar los problemas?

P: si

I: ¿cuál es?

P: no vivir así para el trabajo, sino para uno mismo

(Adela, sesión 4)

Tanto Adela como Miguel se mantienen ocupados de tiempo completo para no pensar en sí mismos y poner manos a la obra en la modificación de actitudes y conducta, olvidándose de ellos, tal y como lo hicieron sus padres. Por tanto es otra de las situaciones que se repiten constantemente anulando no sólo sus recursos psicológicos sino también sus fuerzas físicas.

I: Fíjate a que se parece dejar de respirar sin hablar sin hablar...

P: el dejar de respirar se siente...

I: ...siento...

P: siento que me asfixio

I: y esto se parece a ¿cuando qué...?

P: cuando no me cuida de mi enfermedad... y el respirar se siente...

I: lo siento....

P: lo siento como un alivio

I: como ¿cuando qué?

P: como cuando me cuida de mi enfermedad

I: ¿cómo te cuidas, y cómo te descuidas?

P: me descuido forzándome a trabajar, y no alimentándome como debe ser, y me cuida no trabajando tanto.

(Adela, sesión 5)

I: ¿Qué más puedes hacer para no ser más egoísta contigo mismo?

P: No trabajar más que lo suficiente, no casarme con el trabajo...

I: ¿Tú vives para trabajar, ó trabajas para vivir?

P: ...!!¡jole!!... que pregunta tan capciosa, yo creo que estoy viviendo para el trabajo ahorita... y es que si no trabajo empiezo a pensar en otras cosas, pero las debo enfocar a lo que necesito hacer... me hablan y me preguntan si quiero más pacientes y les digo que si aunque me están doliendo las piernas y estoy teniendo un agotamiento físico...

(Miguel sesión 6)

En relación al trabajo desmedido como una forma en que Adela se evade de aplicar su propia defensa en beneficio propio, vale señalar el experimento de la familia de animales, que también estuvo relacionado importantemente con el tema de la justicia:

I: ¿Cuál sería el animal que más te gusta?

P: la pantera

I: y ya habíamos quedado que el animal que menos te gusta es el caballo

P: si

I: ¿que te parece si me haces una familia de caballos?...

Después de realizado el dibujo...

I: ¿quién es el hijo?

P: Juan

I: a ver caballito Juan, ¿cómo que edad tendrás tú?

P: 12 años

I: ¿cómo te sientes de pertenecer a esta familia de caballos?

P: mal  
 I: ¿de qué te sientes mal?  
 P: de que soy muy lento  
 I: ¿cómo se llevan tus papás?  
 P: mal  
 I: ¿en qué se llevan mal?  
 P: el papá es muy flojo y la mamá más trabajadora  
 I: si tu les dieras un consejo a tus padres, ¿qué les dirías?  
 P: a mi papá que trabajara, y a la mamá pues, que trabajara menos y nos pusiera atención  
 I: ¿en qué son distintos ustedes, familia de caballos, de otras familias de animales?  
 P: somos muy desunidos  
 I: ¿qué ha provocado esa desunión?  
 P: la irresponsabilidad  
 I: ahí no entiendo bien, ¿me podrías ayudar?  
 P: si, que el papá es irresponsable y la mamá es trabajadora y el hijo tiene que ayudarlo...  
 I: entonces no entiendo como es que el hijo sea lento  
 P: pero se cansa  
 I: ¿de qué se cansará?  
 P: de correr...  
 I: pareciera ser que entonces de nada sirve ser caballos si se trabaja como burros...  
 P: es un disfraz..  
 I: ¿cuál es el disfraz?  
 P: el de parecer caballos pero ser burros...  
 T: ¿en qué es diferente un caballo de un burro?  
 P: en que el caballo trabaja menos que el burro  
 I: ¿ya te diste cuenta por qué no te gustan los caballos?  
 P: porque trabajan menos...  
 I: ¿qué es más justo, vivir como burro o como caballo?  
 P: como caballo

(Adela sesión 3)

Es de resaltar que para ambos participantes en este experimento vivencial de la familia de animales se hace mención a la apariencia o al disfraz que que oculta la verdad de su situación y su necesidad. Candil de la calle y oscuridad de sí mismos, se podría decir también.

Represión del enojo- Manejo saludable del enojo.  
*“ gritos y sombrerozcos” .....*

La expresión de sus molestias sólo surge al límite del hartazgo con demás explosiones temperamentales, imposibilitando la obtención de beneficios saludables, como por ejemplo, la afirmación de su personalidad, y contribuyendo perjudicialmente a aislarles aún más. Se mantienen aguantando y aguantando situaciones incómodas con el consecuente gasto de energía que para ello se requiere.

Tanto en la historia clínica como en los experimentos vivenciales Miguel manifestó la represión de muchas de sus emociones, especialmente el enojo y la

tristeza. En gran parte debido al aprendizaje familiar, para que no lo castigaran al mostrarse inconforme con las reglas establecidas; En términos del ciclo de la experiencia esto forma parte de un *introyecto*.

I: Me llama la atención que tu enojo lo demuestras también con pasividad..

P: porque antes nos enojábamos, movíamos un dedo y recibíamos golpes..

I: ¿de quién?

P: de mi padre..

I: ¿de quién habrás aprendido a no defenderte?

P: a no defenderme de mi madre... porque mi padre siempre tenía todo bajo control

I: ya te diste cuenta, ¿en qué te pareces a tu papá y a tu mamá?

P: quisiera parecerme más a ella, pero no quiero terminar como ella...para evitar los gritos y sombrerozcos..

I: ¿qué le pasó a tu sistema inmunológico que terminó por no defenderte?

P: pues lo debilité... Permití la entrada del mal, le abrí las puertas...

(Miguel, sesión 1)

Hay que destacar la relación de la profesión de Miguel (odontología), que eligió su padre, como vía de expresión de estas emociones, una figura que apareció en el desarrollo del experimento de los pasatiempos fue la de ser "*el dentista sanguinario de la colonia del valle*" por la violencia que llega a ejercer con sus pacientes. Su actividad profesional, aparecía pues, como una manera *deflectiva* en que se permite la expresión del enojo.

I: Luego, no te gusta la violencia, ¿rechazas este espejo de la violencia?

P: ...y soy muy violento en mi profesión, tengo que ser muy violento para hacer las cosas y si me tomaran una película sería el dr. sangriento de la colonia del valle, y llego a ser verdaderamente sanguinario, creo una lucha yo con el diente.

I: Me decías que tu papá cuando te enojabas te pegaba..

P: pues no llegaba a esa etapa de enojo porque entonces ya estaba golpeadísimo, pero no le podía responder, o dar mis razones porque ya recibía el tercer o quinto golpe....Me he puesto a pensar que hubiera pasado si me hubieran dejado ser lo que yo quería ser...piloto aviador

(Miguel, sesión 2)

El seguimiento de una carrera que no era de su agrado manifiesta también en grado extremo el sometimiento a la autoridad paterna en una edad en que ya no era un niño, y sin embargo, continuaba sin defenderse dados los privilegios económicos y de comodidad al adaptarse a tales estándares.

I: ¿tú no andas cargando otras arañas encima?...

P: Con mi pareja si ha habido algunos rocecillos, pero lo más interesante es que ya no grito, ya no exploto. Le digo las cosas son así, merezco respeto, soy un ser humano, las cosas están así, y si no, dímelo para ajustar las cosas...

I: ¿y era una forma sana cuando gritabas, cuando explotabas?

P: no, porque eran más ruidos y luces que realmente lo que yo quería arreglar...era una manera, y que así siempre fue mi padre, de voltearte el sartén por el mango para que ya no te molesten.

(Miguel, sesión 8)

No es de sorprender que uno de los órganos mayormente afectados no sólo por los antirretrovirales, sino también por la contención de sus enfados, sea el estómago. A este respecto hay que señalar que ambos cuentan con antecedentes de gastritis y colitis nerviosa llegando incluso a cursar por algunas crisis. La idea de que existieran problemas gastrointestinales en la salud de Miguel surgió por su abdomen prominente y contrastante con su complexión media. En el experimento vivencial trabajando con síntomas surgió el enojo como emoción reprimida que se expresaba en sus molestias gástricas.

I: ¿todos estos cambios en qué parte de tu cuerpo en particular has sentido los beneficios?

P: en mi estómago...

(Miguel sesión 3)

También resulta impactante la forma en que Adela minimiza la presencia de su enojo, que podría servirle de impulso para marcar sus límites de los demás y expresarlo en defensa de sus propias necesidades. Isomórficamente el sistema de defensas se ve afectado ante tal proceder y no sólo eso sino que aparecen otros indicadores físicos. Por tal motivo la *desensibilización* dentro de una conceptualización teórica gestalt es identificable.

P: El jueves hice un corajito con una sobrina, y no la regañé, ni nada nada más le dije: cállate, no me digas nada, entonces como no desquité mi coraje el viernes igual que se me baja mi presión, pero ahora vino lo contrario se me bajó y como a la media hora se me subió...me sentía así, como si estuviera volando

I: ¿a cuánto subió?

P: ciento ochenta y tantos...

I: ¿tú crees que una presión de 180 es una presioncita?, es una presión altísima, ¿tú sabes que con una presión así podrías tener una pequeña embolia?

P: si...

I: ¿entonces por qué dices que fue un corajito, si tu cuerpo esta diciendo todo lo contrario?..

P: (ligera risa) tal vez fueron todos los que vengo cargando

I: ah, todo lo acumulado...a ver ayúdame a entender, ¿qué haces cuando tienes un corajito y no haces nada?, ¿cómo le haces para no hacer nada?, ¿qué haces con ese enojo?

P: los corro y me quedo sola, porque si me desquito con ellos... (mueve la cabeza en negación)

(Adela sesión 2)

I: cierra tantito tus ojos, y ahora imagínate que toda tú eres un brazo y enfrente de ti está Adela, ¿qué le reclamarías a Adela?...

P: me ha convertido en algo que no quiero, en algo que me da vergüenza...en algo horrible...

