



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXIÓN”



LA INCAPACIDAD DE LA DEFENSA DEL SER COMO COADYUVANTE
A LA ARTRITIS REUMATOIDE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CARLA MICHEL GARCÍA ALDRETE

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC.MANUEL MORALES LUNA

COMITÉ: MTRO. SERGIO CARLOS EDUARDO OCHOA ÁLVAREZ

MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

LIC. LETICIA BETANCOURT REYES

MTRA. PAULA ELIZABETH ZAMORA PALOMINO



MÉXICO, D.F.

FEBRERO, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

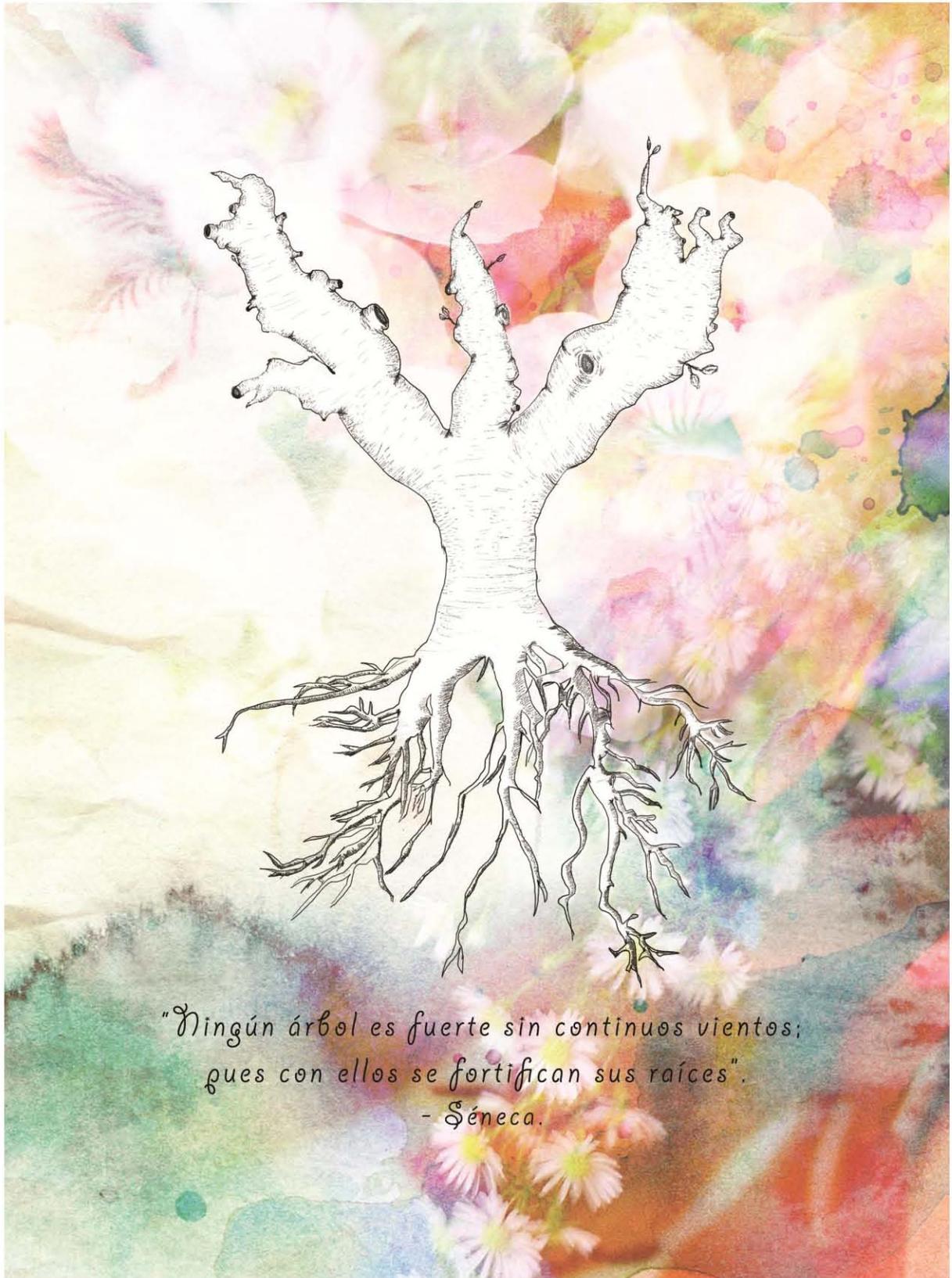


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



*"Ningún árbol es fuerte sin continuos vientos;
ques con ellos se fortifican sus raíces".*

- Séneca.

DEDICO ESTE PEDACITO DE MÍ CON AMOR Y AGRADECIMIENTO:

A esa fuerza superior que a través de lecciones, desafíos y sobre todo aprendizaje me ha dirigido por el camino de la vida que debo y necesito transitar, aun cuando no sea siempre el que yo hubiera elegido emprender.

A la memoria de mi padre: Papito, porque vives en mis actos, palabras, risas, llantos e incluso en mi silencio. Gracias, porque con tu presencia física y ahora espiritual me has acompañado en cada paso que doy, llenándome de amor, protección valentía, fortaleza, coraje y humildad; forjándome como soy.

A mi mejor amiga de toda la vida: Mami, gracias por permitirme ser un reflejo de todo lo maravillosa que eres. Te agradezco por todo el alimento físico y emocional que a lo largo de mi vida me has brindado, por tu cuidado, comprensión, amor y entrega en todo. Siempre juntas☺.

A hermano mapache, mi persona favorita en todo el mundo: Dan, quiero agradecerte porque siempre has estado ahí para mí; para escucharme, aconsejarme, acompañarme, por reírte conmigo y de mí. Sabes, eres mi modelo a seguir y

siempre daré gracias a la vida por tener la dicha no sólo de que seas mi hermano, sino también mi amigo.

A Roberto: Gracias por formar parte de un hermoso capítulo de mi vida, por crecer conmigo física y emocionalmente, por todas las enseñanzas que me dejaste y por permitirte caminar un gran sendero de la vida a mi lado.

A Manuel Morales: Por ser mi profesor, terapeuta, asesor y sobre todo mi amigo. Gracias porque has estado conmigo en momentos cruciales de mi vida, ayudándome a levantarme pero también a dejarme caer cuando ha sido necesario.

A Paty Palacios: Por todas las enseñanzas que me has dejado, tanto académicamente como para la vida. Sin tus aportaciones mucho de este trabajo no hubiera sido lo mismo.

A mi familia extensa, tanto paterna como materna: Porque forman mis raíces, recordándome siempre de dónde vengo y hacia dónde voy. Gracias por todo su cariño y por creer en mí.

A mis primos Lalo, Anahí y Tania: Por ser mis otros hermanitos y mostrarme que puede haber trocitos de la misma locura repartida en distintas cabezas.

A mis mejores amigas Jesy, Liz, Enid y Gato: Gracias por todas las risas, secretos, anécdotas y cariño que me han brindado a lo largo de todos nuestros años de amistad. Forman una parte esencial de mi historia.

A mis amigos y amigas del Hospital Central Militar: Maggie, Dianita, Lau, Eddie, Sandy y Arlette, muchas gracias por adoptarme desde el principio como una de ustedes; por el cariño, los juegos, las bonitas experiencias y a veces hasta los regañones que me han brindado.

A los Monos: Dulce, Letto, Erika, Kari y Xavi, por hacer más felices los momentos de estudio, por sus locuras, ocurrencias y amistad.

A la pequeña Miru-San por la bonita ilustración que me obsequió para iluminar este trabajo y por todos los grandes detalles que siempre tienes hacia mí y nuestra pequeña familia.

A mis amigas del Diplomado: Lili, Lore, Gaby y Rose, les agradezco los dos años en que trabajamos (y jugamos) juntas, por su complicidad y porque me dejaron lecciones de vida que van más allá de lo académico.

A Carmen Aldrete (sabes que te adoro, tía) y a Lulú Soltero: Sin ustedes no hubiera sido posible nada de esto. Gracias por iniciar este proceso de trascendencia tanto para ustedes como para mí.

A todas aquellas personas que han pasado por mi vida y que sin duda me han dejado algo.

AGRADECIMIENTO AL COMITÉ:

A Lic. Letty Betancourt:

Por su apoyo, comprensión y dedicación demostrada a través de sus tan útiles observaciones para mi trabajo de Tesis. Sin sus aportaciones y comentarios este estudio no hubiera logrado estructurarse como finalmente se hizo.

A Mtra. Enriqueta Figueroa:

Por su capacidad de análisis al momento de revisar mi trabajo, la atención otorgada y porque siempre buscó la manera de brindarme su ayuda cuando se la solicité.

A Mtro. Sergio Ochoa:

Por su atención, dedicación y tiempo brindado para atender mi trabajo y dudas sobre el mismo. Sus contribuciones fueron esenciales para lograr mejorar y avanzar en mi Tesis.

A Mtra. Paula Zamora:

Porque desde que la tuve como profesora en la facultad, siempre adoptó con buenos ojos y la mejor disposición mi tema de Tesis. Gracias por sus aportaciones teóricas, además de enseñarme y ayudarme a encontrar que tanto había de mí en el contenido que decidí estudiar.

La incapacidad de la defensa del Ser como coadyuvante a la artritis reumatoide

Índice

Resumen.....1

Introducción.....2

Capítulo I

Artritis reumatoide

1.1 Antecedentes históricos de la artritis reumatoide.....5

1.2 Definición.....7

Capítulo II

Aproximación biomédica

2.1 Diagnóstico.....11

2.2 Tratamientos actuales.....14

Capítulo III

Salud y Enfermedad

3.1 Visión salud- enfermedad desde la perspectiva biomédica.....17

3.2 Nacimiento de la psicología transpersonal.....19

3.2.1 Fundamentos clave de dos enfoques transpersonales: Terapia junguiana y Terapia gestáltica22

3.2.2 Visión salud- enfermedad desde el enfoque transpersonal38

3.2.3 Artritis reumatoide: Función de la enfermedad como símbolo y mensaje.....45

Capítulo IV

Defensa del Ser: función estructurante en la relación padre-hija

4.1 Formación del apego.....	49
4.2 La figura paterna como proveedora de soporte.....	55

Capítulo V

Investigación cualitativa y fenomenología67

Capítulo VI

Metodología.....	71
Resultados.....	74
Discusión.....	94
Conclusiones.....	104
Referencias Bibliográficas.....	107
Anexos.....	114

RESUMEN

A través de un enfoque transpersonal se realizó un estudio de casos, considerando a dos pacientes que padecen artritis reumatoide, con el propósito de entender la enfermedad vista no sólo como un padecimiento, sino como un mensajero que condensa distintos patrones físicos, comportamentales y anímicos. Asimismo, se trabajó con la defensa del Ser como un aspecto vinculado a los introyectos paterno y materno, así como la influencia de la incapacidad de ésta (la defensa del Ser) en el desarrollo del padecimiento de ambas participantes. Por medio de la fenomenología, diversos instrumentos (Historia Clínica, Inventario de Afirmatividad, Inventario de Ideas y Creencias, Inventario de Síndrome Disfórico, Inventario de Fobias, MMPI-2), así como dinámicas gestálticas, se incluyó a las pacientes con el fin de otorgarles un rol activo dentro de la investigación, para promover un cambio de conciencia y por ende comportamental que desemboque en un cambio físico, al lograr relacionar ellas mismas su padecimiento (artritis reumatoide) con su patrón disfuncional.

INTRODUCCIÓN

A través del presente estudio, se revisarán las implicaciones que tiene la incapacidad de la defensa del Ser en el desarrollo de la personalidad de un individuo, en este caso, estará enfocado específicamente en el patrón que con base a dicha incapacidad se desarrolla y que lleva a una persona a presentar una enfermedad autoinmune-sistémica como la artritis reumatoide.

El interés personal por realizar un estudio relacionado con la artritis reumatoide, radica en la convivencia cercana con personas que presentan esta enfermedad, el ser consciente del sufrimiento tanto físico como psicológico que esto conlleva, así como la observación constante y sincrónica del patrón psicológico y comportamental que presentan aquellos que la padecen. Resulta interesante el experimentar en carne propia que al actuar de manera similar (o compartir rasgos de su patrón conductual) a la forma en la que lo hacen quienes ya han desarrollado la artritis reumatoide, algunos síntomas de la enfermedad comienzan a manifestarse. Otro punto importante a considerar fue la incidencia cada vez mayor de dicha enfermedad dentro de la población mexicana [hasta el 2012, investigaciones realizadas demuestran que alrededor del 14% de la población padece alguna de las más de 200 enfermedades reumáticas conocidas (Zermeño, 2008)], así como el escaso número de investigaciones existentes con relación al tema desde un punto de vista psicológico.

El estudio se realizó asentándose en la teoría de la psicología analítica profunda de Carl Gustav Jung, la teoría de Fritz Perls y la terapia Gestáltica como sustentos teóricos de la visión transpersonal, a partir de la cual se tomó como el enfoque de partida y complemento de la visión actual mecanicista que estudia las enfermedades.

A lo largo del desarrollo de este trabajo se indagará en cuestiones tanto alopáticas como psicológicas que se han visto relacionadas con el desarrollo de la enfermedad, buscando el equilibrio entre ambas teorías con el fin de obtener una visión más amplia con respecto a los conceptos que conciernen a las pacientes de acuerdo a su padecimiento; asimismo, se ahondará en los aspectos que se ven relacionados a las características de la defensa del Ser y la manera en que éstas, dentro del patrón de las pacientes se encuentra encaminadas de manera disfuncional.

Se explicará cual es el patrón psicológico de comportamiento y de igual manera, qué partes el propio individuo ha escindido de su ser, dando paso a la enfermedad. Desde la perspectiva transpersonal, el patrón, así como la manifestación corporal del mismo, tales como la somatización, pueden ser modificados e incluso trascendidos, al entenderlos cognitivamente, anímica, conductual y físicamente; es decir, si el mensaje que trae consigo la enfermedad es atendido e integrado por el individuo, la enfermedad puede ser remitida o detener su progresión, pues el paciente logra identificar las partes que no reconocía en sí mismo.

Por otra parte, el presente estudio está conformado por cinco apartados, cuyo contenido será explicado de manera breve, de acuerdo al orden en que se describen. El primer capítulo consistió en tratar lo referente a los antecedentes históricos, así como a la definición de la artritis reumatoide, es decir, remitiendo al lector a las primeras manifestaciones de la enfermedad, así como la manera y características con que ésta se presenta en el ser humano.

Posteriormente, se tratarán los puntos referentes a la aproximación biomédica que se tiene ante la artritis reumatoide, así como su diagnóstico y algunos tratamientos que se aplican actualmente en quienes la padecen.

A lo largo del tercer capítulo, se hablará de la visión de Salud-Enfermedad desde dos perspectivas distintas: la biomédica y la transpersonal, para dar paso a la revisión y análisis de los orígenes de esta última, así como demostrar los fundamentos Junguianos y Gestálticos desde los que parte el presente estudio; finalmente, se desarrollará la manera en la que la artritis reumatoide se manifiesta como mensaje a través del cuerpo.

El cuarto capítulo es tocante a la relación que se forma con las primeras figuras de apego (madre y padre) y a los introyectos adquiridos con relación a estos, asimismo, se presentan las características funcionales que el padre provee para otorgar el soporte necesario para desarrollar la defensa del Ser.

A través del quinto capítulo se mostrará información recabada acerca de la investigación cualitativa, los estudios de casos y una explicación de lo que es el método fenomenológico y el por qué fue elegido para la presente investigación.

Por último, en el sexto capítulo se mostrará la metodología utilizada con ambas pacientes en el estudio, así como los resultados, por medio de los cuales será posible esclarecer y relacionar el patrón psicológico de las participantes (a través de su propia fenomenología) con el desarrollo de la enfermedad. Para concluir se presentará la discusión y las conclusiones obtenidas con base al estudio.

Capítulo I

Artritis reumatoide

1.1 Antecedentes históricos de la artritis reumatoide

"La artritis es a la articulación lo que el reumatismo es al cuerpo entero"
Guillaume Baillou

El presente capítulo tiene como objetivo presentar algunos antecedentes históricos de la artritis reumatoide, con la finalidad de introducir al lector acerca de la antigüedad de la misma y esclarecer que si bien existen testimonios documentados sobre ésta, su estudio ha girado desde tiempos remotos, principalmente desde la visión alopática, con relación a esto y de manera introductoria, se hablará además de la definición que, desde esta perspectiva se conoce acerca de la enfermedad.

Si bien a ciencia cierta, no se conoce con exactitud cuál fue la primera aparición de la artritis reumatoide, la literatura proporciona información acerca de cómo dicho padecimiento ha afectado a la humanidad desde tiempos remotos, demostrando incluso su presencia en animales desde el periodo prehistórico; con relación a lo anterior, en el Museo de Historia Natural de la Universidad de Kansas existe un fósil con artritis vertebral, lo que podría considerarse la muestra más antigua de dicho padecimiento en el esqueleto de un vertebrado (*Platycarpus*: Reptil acuático) que vivió hace 100 millones de años (McCarthy, D.,1987).

Se ha observado artritis de columna en el hombre de Java, que habitó la tierra hace dos millones de años y en las momias de Egipto hace 8,000 años; aunado a esto, se encuentra el papiro quirúrgico de Edwin Smith, perteneciente a la cultura egipcia 1500 a.C., en éste ya se hacía mención de enfermedades identificadas como reumáticas. Durante el Imperio Romano era común la prevalencia de la artritis y se inició el tratamiento con hidroterapia; en Europa, Asia y África, la enfermedad fue prácticamente nula hasta antes del 1600 a.C. Los investigadores creen que se extendió a través del Atlántico durante la Era de la Exploración (Ramos, F., 1980).

Posteriormente, Galeno introdujo la expresión de "reumatismo" para designar un dolor que era causado, según él por uno de los cuatro "humores cardinales" que constituían el organismo humano, y que al estar en combinación defectuosa unos con otros eran eliminados por la sangre, en las numerosas cavidades del cuerpo, incluidas las articulaciones. Al parecer

Galeno (131-201 d.C.) estudió la gota y la artritis sin clasificarla ni delimitarla (Ayán, C., 2011).

Con respecto al concepto de reumatismo como síndrome músculo-esquelético, éste fue utilizado por primera vez en el año 1591, por un médico francés llamado Guillaume Baillou, el cual escribió el primer libro referente al tema, en dicho trabajo el describe a la enfermedad de la siguiente manera: "Todo el cuerpo duele, en algunos el rostro se vacía, el dolor es más severo en las articulaciones, por lo que el más mínimo movimiento del pie, la mano o el dedo son capaces de causar un grito de dolor " (Bjorklund, R., 2010).

Acerca de la presencia de artritis reumatoide en el continente americano, recientemente se han llevado a cabo investigaciones, con el fin de documentar el origen de la enfermedad en dicho continente; en Colombia, por ejemplo, se realizó un estudio con base a ocho familias de guambianos (pueblo amerindio que habita en el departamento del Cauca, Colombia) que padecían artritis reumatoide y encontraron el alelo DRB1 (alelo caucásico), cuya presencia no se había documentado en otros amerindios de Colombia ni de América Latina. Este descubrimiento ha sido de gran importancia, teniendo en cuenta los planteamientos sobre el origen americano de la artritis reumatoide, puesto que ayuda a fundamentar que ésta pudo adquirirse durante el proceso de la colonización (Iglesias, A, 2006).

En contraparte, otras investigaciones sugieren que la enfermedad ha estado presente en el continente americano desde el 8000 a.C., lo cual ha sido fundamentado con una colección paleopatológica de esqueletos humanos que se encuentran preservados en el Museo de Antropología de México: veintiún esqueletos de la era preclásica (Tlatilco, 1400-600 a. C.) con varias erosiones en las articulaciones y cinco esqueletos de la era clásica (Teotihuacán, 200 a. C. a 650 d. C.) con erosiones en la superficie articular, en las cápsulas de inserción del carpo, metacarpo y metatarso. Macroscópicamente, las lesiones fueron simétricas y distinguibles de las erosiones óseas ocasionadas por el paso del tiempo (*Ibidem*).

Como ya se mencionó, la presencia de artritis reumatoide se ha encontrado en distintas culturas del mundo a lo largo de los años y además Carlo Caballero (2007), menciona que dicho padecimiento ha afectado por igual a personajes históricos, como ejemplo de lo anterior, se encuentran algunos como son:

- El pintor Peter Paul Rubens (1577- 1640), el cual padeció una forma de artritis con inflamación en la pleura (pleuritis) y fiebre, sufriendo de recurrentes ataques en un periodo de su vida que fue desde los 40 hasta los 63 años.
- El pintor Pierre Auguste Renoir (1841-1919), él tuvo una forma grave de artritis reumatoide, e incluso fue a causa de complicaciones de la enfermedad que concluyera su vida.
- El flautista Raoul Duffy (1877-1943), éste tuvo su primer ataque de artritis reumatoide a los 60 años y dicha enfermedad lo llevó a estar recluso a una silla de ruedas.
- La cantante Edith Piaf (1915-1963) desarrolló una forma severa de artritis reumatoide a partir de los 30 años. Sus deformidades físicas comenzaron a ser visibles en el escenario, a través de su cojeo al caminar o el movimiento de sus manos al cantar

Otros ejemplos de personajes importantes que han padecido dicha enfermedad son la actriz Katharine Hepburn, el cirujano cardiovascular Christian Barnard, así como los presidentes estadounidenses Thomas Jefferson y Theodore Roosevelt, asimismo, se cree que Cristóbal Colón tenía un tipo de artritis llamada actualmente Síndrome de Reiter (artritis, uretritis y conjuntivitis), e incluso se ha llegado a asociar su llegada a América con el origen de la enfermedad en esta zona (*Ibíd.*).

Si bien, a principios del siglo XX la Reumatología florecía con apenas una decena de enfermedades, entre las cuales figuraban como las más presentes: la Gota, la artritis degenerativa, la artritis reumatoide y la fiebre reumática; en la actualidad se ha logrado separar y precisar alrededor de 200 padecimientos reumáticos (Iglesias, 2006).

1.2 Definición

El término empleado para referirse a las enfermedades reumáticas en las que las articulaciones son la principal área comprometida, es artritis; el estudio de las enfermedades reumáticas incluye fibrosis, fiebre reumática, gota y cualquier otro cuadro que produzca dolor somático, envaramiento o incomodidad (McCarthy, 1987).

La palabra “artritis” proviene de los vocablos griegos arthron (unión) e itis (inflamación), mientras que el término "reumatismo" deriva de la palabra griega *rheumatismos*, la cual designaba un líquido mucoso o catarral considerado maligno y que se

creía que fluía del cerebro a las articulaciones y otras estructuras corporales, produciendo dolor. Toda condición en la cual el dolor o la rigidez de alguna porción del sistema músculo-esquelético estén implicados puede considerarse como enfermedad reumática, esto incluye las enfermedades del tejido conectivo (cuya función primordial es de sostén e integración sistémica del organismo) (*Ibidem*).

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica que se caracteriza por inflamación de las articulaciones, provocando dolor, distintos grados de deformaciones, alteraciones funcionales, atrofia muscular, en ocasiones con compromisos extra-articulares, además de rigidez matinal, fatiga y depresión (Reverson y Felton, 1998; Ballina y Rodríguez, 2000 en Vinaccia, S. y cols., 2005). Asiduamente, puede tratarse de una enfermedad degenerativa que altera también otros órganos y que afecta, en mayor número a mujeres, siendo la edad de inicio, con más frecuencia, entre los 40 y 45 años, existiendo la posibilidad de surgir también en niños y en ancianos (Pérez, 2003).

Existen diversas investigaciones acerca del impacto psico-social y económico de la artritis reumatoide, en México, por parte del IMSS, en donde se ha estudiado la repercusión laboral de las enfermedades reumáticas, demostrando que las incapacidades temporales son mucho más frecuentes en el servicio de reumatología en comparación de otros servicios médicos y quirúrgicos, asimismo las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad permanente. La artritis reumática ocupa el 2º lugar dentro de las enfermedades reumáticas, antecedida por la enfermedad articular degenerativa (Zermeño, A., 2008).

Dado que la sintomatología de las enfermedades reumáticas se localiza en el músculo y en las articulaciones, son de gran importancia las dificultades que produce en cuanto a la incapacidad de los movimientos y el desplazamiento del individuo, además puede manifestarse en una, dos o en todas las articulaciones, dependiendo del tipo de reumatismo que sufra el paciente o de la causa que lo origina. La localización puede hallarse en toda la columna vertebral o únicamente en las vértebras cervicales, dorsales y lumbares, o en las articulaciones grandes, como hombros, rodillas, pelvis y tobillos (Ramos, 1980).

A continuación se muestran algunas de las circunstancias que se consideran para afirmar la presencia de la artritis reumatoide:

Poliartritis de las pequeñas articulaciones	Dolor insidioso e inflamación (ligera o marcada), en las pequeñas articulaciones de los dedos, especialmente en las interfalángicas proximales y en las metacarpofalángicas y, posiblemente en las metatarsfalángicas del pie, así como rigidez matutina que casi siempre es considerable.
Monoartritis de las grandes articulaciones	Dolor e inflamación gradual repentina de una o varias articulaciones grandes como las rodillas.
Poliartritis aguda	Dolor e inflamación repentinos que se acompañan en ocasiones de pirexia (fiebre) y sudoración.
Tenosinovitis persistente	La membranas que recubren los tendones (vainas tendinosas) aparecen inflamadas con mayor tendencia en el dorso de las manos, formando pequeñas "masas" duras o alrededor de las muñecas; se puede presentar con parestesia (hormigueo, adormecimiento) de los dedos debida a la compresión del nervio mediano.
Lesión visceral (sin artritis)	Un derrame pleural (acumulación patológica de líquido en el espacio pleural) puede ser una manifestación reumatoide, antes que se afecten las articulaciones.

Cabe destacar que al presentarse la artritis reumatoide, el sistema inmune se altera y empieza a atacar al propio cuerpo y además, aunque la afectación principal está en las articulaciones, las alteraciones pueden aparecer también en los pulmones o el corazón. El

curso de dicha enfermedad es totalmente impredecible, con períodos de calma que se alternan con otros de exacerbación, los llamados brotes, episodios de inflamación que pueden llegar a dejar secuelas en las articulaciones afectadas y en los que el dolor se intensifica (Fausett 2004 en Redondo y cols., 2008).

En general se tiene la idea de que cierto agente infeccioso, posiblemente un virus sea el que establece una reacción autoinmune en la que intervienen varias formas de antígeno (sustancia que desencadena la formación de anticuerpos y puede causar una respuesta inmunitaria). La reacción de los anticuerpos aqueja de manera desfavorable a las articulaciones sinoviales (éstas son aquellas que tienen mayor amplitud de movimientos, asimismo, son las que unen los huesos de las extremidades con el tronco, los hombros o las caderas) y a varios sistemas, incluyendo la sangre, los vasos sanguíneos, los nervios, los músculos y los pulmones. Los casos en los que se presenta la artritis reumatoide pueden ir desde ligeros, por lo general seronegativos, hasta los más graves, en los cuales la enfermedad es altamente seropositiva, erosiva y multisistémica, provocando en quien la padece un alto número de deformaciones (Golding y Tellez, 1983).

Capítulo II

Aproximación biomédica

2.1 Diagnóstico

Habitualmente, la sintomatología específica de la artritis reumatoide aparece de forma gradual con una afectación poliarticular, especialmente en manos, muñecas, rodillas y pies, y por lo general en forma simétrica. Aproximadamente sólo el 10% de los pacientes tienen un inicio agudo y con la aparición rápida de una poliartritis que suele verse acompañada por sintomatología general que consiste en fiebre, linfadenopatía (hinchazón de los ganglios linfáticos) y esplenomegalia (agrandamiento patológico del bazo) (Choy, E y Panayi G., 2001).

Frecuentemente existen síntomas prodrómicos (síntomas inespecíficos) que anteceden el desarrollo de la enfermedad. Tales como fatiga, pérdida de peso; es frecuente la rigidez generalizada y habitualmente esta rigidez es mayor tras los periodos de inactividad; la sintomatología articular puede presentarse gradualmente y durante esta etapa haber episodios de artritis intermitente antes que se desarrolle la artritis crónica. La afección articular se traduce clínicamente en dolor, rigidez, limitación de movimientos e inflamación. La inflamación sinovial produce tumefacción, sensibilidad y limitación de la movilidad (Grajales, M., 2003).

La artritis reumatoide tiene una distribución universal; la prevalencia global es del 1%, con una máxima del 5–6% en algunas poblaciones indígenas americanos, y una mínima del 0-3% en algunas regiones asiáticas (Majithia, V y Geraci, S.A., 2007).

Si bien su causa es desconocida, se han identificado factores endócrinos, ambientales y genéticos que pueden variar de una población a otra. Obtener una prevalencia (número de casos de una enfermedad o evento en una población) de artritis reumatoide en México ha sido un reto secundario a los problemas metodológicos que dicho estudio representa; sin embargo, se ha estimado que oscila entre el 0.5% y el 1% de la población de adultos presenta dicha enfermedad (Quevedo y cols., 1995)

En México, la relación hombre-mujer es de 1:2.5. Se presenta con mayor frecuencia de los 40 a los 60 años, con un pico para las mujeres entre los 45 y 54 años, mientras que en los hombres se observa un aumento progresivo con la edad (Goronzy, J., 2000).

En cuanto a su etiología, se sabe que es una enfermedad autoinmune por la presencia de linfocitos T autoreactivos y anticuerpos. La causa es desconocida y no tiene un agente patógeno específico. Por lo tanto, se propone como una enfermedad multifactorial que involucra aspectos genéticos, inmunológicos y ambientales:

- Factores genéticos: se ven involucrados genes que codifican para los antígenos de histocompatibilidad (HLA) de clase II y el receptor de los linfocitos.
- Factores inmunológicos: La célula T, aunque no es la única que dispara la cascada de eventos clínicos e inmunológicos de la artritis reumatoide, ya que se ha visto la auto reactividad en individuos sanos.
- Factores ambientales: se han sugerido agentes infecciosos, como el micoplasma, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus, rubéola. Los cambios que los virus provocan se podrían ver explicados por la transformación sinovial por virus, los depósitos de antígenos bacterianos en la sinovial y por mecanismos de mimetismo molecular (Delgado, A. y Vega, J., 2006).

Con respecto a la patogenia, se ha visto que más de un factor incide en el proceso inflamatorio a nivel articular en el individuo genéticamente dispuesto. La activación de células T es esencial para que inicie del proceso inflamatorio a nivel de la sinovia articular y la transformación de la sinovial en “pannus” (Tejido inflamatorio granuloso, de origen sinovial, que recubre el cartílago articular en el curso de ciertas artritis) que es característica de pacientes con artritis reumatoide (Goronzy, 2000).

En el desarrollo de la inflamación de la artritis reumatoide se distinguen tres fases, la primera fase de inflamación sinovial y perisinovial, la segunda fase de proliferación o desarrollo del pannus y la tercera fase de fibrosis y anquilosis (Firestein, G., 1996; Ríos, J., 2002).

En cuanto al cuadro clínico, como la artritis reumatoide es resultado de la inflamación simultánea pero individual de múltiples articulaciones, los síntomas son variados, además de los síntomas extra articulares. Puede afectar cualquier articulación sinovial. A nivel articular,

los signos clínicos incluyen tumefacción y dolor local a la palpación, en ocasiones con aumento de la temperatura y dolor al movimiento y con presencia de rigidez articular matutina.

La artritis reumatoide afecta simultáneamente varias articulaciones, aunque típicamente de manera simétrica, en ocasiones afectando también vainas tendinosas (las situadas alrededor de los tendones). Frecuentemente inicia en las articulaciones de las manos, hombros, pie o carpo (conjunto de ocho huesos que forman el esqueleto de la muñeca). El número de articulaciones inflamadas guarda relación con la gravedad de la enfermedad y el pronóstico funcional, presenta un curso progresivo e invalidante, caracterizado por la presencia de agudizaciones (Delgado, 2006).

De acuerdo con el cuadro clínico se pueden distinguir tres patrones: a) Intermitente: se observa en el 70% de los pacientes; presenta remisiones parciales o completas, b) Con remisiones clínicas prolongadas: en el 20% de los pacientes; a menudo con un sólo brote de escasa duración y c) Progresivo: en el 10% de los pacientes; es el más agresivo de los tres (Goronzy, 2000).

Síntomas como la fatiga, linfadenopatía febrícula y nódulos subcutáneos sugieren que la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica. El término “enfermedad reumatoide” se utiliza cuando hay afectación a otros órganos como son pulmones, ojos, nervios periféricos, vasos y corazón, así como alteraciones hematológicas. El diagnóstico se hace con el conjunto de datos clínicos. También se utilizan datos de laboratorio como apoyo al diagnóstico, en los que se puede observar cambios en la citología como la presencia de anemia normocítica hipocrómica leve o moderada, eosinofilia – cuando la afección es extra articular–, aumento en la velocidad de sedimentación glomerular, presencia de proteína C reactiva y el factor reumatoide, presente en el 70 – 80% de los pacientes, pero no es específica de la artritis reumatoide (*Ibidem*).

En los estudios de gabinete se observan edema de partes blandas, alteraciones de la densidad mineral ósea, disminución del espacio articular cuando hay compromiso del cartílago hialino, erosiones de diferentes tipos, mal alineamiento articular y, en casos severos, se observa destrucción completa de la articulación.

Los criterios diagnósticos más aceptados son los establecidos por el American College of Rheumatology en 1987, donde se establece que se presenta:

- Rigidez matutina articular de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
- Artritis de tres o más áreas articulares; al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (y no sólo crecimiento óseo) observado por un médico. Las 14 posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas (MTF).
- Artritis de las articulaciones de las manos, manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales (IFP).
- Artritis simétrica, con afección simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
- Nódulos reumatoides, subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.
- Demostración de "factor reumatoide" sérico positivo.
- Alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías postero-anteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa, junto a las articulaciones afectadas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio).