I: horrible ¿como qué?

P: como distorsionados, como chuecos

I: ¿igual que tu sistema inmunológico?

P: si

I: ¿qué más le reclamarías a Adela?

P: que me ponga más atención

I: díselo...

I: que me pongas...

P: !!Ponmejj...

I: ponme más atención y ya no me sigas haciendo lo mismo para que ya no me avergüence de ti, ni te avergüences de mí...

I: ¿será casualidad brazo que a Adela que le encanta convertirlo todo en vergüenza y, en distorsión y chuecura le haya caído esta enfermedad, que socialmente es tan vergonzosa?

P: no

I: ¿qué más se merece que le digas?

P: pues no se merece ni que le diga yo nada...

I: no, porque entonces el coraje se queda dentro y lo que quiero enseñarte con este ejercicio es a sacar tu coraje porque lo que se queda adentro se vuelve en tu contra... ¿qué le dirías?...

P: eres una maldita...

I: ¿eso es gritar?

P: es que si grito me duele la garganta

I: ¿por qué será que te duele la garganta?... imagínate que no sólo se lo estás diciendo a Adela, ¿a quién más te hubiera gustado decírselo?

P: ...a mi mamá

I: ¿a quién se lo estás diciendo?... ¿en qué se parecen tu mamá y tú?

P: en que nos gusta destruir las cosas

I: ¿qué sientes de que te parezcas tantísimo a ella para cometer esta autodestrucción?

P: tristeza

I: ¿ya te diste cuenta que te provocaste por no sacar tu enojo con quien lo tenías que haber sacado?, ¿qué hubiera pasado si te hubieras defendido de tu mamá?..

P: No me hubiera destruido...

I: ¿en qué se parece el VIH a una mamá como la que tuviste?

P: en que destruye a los hijos

I: ¿y qué te hace ese virus a ti?

P: en que me destruye a mí

I: ¿en qué se parece tu mamá a un virus?

P: en que destruye las cosas...

I: ¿y tú quieres convertirte en un virus?

P: no

I: ¿qué veinte te cae?...

P: que debo cambiar y desquitar mi coraje. (Adela sesión 2)

I: ¿llegas con la espada desenvainada echándole pleito al profesor?

P: no

I: ¿O llegas en plan de averiguar que pasó?...

P: no, llego bien tranquila, hasta mis hijos me dicen: !! ay mamá eres bien hipócrita!!, .bien tranquila, ni alzo la voz ni nada

I: ¿Por qué dicen que eres hipócrita?

P: Porque como siempre llego echando pestes con todo mundo... pero con los maestros pues no...

I: ¿Entonces de qué sirve que llegues bien tranquila con el maestro, si antes ya te echaste toda una bronca en tu casa?... tu primero revientas y después averiguas ¿verdad?

P: (riendo asiente con la cabeza)

I: ¿Tú crees que eso le ayuda a tu sistema inmunitario?

P: no....

(Adela sesión 8).

Desde la historia de vida de Adela, además de negarse derechos elementales se mantiene en una actitud defensiva profundamente desgastante. Uno de los objetivos de esta actitud fueron los hombres que se acercaban a ella. Este elemento del patrón que se iba configurando se hacía observable por su agresividad en el trato con los demás, buscándole pleito a todo el mundo en asuntos triviales, como por ejemplo a los taxistas o a los maestros de sus hijos, y ser sin embargo, incapaz de alzar la voz para defenderse a sí misma de las propias actitudes egoístas, de su madre, sus hijos y quienes le rodean.

I: ¿Qué habrá que hacer con la agresividad para que te procures una vida justa?

P: Te voy a decir porque es mi agresividad... yo me he fijado que el sexo opuesto se acerca a uno con otra intención... entonces, si me ven débil...

I: ¿Qué intención?

P: Tener un rato agradable con uno... sin saber lo que uno tiene, entonces mi mayor defensa es la agresividad....

P: Si tu estás agresiva con los hombres, porque dices que te ven débil, ¿en qué actitud estás con los hombres?

P: A la defensiva.....

I: ¿Y será de los hombres de quien te tienes que defender?

P: Pues es que ya no hay otra cosa de la que me pueda defender...

I: Pues es que a veces el enemigo vive con uno mismo... ¿De quién te tendrías que cuidar y proteger?

P: ...de mí....

I: No creo que ningún hombre haya sido tan agresivo, cruel y egoísta como tú misma, ¿de quién te estás cuidando?, ¿quién es el enemigo?

P: Yo misma.

(Adela sesión 1)

Estos ejemplos de situaciones cotidianas señalaron la importancia de que el enojo se empleara con una expresión oportuna en favor suyo y de sus defensas psíquicas e inmunológicas, en lugar de volcarlo sobre sí, específicamente en su estómago, como quedó claro después de que sufrió una crisis de colitis aguda que la mantuvo postrada por varios días y que ella misma asoció con uno de sus habituales corajes.



## 8. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó en este estudio tuvieron como base el marco referencial proporcionado por la Terapia Gestalt, únicamente como fundamento teórico, debido a que se adaptó la teoría a los discursos y vivencias de los participantes y no al revés, es decir, adaptar las experiencias de estas personas a la teoría. Con apoyo en esta estrategia las conclusiones partieron de la significación conjunta expresada entre las personas participantes y la investigadora.

Finalmente, cada una de las sesiones se organizó bajo esta perspectiva de la investigación, para brindarles un sentido equiparable a los conceptos que se manejaron en la sección teórica de la investigación.

A continuación se presentan las diferentes conclusiones que surgieron en cuatro sentidos en esta investigación: a) el patrón fenomenológico de personalidad, b) la Terapia Gestalt en la comprensión del VIH, c) reflexiones acerca de la situación actual de los participantes d) aportaciones hechas a la Psicología con este estudio, e) reflexiones acerca de la investigación.

### *a) El patrón fenomenológico de personalidad de las PVV'S participantes*

#### Características generales

En esta investigación participaron dos personas portadoras del Virus de la Inmuno Deficiencia Humana, un hombre y una mujer con distinto periodo diagnóstico, que excede a los diez años. Ambos son mayores de los cuarenta años y se encuentran actualmente con tratamiento antirretroviral. Ella es madre de dos hijos adolescentes, proviene de una familia de escasos recursos, donde el único sostén económico fue la madre, y él vive con una pareja del mismo sexo, su familia siempre ha estado en una situación económica desahogada, siendo el padre, de profesión arquitecto, el proveedor y la madre ama de casa.

#### Patrón fenomenológico de personalidad

Como se comentó al desarrollar el capítulo cuatro, Kalichman (1998), Najera (1995 citado en Hernández 2000), y Valverde (1996) señalan ciertas reacciones que se presentan en las PVV's al conocer de su resultado positivo, sin embargo, poco es la importancia que se ha dado a las actitudes y comportamientos previas a la notificación (exceptuando las sexuales considerada vía directa de transmisión), y es en este sentido que los resultados son reveladores al

considerar las actitudes y formas en que las PVV's se sitúan frente a distintas problemáticas, crisis vitales y al relacionarse con el resto de las personas, y aquí de nuevo no es casualidad que estén ligados a una *historia de constantes reacciones* de ansiedad, de insomnio, nerviosismo, y aislamiento, pues como se ha mencionado el hecho de la infección es una más de las distintas manifestaciones de un patrón de personalidad.

Sobre la base de los bloqueos de la experiencia que se tomaron desde el marco teórico para considerar la personalidad (desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia, fijación y retención) surgieron los siguientes resultados generales.

Se encontró que las dos personas en el curso de su vida cotidiana han conformado un patrón repetitivo de experiencias significativas desde la temprana infancia con estrecha relación, eventos impactantes de la vida familiar, y de los cuales la enfermedad que padecen es sólo una de tantas expresiones.

La presencia del *Virus de Inmuno Deficiencia Humana* incorpora distintos aspectos de los cuales quizá el menos considerado hasta el momento sea la relación de las características de personalidad desarrolladas en el contexto de una historia de vida, las mismas que parecen ser un caldo de cultivo para la aparición del virus.

A continuación se describen los elementos característicos del patrón fenomenológico de personalidad encontrados desde la perspectiva de la Terapia Gestalt.

Es importante aclarar que las personas expresaban este patrón y bloqueos en el ciclo de la experiencia sin hacer referencia necesaria al término como tal, y que son presentados con orden a la marcada importancia que los participantes les otorgaron en el desarrollo de las sesiones y no en el orden de desarrollo del ciclo de la experiencia gestalt que se enmarca en el apartado teórico.

### **Retroflexión:**

Lo expresado por los participantes en las sesiones se corresponde con el bloqueo de la retroflexión del ciclo de la experiencia gestalt en lo referente al *rechazo* y *daño* que han recibido de los *otros*, constituyéndose en temas fenomenológicos principales, y dirigiendo las conductas, y actitudes pertinaces contra *sí mismos*.

Así mismo la ausencia de la figura *paterna*, (en el caso de Adela física y en el de Miguel emocional), es tan impactante dada la falta de ejemplos de cómo

*defenderse* y cuidarse a sí mismos, que al correr de los años han incorporado a su personalidad y a su trato diario el ejemplo contrario, el de la tutela materna, de quien recibieron cargas desmedidas y exigencias de diversos tipos. Siendo al parecer ahora ellos mismos los encargados de *maltratarse, dañarse y ponerse en riesgos* constantemente.

En distintas formas fueron caracterizados por sus padres, desde la infancia como *diferentes* al resto de sus hermanos, depositándoles distintas responsabilidades. Esta cualidad de ser *diferentes* es representada en grado máximo con una *inversión de la apariencia sexual*, siendo Adela una mujer sumamente masculinizada, con la expresión física de unas manos con venas exaltadas y brazos musculosos, que isomórficamente, encuentra lo femenino como motivo de burla. En el caso de Miguel esto se manifiesta en la preferencia homosexual, aun cuando refiere que su padre era el clásico macho mexicano.