Los cuatro primeros criterios deben estar presentes al menos seis semanas. El diagnóstico de artritis reumatoide se hace cuando haya 4 o más criterios (Braun, J y Sieper, J., 2009).

2.2 Tratamientos actuales

Puesto que no existe un tratamiento curativo de la artritis reumatoide, el objetivo terapéutico es obtener el mejor control posible de su actividad, esto implica conseguir una disminución de la actividad inflamatoria suficiente para que disminuya significativamente el dolor, se prevenga o controle el daño articular y se preserve la capacidad funcional para realizar

actividades cotidianas. Las articulaciones de la mano son predominantemente afectadas, lo que impide a los pacientes con artritis reumatoide realizar gran parte de las actividades diarias de la vida humana en las que ésta participa. De ahí la importancia de conservar y/o mejorar la funcionalidad de la mano (Mulero, J., 2004).

El tratamiento de rehabilitación (terapia física y terapia ocupacional) debe iniciarse en la fase precoz de la enfermedad conjuntamente con el farmacológico. Con respecto al tratamiento farmacológico, éste tiene como objetivo prevenir o controlar el daño articular, prevenir la pérdida de la función o la presencia de incapacidad, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida. Se hace una evaluación del paciente con el examen físico y resultados de laboratorio (Sociedad Española de Reumatología, 2007).

Dentro de las terapias estándares actualmente utilizadas, se encuentra la FARME (fármacos modificadores de la actividad de artritis reumatoide), que se dividen en biológicos y no biológicos, ya que tienen la capacidad de disminuir el avance o detener el proceso de la enfermedad subyacente (Heijde, V y Jacobs, J., 1996).

Las estrategias rehabilitadoras ofrecen una alternativa viable al manejo del paciente artrítico, ya que un programa de rehabilitación puede positivamente influenciar el dolor, la movilidad articular y la función y por lo tanto aumentar la capacidad en las actividades de la vida diaria. El último objetivo es asistir al paciente a alcanzar su máximo potencial personal e incluso a mantener la independencia (Grajales, 2003).

Por otra parte, Brotzman y Manske (2012) mencionan que en algunas situaciones, puede ser requerida la cirugía para corregir las articulaciones que sufrieron daño grave. La cirugía puede abarcar:

- Extirpación del revestimiento articular (sinovectomía).
- Artroplastia₁ total en casos extremos; puede incluir artroplastia total de rodilla, artroplastia de cadera, artroplastia del tobillo, artroplastia del hombro y otras.

En cuanto a terapia física el tratamiento incluye: hidroterapia, termoterapia (calor húmedo superficial, la crioterapia, baños de cera de parafina, ultrasonido), electroterapia analgésica (corrientes diadinámicas, iontoforesis, corrientes galvánicas, corrientes interferenciales y TENS [estimulación nerviosa transcutánea]) combinado con ejercicios. En terapia ocupacional es de utilidad el uso de aditamentos y órtesis (férulas) (Mulero, J., 2004).

La artritis reumatoide generalmente requiere tratamiento de por vida que incluye medicamentos, fisioterapia, ejercicio y posiblemente cirugía. El tratamiento agresivo y oportuno para este tipo de artritis puede retardar la destrucción de la articulación (*Ibidem*).

Con respecto a lo anterior y tomando en cuenta que los tratamientos mencionados en este apartado corresponden a una visión alopática tradicional, que trata a la enfermedad desde el plano físico, a lo largo de este estudio se propone entender las implicaciones psicológicas (concernientes a la defensa del Ser) que en la artritis reumatoide se ven involucrados y cómo el entendimiento, así como la modificación de conductas específicas puede modificar el curso del padecimiento.

¹ Operación quirúrgica que tiene por objeto la reconstrucción de una articulación destruida o anquilosada, mediante la resección de las superficies articulares y la interposición de una prótesis para recuperar la función y suprimir el dolor (Brotzman, 2012).

Capítulo III

Salud y Enfermedad

*“Nos enseñaron desde niños cómo se forma un cuerpo, sus órganos, sus funciones, sus sitios.
Pero nunca supimos de qué estaba hecha el alma.”*

Mario Benedetti

3.1 Visión salud-enfermedad desde la perspectiva biomédica

La salud y la enfermedad obedecen a muy numerosas y diversas determinantes, generalmente las más mencionadas son las biológicas, en estos tiempos sobre todo lo concerniente a la genética. Pero son muy importantes también las políticas, económicas y sociales, que a pesar de estar identificadas desde siempre, se colocan generalmente en un segundo plano (Rojas, F., 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946 (en Salleras, L., 1985), define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo tanto, la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Cabe destacar que dicha explicación se conserva sin modificaciones hasta la actualidad. En estos términos, esta definición resultaría utópica, pues se estima que según parámetros mundiales sólo entre el diez por ciento y el veinticinco por ciento de la población mundial se encuentra completamente sana (Mondragón, J., 1999).

La teoría acerca de las enfermedades del hombre (patología) clasifica las afecciones según sus manifestaciones externas, de acuerdo a sus causas, su pronóstico de tratamiento o su evolución espontánea. El concepto básico de este modelo de la medicina, dominante desde el siglo XIX es la etiopatogenia (derivada de los términos griegos *aitía*: causa, culpa; *pathos*: padecimiento, enfermedad; *génesis*: formación, surgimiento). Es a este tipo de pensamiento al que se deben los mayores progresos jamás alcanzados en la historia de la medicina, especialmente en la lucha contra las enfermedades infecciosas a través del descubrimiento de determinadas causas (agentes) y su tratamiento, por ejemplo, mediante antibióticos (Goronzy, 2000).

No obstante, la medicina científica moderna ha dado excesiva importancia a la solución reduccionista y ha llegado a un punto de especialización en que los médicos ya no son capaces de ver la enfermedad como un trastorno de todo el organismo ni de tratarla como tal. Se tiende a tratar determinado órgano o tejido, y esto se suele llevar a cabo sin tener en cuenta el resto del cuerpo ni mucho menos considerar los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad (Capra, 1982). Por otra parte, el autor menciona que mientras la ciencia médica no relacione el estudio de los aspectos biológicos de la enfermedad con la condición física y psicológica del organismo humano y su entorno, esta situación no cambiará.

Cuando se pregunta a los médicos, y esto es frecuente, cuáles son los principales problemas de salud que afectan a la población, contestan con una lista de enfermedades. Es también la respuesta habitual de los no médicos, tal vez influidos por estos. Esta es una respuesta reduccionista, que no va más allá de la enfermedad como fenómeno individual. Es una respuesta influenciada por la tradicional hegemonía del pensamiento médico sobre los asuntos relativos a la salud. Pero no es una respuesta adecuada. Son numerosos y de gran repercusión los determinantes que hoy configuran la salud de las poblaciones (Rojas, 2008).

Menciona M. Ferguson (1994), que los médicos han quedado reducidos a cuestionarios diagnósticos y recetas, el “arte de curar” se ha convertido así en un proceso automático, científico, profesionalizado e impersonal, sin embargo, la relación médico-paciente ha sido siempre la base de la práctica clínica, ésta se sustenta en una serie de principios y valores que comparten los participantes, como son la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad, y en las habilidades del médico para comunicarse con el paciente y para ganarse su confianza (Tena y Hernández, 2005).

No obstante con lo anterior, debe considerarse que al tiempo que la relación yo-tú entre médico y paciente incluya un escuchar lo que la persona quiere decir respecto a su enfermedad, y no prestar únicamente atención a las pruebas objetivas; el médico necesita entender que su actitud es un factor de curación y el ser médico implica fungir como un guía acompañante (Ferguson, 1984).

3.2 Nacimiento de la psicología transpersonal

El propósito de este apartado, es mostrar los antecedentes del enfoque transpersonal con el fin ahondar en su historia y fundamentos, para así entender la definición de lo transpersonal dando pie a la explicación de la manera en que dicho enfoque concibe la enfermedad. Asimismo, se explicará la manera en que desde dicha visión es percibido el ser humano, así como la estrecha relación que éste tiene tanto para enfermarse como para brindarse salud, al conocer aspectos de distintas esferas de su vida que desencadenaron su padecimiento, el por qué y el para qué de la enfermedad.

El origen de esta corriente se remonta al año de 1966, momento en el que un grupo de editores del *Journal of Humanistic Psychology*, detectaron la tendencia, tanto en su publicación y en general en el movimiento humanista americano, a interesarse por un conjunto de experiencias y fenómenos de la conciencia que consideraban que la psicología corriente no atendía suficientemente. Abraham Maslow y otros colaboradores como Anthony Sutich, comenzaron a hacer declaraciones bajo el concepto de que la auto-actualización no era suficientemente comprehensiva; o señalando: el interés para la psicología de los estados místicos, modificados por consideraciones humanísticas y por la occidental actitud empírica; como fruto de esta constatación surgió la idea de una publicación para la que Maslow propuso el nombre de "Transhumanista", término acuñado por Huxley en 1957 (Walsh, R y Vaugh, F 2003).

Después de seleccionar frente a otras propuestas y tras consultar con Huxley, el 14 de Septiembre de 1967, Maslow, quien recientemente había sido elegido presidente de la American Psychological Association, presentó en sociedad la Transhumanistic Psychology, poco tiempo después, Maslow anunció la puesta en marcha de la revista *Journal of Transpersonal Psychology*, para la que se eligió un Comité de Organización y se repartieron responsabilidades. Posteriormente, a principios de 1968, durante una reunión en la que tomaban parte Abraham Maslow, Viktor Frankl, Stanislav Grof y James Fadiman, vista la oposición que había levantado la elección del término "transhumanista", se recomendó "Transpersonal" como más adecuado para el título de la revista, sugerencia que fue inmediatamente aceptada (*Ibidem*).

No obstante, las discusiones sobre la autoría del término no finalizaron en ese momento, Miles A. Vich, editor del *Journal of Transpersonal Psychology*, señala que Anthony Sutich ya utilizaba el término en 1967 citando como fuente una comunicación de Stanislav Grof, psiquiatra checoslovaco pionero de la investigación con LSD. El escritor y filósofo Dane Rudhyar en *Rhythm of Wholeness*, reivindica el término como de origen junguiano y afirma haberlo utilizado desde 1930 (Rodríguez, F., 2006).

Por otro lado, uno de los biógrafos de William James, R. B. Perry, describe en *The Thought and Character of William James* (1936), el uso del prefijo trans, incluido transpersonal para señalar aspectos que aparecen en el pensamiento transpersonal contemporáneo, se ha mencionado también a Roberto Assagioli, creador de la Psicósíntesis y a Emmanuel Mounier fundador del personalismo, como acuñadores del término (*Ibídem*).

Anthony Sutich, en el primer número del *Journal of Transpersonal Psychology*, propuso la siguiente definición: Transpersonal es el título dado a una fuerza que emerge en el campo de la psicología por obra de un grupo de psicólogos y de profesionales de otros campos, quienes se interesan en aquellas capacidades y potencialidades humanas últimas que no tienen lugar sistemático en una teoría conductista (primera fuerza), en la teoría psicoanalítica clásica (segunda fuerza) ni en la psicología humanista (tercera fuerza). Por lo tanto, la psicología transpersonal (cuarta fuerza) se ocupa específicamente del estudio científico empírico y de la implementación responsable de los descubrimientos pertinentes, del devenir, las meta-necesidades del individuo y de la especie, los valores últimos, la conciencia unitiva, las experiencias cumbre, el éxtasis, la experiencia mística, el temor reverencial, el ser, la autorrealización, la esencia, la beatitud, el prodigio, el sentido último, la trascendencia del sí mismo, el espíritu, la conciencia cósmica, la sinergia del individuo y de la especie, el encuentro máximo interpersonal, la sacralización de la vida cotidiana, los fenómenos trascendentes, la autoironía y el espíritu de juego cósmicos, la máxima toma de conciencia personal, la capacidad de respuesta y expresión, y conceptos, experiencias y actividades relacionadas con todo ello. En cuanto definición, esta fórmula ha de entenderse como sujeta, parcial o totalmente, a interpretaciones individuales o grupales optativas con respecto a la aceptación de sus contenidos como esencialmente naturalistas, teistas, sobrenaturalistas, o de cualquier otra designación clasificatoria (Descamps y cols., 1999).

Una de las principales razones que dieron pie al surgimiento de la psicología transpersonal fue el poder aproximarse a cuestiones que la psicología mayoritaria había marginado debido a una serie de creencias falsas que funcionan como limitaciones para la comprensión de la naturaleza humana, la primera de dichas falsas creencias es que el desarrollo psicológico cesa al acceder a la madurez, creencia que comienza a ser desmentida desde las propias instancias de la psicología evolutiva oficial. La segunda es que la salud psicológica puede ser deducida del estudio de la patología y la tercera, que las experiencias místicas o transpersonales son insignificantes o patológicas (*Ibidem*).

Aunado a estas creencias falsas, la psicología tradicional ha evolucionado con base en los métodos aceptados por la comunidad científica y, como dijo Maslow (en Rodríguez, 2006), cuando la única herramienta es un martillo, todo empieza a parecerse a un clavo. El cientificismo y su soporte filosófico, el positivismo lógico, que se erigen como la única forma válida de producción de conocimiento, han sido un lastre importante para la evolución del saber antro-po-social, empujándole hacia una concepción anticuada de las ciencias naturales. Curiosamente, en el mismo momento que la conciencia era eliminada de la psicología en nombre de la física, esta progresista disciplina volvía a necesitar de la conciencia para formular las leyes de la mecánica cuántica (*Ibidem*).

El término transpersonal fue adoptado después de muchas deliberaciones, para referirse a los informes de personas que practican diversas disciplinas que afectan específicamente a la conciencia y que hablan de experiencias de una extensión de la identidad que va más allá de la individualidad y la personalidad (Palacios, 2005).

Palacios (2003) menciona que la psicología transpersonal provee al terapeuta de una visión mucho más abarcativa del sufrimiento humano, pudiendo incidir en fenómenos anteriormente vetados para los psicólogos como en el caso de los desórdenes crónico-degenerativos, asimismo en otros considerados incurables como el sida, el cáncer y las esquizofrenias. Es por esto que desde la perspectiva transpersonal el objetivo no es solamente “curar” dado que en realidad es un proceso de autocuración de autotransformación y autotranscendencia donde los “males” son los medios para recuperar la salud física, emocional y espiritual, expandiendo la conciencia del sujeto hasta llegar a ser uno con el todo.

Por otra parte, señala Kepner, J. (2000) que ver a la persona como un todo mayor que la suma de sus partes es verla como todas las partes: cuerpo, mente, pensamiento, sentimiento, imaginación, movimiento y así sucesivamente; pero no como cualquiera de sus partes. La persona es el funcionamiento integrado de los variados aspectos del todo en el tiempo y en el espacio y desde esta visión, tratar un aspecto exclusivo de la persona o identificar una parte como la causa del problema es fragmentar artificialmente lo que es en realidad una unidad en funcionamiento.

La perspectiva transpersonal propone dos aproximaciones psicológicas que se han abocado al trabajo psicoterapéutico de una manera más práctica, con una misma noción acerca de la dualidad salud-enfermedad, como una opción para el estudio y comprensión del paciente, éstas son el enfoque neo junguiano y el enfoque neo gestáltico.

3.2.1 Fundamentos clave de dos enfoques transpersonales: Terapia junguiana y Terapia gestáltica

A través de este apartado se esclarecerán algunos de los conceptos de la corriente junguiana y gestáltica, que sirven como sustento para esta tesis, además será posible notar que ambas teorías comparten conceptos similares, que pueden complementarse entre sí o que pueden sustentar un término de cualquiera de las dos, sea junguiano o gestáltico.

Asimismo, se ahondará en distintas estrategias de intervención que sirven para abordar la noción salud-enfermedad, desde una perspectiva holístico transpersonal, la cual se retomará desde la teoría gestalt y la terapia junguiana, debido a la similitud de conceptos, ya antes mencionada.

Para comenzar, cabe destacar que desde el punto de vista terapéutico los contenidos del inconsciente ejercen una influencia formativa sobre la psique; conscientemente es posible desestimar esos contenidos, pero inconscientemente se responde a ellos y a las formas simbólicas con que se expresan. Henderson (en Jung, C.G., 1964) menciona que la mente humana tiene su propia historia y la psique conserva muchos rastros de las anteriores etapas de su desarrollo. Al respecto, J. Latner (1994) menciona que el aspecto final de un funcionamiento sano es la conciencia: sencillamente captar con todo el alcance de los sentidos el mundo de los fenómenos que está dentro y fuera de la persona, tal como se van presentando,

puesto que la capacidad de percibir esto, es la salud. De manera similar, sucede la formación de la gestalt, ya que ésta exige la organización de las partes distintas y pertinentes del campo, un proceso implica que se tenga alguna experiencia con cada una de esas partes; sólo es posible manejar lo que se conoce.