Estas actitudes de *desobediencia* intermitentes terminan por expresarse en la toma de decisiones aceleradas y perjudiciales como un medio también para atraer la atención y el interés de quienes les rodean, dado el escaso valor que percibieron tener desde la temprana infancia y que creen tener, en Adela esto es visible al casarse para salir de la casa y llevarle así la *contraria a su madre* y con Miguel por no ser el hijo que su madre quería, es decir, heterosexual, casado y con hijos. El VIH mismo, al ser una enfermedad mortal se convierte en una rebeldía contra la vida.

La raíz etimológica de *virus* está asociada a lo tóxico y al veneno, por lo que no es de sorprender, que las PVV's, como lo indica su historia de vida, hayan estado rodeadas de distintos venenos, siendo el VIH la última forma de atentar contra su propia vida, pues ambas, siendo portadoras de una enfermedad considerada *mortal*, desde etapas de su vida previas a la infección se sentían sumamente atraídas por la muerte, llegando incluso a atentar contra su vida, ya sea a través de intentos explícitos de suicidio, en el caso de Miguel con su adicción al tabaco y a la coca-cola que de hecho el identifica como "*sus venenos*", u optando en otras ocasiones por un maltrato sutil y prolongado como las autoexigencias y sobreexplotación laboral.

En este sentido el sistema autoinmune se ve también afectado por el desgaste físico y emocional producido por las múltiples exigencias laborales a que se someten las PVV's que pese a estar enteradas de su situación de riesgo vital redoblan esfuerzos agresivos contra su salud, so pretexto de su *muerte inminente*.

Otro elemento muy importante del patrón de personalidad de los PVV's participantes es la represión del *enojo* como emoción básica de la defensa

orgánica y psíquica, que de forma natural permite la demarcación de límites que confirman su identidad y la protección de los abusos, al no ser dirigida a estos fines saludables termina siendo ejercida sobre sí mismos, Es decir, que permanentemente intentan negar esta emoción en lugar de darle el cause de solución adecuado a las situaciones que lo provocan, siendo la más clara manifestación la gastritis aguda posterior a episodios de sus continuas de *explosiones* coléricas como la única forma en que se permiten esta emoción.

### **Deflexión:**

Desde esta perspectiva la presencia del VIH es una firme llamada de atención que además señala las claves para un cambio de rumbo saludable y a favor de la vida, permitiendo actuar a ese sistema inmunológico que es constantemente reprimido y desgastado de diversas formas entre las que es posible mencionar como relevante, la *pasividad* constante en cuanto a la satisfacción de sus necesidades, gustos y la misma expresión de sus sentimientos y emociones teniendo como contrapartida una actividad física desmedida que cumple por lo menos dos funciones distintas: una, la de continuar maltratándose, llenándose de múltiples actividades que no les dejan de un momento de descanso o que puedan dedicarse a ellos mismos, y dos, como una forma de *distraerse* de sus problemas e insatisfacciones en lugar de *enfrentarlas*. Con Adela es relevante el uso contradictorio de sus expresiones emocionales mostrándose la mayoría del tiempo en apariencia risueña para tapar su enojo. Y con Miguel al llenarse de diplomados y cursos importantes para equilibrar la poca importancia con que se trata.

En el otro extremo de esta pasividad en cuanto a las necesidades personales esta las actividades múltiples que en el caso de Adela tienen que ver con el negocio que atiende, y al que dedica la mayor parte de su día, desde las primeras horas de la madrugada hasta entrada la noche, los deberes de la casa, y la atención de sus dos hijos. Por su parte Miguel además de contar con varios diplomados, trabajar en su consultorio dental, en una agencia de viajes y mantener una apretada agenda social, cuida de su hermana menor. Es decir, para ambos es muy fácil llenarse de actividades y ocupaciones extenuantes sin que se dediquen algunos momentos para la relajación.

### **Proyección:**

Este patrón de su dinámica familiar ya atenta de hecho contra el sistema inmunológico al desactivar su defensa como límite activo ante esas demandas de los *otros*. Es decir, que continúan percibiendo demandas en el resto de las relaciones, confundiéndolas con las que establecieron con las figuras paternas,

sin notar siquiera el trato que se otorgan a sí mismos y que no es muy diferente. Sus mundos, a partir de las experiencias familiares tempranas, comenzaron a generalizarse y percibirse como básicamente dañinos, venenosos. Quedándose en el fondo experiencial el daño y maltrato propios. Adela percibe en los hombres que se le acercan la intención de aprovecharse de ella, de la misma manera que Miguel ubica las intenciones de sus hermanos.

### **Confluencia:**

No obstante y aunque en general rehuyen el contacto con el resto de las personas por las exigencias a que les someten, están listos para captar su atención y reconocimiento al ofrecerles su apoyo. Es decir, se dan a los demás a manos llenas, aun cuando esto afecte intereses personales, gastando sus energías y recursos. Sin embargo, son sumamente estrictos consigo mismos, enfatizando así las *crueldades* del mundo que les rodea.

Además, al rehuir dicho contacto se *aíslan* a sí mismos, ya sea físicamente, o bien mediante el uso de distintos *disfraces* dirigidos al resto de las personas y con el cual pueden aparentar ser sociables, bromistas, alegres y perseguir de una forma inauténtica la aceptación de los demás.

### **Protoflexión:**

Un complemento importante de la retroflexión consiste para los participantes en brindar distintas atenciones a quienes les rodean con la esperanza de obtener la recompensa del reconocimiento y el afecto del que han carecido. Desgraciadamente para el cumplimiento de tal objetivo han tenido que demostrar que son capaces y que no necesitan de los demás, viéndose atrapados en un círculo vicioso que los mantiene dentro de la percepción de ser *rechazados* ó *apestados*, como lo expresa Miguel.

### **Introyección:**

La adopción de las normas familiares relativas a la obediencia se da mediante el uso de la fuerza y no mediante un acuerdo o anuencia, un ejemplo muy claro es el cuidado de los hermanos y en el caso específico de Adela el de las labores hogareñas, y con Miguel la petición explícita de su madre antes de morir acerca de la unión familiar que dejaba en sus manos. Aunque ambos encuentran molestia en dicha normatividad se mantienen al tanto de que se cumpla.

Otra de las normas de importancia, y que se corresponde con este bloqueo del ciclo de la experiencia, en lo que respecta al sistema inmunológico, fue la *represión del descontento* e inconformidades, que les mantiene en una actitud de sumisión ante las decisiones de los demás que les afectan tan sólo para buscar una salida posterior de formas más violentas contra sí mismos.

### **Fijación:**

En los dos casos referidos en el presente trabajo de investigación resulta revelador, que tanto Adela como Miguel hayan experimentado tan de cerca el *rechazo y segregación* por parte de sus propias familias a edades muy tempranas, cuando estaban aun muy lejos de tener *prácticas sexuales de riesgo* que les llevasen directamente a la infección. A este respecto la Terapia Gestalt las refiere como *situaciones inconclusas*, mismas que mediante la repetición constante buscan un cierre. Siendo así que el rechazo que experimentaron cuando niños es, en la edad adulta como portadores del virus, el *estigma de la discriminación*.

### **Retención:**

Se encontró que al ser señalados por sus padres como *diferentes*, ya sea por características físicas como sucedió con Adela, por ser *morena*, o por ser el menor de los hijos varones como sucedió con Miguel, quien era el *príncipe*. Estos sellos distintivos les señalaron en principio del resto de los hermanos y posteriormente durante el desarrollo de sus vidas esta diferenciación se prolongó en la compulsión *repetitiva* al *aislamiento* como estrategia para librarse de diversas exigencias del medio a las que *no podían resistirse*, de la misma manera en que no lo pudieron hacer cuando eran pequeños y no contaban con las posibilidades de hacerlo.

### **Desensibilización:**

Al bloquear la sensibilidad a sensaciones externas o internas, impiden la posibilidad de vivir experiencias nuevas, pero también de sentirse agredidos por sus propias acciones. Miguel es quien se expresa mayormente en lo que la Terapia Gestalt considera *desensibilización* (Kepner, 1992). Es pues que desensibilizados al abuso propio pueden continuarlo.

### *b) La Terapia Gestalt en la comprensión del VIH.*

Es importante, dada la imposibilidad de disminuir a corto plazo el número de personas afectadas por el VIH con las actuales estrategias, tener presentes alternativas de comprensión que les permitan recuperar la salud desde una comprensión particular del sentido del virus en sus vidas y acerca de las conductas y actitudes que le han dado lugar.

De igual manera desde esta comprensión fenomenológica, también es posible dimensionar las limitaciones de las actuales campañas preventivas puesto que la sola distribución de información ha resultado insuficiente de acuerdo a las alarmantes estadísticas mundiales.

En contraposición, los aspectos médicos que hasta la fecha continúan acaparando tanto la atención como los recursos, a pesar de los probados efectos secundarios que acompañan a la terapia antirretroviral invasiva para el organismo, y siendo incluso poca la importancia que se confiere a cualquier otra alternativa, de tal modo que son pocos los autores que confieren importancia a tales efectos colaterales de la terapia antirretroviral, entre estos encontramos a Hernández, G. (2002) quien menciona: alta concentración de azúcar, colesterol, triglicéridos, presión sanguínea, lipodistrofia, daño hepático, gástrico, renal, pancreático y a la misma *médula ósea*, donde curiosamente se genera la defensa del organismo. Por lo que es cuestionable que el uso de los medicamentos mejore la calidad de vida cuando acarrea otras problemáticas tanto o más importantes que el daño del virus mismo.

Adicionalmente, desde épocas ancestrales, a la medicina se le ha conferido gran importancia por su ingerencia en el mantenimiento de la salud; Sin embargo, en la actualidad junto con el avance en las tecnologías médicas se ha llegado al punto de hacer creer y sentir no sólo a quienes viven con VIH sino a quienes padecen cualquier enfermedad crónica que el médico es el único *especialista*, y

quien tiene las respuestas y soluciones únicas en lo que al cuerpo se refiere, cuando el responsable de su propia vida es cada persona. Lo anterior señala la escisión de la *experiencia personal*, por una parte encontramos lo físico, el cuerpo con sus enfermedades y síntomas y por otra lo emocional, el sentir, lo psicológico, para lo cual también tenemos especialistas, desvirtuándose así nuestra experiencia como un ser humano *total* e integral que *siente*, con sus sentidos y con toda la emotividad de su psique. Que experimenta cada momento a cada día con millones y millones de reacciones hormonales, químicas y de transmisión de impulsos eléctricos, las cuales se encuentran integradas a complejos procesos psicológicos de emoción, de actitud, de aprendizaje, de *personalidad*.

Por ello, encuentro que la atención que se ha brindado dentro del modelo médico resulta superficial, reduccionista e insuficiente, al considerar a la persona infectada como un dato más de las crecientes estadísticas de la pandemia, concentrando los esfuerzos en el *síntoma inmediato* que es preciso atender, llámese sarcoma de Kaposi, tuberculosis, diarrea, o herpes, más que en la persona con una historia de vida y un contexto en el que la enfermedad cumple con una función específica.

Así mismo, el modelo de consejería que acompaña las pruebas de detección del VIH se caracteriza de igual manera por ser *paliativo\**, es decir, se enfoca en recabar y ofrecer información acerca de las prácticas de riesgo de transmisión sexual únicamente, dejando de lado los *patrones de personalidad*, de los cuales la práctica de riesgo específica es sólo la punta del iceberg, y ante lo cual, además se encuentran sumamente limitadas en su efectividad las posibles intervenciones con finalidad preventiva

Desde la perspectiva de la Terapia Gestalt se da un encuentro persona-persona en una experiencia crítica de la vida como lo es verse afectado por el VIH, que se retoma como crisis de crecimiento emocional, permitiéndole a quien realice el trabajo con estas personas además de compartir las experiencias, facilitar una profundización de su *sentido personal* y la relación con la actitud que tiene no sólo hacia las prácticas sexuales de riesgo sino hacia su vida misma. Así tenemos que, la Terapia Gestalt brinda una oportunidad crucial para cuestionar las actuaciones dirigidas a la propia salud y no sólo un espacio libre de expresión catártica.

---

\* Paliar, viene de palliare, significa tapar, encubrir, disimular la violencia de ciertos procesos.) (Diccionario Porrúa de la Lengua Española, 1992).



Sus raíces filosóficas existenciales y fenomenológicas permiten considerar a quienes viven con el virus como personas dueñas no sólo de sus experiencias sino también de sus cuerpos, acciones y actitudes, lo que lleva a un cambio significativo de perspectiva, pues dirige la mirada a la responsabilidad sobre la propia vida y lo que se quiere para ella, siendo más allá de un objeto sobre el que se aplican distintos tratamientos, (ante los que se permanece en una expectación *pasiva*, esperando a que el otro sea quien haga por mí), el responsable directo, lo que por un lado contribuye a mantener la imagen del médico como especialista y por otra continúa atrofiando el sistema inmunológico ya de por sí debilitado por la dinámica familiar, y cuya finalidad es la *actividad* misma, una actividad a favor de la salud.

Es así, que la invitación distintiva de la Terapia Gestalt está en el *darse cuenta* de aquello que hacemos, como parte de un *patrón de personalidad*, para desarrollar enfermedades específicas, de la actitud hacia nuestra propia vida que dirige paso a paso nuestro encuentro con ellas, es decir, que no surgen de manera azarosa sino que siguen parámetros *isomórficos* paralelos en los niveles físico y psicológico. En este sentido más que el nombre de esta enfermedad, *Virus de la Inmuno Deficiencia Humana*, es la descripción fisiológica la que concuerda como un reflejo al otro lado del espejo del aparato psíquico. Es importante subrayar que este trabajo no descarta los importantes logros y avances en el ámbito médico, por el contrario busca complementarle de forma integral al señalar la importancia de considerar al ser humano como un ser integral. Así pues, dentro de este patrón fenomenológico de personalidad, hablar de VIH es hablar de una *defensa* disminuida, en todos los sentidos, de un sistema inmunológico encargado de la protección que se encuentra *agotado*.

Para profundizar en las razones de tal agotamiento y *revertirlo* es preciso tomar en cuenta la historia de vida y su expresión fenomenológica de las experiencias particulares de quienes se infectan a fin de que se percaten de lo que han hecho y continúan haciendo día a día en demérito de su propia salud y bienestar y para que sean participes también de la *recuperación* de su sistema inmunológico.

El uso de los experimentos vivenciales, parte distintiva de la Terapia Gestalt, permitió la puesta en marcha de los procesos interactivos que caracterizan a la personalidad, dentro del contexto de vivir con VIH, así como descubrir la asociación con las experiencias vitales, de forma creativa, y atendiendo a las prerrogativas subrayadas por las personas.

c) *Reflexiones acerca de la situación actual de las personas participantes*

Al mismo tiempo que los experimentos vivenciales hicieron posible identificar el patrón fenomenológico de personalidad para cumplir el objetivo de la investigación, brindaron claves para las PVV's acerca de la forma en que contribuían a su enfermedad y consecuentemente sobre los cambios necesarios para contribuir a su salud. El despertar de estos *darse cuenta* sobre las situaciones inconclusas que sacaron a flote (de fondo a figura) los experimentos vivenciales los permitieron plantearse una nueva dirección de las conductas, actitudes y comportamientos a partir de la re- experimentación de sí mismos.

Esto queda de manifiesto en las modificaciones que comenzaban a implementar en distintos aspectos, de los cuales destacan:

#### Laboral:

Ambos disminuyeron las horas de trabajo, dejando Adela incluso de trabajar los sábados para dedicarlos al descanso, y retomar sus estudios de belleza, con la intención de cambiar el negocio de la comida por una estética, pues considera que ya no le exigirá tanto de su tiempo y energía. Miguel disminuyó su participación en la agencia de viajes, atendiéndola sólo ocasionalmente y pone en marcha sus aspiraciones de acercarse a la naturaleza y a su padre al dar pasos para lograr su sueño de un rancho en Chiapas. Es decir, se dieron pasos decisivos en la consecución de sus intereses profesionales, en áreas distintas a las que se vincularon en virtud de la costumbre familiar.

#### Entretenimiento y autocuidado:

Aun cuando el número de las sesiones fue reducido, los participantes iniciaron el cambio de rumbo en un interés genuino de *autocuidado y protección*, mismos que anteriormente esperaban pasivamente recibir de los demás, como por ejemplo: darse la oportunidad de disfrutar de distintas actividades y gustos personales que se negaban previamente, dando muestras creativas de recuperar ante sus propios ojos su valor como personas, atendiendo a sus necesidades.

Ambos incluyeron en su actividad diaria espacios dedicados enteramente a su distracción, ya sea leer un libro o caminar como hizo Adela, o iniciarse en la actividad física, y en el caso de Miguel fue notable también la disminución de hábitos dañinos como el de fumar, el consumir bebidas alcohólicas y comida chatarra, además de levantarse más tarde.

#### Expresión emocional:

Comenzaron a manejar las circunstancias que les eran irritantes, afrontando las circunstancias problemáticas de sus vidas en lugar de evadirlas, manifestándose estas actitudes en una disminución de los cuadros de gastritis aguda, presión alta, gripa, trastornos de ansiedad, insomnio, resfriados y relajamiento muscular.

Al darse cuenta de que las actitudes que encontraban constantemente en el resto de las personas eran actitudes propias las relaciones que comienzan a permitirse se caracterizan por la afirmación de su identidad como seres humanos, permitiéndose la expresión de ideas, emociones y actitudes en ausencia de disfraces.

De esta forma en la medida en que fue evidente el origen de su agresividad, se mostraron más atentos a la expresión oportuna de sus inconformidades, siendo capaces de negarse a las solicitudes de los demás. A este respecto fue notable: la decisión de Adela de devolver a la sobrina que vivía con ella con su madre, y en Miguel abandonar el papel de organizador de las reuniones familiares. Ambos comentaron lo notorio para sus familiares de su actitud más agradable y el interés por el cuidado que comenzaban a darse a sí mismos. Adela se permitió expresar su molestia a su madre por la forma en que la trataba, también fue notable la modificación de su expresión facial, de apariencia mucho más cálida y su arreglo personal más femenino (cambio de colores oscuros por colores pasteles, rosas y azules claros), y Miguel se permitió pasar más tiempo con su padre y expresarle su afecto con demostraciones físicas como besos y abrazos, logrando una mejoría notable en su comunicación.

#### Recuperación del sistema inmunológico:

Hay que destacar los efectos sumamente importantes en cuanto a la *recuperación* del sistema inmunológico y disminución de la carga viral al nivel de *indetectabilidad*, con base en las mediciones de linfocitos CD4 y su relación con la carga viral\* al comienzo del trabajo de investigación y al final.

En el caso de Adela, pese a no tener la posibilidad de recuperar sus estudios previos, debido a los trámites requeridos por el INER, la institución que la atiende, reportó nunca antes haber obtenido un resultado de indetectabilidad.

Es importante mencionar que para ambos la *medicación* ya estaba presente desde por lo menos 2 años antes, sin haber obtenido resultados relevantes en ninguno de los parámetros antes señalados. Cabe destacar en cambio la presencia de efectos secundarios como irritabilidad gástrica, y alteraciones en presión sanguínea.

---

\* El conteo de CD4 es el indicador de defensas orgánicas y el conteo de carga viral refiere el avance del virus en el organismo.

En el caso de Miguel si se tuvo el acceso a los resultados de sus conteos desde fechas anteriores al inicio de esta investigación. Observándose en lo relativo al CD4 un aumento de 649 al iniciar la investigación y llegando hasta 800 al final de la misma. Con respecto a la carga viral el conteo previo al inicio de la investigación reveló encontrarse en 242, para alcanzar la indetectabilidad sesiones antes de finalizar, resultado que se ha mantenido constante.