Relacionado con lo antes mencionado, E. Grecco (1995) hace mención acerca del símbolo y como éste expresa en su dinámica, en su estructuración, una realidad desconocida y que, al hallar ésta su expresión en símbolo, no por eso es más conocida, dado que el símbolo nunca es algo simple, porque éste, el símbolo, siempre oculta una realidad compleja tan fuerte de toda expresión verbal que no es posible expresarla en acto, el símbolo aparece para Jung como significante a descifrar, es decir, que el símbolo es una palabra o una imagen cuando representa algo más que su significado inmediato y obvio. El aspecto inconsciente del símbolo nunca está definido con precisión ni puede esperarse que lo esté.

Cuando el ego necesita fortalecerse, surge la necesidad de símbolos, es decir, cuando la mente consciente necesita ayuda en alguna tarea que no puede realizar sola o sin las fuentes de fortaleza que yacen en la mente inconsciente (Jung, 1964). Grecco (1995) refiere que los símbolos señalan hacia la necesidad del hombre de liberarse de todo estado del ser que es demasiado inmaduro, demasiado fijo o definitivo. Dicho de otra manera, conciernen al desligamiento del hombre -o trascendencia- de todo modelo definidor de existencia, cuando se avanza hacia otra etapa superior o más madura en su desarrollo.

Por otra parte, el concepto de psique, desde la visión Junguiana, se define por la descripción de la relación permanente entre el consciente y el inconsciente y por la extraordinaria dinámica de complementariedad y compensación que existe entre ambos. Jung define que la psique se conforma por tres instancias: la consciencia, el inconsciente personal y el inconsciente colectivo (Leblanc, E., 1998).

La instancia intra psíquica que mantiene la relación de los contenidos psíquicos con el ego, es la consciencia, de acuerdo a Jung, es una superestructura basada y originada en el inconsciente. La mente consciente crece sobre la psique inconsciente, que es más antigua y que sigue funcionando conjuntamente con ella, e incluso a pesar de ella. A pesar de su intensidad y su concentración, la consciencia es efímera, pues sólo se puede acomodar al

presente inmediato y sus propias circunstancias, disponiendo solamente de materiales personales (Jung, 1979; Jung, 2002b; Sharp, D., 1997).

Acerca del inconsciente, resulta relevante mencionar que en comparación con la idea Freudiana del inconsciente como depósito de todo lo reprimido, Jung plantea, que el inconsciente es una entidad viva, dinámica en la cual no sólo existen contenidos olvidados, sino, que también es la matriz de la conciencia y en él se encuentran las semillas de nuevas posibilidades.

Jung aporta la idea de un inconsciente colectivo que es un estrato del inconsciente más profundo que el personal. Este inconsciente colectivo contiene en sí, la herencia espiritual de la evolución de la humanidad, que nace nuevamente en la estructura cerebral de cada individuo (Jung, 1979, en Sharp, D., 1997)

El inconsciente colectivo parece estar constituido por motivos mitológicos e imágenes primordiales, razón por la cual los mitos de todas las culturas encuentran símiles entre ellos. La mitología y la religión pueden considerarse proyecciones del inconsciente colectivo (Jung, 2005).

El ser humano como parte de toda la vida, es en sí mismo distinto a todos y todo, sin embargo comparte con el resto de la humanidad una base psíquica común, uniéndose así por medio de funciones colectivas de la especie a través de patrones mentales inconscientes. A dichos patrones inconscientes y compartidos, son aquellos que Jung denominó Arquetipos, éstos, se fueron formando por medio del aprendizaje producido por la vía de las experiencias colectivas reiteradas y significativas (Grecco, 1995).

Por lo tanto, los arquetipos no se tratan de representaciones heredadas, sino de posibilidades de representaciones, que al concientizarse y ser percibidos cambian de acuerdo con cada conciencia individual en que surgen (Jung, 1964).

Los arquetipos se manifiestan a nivel personal a través de los complejos y a nivel colectivo como características de todas las culturas, Jung creía que la tarea de cada generación es comprender en forma diferente su contenido y efectos (Sharp, 1997).

Acerca de los complejos, Jung definió a éstos como el conjunto de representaciones relativas a un determinado acontecimiento cargado de emotividad; con relación a lo anterior, la psique alberga dos de vital importancia, se trata del Complejo materno y el Complejo

paterno; acerca del primero, éste se forja a través de la relación que el niño construye en íntima cercanía con una mujer (aun cuando ésta sea la madre o no), cuya conducta es semejante a la idea elemental que el niño tiene de la maternidad (arquetipo materno), se le llama complejo materno. Cabe aclarar que es fundamental comprender que existe diferencia entre una madre real y un complejo materno generado con respecto a la madre, pues a partir de cierto momento, no es la madre real y objetiva sino la imagen interna de la relación formada con la madre con base en la experiencia.

“Tanto si nuestra madre personal era nutridora o fría, si nos daba confianza en nosotros mismos o nos manipulaba, si estaba presente o ausente, nuestra relación interna con ella queda integrada en nuestra psique como complejo de madre” (Murdock, M., 1991, p.163.).

La manera en la que se forja el complejo materno, así como la forma en que éste influirá en la psique, dependerá del género del hijo, es decir, producirá efectos distintos al aparecer en un hombre o en una mujer. En la hija, por ejemplo, el efecto del complejo materno va desde la estimulación del instinto femenino, hasta su inhibición (Miranda, K. y Onofre, M., 2010).

Por otra parte, con respecto al complejo paterno, se dice que en los hombres un complejo paterno positivo, muy a menudo produce cierta credulidad con respecto a la autoridad y una marcada buena voluntad para doblegarse ante todos los dogmas y valores espirituales; mientras que en las mujeres activa los más vivaces intereses y aspiraciones espirituales. En los sueños, las convicciones firmes, las prohibiciones y los consejos sabios siempre emanan de la figura paterna. El padre ejerce su influencia en la mente o el espíritu de su hija, en su "Logos"(razonamiento, pensamiento, sentido). Con esto la engrandece intelectualmente, llegando a menudo a un nivel patológico, descrito como "posesión por el ánimus" (Schierse, L, 2005).

El padre es el primer portador de la imagen del ánimus. Dota a esa imagen virtual de sustancia y forma, porque a causa de su Logos, él es la fuente de "espíritu" para la hija. Desgraciadamente, a menudo esta fuente se contamina precisamente donde se espera obtener agua limpia. Puesto que el espíritu que beneficia a una mujer no es puro intelecto, es mucho más, es una actitud, el espíritu por el cual el hombre vive. Incluso el llamado espíritu "ideal" no siempre es el mejor si no sabe relacionarse con la naturaleza, es decir con el hombre

animal, por lo tanto, todo padre tiene la oportunidad de corromper, de uno u otro modo, la naturaleza de su hija, y entonces el profesor, el esposo o el psiquiatra, deben afrontar las consecuencias, porque lo que ha sido arruinado por el padre, sólo él puede arreglarlo (Jung, 1982a).

Por otra parte, dentro de los conceptos o premisas principales de la gestalt se encuentra la homeostasis, ésta tiene que ver con el proceso que los símbolos le traen al individuo en la terapia junguiana. La gestalt menciona que todo lo viviente está gobernado por un proceso mediante el cual mantiene su equilibrio y su salud tras condiciones siempre variables. Mediante la homeostasis los organismos satisfacen sus necesidades, también se le conoce como autorregulación (Latner, 1994).

Se postula que un organismo sano puede presentar varias necesidades ordenadas en una jerarquía de valores, dentro de las cuales, la necesidad dominante se presenta como figura sobre las demás que retroceden al fondo. El concepto de la sombra, por su parte desempeña un papel de vital importancia en la psicología analítica. Jung (1964) señaló que la sombra lanzada por la mente consciente del individuo contiene los aspectos escondidos, reprimidos y desfavorables de la personalidad. Pero esa oscuridad no es exactamente lo contrario del ego consciente, así como el ego contiene actitudes desfavorables y destructivas, la sombra tiene buenas cualidades: instintos normales e impulsos creadores.

Existe concordancia entre el concepto junguiano referente a la sombra y la teoría gestáltica; al respecto Kepner (2000) menciona que el funcionamiento pleno y adaptativo depende de que las funciones de contacto estén totalmente disponibles al organismo para cumplir con los requisitos cambiantes de interacción con el entorno. Cuando las funciones de contacto no están disponibles a la conciencia, el organismo ya no puede adaptarse con fluidez a su mundo. Aquellos aspectos del funcionamiento de uno que están negados, es decir, no experimentados como parte del sí mismo (sombra-Jung o fondo-gestalt), no están plenamente disponibles para el contacto con el entorno. Mientras más limitadas sean las capacidades de uno para el contacto, más fragmentada, desorganizada y sujeta a resistencia se vuelve la propia experiencia del sí mismo y del entorno

Asociado a lo anterior, Marie-Louise von Franz (en Jung, 1964) menciona que cuando un individuo hace un intento por ver su sombra, se percata de cualidades e impulsos que niega

en sí mismo, pero que puede ver claramente en otras personas; es decir, todos los pecados veniales sobre los cuales podría haberse dicho: “eso no importa; nadie se dará cuenta y, en todo caso, otras personas también lo hacen”. La sombra contiene generalmente valores necesitados por la conciencia, pero que existen en una forma que hace difícil integrarlas en la vida. Jung (en Grecco, 1995) denomina la sombra como “nuestro hermano de la oscuridad que aunque invisible, forma parte de nuestra totalidad”.

La sombra representa el aspecto inadaptado del hombre por oposición a la persona que actúa como el adaptado, es decir, todo lo que el sujeto no quiere ser, que rechaza de sí mismo, rasgos de identidad que resulta penoso aceptar, lo repudiado, el negativo de la personalidad configuran el núcleo del complejo autónomo de la sombra. Von Franz (en Jung, 1964) menciona: que la sombra se convierta en amigo o en enemigo depende en gran parte de cada individuo. Es exactamente igual a cualquier ser humano con el cual se interactúa, a veces cediendo, a veces resistiendo, a veces mostrando amor, según lo requiera la situación. La sombra se hace hostil sólo cuando es desdeñada o mal comprendida; cualquier otra forma que tome, la función de la sombra es representar el lado opuesto del ego e incorporar precisamente esas cualidades que desagradan de otra persona y/o de sí mismo (Castanedo, 1997).

Con relación a lo anterior, la gestalt refiere que “el campo o experiencia consciente, es decir, el medio ambiente conductual, se descompone en “figura y fondo”. Se llama figura a la situación, objeto, sensación (interna o externa) que capta la atención en un momento dado y elimina todo lo demás de la vista, mandándolo al fondo; la figura trata de mantener su constancia, un todo organizado como una figura siempre será o llegará a ser tan regular, simétrico, simple y estable como lo permitan las condiciones prevalentes; ésta es la ley de prägnanz. Por otra parte una figura incompleta o abierta tiende a cerrarse o completarse, este fenómeno opera en el pensamiento y en el aprendizaje, o bien, un problema no resuelto o una tarea específica no aprendida es una gestalt incompleta que origina tensión. Al resolver el problema, se efectúa el cierre y se descarga la tensión (*Ibidem*).

En ocasiones, aquellas tendencias inconscientes que el individuo no logra reconocer en sí mismo, aparecen a su vista en otras personas, lo cual se denomina “proyección”. Las proyecciones de todo tipo oscurecen la visión respecto al prójimo, destruyen su objetividad, y de ese modo destruyen también toda posibilidad de auténticas relaciones humanas (Grecco,

1995). Von Franz (en Jung, 1964) menciona que hay una desventaja adicional en la proyección de la sombra, una parte de la personalidad, permanece en el lado opuesto.

En gestalt también se maneja este concepto, para Perls (en Castanedo, 1997), la proyección es un rasgo de personalidad, una actitud, un sentimiento, una parte del comportamiento que pertenece a la personalidad sin ser sentida como tal por la persona. Por el contrario, la proyección se atribuye a otras personas u objetos que forman parte del medio y es percibida como dirigida hacia uno por otras personas u objetos. En terapia gestalt una persona es el proyector y la otra es la pantalla donde aparecen las características de la primera, los rasgos de su personalidad, lo que quiere y lo que detesta de ella misma, además, resulta evidente que no se debe al azar que una persona elija a otra como pantalla; la proyección es el mecanismo que permite atribuir todo a la pantalla y no a sí mismo como proyector, es decir, por medio de dicho mecanismo el individuo evita apropiarse de su propia realidad.

Con lo anterior, es posible referir que el concepto de sombra en la teoría junguiana y el concepto de fondo que plantea la gestalt, son equivalentes entre sí, ambas percepciones hacen alusión a partes alienadas de la persona que resultan ser recursos en potencia una vez que se logran contactar y asimilar.

El fenómeno descrito, que se ubica en el plano de la percepción, también involucra a todos los aspectos de la experiencia, es así como algunas situaciones que para el individuo son preocupantes y se ubican en el momento actual en el status de figura, pueden convertirse en otros momentos, cuando el problema o la necesidad que la hizo surgir desaparecen, en situaciones poco significativas, pasando entonces al fondo. Esto ocurre especialmente cuando se logra "cerrar" o concluir una gestalt; entonces ésta se retira de la atención, pasando hacia el fondo, y de dicho fondo surge una nueva gestalt motivada por alguna nueva necesidad. Este ciclo de abrir y cerrar gestalts es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda la vida (*Ibidem*).

Por otra parte, para Grecco (1995) la máscara es una forma de simular individualidad; Jung la define como la "máscara de la psique colectiva". Resulta de una transacción entre el individuo y la sociedad. Sin duda, un mediador que protege al sujeto en sus relaciones, pero que oculta lo que verdaderamente el sujeto es, en función de una aceptación social necesaria, sin embargo, esta función psíquica no debe ser vista como una construcción individual y

consciente, sino como expresión de una actividad colectiva que responde a la dinámica del inconsciente transpersonal. Se trata en suma de un complejo funcional que por motivos de adaptación ha llegado a conformarse como tal. La imagen del ego, para los junguianos, no debe considerarse idéntica al ego propiamente dicho, por el contrario, se describe mejor como los medios simbólicos por los cuales el ego se separa de los arquetipos evocados por las imágenes paternas en la infancia.

Jung (en Grecco, 1995) ha dicho que cada ser humano tiene originariamente una sensación de totalidad, una sensación poderosa y completa del “sí mismo” (es decir, la totalidad de la psique, el individualizado ego, la conciencia que emerge cuando se desarrolla el individuo). El ego individual surge durante la transición de la infancia a la niñez. La separación no puede ser definitiva sin grave perjuicio de la sensación originaria de totalidad y el ego tiene que volver continuamente a restablecer su relación con el sí mismo a fin de mantener unas condiciones de salud física. Toda nueva fase en el desarrollo de la vida individual va acompañada del conflicto originario entre las exigencias del “sí mismo” y las del ego.

Acerca de dicho conflicto entre ego y sí mismo, la gestalt lo menciona de la siguiente manera; para Perls (en Kepner, 2000) la descripción de la salud y la enfermedad psicológica 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. Este proceso continuo del sí mismo, hace posible los contactos presentes y es el agente de crecimiento, se utiliza como pronombre reflejo, referido a la persona total, es el límite de contacto funcionando y su actividad consiste en formar figuras y fondos. El funcionamiento sano del sí mismo no está centrado exclusivamente en él, sino que está centrado además en otros y en las relaciones de contacto que se establecen, es decir en la totalidad del campo. El Sí mismo integra los acontecimientos de toda la vida. Sharp (1997) define este concepto como el arquetipo de la totalidad, como el centro regulador de la psique,

es decir, un poder transpersonal que trasciende al ego. El Sí mismo no es sólo el centro sino también toda la circunferencia que abarca tanto lo consciente como lo inconsciente es el centro de esta totalidad así como el ego es el centro de la conciencia.

Concerniente a aquellos elementos de su personalidad que el hombre no integra conscientemente en su totalidad, existe un término junguiano importante para la persona, se trata del concepto ánima, Von Franz (en Jung, 1964) señala que es una fuerza interior; el objetivo secreto del inconsciente es forzar al hombre a que desarrolle y lleve a su propio ser a la madurez, integrando más de su personalidad inconsciente e incorporándola a su verdadera vida. Para Grecco (1995) el ánima representa la imagen colectiva de la mujer, de lo femenino, de lo receptivo, de lo pasivo y cóncavo, es uno de los lados de la adaptación que hace de la necesidad de protección un motivo en su modalidad vincular. El ánima actúa de acuerdo con una estructura rítmica y circular, y aparece ligada, muy íntimamente, a todo lo que en el sujeto son sus aspectos nutricios y creativos.

Si bien la mente lógica del hombre es incapaz de discernir hechos que están escondidos en su inconsciente, uno de los aspectos del ánima, es que ésta le ayuda a desenterrarlos; para Von Franz (en Jung, 1964) aún más vital es el papel que desempeña el ánima al poner la mente del hombre a tono con los valores interiores buenos y, por lo tanto, abrirle el camino hacia profundidades interiores más hondas. Es como si una “radio” interior quedara sintonizada con cierta longitud de onda que excluyera todo lo que no hace al caso pero permitiera la audición de la voz del Gran Hombre, al establecer esta recepción de la “radio” el ánima adopta el papel de guía, o mediadora, en el mundo interior y con el “Sí mismo”.