Estas evidencias muestran que aunque el objetivo de la investigación fue describir el patrón fenomenológico de personalidad es posible utilizar métodos que además cumplan una finalidad de salud mucho más importante y ética que la obtención de conocimiento.

Dados los cambios mencionados se coincide con Latner (1978) al considerar a la personalidad como un proceso dinámico en creación constante; un rítmico ir y venir de figura- fondo en el que pueden surgir tanto aspectos agradables como desagradables.

#### *d) Aportaciones hechas a la Psicología con este estudio.*

Una importante aportación del presente trabajo está pues en ofrecer una alternativa de prevención del VIH-Sida retomando las experiencias de vida de las propias personas afectadas, que inciden en la formación de la personalidad desde edades muy tempranas, y que deja, como lo muestra el presente trabajo, una marca indeleble a través del tiempo por vía del aprendizaje de actitudes y comportamientos.

Esto es posible en principio por medio del trabajo directo con las familias, para romper con la repetición de estos patrones de *estigmatización, explotación física y emocional y represión de las defensas* de los hijos. Es importante, hacerles sentir su *valor* y potenciar su *fuerza, autocuidado y protección* con los ejemplos y atenciones de los padres, ante la toma de decisiones en beneficio de su propia salud, pues como se ha manifestado la trascendencia de los modelos familiares tiene un alcance a largo plazo que no se queda únicamente en el nivel de lo psicológico sino que forma parte de la salud holísticamente considerada.

Una importante aportación está en la importancia de superar el abismo entre las intervenciones médicas y las psicológicas, en torno al VIH y a otras enfermedades, pues entre más mortales parecen más inaccesibles a la Psicología. En este sentido cabe destacar la sorpresa de los médicos que atendían a Adela y Miguel ante los resultados y en el caso de Adela que tuviera en principio que ocultar su participación en esta investigación. Por ello fue de

mi interés dar a conocer las experiencias compartidas con las PVV'S que aquí participan así como el abordaje de este diseño de investigación.

También es una aportación sobre un tipo de investigación que no se ha realizado en nuestra comunidad zaragozana, tanto por el método utilizado, como por la amplia información ofrecida respecto a las experiencias previas de las PVV'S, que parecieran no existir para la mayoría de las aproximaciones, si no hasta que se enteran de que están infectadas. Por ello en esta investigación he considerado a la investigación cualitativa como una disciplina cuyo criterio de verdad radica, más que en los datos, en la aplicación del conocimiento y en las experiencias de las personas.

He considerado la investigación cualitativa como una de las bases de esta propuesta al demostrar el interés en los datos por sus cualidades, por lo que ocurre en cada uno de ellos y no tanto por sus cantidades. Así como en la comprensión y no en la etiquetación o explicación.

En este trabajo he propuesto un conjunto de métodos de distintos enfoques para la comprensión del VIH en particular y pueda ser empleado para la comprensión de personas con enfermedades distintas. Resultando en una propuesta integral que señala las posibilidades de la investigación e intervención como un proceso continuo, tal como lo refiere González Rey (1996), en una ética colaborativa y de recuperación en el interés por la persona y su salud. Cuando la investigación cualitativa está ligada a problemas o necesidades específicas, el científico se convierte en una especie de investigador/terapeuta que intenta producir resultados utilizables en las situaciones cotidianas, más allá del escenario de la investigación. En este sentido la calidad de esta investigación la considero no desde una adecuación particular de ver a la ciencia sino por la contribución a la comprensión de las PVV's de sí mismos y su enfermedad.

Durante mi experiencia en esta investigación recibí distintas "sugerencias" respecto al hecho de la imposibilidad de hacer investigación e "intervención" al mismo tiempo. En este sentido cabe destacar que se asumió la postura planteada por González Rey (1996) y Kvale (1996) respecto a que en la investigación cualitativa el investigador, con su sola presencia y la utilización de un escenario artificial, ejerce influencia, por lo cual no es posible hablar de una *neutralidad*.

Así, lo que prevaleció en el presente trabajo fue la continuidad entre la investigación- intervención, de acuerdo a la ética en la que los beneficios fuesen mayores para los participantes, en la medida que se hicieron productivos los darse cuenta surgidos en las sesiones, en una situación de vida ó muerte, como lo es la presencia del VIH.

Otras de las “sugerencias” versaron en torno a la estrategia de recolección de los datos, que decían que tendría que seguirse alguna de las estrategias ya conocidas y aparecidas en la literatura, o incluso siguiendo formatos de tesis ya presentadas y creo que esto es algo que ha afectado a la Psicología, pues para realizar investigación cualitativa hay que adaptar el método de acuerdo a lo que se va a estudiar y no al revés, contraviniendo su sentido de búsqueda y propuesta de nuevas herramientas dinámicas que enriquezcan la generación del conocimiento, especialmente en lo tocante al estudio de la personalidad que no se trata de un proceso estático.

#### e) *Reflexiones acerca de la investigación*

Desde el enfoque fenomenológico de la Gestalt y las posturas de González Rey (1996) y Kvale (1996) el investigador no es sólo un espectador pasivo de lo que acontece ante sus ojos, sino que también se reconoce como actor interactuante, con una intencionalidad propia, como en toda labor científica, que ya es una modificación del mundo objetivo. Como una persona pues, con una experiencia que le caracteriza, con una historia de vida, debe estar al tanto de esa intencionalidad, para que haga posible el método fenomenológico de “poner entre paréntesis” sus prejuicios, que no es lo mismo a decir que no existen, en favor de una descripción pormenorizada y metódica del cómo aparecen las cosas para esa persona cuya experiencia se investiga.

Este proyecto fue de grandes oportunidades; la primera de ellas demostrarme que podía hacerlo sola y enfrentar mis múltiples temores, así como el esfuerzo de llevar la Psicología a territorios no sólo criticados e incomprensidos sino, de la misma manera en que las PVV’s lo harían después con sus propios darse cuenta, considerar al VIH de una manera distinta y creativa que no fuese superficial, como enseñar las conductas *saludables*, sino que reportara beneficios apreciables en la salud por vía de un trabajo emocional intenso y personal. Sino siendo yo también capaz de aprender de sus experiencias y sus esfuerzos como personas que existen mucho antes que el virus.

El compromiso fue muy grande especialmente por las implicaciones éticas hacia la salud y la vida de quienes entusiastamente aceptaron participar, siendo prioritario retomar la enseñanza de la enfermedad y el sentido fenomenológico de su presencia, atendiendo a la historia de vida de las personas con quienes trabajé, como una forma de aprender y compartir experiencias con ellas que se hizo extensiva a mí misma, y motivo de *reflexión*, no sólo de la ética de los estrategias y técnicas, pues aun como investigadora al momento de plantear los

experimentos vivenciales, me encuentro ahí como ser humano con una serie de experiencias vitales que llaman también a la congruencia, como una forma de identificar mis propias actitudes y conductas dañinas, asociadas también a la presencia de distintas enfermedades, asociadas también a los virus, lo que plantea otro asunto interesante y es la coincidencia entre *mis propios patrones de personalidad* y el interés en el estudio del VIH por lo que puedo decir que no se trata nuevamente de una casualidad sino que existe un nexo fenomenológico.

Es una conclusión adicional pues, que el trabajar desde el enfoque de la Terapia Gestalt me permitió no sólo percibir al *otro* sino considerarme a mi misma, es decir, que al tiempo que compartí sus experiencias de vida, estas se convirtieron en una motivación constante para hacer lo propio y atender mi propia salud y crecimiento, señalados por las enfermedades y síntomas.

## LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las virtudes de esta investigación, que es al mismo tiempo una limitación, es la que respecta a la presencia del factor de *subjetividad*, este es un punto importante para aquellos investigadores que buscan la equiparación de las ciencias humanas con las ciencias exactas. No es posible omitir pues, este elemento, o se estaría perdiendo una característica fundamental de los participantes.

Otra limitación se refiere a la preferencia de los casos por sobre una muestra estadísticamente representativa. Evidentemente el tema de estudio sugirió la preferencia de casos por sobre una muestra de carácter cuantitativo en virtud de la profundidad y de cuestiones logísticas como la distribución y coordinación de tiempos y espacios disponibles, así como la organización y manejo de un número mayor de datos.

Dentro de las limitaciones relativas a las características de los participantes, que es importante considerar, es que ambos participantes sobrepasan los diez años de vivir con el diagnóstico, lo que ya revela un elemento subyacente de sobrevivencia, mismo que, resultaría interesante evaluar si se encuentra presente en personas recientemente diagnosticadas.

Además, ambos ya seguían tratamiento antirretroviral, desde por lo menos dos años antes de su participación, manteniéndose presente de principio a fin de la investigación con distintas dosis, enfatizándose una disminución hacia el final, por lo que no es posible valorar el efecto de las sesiones por sí mismas (puesto que no fue parte del objetivo inicial). Así, será importante replicar el estudio considerando condiciones que permitan determinar claramente la influencia de la Terapia Gestalt en la recuperación del Sistema Inmunológico, esto podría realizarse con personas vírgenes a tratamiento antirretroviral, o con el otro caso extremo, personas que manifiesten resistencias a los tratamientos farmacológicos existentes.

Por estas características no es posible realizar comparaciones o generalizaciones estadísticas. Sin embargo, las descripciones matizadas de estos casos estudiados tienen valor intrínseco, lo cual constituye una de las fortalezas de la investigación cualitativa para la producción de conocimiento. A este respecto también es de suma importancia hacer extensiva esta investigación a distintas enfermedades que aquejan a la población en la actualidad, tal es el caso del cáncer, la diabetes, y la artritis, sólo por nombrar a algunos y donde el empleo de la *fenomenología* permita a quienes las padecen recuperar la salud y bienestar.



## REFERENCIAS

1. Aguilera, M. & Blanco, M. (1987). Investigación cualitativa, características, métodos y problemática. Su repercusión sobre la investigación en educación especial. Madrid: Ministerio de educación y ciencia.
2. Anderson, C. & Malbach, E. (1996). Predicting condom use in African American STD patients: The role of two types of outcome expectations. *Journal of applied social psychology*, 17 (26), 1495-1509.
3. Basso, D. (1991). *Sida, responsabilidad de todos*. México: Lumen.
4. Baumgardner, P. (1989). *Terapia Gestalt, teoría y practica Fritz Perls, una interpretación*. México: Concepto.
5. Becker, E. (1979). *El eclipse de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
6. Beisser, A.(1989). Teoría paradójica del cambio. En J. Fagan & I. Shepherd (comps.), *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 82-85). Buenos Aires: Amorrortu.
7. Bermúdez, B. (1999). *Género, identidad de la mujer y construcción social en terapia*. México: Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
8. Bogdan, R. Y Taylor, S. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
9. Borja, G. (2001). *La locura lo cura, manifiesto psicoterapéutico* México: Cuatrovientos 2da. edición.
10. Buber, M. (1995). *El yo- tú*. Madrid: Caparrós.
11. Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt, enfoque centrado en el aquí y ahora*. España: Herder.
12. Castro,R; Eroza, E; Orozco,E; Manca,M; & Hernández, J. (1997). *Estrategias de manejo en torno al VIH/sida a nivel familiar*. Salud Pública de México.

13. Choi, K. Assembling the AIDS Puzzle: Epidemiology. En Gong V.& Rudnick N., (1987). *AIDS, Facts and Issues*. New Brunswick: Rutgers University Press.
14. Ciambrone, D. (2003). *Women's experiences with HIV/AIDS, mending fractured selves*. Nueva York: The Haworth press.
15. Cinencio, F.(1997). El zen en la mirada. En López, J. (comp.), *Zen, acupuntura y psicología*. (pp.84-98). México: CEAPAC/ Plaza y Valdés.
16. Corres, P. (2001). *Alteridad y tiempo en el sujeto y la historia*. México: Fontamara.
17. Dalhke, R. (1999), *El mensaje curativo del alma. la enfermedad como mensaje del alma* México: Océano.
18. Dartigues, A. (1981). *La fenomenología*. España: Herder.
19. Dethlefsen y, T. & Delahke, R- (2004) *La enfermedad como camino*. Barcelona: Plaza Janés
20. Diccionario Porrúa de la Lengua Española. (1992). Preparado por Raluy, A. México: Porrúa.
21. Dilley, J.Pies, C. y Helquist, M. (1990). *Face to face, a guide to aids counseling*. (2a ed.). California: AIDS Health Project.
22. Dossey, L. (1992). *Tiempo, espacio y medicina*.(2ª.ed.).Barcelona: Kairós
23. Dumoulin, H. (1982). *Encuentro con el budismo*. Barcelona: Herder.
24. EJ Muñoz Martínez depto.de fisiología biofísica y neurociencias cinvestav IPN, jmunoz@fisio.cinvestav.mx disponible en: <http://www.elementos.buap.mx/num67/pdf/19.pdf>
25. Fadiman, J. y Frager, R. (1999). *Teorías de la personalidad*. México:Oxford.
26. Fagan,J. & Shepherd,I.(1989). *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica*. Argentina: Amorrortu Editores.
27. Fan, H; Conner, R. & Villarreal, L.(2000). *AIDS, science and society* (3a.ed). Sudbury, Massachussets: Jones and Bartlett publishers.
28. Fujiwara, E. (1998). *El zen y su desarrollo en México*. México: Plaza y Valdés.

29. Gatell, J. (2001), historia natural de la infección por VIH-1 en Faura, T. *VIH-sida, una guía para los cuidados de enfermería*. Barcelona: ROL.
30. Gatell, J.; Clotet, B; Podzamczar, D; Miró, J. & Mallolas, J.(1992). *Guía práctica del sida, clínica, diagnóstico y tratamiento* (2a.ed.). Barcelona: Ediciones científicas y técnicas Masson- Salvat.
31. Gehart, D; Ratliff, D. & Randall, R. (2001). *Qualitative Research in Family Therapy: A Substantive and Methodological Review*. Journal of Marital and Family Therapy 27 (2), 261-274.
32. Gibrán, J. (2001). *El loco, lágrimas y sonrisas, la procesion*. México: editores Mexicanos Unidos.
33. Ginger, S. & Ginger, (1995). *La Gestalt una Terapia de Contacto*. México: Manual Moderno.
34. Gong, V.& Rudnick, N., (1987). *AIDS, Facts and Issues*. New Brunswick : Rutgers University Press.
35. González Rey, F. (1996). *Problemas epistemológicos de la Psicología. La Habana: Academia*.
36. González Rey, F. (2000). *Investigación cualitativa en Psicología, rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.
37. Greenberg, E. (2002). *Love, admiration or safety: a system of gestalt diagnosis of borderline, narcissistic, and schizoid adaptations that focuses on what is figure for the client*. (En red). Disponible en <http://www.g-gej.org/6-3/diagnosis.html>.
38. Haseltine, W. & Wong, S. (1988). Biología molecular del SIDA. Investigación y ciencia. *Investigación y Ciencia, diciembre*, 22-31.
39. Heidegger, M. (1991). *El ser y el tiempo*. Madrid:F.C.E. Trad. José Gaos.
40. Hernández, G. (2002). *SIDA, Esperanzas e interrogantes desde la esencia de lo humano*. Puebla: Unigrafic.
41. Hernández, L.(2000). *Intervención psicológica a familiares de pacientes con VIH/ sida*. Tesis de licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala, UNAM.México.
42. Heyman, I. & Fahy, T. (1992). Koro-like symptoms in a man infected with the human immunodeficiency virus. *British Journal of psychiatry. Enero*.160, 119-120.

43. Hoffman, M. (1996). *Counselling clients with HIV disease, assessment, intervention and prevention*. Nueva York: The Cliford press.
44. Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: Mc Graw Hill.
45. Husserl, E. (1992). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.
46. Irwin, A; Miller, J; Fallows, D. (2004). *Sida global: verdades y mentiras*. Barcelona: Paidós.
47. Jacob, E. (1987). *The traditions of the qualitative research: a review*. Review of educational Research. 51, 1-50.
48. Jaspers, K. (1985). *Filosofía de la existencia*. Barcelona: Planeta-agostini.
49. Joslyn, M.(1990). Figura-fondo: Gestalt-zen. En Stevens, J. (comp.), *Esto es gestalt, colección de artículos sobre terapia y estilos de vida gestálticos* (pp.231-248). Santiago de Chile: cuatro vientos.
50. Jung, C. (1977). *Relaciones entre el yo y el inconsciente*. Barcelona: Paidós.
51. Kepner, J. (1992). *Proceso corporal, un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México; Manual Moderno.
52. Kierkegaard, S. (1984). *El concepto de la angustia*, Madrid. Hyspamérica.
53. Kierkegaard, S. (2004). *Tratado de la desesperación* . Buenos Aires: Leviatán.
54. Kirkpatrick, B. (1990) *AIDS, sharing the pain, a guide for caregivers*. New York: Pilgrim Press.
55. Koffka, K. (1973). *Principios de psicología de la forma*. Buenos Aires: Paidós.
56. Kohler, W. (1967) . *Psicología de la configuración*. Madrid: Morata.
57. Krishnamurti, J. (1962). *El silencio creador*. México: Krishnamurti.
58. Krishnamurti, J. (1993). *Últimas pláticas en Washington*. Barcelona: Edhasa.
59. Krishnamurti. J. & Bohm, D., (1996). *Más allá del tiempo , Kairós*, Barcelona.
60. Kübler- Ross, E. (1997). *Sida, el gran desafío*. (1a Reimpresión). México: Planeta Mexicana

61. Kùbler-Ross, E. (2002). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Mondadori.
62. Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Londres: Sage.
63. Lao-tze,(1977). *tao-te-king*. La nave de los locos: México.
64. Latner, J. (1978). *El libro de la terapia gestalt, una guía holista de la terapia, principios y técnicas de la terapia gestalt, según las enseñanzas de Frederick S. Perls y otros*. México: Diana.
65. Latner, J. (1999). *Fundamentos de la gestalt* (2a ed). Santiago de Chile: Cuatrovientos.
66. Lazarus, A. (1981). *The practice of multi-modal therapy, systematic, comprehensive, and effective psychoterapy..* Historia clínica multimodal, traducida y adaptada por Palacios (1985). Mc Graw Hill Book.
67. Magis,C., Bravo, E., Anaya,L y Uribe, P. (1998), *La situación del SIDA en México a finales de 1998* en Sida-ets vol.4 numero 4. pp.143-154.
68. Maglio, F. (1992), Sida: ¿es necesario un nuevo enfoque?. En P. Cahn, A. Casiró, K. Goodkin, F. Maglio, D. Maldavsky, C. Mangone, B. Noguero, M. Pagano, H. Pérez, S. Soriano, A. Sumay, (Aut.). *Psida*. (pp.213-223). Buenos Aires: Paidós.
69. Mann, J & Tarantola, D. (1996). *Aids in the world, global dimensions, social roots and responses*. N.Y: Oxford University.
70. Martínez, C. (2005). *Aprendizaje holístico vivencial en la formación de futuros psicólogos desde una perspectiva gestáltico-fenomenológica*. México: Tesina de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.
71. Martínez, M. (2000), *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico práctico*. México:Trillas. 3ra. reimp.
72. Merleau-Ponty, M. (1995). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: península.
73. Muma,R; Lyons, B; Borucki, M; & Pollard, R. (2000) *Manual del VIH para profesionales de la salud*. México: Manual Moderno.
74. Naranjo, C. (1991). *La vieja y novísima gestalt, actitud y practica*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

75. Nilsson, L. & Ross, M. (1999). *Coping with HIV, infectious, psychological and existential responses in gay men*. Nueva York: Kluwer academic/plenum publishers.
76. Palacios, P. (2006). *Fenomenología de la enfermedad en la investigación cualitativa*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.
77. Perls, F. (1975). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
78. Perls, F. (1975). *Yo, hambre y agresión: los comienzos de la terapia gestaltista*. México: Fondo de Cultura Económica.
79. Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.
80. Petit, M. (1987). *La terapia gestalt*. Barcelona :Kairós.
81. Polster, E. & Polster, M. (1991). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
82. Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística conceptos fundamentales y trasfondo*. Barcelona: Herder.
83. Reid, E. (1995). *HIV & AIDS, The global inter-connection*. Connecticut,.Kumarian Press, UNDP.
84. Reyes, T. (1999). *Métodos cualitativos de investigación: Los grupos focales y el estudio de caso*. Forum empresarial. 4 (2) 75-87.
85. Richardson, D. (1990). *La mujer y el sida*. México: Manual moderno.
86. Salama, H. & Castanedo, C. (1991). *Manual de diagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México: Manual Moderno.
87. Salama, H. (1996). *Gestalt de persona a persona*. vol. 1. México: CGM.
88. Salama, H. (2001). *Psicoterapia gestalt, proceso y metodología*. México: alfaomega.
89. Sartre, J. (2004). *El ser y la nada: ensayo de ontología y fenomenología*. Buenos Aires: Losada.
90. Schnacke, A. (1995). *Los diálogos del cuerpo, el enfoque holístico de la enfermedad*. México: Cuatro Vientos.