La parte complementaria del ánima, es el ánimus, menciona Grecco (1995) que éste (ánimus) tiene como función el generar juicios y opiniones, cumple el rol de instancia crítica y normativa. De allí deriva su capacidad de orden, diferenciación y discriminación, posee una orientación lógica y objetiva. Predominantemente reflexivo, por lo general hace prevalecer el pensar sobre el sentir y es responsable de los procesos “objetivos”. Henderson(en Jung, 1964), por su parte, señala que el ánimus no consta meramente de cualidades negativas tales como brutalidad, descuido, charla vacía, malas ideas silenciosas y obstinadas; tiene además un lado muy positivo y valioso; también puede construir un puente hacia el “Sí mismo” mediante su actividad creadora, ejecutiva.

En la perspectiva Junguiana, existe un principio de oposición basado en la idea de que el suceder psíquico en todas sus formas puede ser explicado en relación a una lucha de fuerzas antagónicas, un movimiento dinámico, un continuo enfrentamiento entre pares antitéticos, que son las oposiciones psíquicas (Grecco, 1995).

Cuando un lado de la polaridad se estira, también se estira el otro lado, en algún punto, casi automáticamente. J. Zinker (1991) señala que si el hombre está en contacto con su propia maldad y amplía esa parte de sí mismo, su bondad, cuando se manifieste, será más rica, más plena, más completa. La meta del camino es la superación de la polaridad, todo lo que el hombre encuentra en el mundo de las formas fenoménicas y todo lo que el hombre puede imaginar, se le presenta siempre en dos polos. Al ser humano le resulta imposible imaginarse una unidad fuera de la polaridad, ya que frente a cada concepto surge un polo opuesto.

La percepción de la polaridad requiere forzosamente la existencia de una unidad. El ritmo es el patrón básico de toda la vida. De acuerdo con Dethlefsen y Dahlke (2002) muchos de los errores humanos se podrían evitar con una mejor comprensión de la ley de la polaridad; el camino del hombre pasa por el análisis de la polaridad. Al destruir el ritmo se destruye la vida. El ritmo siempre se compone de dos polos, es un “tanto como uno, también el otro”, nunca es uno o el otro. Pues un polo se nutre de la existencia del otro. Si elimino un polo, también desaparece el otro, un polo exige el otro. Mientras el hombre, en su actitud y su orientación, se declara e “pro de algo” y en “contra de algo” destruye unidades. El hombre está en pro de la salud y en contra de la enfermedad; no quiere comprender que salud y enfermedad se condicionan mutuamente como la polaridad y se nutren la una de la otra, sin tomar en cuenta que la salud recibe su existencia a través de la enfermedad.

En primer lugar, para crecer como persona y tener con los otros, experiencias de conflicto más productivas, es necesario estirar el autoconcepto, es decir, que la persona aprenda a invadir aquella parte de sí misma que no aprueba. Ante todo, poner al descubierto esa parte de sí misma de la que se desentiende. En segundo lugar, entrar en contacto con esa parte de sí mismo que no asume, éste es el paso preliminar: ponerse en contacto con la forma en que mantiene en secreto algo de sí mismo (Zinker, 1991). Este proceso se llama estiramiento del autoconcepto, pues crea más espacio en la imagen que el individuo tiene de sí mismo, cuanto más ampliamente se conoce a sí mismo, más comfortable se sentirá consigo mismo.

Con relación a lo antes mencionado, Jung (en Grecco, 1995) indica que la individuación conduce al ensanchamiento o expansión de la conciencia y de la vida psicológica consciente y el hombre para alcanzar el pleno desarrollo de su ser debe estar dispuesto a desplegar todas las virtudes y potencialidades que moran y duermen dentro de él y desplegarse en una armoniosa unión. La individuación es una confrontación entre lo consciente y lo inconsciente. Zinker (1991) define que el problema básico reside en la reconciliación del individuo con el grupo, la organización, la integración de las partes en un todo unificado. Se trata en todos los casos, de una cuestión de totalidad, integridad, entereza, unidad, orden, estructura. A su vez la individuación tiene su equivalente en la teoría gestalt, la cual comienza para Goldstein (en Quitmann, 1989) con la tendencia hacia una buena gestalt que representa una forma muy determinada de la lucha entre el organismo y el mundo, precisamente aquella en la que el organismo se realiza mejor en correspondencia con su ser.

Maslow (1973) propone un concepto equiparable al de individuación, llamado autorrealización, éste se define como un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona, obtener logros personales, esto es para que cada ser humano se diferencie de los otros. Los hombres que logran la autorrealización óptima, se consideran seres íntegros.

A la necesidad de autorrealización se le conoce también como de autosuperación o autoactualización. Esta necesidad de autorrealización es distinta y única para cada individuo, además de ser parte de la necesidad superior de éste, pues le ayuda a desarrollar su potencial. La autorrealización es el momento en el que el sí mismo se actualiza, viviendo plenamente y desinteresadamente, con una concentración y absorción totales, en este momento el individuo mira dentro de sí mismo en busca de respuestas, asumiendo así responsabilidad. Este proceso además es y será continuo (*Ibidem*).

Se puede entender que un conflicto proporciona la posibilidad de diferenciarse; cuando dos límites claramente diferenciados interactúan entre sí, los individuos experimentan una excitante sensación de contacto. El mismo fenómeno se observa en el caso de los conflictos intrapsíquicos o internos; permiten a la persona sentir su propia diferenciación interna y, en el plano de la creatividad, suponen la posibilidad de integrar el propio comportamiento, que adquiere así alta capacidad de adaptación, porque incluye toda la gama de respuestas

comprendida entre las situaciones polares que se experimentan antes. Sobre la base de toda esa gama, la persona es capaz de responder de forma flexible a una variedad de situaciones (Quitmann, 1989).

La persona saludable conoce la mayoría de las polaridades que contiene, incluso aquellos sentimientos y pensamientos que la sociedad reprueba y es capaz de aceptarse tal como es, por esta razón, la persona saludable constituye un círculo completo, que posee miles de polaridades, integradas y entrelazadas, que se fusionan todas entre sí. Probablemente, la persona saludable no aprueba todas sus polaridades, pero el hecho de que acepte soportar la conciencia de ellas es un aspecto importante de su energía interior. En la conciencia de una persona perturbada, hay grandes vacíos, existe una visión rígida y estereotipada de sí misma y no logra aceptar muchas de sus partes. Niega sus polos negativos- aquellas facetas de sí misma que le han enseñado a considerar inaceptables o repulsivas- y tiende a proyectar sobre otros tales características (*Ibidem*).

La terapia gestalt ve al Sí mismo no como una cosa o una estructura estática, sino como un proceso fluido. El Sí mismo no es un conjunto congelado de características (“yo soy esto y sólo esto”); en la salud, el Sí mismo es variado y flexible en sus capacidades y cualidades, dependiendo de las exigencias particulares del organismo y del entorno. El Sí mismo no tiene naturaleza propia excepto en contacto o en relación con el entorno, se ha descrito como el sistema de contactos o interacciones con el entorno. En este sentido, se puede considerar al sí mismo como el integrador de la experiencia. Para Kepner (2000) lo que le sucede a la persona, sucede tanto en maneras físicas como psicológicas, se vive no sólo a través del pensamiento e imaginación, sino también a través de moverse, ponerse en alguna posición, sentir, expresar.

Al momento en que las funciones de contacto no están disponibles a la conciencia, el organismo ya no puede adaptarse con fluidez a su mundo, aquellos aspectos del funcionamiento de la persona que están negados, es decir, no experimentados como parte del sí mismo, no están plenamente disponibles para el contacto con el entorno. El funcionamiento pleno y adaptativo depende de que las funciones de contacto estén totalmente disponibles al organismo para cumplir con los requisitos cambiantes de interacción con el entorno. Mientras más limitadas sean las capacidades de uno para el contacto, más fragmentada, desorganizada y

sujeta a resistencia se vuelve la propia experiencia del sí mismo y del entorno (Palacios, 2003).

Surge nuevamente una relación entre la visión junguiana y la gestáltica, ambos hablan de la necesidad de integrar lo que la persona no reconoce de sí misma, todo lo que cree que no es, es parte también de ella. Si no se da una integración de lo aceptado y lo no reconocido, no habrá una totalidad. Negar aspectos intrínsecos del sí mismo, ya sean necesidades, capacidades o conductas, es algo como decidir que uno no quiere determinado cuarto de su casa pero no puede deshacerse de él porque su existencia es esencial para la integridad del resto del edificio; todo lo que se puede hacer es tapiarlo y pretender que no existe (*Ibidem*).

Es posible que se mantenga al Sí mismo negado fuera de la conciencia, evitando físicamente los movimientos intrínsecos a esas partes, sin embargo, negar aspectos o funciones del sí mismo fuera de la conciencia, es ayudado por la naturaleza corporal de la represión misma. Con relación a esto, Naranjo (2004) menciona que el terapeuta gestáltico no dice que la agresión no destruya o hiera, pero sí que la medida de la agresión es parte del funcionamiento orgánico y que, si no se le reconoce, se le suprime, rechaza, distorsiona, es probable que este potencial agresivo tenga como resultado una destructividad muy incrementada, así como también infelicidad personal. Por consiguiente, el trabajo del terapeuta gestáltico se caracteriza en gran medida por el grado en que invita a conductas explosivas, agresivas u otras. No teme a los sentimientos extremos o la falta de control, sino al contrario, los ve como la ocasión para la requerida atención a los impulsos y para que el paciente se haga responsable de ellos, reconociéndolos como parte de su existencia.

Lo que vale para la expresión de impulsos – incluyendo, particularmente, la expresión de la ira – vale igualmente para la expresión del control. La terapia gestáltica no considera la resistencia como algo que debe ser destruido, sino como una actividad más de la cual debe tomarse conciencia y hacerse responsable. Las defensas no son algo que sucede y de lo cual alguien puede liberarse, sino algo que se hace y que es posible elegir continuar haciendo o no, de acuerdo con la evaluación de las necesidades y de la situación propia (Salama, H., 1991).

Perls (en Kepner, 2000) menciona que la descripción de la salud y la enfermedad psicológicas 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.

La persona es el funcionamiento integrado de los variados aspectos del todo en el tiempo y en el espacio. Desde esta perspectiva, tratar un aspecto exclusivo de la persona o identificar una parte como la causa del problema es fragmentar artificialmente lo que es en la realidad una unidad en funcionamiento. Ver a la persona como un todo mayor que la suma de sus partes es verla como todas las partes: cuerpo, mente, pensamiento, sentimiento, imaginación, movimiento y así sucesivamente; pero no como cualquiera de sus partes (*Ibídem*).

Naranjo (2004) menciona que en la terapia gestáltica existe una actitud de respeto por la enfermedad de la persona más que un intento de efectuar cambios, esta terapia está orientada hacia aceptar a la persona tal como es. Por otro lado, a partir de toda forma de psicoterapia se sabe que de hecho, si no en teoría, la aceptación lleva al crecimiento más bien que al estancamiento.

La vida es un proceso y vivirla es todo lo que se necesita para mantener su flujo. Desde el punto de vista de la terapia gestáltica, una manera de no vivir es mantenerse apartado de la vida, diciéndose a sí mismo lo que debería estar haciendo. Por medio del debeísmo no se incrementa el ser, sino que se pierde de vista lo que es. Con respecto a esto la terapia gestáltica se distingue más por lo que evita hacer que por lo que hace. Sostiene que basta con estar consciente, que para que se produzca un cambio no se necesita nada más que presencia, estar consciente y responsabilidad (*Ibídem*).

Si un terapeuta desea algún “cambio”, desea más de lo mismo, desea que el paciente esté más presente, sea responsable por lo que es y sea consciente. El paciente que quiere “cambiar”, desea lo menos posible de él mismo, y entonces evita, miente, simula, etc., y sin embargo, eventualmente aprenderá, por medio de la simple experiencia de ser, que no necesita buscar ser lo que no es. La psicoterapia gestalt enfatiza el continuo de la conciencia de uno

mismo y del mundo, y se convierte en una forma de vida y de sentir, que parte de la experiencia propia (Salama, 1991).

Resulta necesario hablar entonces de una parte importante de la teoría gestalt, son las interrupciones, que ésta maneja para identificar lo que le sucede al paciente. Una de las autointerrupciones es la desensibilización, ésta consiste en un proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones tanto del medio externo como del interno; esto estimula el proceso de intelectualización por el que intenta explicar racionalmente su falta de contacto sensorial (*Ibidem*).

Si bien ya se había hecho mención de ésta como uno de los conceptos junguianos importantes, cabe mencionar que la proyección es otra de las autointerrupciones, la cual Castanedo (1997) define como ver en los demás algo que pertenece al individuo, la tendencia a hacer a otros responsables de lo que tiene origen en la persona misma, e implica una renuncia a los impulsos, deseos y conductas, colocando lo que pertenece al sí mismo en el exterior. Lo que con mayor frecuencia se ve es la proyección hacia el pasado, en donde, en lugar de expresar una emoción que corresponda a una situación actual, del aquí y el ahora, el paciente reproduce un recuerdo.

La introyección es otra de las interrupciones. En el transcurso de su vida, el individuo sigue el proceso de tomar algo del ambiente y devolverle algo a cambio, con la opción de rechazar o aceptar lo que el ambiente le ofrece. Sin embargo, únicamente puede crecer si durante el proceso de tomar, digiere y asimila plenamente; entonces lo digerido es integrado y pasa a ser su material para hacer con él lo que le plazca (Perls y cols., 1951).

Salama (1991) menciona un ejemplo; en relación con la digestión, cuando la persona digiere y asimila bien el alimento, éste pasa a ser parte de él, se convierte en sangre, músculos y huesos. Pero los alimentos que son tragados enteros, que se engullen por así decir, yacen pesadamente en el estómago, incomodando a las personas quienes pueden querer vomitarlos para sacarlos de su sistema; si no lo hacen pueden digerirlos de manera dolorosa e intoxicarse.

La introyección es el mecanismo por el cual se incorporan prototipos, actitudes, creencias y formas de acción y de pensamiento que no le pertenecen y que no se digieren o asimilan lo suficiente como para hacerlos propios; al hombre que introyecta le será extremadamente difícil desarrollar su propia personalidad porque estará ocupado asegurando

“los cuerpos externos” alojados dentro de su sistema, y mientras mayor sea el número de introyecciones a las que se ha apegado, menor lugar hay para que exprese e incluso descubra lo que él mismo es (*Ibíd.*).

Por otra parte, se encuentra la retroflexión, ésta significa literalmente “doblar hacia atrás”, de esta manera, los individuos retroflexivos, en lugar de usar su energía, para cambiar y manipular el ambiente a su favor, la usan contra ellos mismos; se “dividen” y se vuelven sujeto y objeto en todas sus acciones y expresiones que pueden ser “tengo vergüenza de mí mismo”, “tengo que forzarme para hacer este trabajo”. Hacen una serie interminable de afirmaciones de este tipo, todas basadas en la idea de que él y el sí mismo son dos personas diferentes (Castanedo, 1997).

Ubicándolo en el área corporal, los casos extremos de retroflexión, o de volver la energía hacia uno mismo, son las úlceras, el asma, la gastritis y en general las enfermedades psicosomáticas. En la retroflexión el sujeto prefiere autoagredirse en vez de agredir a otra persona la cual es vivenciada de un modo ambivalente como amada u odiada (Salama, 1991).

La deflexión (una más de las interrupciones) es una maniobra tendiente a soslayar el contacto directo con otra persona, un medio de enfriar el contacto real. Las deflexiones en general, tienden a desteñir la vida, la acción dirigida hacia algo no llega a su objetivo, pierde fuerza y efectividad, por ejemplo, riendo de lo que se dice, evitando mirar al interlocutor, hablando sobre alguien que no está presente y evitando el contacto directo. Aquel responde con una deflexión al efecto de los demás, casi como si tuviera un escudo, suele sentirse a sí mismo indiferente, aburrido, confundido, cínico, distraído, vacío y fuera de lugar (Castanedo, 1997).

Otra de las interrupciones es la confluencia, ésta se presenta cuando el individuo no distingue límite alguno entre él mismo y el medio, lo cual hace imposible un ritmo sano de contacto y retraimiento puesto que uno presupone al otro. La confluencia tampoco permite tolerar las diferencias que hay entre las personas, ya que los individuos que la experimentan no pueden aceptar una sensación de limitación y, por tanto, tampoco una diferenciación entre ellos mismos y de los demás. Se pierden los límites de la personalidad (del yo) como excusa para no tomar decisiones y prefieren “estar de acuerdo”, situación que sucede con frecuencia en las relaciones de pareja confluentes. Con lo anterior, se pretende evitar discusiones o

agresiones que derivarían en una lucha por el poder que este tipo de personas, especialmente las pasivas agresivas, desean impedir a toda costa. Cuando el individuo no siente ningún límite entre él mismo y el otro, no sabe quién hace qué cosa, no sabe quién es quién (Salama, 1991).