91. Schnake, A. (2002). *La voz del síntoma, del discurso médico al discurso organísmico* (2ª ed). Santiago de Chile: Cuatrovientos.
92. Silin, J. (1992). *School- based HIV-AIDS education: in there safety in safer sex?*. USA: Teachers Collage Press.
93. Simbolismo de la sangre, disponible en: ([www.cyberfaith.com/proclaiming\\_faith.cfm?reading\\_id=333&language=sp&book=](http://www.cyberfaith.com/proclaiming_faith.cfm?reading_id=333&language=sp&book=))
94. Spagnoulo, M. (2002). *Psicoterapia de la gestalt, hermenéutica y clínica*. Barcelona :Gedisa.
95. Sumay, A. (1992). El nuevo malestar. En P. Cohn, A. Casiró, K. Goodkin, F. Maglio, D. Maldavsky, C. Mangone, B. Noguero, M. Pagano, H. Pérez, S. Soriano, A. Sumay, (Aut.). *Psida*. (pp.207-211). Buenos Aires: Paidós.
96. Szilasi, W. (1959). *Introducción a la fenomenología de Husserl*. Buenos Aires: Amorrortu.
97. Vallejo,O; Navarro,S; Del rio,C; Avila,C;Santos,J. (1995). El trabajador de la salud y la consejería sobre el VIH y Sida. *Salud Pública de México*, 6 (37), 636-642.
98. Valverde,J (1996). *Vivir con la droga :experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida*. Madrid: Pirámide.
99. Viney, L., Allwood, K., Stillson, L. y Walmsley, R. (1992). Personal construct therapy for HIV seropositive patients. *Psychotherapy*, 3, 430-437.
100. Vivas, M. (1993). *Masculinidad*. Tesis de Licenciatura en Etnología. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
101. Weller, S. (1995). Los jóvenes y el SIDA: un enfoque epistemológico atento a la subjetividad. *Anuario de investigaciones argentina*, 4, 390-397.
102. Wikipedia Enciclopedia disponible en: <http://es.wikipedia.org>.
103. Wormser, G. (2004). *Aids and others manifestations of HIV infection (4ed)*. Oxford: Elsevier academic press.
104. Yontef, G. (1997). *Proceso y diálogo en gestalt, ensayos de terapia gestaltica*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

## ANEXOS

### HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: \_\_\_\_\_.

Núm. Expediente: \_\_\_\_\_.

#### I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: \_\_\_\_\_.

2.- Dirección: \_\_\_\_\_.

Delegación: \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_.

3.- Teléfono: (por el día) \_\_\_\_\_ (por la tarde) \_\_\_\_\_

4.- Edad: \_\_\_\_\_ 5.- Ocupación: \_\_\_\_\_

6.- Sexo: \_\_\_\_\_ 7.- Por quién fue referido: \_\_\_\_\_.

8.- Estado civil (encierre en un círculo):

a) Soltero – a      b) Separado – a      c) Comprometido – a

d) Viudo – a      e) Divorciado – a      f) Casado – a

g) Unión Libre      h) Se ha vuelto a casar? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

9.- Tipo de Vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios)      SI ( )      NO ( )

b) ¿Quiénes la habitan? \_\_\_\_\_

#### II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:

---

---

---

b) Por favor, estime la severidad de su (s) problema (s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.



- 1.- Levemente inquietante
- 2.- Moderadamente severo
- 3.- Muy severo
- 4.- Extremadamente severo
- 5.- Totalmente incapacitante

c) ¿Cuándo empezaron sus problemas? (de fechas si es posible)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) ¿ A qué atribuye sus problemas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos

\_\_\_\_\_

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- a) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_.
- b) Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_.
- c) Hermanos: Número de hermanos: \_\_\_\_\_. Edades: \_\_\_\_\_.  
 Número de hermanas: \_\_\_\_\_. Edades: \_\_\_\_\_.
- d) Padre: ¿Vive? \_\_\_\_\_, si es así su edad es: \_\_\_\_\_.  
 Ocupación es: \_\_\_\_\_.  
 Su salud es: \_\_\_\_\_.  
 ¿Murió? \_\_\_\_\_, si es así dé la edad de él al morir \_\_\_\_\_ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? \_\_\_\_\_.
- e) Madre: ¿Vive? \_\_\_\_\_, si es así su edad es: \_\_\_\_\_.  
 Ocupación es: \_\_\_\_\_.  
 Su salud es: \_\_\_\_\_.  
 ¿Murió? \_\_\_\_\_, si es así dé la edad de él al morir \_\_\_\_\_ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? \_\_\_\_\_.
- f) Religión cuándo era niño \_\_\_\_\_ de adulto \_\_\_\_\_  
 Creyente/Practicante
- g) Educación: ¿Cuál es su último grado escolar? \_\_\_\_\_.  
 Indique sus fuertes y debilidades académicas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.
  - 1) Infancia feliz    2) Mojar la cama    3) problemas emocionales y de conducta
  - 4) problemas escolares    5) problemas familiares
  - 6) Fuertes creencias religiosas    7) Problemas médicos
  - 8) Abuso de Alcohol    9) Infancia infeliz    10) Tartamudez

- 11) Problemas legales
- 13) Terrores nocturnos
- 15) Chuparse el dedo

- 12) Abuso de drogas
- 14) Comerse las uñas
- 16) Temores o miedos

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO (Rol correspondiente o no a la edad)

---



---



---



---



---

- i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_ ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? \_\_\_\_\_  
 ¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual? \_\_\_\_\_ si contesta negativamente por favor explique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su ingreso quincenal? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto gasta a la quincena? \_\_\_\_\_
- j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son sus ambiciones presentes? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores Biológicos.

#### IV. CONDUCTA:

- a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas del Comer | 12. Problemas de sueño          |
| 2. Tomar drogas        | 13. Correr riesgos              |
| 3. Vomitar             | 14. Flojera                     |
| 4. Conductas extrañas  | 15. Desidia                     |
| 5. Beber en exceso     | 16. Reacciones impulsivas       |
| 6. Intentos suicidas   | 17. Pérdida de Control          |
| 7. Compulsiones        | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. Fumar               | 19. Fobias, miedos o temores    |
| 9. Aislamiento         | 20. Conducta agresiva           |
| 10. Tics nerviosos     | 21. Llorar                      |

11. No conserva el trabajo  
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO \_\_\_\_\_

22. Otros

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a

\_\_\_\_\_

c) ¿Qué le gustaría hacer más? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría hacer menos? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría dejar de hacer? \_\_\_\_\_

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? \_\_\_\_\_ Si es así diga ¿ Cuáles son? \_\_\_\_\_

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- |               |                 |              |
|---------------|-----------------|--------------|
| 1. Enojado    | 5. Temeroso     | 9. Aburrido  |
| 2. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 10. Contento |
| 3. Deprimido  | 7. Feliz        | 11. Excitado |
| 4. Ansioso    | 8. Infeliz      | 12. Otros:   |

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

a) Enliste sus cinco miedos principales:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? \_\_\_\_\_

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? \_\_\_\_\_

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? \_\_\_\_\_

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? \_\_\_\_\_

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? \_\_\_\_\_

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado \_\_\_\_\_

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir como me siento ahora, diría que: \_\_\_\_\_

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso -a es \_\_\_\_\_

- Una de las cosas por las que me siento culpable es \_\_\_\_\_

- Me siento de lo más feliz cuando \_\_\_\_\_

- Una de las cosas que más triste me pone es \_\_\_\_\_

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo \_\_\_\_\_

- Me enojo muchísimo cuando \_\_\_\_\_

## VI. SENSACIONES FÍSICAS

a) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Mareo                     | 2. Dolores de Cabeza       |
| 3. Palpitaciones             | 4. Espasmos Musculares     |
| 5. Tensión Muscular          | 6. Breves Desmayos         |
| 7. Escuchar cosas            | 8. Ojos llorosos           |
| 9. Ruborización              | 10. Problemas de la piel   |
| 11. Boca seca                | 12. Incapaz de relajarse   |
| 13. Problemas Intestinales   | 14. Hormigueo              |
| 15. Entumecimiento           | 16. Malestar estomacal     |
| 17. Tics                     | 18. Fatiga                 |
| 19. Dolor de espalda         | 20. Temblores              |
| 21. Dolores de Pecho         | 22. Disgusto al ser tocado |
| 23. Pérdida de la conciencia | 24. Sudoración excesiva    |
| 25. Problemas visuales       | 26. Problemas de audición  |
| 27. Activado o con energía   | 28. relajado               |
| 29. Descansado               | 30. Otras _____            |

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Historia menstrual

Edad al primer período \_\_\_\_\_ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? \_\_\_\_\_