La fijación es toda experiencia que se queda rondando y molestando, es decir, la permanencia de situaciones inconclusas. Dos obstáculos de signo contrario pueden interferir en el proceso: el primero es la observación junto con la compulsión, y consiste en la necesidad fija de completar el viejo asunto inconcluso y que lleva a la rigidez consiguiente de la configuración de figura-fondo. La interferencia opuesta es la mentalidad lábil, que apenas da ocasión a experimentar lo que está ocurriendo porque su foco es tan fluctuante que no permite ni el logro ni, desde luego, la experiencia del cierre (Perls y cols., 1951).

El fluir es una condición básica de toda experiencia, de modo que si se puede permitir que ésta alcance la realidad que persigue, se disparará a su vez en el fondo, para ser sustituida por otra experiencia inmediata (figura) que tenga fuerza suficiente para irrumpir al primer plano. Dondequiera que este movimiento sufre interrupciones o se detiene, la vida se vuelve torpe, incoherente o vacía, porque se ha perdido el apoyo constantemente rejuvenecedor del ciclo evolutivo y la fluidez inherente al proceso vital en marcha.

3.2.2 Visión salud-enfermedad desde el enfoque transpersonal

Desde la visión médico alopática, suele concebirse a la enfermedad como un evento que daña, que es peligroso y nocivo para el individuo; es decir, se percibe a la enfermedad como algo negativo que produce malestares que tienen que ser reparados lo antes posible y con el menor sufrimiento posible, para lo cual la medicina contemporánea hace lo posible para encontrar “curas milagrosas” por medio de las cuales acabar con el sufrimiento causado por la enfermedad, lográndolo en la mayoría de los casos, aunque sólo a nivel físico y a un costo de desensibilización y anestesia corporal que no permite la vivencia o experimentación del mensaje que trae consigo la enfermedad. Con relación a lo anterior, Fritjof Capra (1982) menciona que “la medicina moderna, operando desde un esquema parcial intenta reducir el dolor a una indicación de una determinada disfunción fisiológica... y lo suprime con la ayuda de calmantes” (pp.158).

No obstante, en la enfermedad se encuentran involucrados también los niveles psíquico, emocional y espiritual además del físico. La enfermedad, por paradójico que parezca, es una señal para restaurar el equilibrio (Dethlefsen, T. y Dahlke, R., 2002). Desde la visión transpersonal, las enfermedades que pueden acontecer al individuo son una oportunidad que la vida le brinda para recuperar la salud y el equilibrio en todos sus niveles: psíquico, espiritual, físico y emocional, sólo que ocurre, la vida a manifestaciones monstruosas o terroríficas como es el caso de la enfermedad, accidentes, pérdidas, etc. cuando no es atendido algún mensajes que acompaña a algún cambio necesario para la persona y que está no ha querido atender (Shinoda, J., 2006).

Con relación a lo anterior, un paradigma que conceptualice la salud desde una visión completa, implica el respeto a la interacción entre la mente, el cuerpo y el entorno, yendo más allá del tratamiento alopático de las enfermedades, pretende corregir la desarmonía subyacente al problema, utilizando el suceso para reorientar las prioridades del paciente y ayudarlo a restaurar la percepción de sí mismo (Lawlis, F., 1996).

Para Goldstein (citado en Quitmann, 1989) el organismo es una “totalidad”, es decir una gestalt; en particular la visión de la psicología de la gestalt que entiende que la naturaleza del hombre se compone de diferentes estructuras totalizadoras y sólo puede ser comprendida y experimentada a partir de las totalidades. Resulta de suma importancia entender la totalidad, como menciona Kepner, J. (2000) sobre la teoría gestalt, que se distingue de muchas orientaciones terapéuticas por su énfasis en el holismo, la unidad del organismo, y su interés hacia lo experimental fenomenológico. El énfasis en el holismo implica que el sólo cambio físico en el cuerpo no es suficiente, hay que trabajar con la estructura corporal, es básico mejorar el apoyo y rango de movimiento físico y explorar el significado de los sentimientos implicados en el mantenimiento de esa estructura; la meta no es tan solo el cambio físico, sino el cambio de la persona como un todo.

Sin importar los elevados análisis filosóficos o espirituales con las que el terapeuta observe a sus pacientes, es evidente que éstos habitan en un cuerpo que lo limita y lo posibilita, más aún: posiblemente – como pensaba Groddeck (citado en Schnake, A., 2001) – cada célula de ese cuerpo tiene conciencia de la totalidad. Por otra parte, Dahlke R. (1999) señala que hay una necesidad de encontrar una explicación a la enfermedad que reúna la forma y el contenido, el cuerpo y el alma.

Los planteamientos transpersonales de acuerdo con Lawlis (1999) asumen para cada individuo planos de sabiduría, más allá de la capacidad intelectual primaria del ego. En consecuencia, se emplean estrategias terapéuticas que tratan de facilitar el acceso a las fuentes internas del conocimiento del inconsciente. La psicología transpersonal intenta resolver temas concretos, involucrando los múltiples niveles de la personalidad y sus valiosas capacidades.

Vista desde este paradigma, la enfermedad es una metáfora de algún problema psíquico o emocional; es un significante. La enfermedad es como un lapsus que puede ser corporal (parapraxia) o emocional, o lingual, ya que un lapsus, como plantea Nasio, J. (2004) “representa un decir que el sujeto dice sin saber lo que dice”.

El individuo enfermo busca una explicación en la lógica causa-efecto para lo que sucede, el problema es que no la encuentra y es en este punto donde el paradigma transpersonal complementa y amplía el marco de referencia del individuo. En la visión transpersonal se puede ver la enfermedad como un evento que puede tener su origen en un nivel que no necesariamente es en el que se manifiesta, por ejemplo, una enfermedad física puede tener su origen a nivel psíquico, físico y emocional o viceversa, es decir, desde esta visión se ve la enfermedad como un evento conectado con necesidades profundas de transformación del individuo, en donde van implícitas relaciones aparentemente sin conexión entre los planos psíquico, físico y emocional de una misma realidad o fondo del cual emana la sabiduría y el conocimiento necesario para la transformación en el individuo (Dahlke, 1999).

Ferguson (1994) señala que con el paso del tiempo, el cuerpo acaba convirtiéndose en autobiografía ambulante, que va contando a amigos y a extraños las tensiones mayores y menores que el individuo ha padecido en su vida. La musculatura es un reflejo no sólo de antiguas heridas, sino también de viejas ansiedades; actitudes depresivas, de timidez, de osadía o de estoicismo, adoptadas tempranamente en la vida, quedan inscritas en el cuerpo como pautas del propio sistema sensoriomotriz. La rigidez de las pautas corporales contribuye al bloqueo de los procesos mentales, dando lugar al círculo vicioso de la patología psicocorporal.

Con relación a lo anterior, menciona Alice Miller (2005) que cuando una persona cree que siente lo que debe sentir y constantemente trata de no sentir lo que se prohíbe sentir, cae enferma, a no ser que le pase la papeleta a sus hijos, utilizándolos para proyectar sobre ellos inconscientes emociones; lo anterior indica nuevamente, que no es posible separar a lo físico

de lo mental, como tampoco pueden separarse los hechos de la imaginación, ni el presente del pasado, así como el cuerpo siente la pena que experimenta la mente, así también la mente se ve constreñida por lo que el cuerpo guarda de lo que la mente solía sentir, y así sucesivamente.

Si se aprende a comprender el cuerpo, la persona comienza a comprenderse a sí misma, a la vida, a toda la creación; su cuerpo indica fallos de comportamiento frente a la existencia; también esclarece, cuál debe ser la conducta para volver a estar en armonía con la vida. El cuerpo envía mensajes permanentemente, no sólo a través de los distintos síntomas de enfermedad, sino por medio de aspectos que presenta el semblante, así como el conjunto de movimientos, de gestos, de la manera de andar, todos ellos factores de rica expresividad (Tepperwein, K., 1992).

Cuando no se advierte un síntoma, se envía el dolor para que éste llame la atención sobre el mensaje. El cuerpo se encuentra hablando continuamente, sólo es necesario aprender a comprender su lenguaje (*Ibidem*). El cuerpo indica, pone en evidencia algo que por lo general el individuo no percibe conscientemente como para reconocerlo. Con bastante frecuencia, el cuerpo reacciona con enfermedades al menosprecio constante de sus funciones vitales (Miller, 2005).

Para Dahlke (1999), existe la necesidad de encontrar una explicación a la enfermedad que reúna la forma y el contenido, el cuerpo y el alma. Se trata básicamente de someterse a la misión directa del síntoma, es decir, aceptar las propias debilidades y aprender a practicar la entrega y la humildad.

Con respecto al concepto de enfermedad, Dethlefsen, T. (1984) explica desde la composición de la realidad, señalando que ésta, al igual que la enfermedad, se compone de unidades, pero a la conciencia humana se le presentan únicamente de manera polar. Siempre se compone de dos polos, es un “tanto como uno, también el otro”, nunca es uno o el otro. Pues un polo se nutre de la existencia del otro, es decir, si elimino un polo, también desaparece el otro. Un polo exige el otro. Mientras el hombre, en su actitud y su orientación, se declara en “pro de algo” y en “contra de algo” destruye unidades, por ejemplo: el hombre está en pro de la salud y en contra de la enfermedad, no quiere comprender que salud y enfermedad se condicionan mutuamente como la polaridad y se nutren la una de la otra. La salud recibe su existencia a través de la enfermedad.

Desde la visión de los neo gestaltistas la separación entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación a los sucesos perturbadores de la vida que se experimentan físicamente. La persona es un todo pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. En esta fragmentación de uno mismo en partes, el “yo” es generalmente identificado con el funcionamiento mental (producción de pensamientos, imágenes, palabras, etc.) y aquellos aspectos de la experiencia corporal que han sido problemáticos y perturbadores se experimentan como si estuvieran “fuera” de uno mismo. La enfermedad es el resultado de esta escisión del sí mismo en partes y la mala identificación de una parte como el todo (Kepner, 2000)

El método terapéutico debe integrar la experiencia del paciente en un todo por medio de la recuperación y reaceptación de los aspectos negados del sí mismo, en particular los aspectos corporales del sí mismo. Que la persona funcione como un todo (*Ibídem*).

Descamps, Grof, Pániker, Almendro y Vaughan (1999) coinciden en que es necesaria una nueva visión del mundo, del hombre y de la ciencia. Así se constituye un universo donde todo está ligado y el hombre ya no está solo y perdido en un mundo material frío, hostil y absurdo. La raíz de la alienación estaba en la oposición de alma y cuerpo, y en el odio hacia el cuerpo que resultó de ella.

Para los neo junguianos como Dethlefsen y Dahlke (2002) la enfermedad significa la pérdida de armonía, el trastorno de un orden equilibrado, es decir, la pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra. Por consiguiente, el cuerpo es el vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia. Así, la enfermedad que se hace patente a través de los síntomas que representan una señal, un aviso de que hay algo que modificar. Por lo tanto es un error afirmar que el cuerpo está enfermo, por más que el estado de enfermedad se manifieste en el cuerpo como síntoma. El síntoma es un mecanismo de regulación de la naturaleza que está al servicio de la evolución.

El concepto de gestalt, denota la Totalidad; esto da la idea de que figura y fondo constituyen una totalidad completa y no pueden ser separados uno de otro sin que ello implique perder su respectivo significado individual, es decir, sin destruir la totalidad. Para

Goldstein (citado en Quitmann, H., 1989) la “figura” y el “fondo” son componentes sólidos de una teoría de la totalidad del organismo.; el espíritu, el cuerpo y el alma aparecen en ella no como tres esferas aisladas de ser, sino como singularidades, ya que cada vez aparece una o la otra, más o menos como “figura”, en primer plano mientras que las otras constituyen entonces el fondo.

De acuerdo con Kepner (2000) la separación entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación a los sucesos perturbadores de la vida que se experimentan físicamente. La persona es un todo pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. En esta fragmentación de uno mismo en partes, el “yo” es generalmente identificado con el funcionamiento mental (producción de pensamientos, imágenes, palabras, etc.) y aquellos aspectos de la experiencia corporal que han sido problemáticos y perturbadores se experimentan como si estuvieran “fuera” de uno mismo. La enfermedad es el resultado de esta escisión del sí mismo en partes y la mala identificación de una parte como el todo.

Ferguson (1994) menciona que si el cuerpo-mente es un proceso, también lo es la enfermedad. Y así mismo lo es la curación, la integración global, si se atiende a esos siete millones de glóbulos rojos que desaparecen en un abrir y cerrar de ojos, cada segundo, de la sangre, para ser reemplazados en cada instante por otros tantos. Incluso los huesos se renuevan totalmente cada siete años.

En la terapia gestáltica existe una actitud de respeto por la enfermedad de la persona más que un intento de efectuar cambios, menciona Naranjo (2004). Esta terapia está orientada hacia aceptar a la persona tal como es. Por otro lado, a partir de toda forma de psicoterapia se sabe que de hecho, si no en teoría, es diferente la autoaceptación que el respeto por la enfermedad, la aceptación lleva al crecimiento más bien que al estancamiento.

Continuando con la enfermedad, en su proceso de formación, se produce un ahorro de energía. Para Dethlefsen y Dahlke (2002) cuando el individuo se ve obligado a abordar un tema que prefiere evitar, ahorra energía consciente sumiendo el tema en el plano psíquico y corporal. Aquello que no quiere tener en nuestro consciente y que confía eliminar ignorándolo finalmente permanece a un lado, en el pleno sentido de la palabra, o empleando la terminología de C. G. Jung (citado en Dethlefsen y Dahlke, 2002), permanece en la sombra.

El cuerpo, señala Patricia Palacios (2005) es una parte de sombra –concepto junguiano que hace alusión a todo eso que se niega o reprime por considerarlo ajeno al yo- que se ha introducido en la materia y por tanto al encararse uno con la sombra se produce la curación, la clave es la autocomprensión de la enfermedad, ya que detrás de un síntoma hay un propósito, un trasfondo y el síntoma obliga a vivenciar aquello que no se ha querido experimentar conscientemente.

No obstante, puesto que la sombra es una parte necesaria para la totalidad, únicamente se puede estar sano si se le logra integrar; para Dethlefsen y Dahlke (2002). Una persona completa está formada por Yo y sombra; ambos conforman el ser humano completo y autorrealizado.

Consecuentemente, la aceptación y la superación de los temas que existen en la sombra y que se traducen en síntomas, es un camino para encontrarse a sí mismo. Los cuadros patológicos son manifestaciones de la sombra, que por su manera de aparecer desde lo más profundo del alma hasta la superficie del universo corporal, resultan fácilmente accesibles, con lo que se convierten en excelentes indicadores para alcanzar la plenitud. De esta manera el síntoma se vuelve una señal que emite el cuerpo cuando existe contradicción entre sus impulsos internos y lo que vive en el exterior a fin de que su "dueño" introduzca cambios en su vida. Donde ambos planteen la necesidad de no erradicar los síntomas, sino aliarse con ellos (*Ibidem*).

Lo cierto es que el individuo pasa la vida oscilando entre la afirmación del ego y una cierta superación del ego. No obstante, identificarse con el ego tiene sus ventajas, al lado de sus desventajas. La principal ventaja es el sentimiento de identidad, una cierta sensación de realidad ontológica: “Soy yo”. La principal desventaja es la ansiedad: “Voy a morir”. Ahora bien, llega un momento, o una edad, en que la ventaja es menor que la desventaja, entonces el modelo del ego no funciona. Se hace mucho más intensa la necesidad de trascender el ego y así se tantean diversos modos: por ejemplo, la vía de volcarse en algún ideal, a veces de manera fanática: lo que importa es salir de la cárcel del ego (*Ibidem*).

Por su parte Schnake (2001) sugiere que el cuerpo tiene un discurso asombrosamente parecido en todos los seres humanos. Discurso que se hace definitivamente personal e

individual en el diálogo y el encuentro con el que se considera “dueño”, hay que escuchar ese diálogo, de esas voces del cuerpo y las enfermedades; las enfermedades y el cuerpo.

3.2.3 Artritis reumatoide: Función de la enfermedad como símbolo y mensaje

Lo que se manifiesta como síntoma en el cuerpo es la expresión visible de un proceso invisible, es un estado de pérdida de armonía. El síntoma es portador de información y obliga a realizar una indagación, está informando de algo que falla y falta, para ello es indispensable saber escuchar, para subsanar las faltas o comportamientos disfuncionales. “La curación se produce exclusivamente desde una enfermedad trasmutada y no desde un síntoma derrotado” (Dethlefsen, y Dahlke, 2002, p. 23 en Palacios, 2005).

El cuerpo no está ni enfermo ni sano, en él sólo se reflejan estados de conciencia por tanto la enfermedad es un ángel (del griego ἄγγελος ángelos, “mensajero”) que viene a ampliar el estado de conciencia y por tanto de autoconocimiento. El cuerpo es una parte de sombra que se ha introducido en la materia y por tanto, cuando el individuo se encara con la sombra, se produce la curación, la clave es la autocomprensión de la enfermedad, ya que detrás de un síntoma hay un propósito, un trasfondo y es el síntoma el que obliga a vivenciar aquello que no se ha querido experimentar conscientemente (Palacios, 2005).

La enfermedad, de cualquier tipo o nivel representa una situación inconclusa que a través de la enfermedad se manifiesta en la figura emergente que no es más que la necesidad que no se ha satisfecho aún. La manera en que se habla es una forma reveladora inconsciente de lo que se está sintiendo y es sorprendente cómo las palabras se transpolan al plano material o cuerpo; al hablar de los síntomas corporales, suele describirse un problema psíquico (*Ibidem*). Como menciona Miller “Con bastante frecuencia el cuerpo reacciona con enfermedades al menosprecio constante de sus funciones vitales. Entre éstas se encuentra la lealtad a nuestra verdadera historia” (2005, p. 15).

La palabra, de acuerdo a Dethlefsen y Dalhke, 1994 (en Palacios, 2005) posee su propia sabiduría que sólo se comunica a quien sabe escuchar, todos los conceptos expresados se mueven en diferentes planos o trasfondos al mismo tiempo, es necesario recuperar la palabra en su más profundo sentido fenomenológico y gracias a ella trascender todos los

espacios y tiempos, si no es imposible el salto para escuchar al alma del individuo y por tanto se incurrirá en el error de separar la enfermedad de la persona y dejar que el médico decida y no aprender nada de las dolencias propias, ya que como diría Schnake, los médicos se han dedicado a disecar a las personas vivas, por medio de los fármacos, en lugar de darles vida con nuestra voz y boca. El individuo es el único responsable de su libertad y de la relación que establece con él o lo “otro”, así si la niega, niega su existencia. En esta existencia, él percibe al mundo conforme a las experiencias que se le van presentando, esto es, desde su fenomenología el mundo tiene diferentes realidades, distintas a las que pueden presentar a otros individuos.

Por cada experiencia y cada paso de su conciencia, el ser humano ha de utilizar el camino del cuerpo; le será imposible asumir conscientemente los principios que no hayan descendido a lo corporal. Pues, lo “corporal” nos impone una tremenda vinculación que habitualmente nos causa miedo, pero sin esta vinculación no podemos establecer contacto con el principio que causa la enfermedad (Dethlefsen y Dahlke, 2005). Si el individuo es la suma total de sus experiencias vitales, cada una de las cuáles está registrada en su personalidad y estructurada en su cuerpo, que es su disco duro; lo que siente puede leerse también a través de la expresión de su cuerpo. Las emociones son hechos corporales, son literalmente movimientos o alteraciones dentro de su cuerpo, que generalmente se traducen en alguna acción exterior.

Menciona Jung (1912, en Palacios, 2005) que el cuerpo encierra la historia de todas las ocasiones en las que el individuo asfixia y reprime el flujo espontáneo de su propia energía vital con la desagradable consecuencia de terminar convirtiéndose en un objeto mortecino, de este modo, la balanza va desequilibrándose poco a poco hasta acabar inclinándose definitivamente del lado de la vida hiperracionalizada en detrimento de la vitalidad primitiva y natural, consecuencia de ajustarse a lo que papá y mamá consideran, consciente e inconscientemente, que es mejor para sus hijos. Menciona Conger (en Zweig y Abrams, 2004), que nuestro carácter constituye la manifestación del cuerpo como sombra, es decir, un bloqueo de nuestro flujo energético que enajenamos y no reconocemos como propio y del que, por tanto, no podemos disponer.

En el caso específico de la artritis reumatoide, ésta (aun medicamento) ha sido considerada como un prototipo de enfermedad psicosomática. Se ha postulado que el estrés

psicológico y distintos factores ambientales, están implicados en el agravamiento de la enfermedad reumatoide, en la síntesis del tejido conectivo están implicadas numerosas hormonas (Hormona tiroidea, andrógenos, estrógenos, corticoides, etc.) en cuya regulación influyen factores emocionales. Por otro lado, el estrés y las emociones también influyen en el sistema inmunológico; sin embargo, tomando en cuenta lo mencionado en párrafos anteriores, acerca de la manera en que la enfermedad toma significado a través del cuerpo, es posible utilizar la definición que se atribuye alopáticamente a la artritis reumatoide para poder encontrar el mensaje metafórico que ésta presenta (Beck, D., 1972).

Por otro lado, la metáfora (del griego más allá, cuya función consiste en la identificación de un término real con un término imagen) representa el síntoma y se hace visible en la forma en la que el sujeto ha percibido su vida, así como su actitud frente a ésta. “El cuerpo no miente. Aun cuando el individuo trate de ocultar sus sentimientos con una actitud postural artificial, su cuerpo delata su estado de tensión” (Dethlefsen y Dahlke, 2002). En el caso de las enfermedades músculo-esqueléticas y concretamente de la artritis reumatoide, el síntoma se desenvuelve de la misma manera en la que la persona se maneja en su medio de desenvolvimiento, es decir, una persona tensa e indiferenciada ante los demás demostrará por medio de su cuerpo una severa tensión muscular, desviación de los huesos, deformaciones articulares (similares a su deformación de su función masculina de defensa), limitación de la movilidad, como una manera de expresar con el cuerpo lo que con palabras y actitudes no ha podido aplicar.

Dieter Beck (1972) habla de una represión de la agresividad; agresividad que en el caso de la visión transpersonal es referida a las conductas de rechazo y protectoras que ayudan al individuo a defender su ser. Beck argumenta que las personas con alteraciones reumáticas mantienen contracciones o tensiones musculares sin darse cuenta de ello y que la tensión muscular disminuye cuando la persona exterioriza sus sentimientos agresivos. Si no puede exteriorizar los impulsos agresivos la tensión muscular se eleva paralelamente a la tensión interna. La tensión muscular en este caso se relaciona con impulsos hostiles agresivos, ansiedad y sentimientos de culpabilidad.

Uno de los roles o la principal responsabilidad del padre, es la de conducir a los hijos desde el reino protegido de la madre y del hogar al mundo exterior facilitando la transición a la sociedad, ayudándolos a enfrentarse al mundo y sus conflictos. Talcott Parsons (1955 en

Stevens, A., 1994) llamaba “papel instrumental del padre” a esta función paterna, a diferencia del papel expresivo de la madre.

Si hay una ausencia parental (ya sea física o simbólica, es decir la presencia de un padre periférico) la integración de la hostilidad por parte del sujeto encontrará mayores dificultades, ya que desde la perspectiva transpersonal es el padre el que otorga la estructura que constituye la personalidad de “entrón” del individuo, es él quien da el soporte para defender y luchar por los derechos, así como para reclamar y expresar sus molestias (Palacios, 2005).

En particular la necesidad de un padre es fundamental para la especie humana: es una necesidad “arquetípica”. Cuando no está personalizada por la presencia paterna, esa necesidad permanece en estado arcaico, alimentada por imágenes culturales del padre que oscilan desde el diablo hasta Dios. “Cuanto más faltante sea el padre, menos posibilidades tendrá de ser humanizada por el hijo y más imágenes primitivas producirá el inconsciente” (Corneau, G., 1991).

Capítulo IV

Defensa del Ser: función estructurante en la relación padre-hija

“Siempre fuiste mi espejo, quiero decir que para verme tenía que mirarte.”

Julio Cortázar

A través de este capítulo se ahondará en las características funcionales que conciernen a las cualidades de la defensa del Ser, explicando la forma en que éstas son provistas por medio de la enseñanza de ambas figuras parentales. Resulta importante mencionar que al ser la madre la primera figura de apego para el individuo, las formas de conducta otorgadas por ésta consisten en forjar en el hijo o hija una representación del ánimo funcional (por medio de conductas de acercamiento, tales como son la solicitud y expresión de necesidades, opiniones y afecto); de igual manera, al haber sido provisto de dichas facultades, corresponde al padre brindar cualidades relativas al ánimo positivo o funcional; en este caso, dichas cualidades conciernen a defender, expresar molestias, establecer límites e integrar la hostilidad (transformando la agresividad en valentía, es decir, empleándola para dar pie al afrontamiento).

Con relación a lo anterior, Donald Winnicott (1962), plantea que en las primeras etapas de la vida del hijo, resulta imposible que el padre supla las funciones que a la madre le corresponden e incluso podría resultar inconveniente que aparezca en escena prematuramente, no obstante, menciona que ante los ojos del niño, él (el padre) encarna la ley, el vigor, el ideal y el mundo exterior que debe hacerle conocer, puesto que es él quien lo sacará hacia éste, correspondiéndole también el trascendental papel de enseñarlo a utilizar su agresividad y poner límites a ésta.

4.1 Formación del apego

Al establecimiento de vínculos afectivos que se forman con personas significativas se le denomina apego; la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Bowlby, J. (1995) hace referencia al vínculo del niño con su madre (al que tradicionalmente se conoce como dependencia), como el resultado de un conjunto de pautas de conducta que se

desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna.

Además, Bowlby (*Ibidem*), también plantea que el apego es algo más que la interacción y la conducta, es un lazo afectivo persistente y enfocado de manera específica, y la conducta de apego es el medio para la formación y mantenimiento de dicha liga. El proceso de formación del apego sigue un orden que implica un desarrollo gradual, así como cambio cualitativo. Los cimientos de la psique personal se construyen con base a la figura de la madre, la cual arquetípicamente proporciona al ser humano las aptitudes necesarias para formar, mantener y crear lazos emocionales íntimos con personas significativas a lo largo de la vida, estos lazos tienen diversas formas y matices, sin embargo los más fuertes se establecen con las personas amadas.

El modelo facilitante de la construcción del apego hacia otros se basará en el aprendizaje del apego hacia una figura específica, por lo tanto, quienes formen una relación más estrecha con su figura de apego cimentada en la confianza y en la seguridad, serán aquellos que disfruten un mayor número de relaciones con otros (*Ibidem*).

Tanto Jung (2002) como Bowlby (1989) y Erickson, E. (1993) concuerdan que es en los primeros cinco años de vida en que se colocan las bases que determinarán la futura estructura de la personalidad y comportamiento, puesto que es en esta etapa donde se le proporcionan al individuo los cimientos de la vida y se forma la médula de la existencia.

Durante el primer año de vida, la figura materna es la que lleva a cabo el papel fundamental en el desarrollo armónico del niño. El recién nacido considera a la madre como una prolongación de sí mismo, fuente de satisfacción de sus propios deseos y necesidades. La madre le proporciona ante todo nutrición física y emocional, lo importante es que lo tome en brazos con cariño mientras lo alimenta, de forma que el niño perciba el contacto físico con ella como gratificante. La presencia constante de esta persona adulta, interviniendo positivamente cada vez que el niño encuentra una dificultad ayudándole en la superación de sus miedos y en el logro de sus objetivos, favorece que el niño desarrolle un sentimiento de seguridad. De esta forma, la madre integra con sus actos (suaves, amorosos y pacientes) las capacidades todavía muy limitadas de su hijo (Brusa, M. y Bonet, C., 2004).

La relación inicial que se crea entre madre e hijo es muy importante para el desarrollo físico y emocional del bebé, ya que servirá de "modelo" para otras relaciones futuras. Además de la nutrición física, la figura materna proporciona alimento cognitivo para las actividades motoras, sensoriales y mentales del niño: cada vez que interacciona con él, cuando juega, lo toma en brazos, le enseña cosas, le canta, le deja explorar la cara y su pelo, le habla, le mueve los brazos o las manos, le proporciona objetos para jugar, le ayuda a cambiar posición, etc. La madre, sin tener a veces conciencia de ello, estimula y crea las condiciones favorables para la manipulación y la exploración del ambiente (*Ibídem*).

Con respecto a la formación del apego, cabe mencionar que éste se desarrolla por medio de fases que se caracterizan de acuerdo al desarrollo de cualidades específicas; la primera fase del apego comprende desde el nacimiento hasta los tres meses aproximadamente y ésta se ve caracterizada porque el bebé tiene una habilidad nula o limitada para distinguir a otra persona, se encuentra en un proceso de unión-fusión con la madre, es decir, no le es posible reconocer quién es él mismo, hasta dónde llega, dónde inicia, ni cuáles son los límites maternos (Mahler, M., 1987).

Con relación a lo anterior, Margareth Mahler (1975) afirma que tras el nacimiento, el comportamiento del bebé es predominantemente afectado por procesos reguladores determinados endógenamente; la tarea principal de la madre y el bebé consiste en regular y estabilizar los ciclos sueño, vigilia, día-noche, apetito-saciedad y de esta manera mantener el equilibrio homeostático, ésta también es parte de la reciprocidad madre-niño. Destaca la reciprocidad al momento del nacimiento, entre los sistemas fisiológicos de la madre y el niño, entre los que se incluyen los sistemas visuales, la audición y kinestésico e inclusive estados psicofisiológicos de excitación. En principio, la biología y la fisiología del bebé y la psicología de la madre forman una suerte de unidad, la madre y el bebé se autorregulan psicobiológicamente de forma alternada. Cabe destacar que diversos autores han planteado esta dualidad madre-hijo, desde distintas perspectivas e incluso con nombres distintos; Mahler lo denominó "Simbiosis"; Freud, "Masa de dos"; Spitz, "Diada" y Jung "Participación Mística".

En dicha fusión entre la madre y el infante, son de gran importancia las señales y estímulos visuales, olfativos y auditivos que emite el bebé, mismos que están enfocados para que se le proporcione atención, cuidado y se puedan satisfacer sus necesidades básicas. La madre ofrece una atención que es esencial para el bebé e impone condiciones a las que el niño

debe adecuarse (Bleichmar, E., 2005). El resultado de una relación mutua, predecible y articulada con una figura materna es la base para subsecuentes separaciones, exploraciones y eventuales individuaciones

Alrededor de los dos meses de edad ocurre un cambio notable en la conducta del niño, ya que comienza a anticiparse activamente a los intercambios recíprocos, a buscar activamente la interacción social y a mostrar una capacidad de autorregulación emergente. Es importante señalar que entre el segundo y el cuarto o quinto mes, la madre se constituye como principal objeto de amor y se procura establecer un fuerte vínculo con ella. Las sonrisas indiferenciadas se dirigirán de manera específica a la madre, lo que constituye un indicador de este vínculo y sirve para organizarlo y consolidarlo. A partir de este punto, todas las actividades, afectos y percepciones del infante parecen centrarse cada vez más en la interacción interpersonal con la madre en la medida en que ambos se involucran en un diálogo activo (Spitz, R., 1965).

En la segunda fase del apego, que va aproximadamente de los tres a los seis meses de edad, es posible notar que la conducta del bebé es más clara en relación con la figura materna que en relación con otro. Las observaciones de Spitz (*Ibidem*) convencieron de que el aspecto más importante de la relación madre-niño es el clima afectivo. Spitz creía que el dialogo continuo de acción y respuesta, motivado por lo afectivo y mutuamente estimulante, proporciona el contexto en el que aparecen las relaciones de objeto y las estructuras intrapsíquicas. Según su descripción, este diálogo se inicia en la situación de amamantamiento (que forma parte de la primera fase de formación del apego), pero pronto se extiende más allá del mismo.

Call (1964 en Spitz, 1965) sugiere que estas experiencias de alimentación deben ser consideradas como organizadora de las interacciones tempranas más importantes con la madre; y, describe los detalles del diálogo en términos de expresiones faciales no verbales, acción física, vocalización, respuestas e interacciones lúdicas, que proporcionan la base para el desarrollo de una forma de comunicación privada y exclusiva con la madre. El principal propósito de este sistema temprano de comunicación es sostener, mantener y enriquecer mutuamente la dualidad. Según Call, este sistema se convierte en el principio organizador de formas posteriores de comunicación, incluyendo los afectos, los gestos y la adquisición del lenguaje

En esta fase la función de la madre puede compararse a la de un espejo que refleja todas las necesidades vitales del niño, cuando el bebé mire el rostro de su madre, se verá a sí mismo. La madre se adapta a las necesidades de su hijo que evoluciona poco a poco en personalidad y carácter, y esta adaptación le otorga una proporción de confiabilidad. La experiencia del bebé con esta confiabilidad a lo largo de un periodo hace nacer en ella (la madre), y en el bebé en crecimiento un sentimiento de confianza (Winnicott, 1966).

Con respecto a la tercera fase, ésta comprende de los seis meses de edad hasta después del primer año y es en ésta donde el bebé experimenta equilibrio y armonía entre el apego y la exploración, lo que se conoce como la conservación de la presencia de la figura materna en la mente del niño cuando ella no está presente (Heredia, 2005 en Miranda y Onofre, 2010).

En esta etapa es posible que incluso personas externas a la familia nuclear del niño puedan notar el apego establecido con su madre, puesto que no sólo le es posible discriminar con mayor frecuencia la forma de tratar a cada persona sino que su repertorio de respuestas es más amplio, basado en la locomoción y por medio de señales (*Ibidem*)

“La locomoción se caracteriza por una mayor motilidad del infante lo cual trae consigo la oportunidad de explorar el entorno por primera vez lejos de mamá, la exploración es necesaria, porque permite al menor tener cierto control respecto al lugar en el que se encuentra y con ello la posibilidad de adquirir la confianza necesaria para alejarse, siempre que la madre resulte una base segura a la que pueda regresar cuando se necesite. La capacidad física de desplazarse permite, por un lado explorar y por otro la capacidad de mantenerse cerca de la madre, dando lugar así a la proximidad a través del uso de señales (como llanto, risa, gritos) con el fin de obtener seguridad emocional” (Miranda y Onofre, 2010, p.103-104).