¿Es usted regular? \_\_\_\_\_ fecha del último período \_\_\_\_\_

duración \_\_\_\_\_ ¿Padece de malestares? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? \_\_\_\_\_

si es así, explique \_\_\_\_\_

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? \_\_\_\_\_

¿Cuáles displacenteras? \_\_\_\_\_

c) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	_____	_____
-alegría	_____	_____
-tristeza	_____	_____
-ansiedad	_____	_____

### VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.

1. Imágenes sexuales placenteras
2. Imágenes de infancia infeliz
3. Imágenes de desesperanza
4. Imágenes agresivas
5. Imágenes de ser lastimado
6. Imágenes no enfrentando problemas
7. Imágenes de aliento exitoso
8. Imágenes sexuales displacenteras
9. Imágenes de soledad
10. Imágenes de seducción
11. Imágenes de ser amado
12. Imágenes hiriendo a otros
13. Imágenes que va cayendo
14. Imágenes de que es atrapado
15. Imágenes en que se burlan de uno
16. Imágenes perdiendo el control
17. Imágenes de ser perseguido
18. Imágenes en que hablan de uno
19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto
20. Otras. \_\_\_\_\_

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? \_\_\_\_\_

c) Describa la imagen o fantasía más placentera \_\_\_\_\_

d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro \_\_\_\_\_

e) Describa los sueños más frecuentes \_\_\_\_\_

f) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? \_\_\_\_\_

Descríbalas \_\_\_\_\_

g) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? \_\_\_\_\_

¿En qué? \_\_\_\_\_

### VIII. PENSAMIENTOS

a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

Ae : 1. Soy un don nadie

Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad

D : 1. La vida es vacía

D : 2. No hay nada que valga la pena

D : 3. La vida es un desperdicio

b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Ac1. ambicioso                       | Ac2. ingenuo                              |
| Ac3. sin valor                       | Ac4. valioso                              |
| Ac5. perseverante                    | Ai6. poco atractivo (imagen corporal)     |
| Ac7. lleno de penas                  | Ac8. no puedo hacer nada bien             |
| Ac9. malo                            | Ac10. leal                                |
| D11. desesperanzado                  | O12. culpable                             |
| Ac13. confuso                        | Ac14. optimista                           |
| Ac15. considerado                    | O16. celoso                               |
| O17. sin amor                        | Ac18. bueno para el trabajo               |
| AI19. atractivo                      | O20. conflictuado                         |
| Ac21. con problemas de memoria       | AC22. confiable                           |
| O23. envidioso                       | Ac24. ideas suicidas                      |
| Ai. 25 feo ( imagen corporal)        | Ac26. inteligente                         |
| Ac27. loco                           | Ac28. con problemas para tomar decisiones |
| Ac 29. inútil                        | Ac30. con buen sentido del humor          |
| O31. con pensamientos horribles      | Ac32. honesto                             |
| Ac33. degenerado                     | Ac34. sensible                            |
| Ac35. con problemas de concentración | Ac36. seguro                              |
| Ac37. estúpido                       | Ac38. indeseable                          |
| Ac39. incompetente                   | Ac40. inadecuado                          |
| Ac41. desviado                       | Ac42. cometo muchos errores               |

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca?

d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos

e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar, de acuerdo a la siguiente escala

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

-No debo proporcionar información personal	1	2	3	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	1	2	3	4	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	1	2	3	4	5
-No merezco ser feliz	1	2	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	2	3	4	5

Expectativas:

a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? \_\_\_\_\_

b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? \_\_\_\_\_

c) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? \_\_\_\_\_

d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? \_\_\_\_\_

e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? \_\_\_\_\_

f) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que \_\_\_\_\_
- Toda mi vida \_\_\_\_\_
- Desde que yo era niño-a \_\_\_\_\_
- Es difícil para mí admitir que \_\_\_\_\_
- Una de las cosas que no puedo perdonar es \_\_\_\_\_
- Una ventaja de tener problemas es \_\_\_\_\_
- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es \_\_\_\_\_

#### IX. RELACIONES INTERPERSONALES

##### 1. Familia de origen

a) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ¿desde qué edad? \_\_\_\_\_ ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

b) Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) \_\_\_\_\_

c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente)

d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? \_\_\_\_\_  
¿ desde qué edad? \_\_\_\_\_

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? \_\_\_\_\_

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? \_\_\_\_\_  
¿desde qué edad? \_\_\_\_\_

d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? \_\_\_\_\_

¿por quién? \_\_\_\_\_

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos \_\_\_\_\_

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? \_\_\_\_\_

g) ¿Sus padres lo comprendieron? \_\_\_\_\_

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? \_\_\_\_\_

i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar \_\_\_\_\_

j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus patrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? \_\_\_\_\_

k) ¿ Quién es la persona más importante en su vida? \_\_\_\_\_

## 2. Amistades

a) ¿hace amigos fácilmente? \_\_\_\_\_, ¿conserva la amistad? \_\_\_\_\_

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo u en qué circunstancias? \_\_\_\_\_

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría \_\_\_\_\_

- Molestia \_\_\_\_\_

d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)

1. Muy relajado
2. Relativamente confortable
3. Relativamente incómodo
4. Muy ansioso

e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? \_\_\_\_\_

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación \_\_\_\_\_

f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? \_\_\_\_\_

g) ¿ Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? \_\_\_\_\_

## 3. Matrimonio o relaciones de pareja

a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos? \_\_\_\_\_

b) ¿Hace cuanto que están juntos? \_\_\_\_\_

c) ¿Qué edad tiene su pareja? \_\_\_\_\_

d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? \_\_\_\_\_

e) Describa la personalidad de su pareja \_\_\_\_\_

f) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:

1. incompatible
2. poco compatible
3. regularmente compatible
4. compatible



5. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	5
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5
C) ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	3	4	5
D) DINERO	1	2	3	4	5
E) COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
F) SEXO	1	2	3	4	5
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL	1	2	3	4	5
H) INDEPENDENCIA PERSONAL			1	2	3 4
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA	1	2	3	4	5
J) FELICIDAD GENERAL	1	2	3	4	5

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO \_\_\_\_\_

---

---

---

---

g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? \_\_\_\_\_

---

---

---

h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

\_\_\_\_\_, si es así indique cuál \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida? \_\_\_\_\_

1. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

b) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? \_\_\_\_\_

c) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? \_\_\_\_\_

d) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? \_\_\_\_\_

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo?

\_\_\_\_\_ o ¿en relación a la masturbación? \_\_\_\_\_

si es así, por favor explíquelo \_\_\_\_\_

f) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? \_\_\_\_\_

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual

---

---

---

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora

\_\_\_\_\_

2. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? \_\_\_\_\_

Si es así, por favor descríbalo \_\_\_\_\_

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es \_\_\_\_\_

- Puedo fastidiar a alguien a través de \_\_\_\_\_

- Una madre debería \_\_\_\_\_

- Un padre debería \_\_\_\_\_

- Un verdadero amigo debería \_\_\_\_\_

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja \_\_\_\_\_

Su mejor amigo (a) \_\_\_\_\_

Alguien que no lo quiera a Ud. \_\_\_\_\_

d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo \_\_\_\_\_

## X. FACTORES BIOLÓGICOS

a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico

\_\_\_\_\_

c) ¿Come en forma balanceada? \_\_\_\_\_

d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? \_\_\_\_\_

e) ¿Practica alguna actividad relajante? \_\_\_\_\_

f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración?

\_\_\_\_\_

h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor

\_\_\_\_\_

- i) ¿Cuántas horas de sueño tiene? \_\_\_\_\_
- j) Elija cualquiera e las situaciones que se apliques a Ud.. tachando en la columna correspondiente:

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana				
2. tranquilizantes				
3. sedantes				
4. aspirina				
5. cocaína				
6. analgésicos				
7. alcohol				
8. café				
9. cigarros				
10. narcóticos				
11. estimulantes				
12. alucinógenos				
13. diarrea				
14. constipación				
15. alergias				
16. presión alta				
17. presión baja				
18. problemas cardiacos				
19. náuseas				
20. vómitos				
21. dolores de cabeza				
22. dolores de espalda				
23. no poderse dormir				
24. despertarse temprano				
25. despertar durante la noche				
26. problemas de piel				
27. poco apetito				
28. comer en exceso				
29. comer porquerías				

- k) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, ESPECIFIQUE CON UNA **P** SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA **M** SI ES MATERNA.

- |                              |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas de tiroides     | 8. problemas gastrointestinales |
| 2. problemas renales         | 9. alcoholismo                  |
| 3. asma                      | 10. problemas de próstata       |
| 4. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma                    |
| 5. diabetes                  | 12. epilepsia                   |
| 6. cáncer                    | 13. dolor de cabeza             |
| 7. problemas de presión      | 14. otros: _____                |

alta o baja \_\_\_\_\_

l) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas)

\_\_\_\_\_

n) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido \_\_\_\_\_

o) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0 - 5 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6 - 10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11 - 15 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16 - 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20 - 25 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26 - 30 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31 - 35 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

36 - 40 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41 - 45 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46 - 50 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51 - 55 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

56 - 60 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

61 en adelante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA:

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Psicóloga Angélica Molina se encuentra realizando la investigación "Patrones Fenomenológicos y VIH" con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida A.C. y la asesoría de la Mtra. Patricia Palacios Castañón (experta en Psicoterapias existenciales de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM). La finalidad de dicho trabajo consiste en retomar la experiencia cotidiana de quienes viven con VIH haciendo eco de sus particularidades y generalidades en la generación de nuevas propuestas de obtención de conocimiento, prevención, y desarrollo personal.

Para ello se realizará una entrevista y dinámicas vivenciales que serán video y audiograbadas y se empleará un pseudónimo con el fin de respetar la identidad del participante. Los datos así obtenidos se analizarán cualitativamente sin que sean empleados de forma distinta al proyecto mencionado y serán dados a conocer una vez concluida la investigación.

El abajo firmante otorga su consentimiento para participar de manera voluntaria e informada con la seguridad de que el investigador mantendrá la confidencialidad y anonimato.

Nombre y firma

pseudónimo

Fecha