Por otra parte, durante la cuarta fase, que ocurre durante los tres años aproximadamente, la relación de apego entre la madre y el niño, está perfectamente establecida; es en este momento cuando el niño tiene las herramientas indispensables para volverse un ser independiente, con suficiente habilidad para aceptar personas y cosas más allá de su madre, así como para iniciar relaciones con los demás.

Para Mahler el psiquismo se forma a través de un proceso continuo y progresivo, cuyo resultado es la relación objetal intrapsíquica que el niño logra consolidar aproximadamente a los 3 años. En un inicio se necesita del vínculo con la madre como la única posibilidad para la

supervivencia. Para el niño las representaciones mentales del objeto y del self se construyen a partir de los pasos progresivos en el desarrollo de las relaciones con los objetos. Mahler puntualizó la disponibilidad emocional apropiada de la madre y el intercambio afectivo entre ésta y su bebé como rasgos importantes para promover la formación de las estructuras psíquicas (Bleichmar, 2005).

De acuerdo a Mahler, el proceso de internalización e identificación tiene lugar fluidamente, lo cual aumenta la independencia en el funcionamiento del yo. La importancia del desarrollo de la constancia del objeto libidinal² no radica solamente en que el niño puede integrar los aspectos amorosos-afectivos de su madre con los hostiles-iracundos, sino también en que el niño tiene la seguridad de que su relación afectiva se mantendrá a pesar de breves separaciones o de sentimientos temporales de rabia y resentimiento. En otras palabras, el niño puede mantener una relación constante con la madre a pesar de las vicisitudes de las frustraciones y satisfacciones que ocurren durante el desarrollo; pasa de tener un comportamiento casi exclusivamente egocéntrico, demandante y de dependencia, a ser capaz de involucrarse en relaciones más duraderas, determinadas por el yo y caracterizadas por el afecto, la confianza y cierta consideración (aunque limitada por la inmadurez cognitiva) por los intereses y sentimientos de los otros (*Ibidem*).

Resulta importante mencionar que a pesar de lo trascendente que es el vínculo afectivo, la desvinculación, es decir, separarse del lado de la madre, es también importante ya que este hecho da la pauta al niño para comenzar a aprender que su mundo es más amplio y lograr así la independencia necesaria (Foss, B., 1981). Por otra parte, otro elemento importante que contribuye en la transición entre la primera relación oral con la madre y una verdadera relación de objeto es lo que Winnicott denominó en 1951 como objeto transicional, éste define un objeto material que posee, para el niño, un valor preferente, ubicado en el espacio de la ilusión y el

² La teoría de las relaciones objetales se relaciona con diversas posturas conceptuales dentro de la teoría psicoanalítica. Entre ellas, la de Melanie Klein, que enfatiza la determinación pulsional de la experiencia de la relación con el objeto y concentra su atención en el objeto interno y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. Hace predominar el mundo interno del sujeto sobre la significación del mundo externo. Otra postura claramente definida es la de René Spitz, Margaret Mahler y D.W. Winnicott, quienes enfatizan el efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo.

juego, el objeto transicional constituye la primera posesión no-yo y emerge como sustituto del pecho, entre lo subjetivo y lo objetivo con miras al logro de una tranquila unión (Winnicott, 1999).

El objeto transicional representa la capacidad del niño para ser capaz de diferenciar, discriminar, emplear objetos y símbolos, que le permiten concebirse a sí mismo como un ser único, libre, capaz e independiente de su madre. Si el niño logra atravesar de manera exitosa su etapa simbiótica comenzará a conocer, explorar y enfrentar su entorno a partir de su base segura, no obstante, si la madre abarca por un tiempo más largo el cuidado de su hijo no le permitirá crecer, valerse por sí mismo, ni madurar como ser humano (*Ibidem*).

Las etapas mencionadas acerca de la formación del apego representan psicológicamente el almacén inicial de la personalidad, fases en las que el papel del padre y la madre son cruciales, puesto que es en el lapso de la infancia cuando se produce la etapa de la separación de la salida del estado funcional yo-Sí mismo, este acontecimiento típico de la expulsión del paraíso es la primera experiencia traumatizante debido al descubrimiento de no estar completo y del hecho de que algo perfecto se ha perdido para siempre, estas tragedias reflejan el momento en el que el yo comienza a convertirse en una entidad separada del Sí Mismo y a establecerse como un factor con existencia propia, al haber desaparecido la relación con el centro (Von Franz, 1993).

4.2 La figura paterna como proveedora de soporte

El padre y la madre se viven como figuras arquetípicas cruciales durante la niñez, puesto que conforman el principal modelo de vínculo amoroso a partir del cual se capta toda una serie de mensajes explícitos o implícitos. El resultado de este encuentro entre la estructura de base innata y cada uno de los padres constituye lo que llamamos un complejo paterno y un complejo materno (Corneau, 1991; Stevens, 1994).

Con respecto al complejo paterno, cabe mencionar que un complejo paterno positivo se desarrollará de distinta manera dependiendo del género de los hijos, en los hombres, frecuentemente se produce cierta credibilidad con respecto a la autoridad y una marcada buena voluntad para doblegarse ante todos los dogmas y valores espirituales, mientras que en las mujeres activa los más vivaces intereses y aspiraciones espirituales. En los sueños, las

convicciones firmes, las prohibiciones y consejos sabios siempre emanan de la figura paterna (Jung, 1949, en Sharp, 1997).

La vida del pequeño será moldeada desde el principio por la habilidad que posean sus tutores para conocer y satisfacer sus necesidades en cada etapa de su desarrollo (Bradshaw, J., 2006; Bowlby, 1995; Jung, 1982b), es decir, el destino de un niño está restringido por sus padres, “los padres son la influencia más poderosa que pesa sobre nuestra vida, son los que dan forma a nuestro mundo, tal como sus propios padres formaron el suyo” (Jung, 2002, p.86).

El carácter del niño se moldeará con base al de sus padres, esta tendencia, naturalmente, se origina en los lazos afectivos que unen a padres e hijos, es decir, en la “psicosexualidad”, tanto de los primeros como de los segundos, es una especie de contagio psíquico que no obedece a consideración alguna de lógica racional, sino únicamente a impulsos afectivos y a sus manifestaciones físicas. Son estos impulsos, los que con toda la fuerza del instinto gregario se apoderan del alma del niño, lo petrifican y la moldean, puede decirse que “de 1 a 5 años, periodo durante el cual el ser humano es más plástico, terminan de dibujarse en él todos los rasgos esenciales de conformación psíquica, es aquí cuando el niño reproduce exactamente el molde paterno o materno” (Jung, 1982b, p.92-93).

Si bien cada etapa se basa en la precedente, los cimientos se construyen en la infancia. Un pequeño error al principio es un gran error al final, acerca de esto, Bowlby (1995) menciona “las pruebas de que las experiencias adversas con los padres durante la infancia tienen un importante papel en el origen de las perturbaciones cognitivas, son actualmente abundantes”, de igual manera Bradshaw (2006) afirma “Nosotros no influimos en el inicio de nuestras vidas, pero para sobrevivir dependemos completamente de quienes nos cuidan”. La infancia no sólo es importante porque en ella tienen su origen sus posibles mutilaciones del instinto sino también porque “es el periodo en el que se configuran en el alma del niño los sueños e imágenes-terroríficos o esperanzadores- que condicionan todo su destino” (Jung, en Abrams, J., 2008, p.173).

Cotidianamente, resulta escasa la atención que se le da a la forma en la que la conducta de los padres influye en sus hijos, sin embargo, “Gran parte de la comunicación entre padres e hijos es de carácter no verbal y todos los mensajes subliminalmente transferidos de padres a hijos serán percibidos por el inconsciente del niño, quien se formará una impresión bastante

ajustada de la personalidad de sus padres (Corvitz, en Abrams, 2008). “Los padres deberían tener siempre presente el hecho de que la causa principal de la neurosis de sus hijos radica en ellos mismos” (Jung, en Abrams, 2008).

El niño se irá moldeando por su entorno que, por lo cual, pierde el contacto con aquellos aspectos de su propio ser que no encajen con dichas expectativas y estructuras externas, por lo cual precisa de orientación y cuidado, se encuentra en el seno de una familia, una cultura y una educación concretas, que conllevan valores, reglas y sistemas a las que el niño debe adaptarse y conformarse. Para algunos niños, adaptarse supone encubrir e incluso perder aquellas facultades que no se ajustan o no son valoradas por su entorno, lo que no sólo les afecta a ellos, sino que afecta también a la sociedad de la que forma parte (Shullwold, en Abrams, 2008).

Cada niño fue un nosotros antes de convertirse en un Yo, necesitó de un rostro-espejo que reflejara todas sus partes como individuo (Winnicott, 1996). Necesitaba saber cuánto importaba, que lo tomaban en serio, qué parte de su ser era aceptada y merecedora de cariño, también necesitaba saber que podía depender del amor de sus padres, es decir éstas fueron sus saludables necesidades narcisistas (Miller, A., 1985), de no ser satisfechas, su sentido de YO SOY resultó perjudicado (Bradshaw, 2006; Corneau, 1999). “La historia de la caída de cada hombre y cada mujer se inicia cuando un niño precioso, maravilloso, valioso y especial perdió su sentido de “yo soy quien soy” (Bradshaw, 2006).

Alrededor de la edad de uno o dos años, todo niño tiene lo que se puede visualizar como una personalidad de 360 grados, irradia energía desde todas las zonas de su cuerpo y de su psique, pero un día ve que a sus padres no les gustan ciertas partes “Detrás de nosotros tenemos un saco invisible y en él ponemos la parte de nosotros que no gusta a nuestros padres, a fin de conservar su amor. Así que cogemos nuestro enfado y lo ponemos en el saco” (Bly, 1994 en Downing, C., 2001, p.45.); asimismo, Miller (1985), menciona que la manera en que se da el nacimiento de lo que ella denomina nacimiento del falso yo, se da por medio de todas las experiencias infantiles conflictivas que permanecen presas y ocultas en la oscuridad, las cuales intentan salir de ella manifestándose a través de síntomas ya sea psicológicos o en forma de enfermedades somáticas.

Los padres hallan en el “falso yo” del hijo la aprobación que buscan, un sustituto de las estructuras que les faltan, mientras que el hijo, que no ha podido construir sus propias estructuras puesto que éste sigue dependiendo de sus padres, primero de modo consciente y más tarde a nivel inconsciente (introyectándolos). No puede confiar en sus emociones, no ha llegado a experimentarlas mediante ensayo y error, desconoce sus verdaderas necesidades y se halla completamente enajenado de sí mismo (*Ibídem*).

Cada niño necesita estar sostenido por alguien para sentirse seguro, si dicho sostén se les retira de repente y se caen, se asustan y llenan de ansiedad. La historia filogenética del animal humano manifestada en la necesidad que siente el infante de que lo sostengan para creerse seguro, es la causa que predispone a la ansiedad de caerse (Lowen, A., 2006). Es cuando los padres no inspiran seguridad que se desarrolla en los niños un profundo sentido de desconfianza, el mundo les parece un lugar peligroso, hostil, impredecible y por lo tanto, el niño debe estar siempre alerta y tener todo bajo control. Piensa “si yo lo controlo todo entonces nadie me podrá sorprender descuidado y lastimarme” (Bradshaw, 2006. p.30).

La labor de los padres consiste en apoyar las experimentaciones del niño y animar las expresiones de su individualidad “Cuando se ofrece un marco de seguridad al niño, si dicho marco es demasiado protector o demasiado rígido, dañará su creatividad” (Corneau, 1999, p.59). Frecuentemente muchas personas se han transformado en sus madres o en sus padres, o en la fantasía de lo que constituye el niño bueno o el niño malo, a veces se ocultan tan bien, que finalmente ni siquiera ellos mismos reconocen sus propias máscaras, y vagan lejos de su vínculo original con el verdadero yo, buscando la reconciliación sólo cuando sus enfermedades o accidentes, depresiones o ansiedades llegan a importunarlos (Short, en Abrams, 2008).

La necesidad de un padre es fundamental para la especie humana, es una necesidad “arquetípica”, cuando ésta no está personalizada por la presencia paterna, esa necesidad permanece en estado arcaico, alimentada por imágenes culturales del padre que oscilan desde el Diablo hasta Dios. “Cuanto más faltante sea el padre, menos posibilidades tendrá de ser humanizada por el hijo, y más imágenes primitivas producirá el inconsciente” (Corneau, 1991). Dichas imágenes del inconsciente ejercerán una gran presión sobre el individuo, asumiendo formas míticas “El padre, su simbólica, se confunde entonces con la del cielo y

refleja el sentimiento de una presencia, una falta, una pérdida, un vacío, que sólo el autor de los días podría colmar” (Chevalier, J., y Gheerbrant, A., 2007, p.793).

Es relevante mencionar que “cada padre tiene una doble función: una función de referencia corporal para su hijo del mismo sexo y una función de lugar de deseo para el hijo del sexo opuesto” (Corneau, 1991, p.41; Corneau, 1999). Esta distinción coincide con las diferencias fenomenológicas que existen entre el arquetipo del padre y el arquetipo de la madre, mientras el arquetipo de la madre halla su expresión universal como Madre Naturaleza, fuente de vida, diosa de la fertilidad, suministradora de alimento; el arquetipo del padre se personifica en el mito, el sueño y la leyenda como gobernante, anciano, rey, legislador, padre del cielo.

En cuanto legislador, habla con la voz de la autoridad colectiva y es la encarnación viva del principio de logos su palabra es ley. “Como padre del cielo, simboliza las aspiraciones espirituales del principio masculino, y está sentado en un trono desde el que juzga, premiando con favores y castigando con rayos”. El logos se definiría como el principio de lógica y estructura, tradicionalmente asociado con el espíritu, el mundo paterno y la imagen divina. No hay conciencia sin discriminación de los opuestos. Este es el principio paterno, el Logos, que lucha eternamente para liberarse de la tibieza y oscuridad originales del útero materno; en una palabra, de la inconciencia, el Logos significa discriminación, juicio, insight y Eros, la capacidad para relacionarse (Jung, en Sharp, 1997). La asociación arquetípica del *logos* (en griego “palabra”, “razón”) con el espíritu y el principio masculino queda ilustrada en mitos de la creación como el del Génesis. El logos es la encarnación de la inteligencia divina: crea orden del caos e ilumina toda la creación e ilumina toda la creación con la luz de la conciencia” (Stevens, 1994).

Al respecto, Jung escribió:

“El arquetipo de la madre es lo más inmediato para el niño. Pero con el desarrollo de su conciencia penetra también el padre en su campo de visión y revive un arquetipo cuya naturaleza, en muchos aspectos, es opuesta al arquetipo de la madre. Del mismo modo que el arquetipo materno se corresponde con la definición del yin chino, el paterno se corresponde con la definición del yang. Éste determina la relación con el hombre, con la ley y el

estado, con el entendimiento y el espíritu, y con la dinámica de la naturaleza” (Jung, 1976, p.147).

Jung, también menciona que:

“El padre es el primer portador de la imagen del ánimus. Dota a esta imagen virtual de sustancia y forma, porque a causa de su Logos, él es la fuente del “espíritu” para la hija. Desgraciadamente, esta fuente a menudo se contamina precisamente donde esperamos obtener agua limpia. Puesto que el espíritu que beneficia a una mujer no es puro intelecto, es mucho más: es una actitud, el espíritu por el cual un hombre vive. Incluso el llamado espíritu “ideal” no siempre es el mejor si no sabe relacionarse adecuadamente con la naturaleza, es decir, con el hombre animal. Por lo tanto, todo padre tiene la oportunidad de corromper, de uno u otro modo, la naturaleza de su hija, y entonces el profesor, el esposo o el psiquiatra deben afrontar las consecuencias. Porque lo que ha sido lastimado por el padre sólo puede ser sanado por el padre” (en Sharp, 1997, p.46).

De forma natural existe una relación particular de seducción entre padre e hija, que debe ser respetada, si bien el padre influye en la formación del ánimus de la hija, no se debe dejar de lado que a la inversa, la hija trata de encarnar el ánima del padre para aproximarse a él, así se teje un vínculo privilegiado de inconsciente a inconsciente. Se dedica a adivinar a su padre y a veces llega a ser la única que puede penetrar en su mundo interior, lo que puede dar lugar a relaciones dramáticas que colocarán a la hija contra su madre (Corneau, 1999). Pertrechadas con los símbolos y conductas de pareja de la feminidad tradicional, se forman a sí mismas para proveer las necesidades de otros “Conocidas en los círculos junguianos como mujeres ánima, voluntariamente (aunque tal vez sin saberlo) cargan con las proyecciones de los hombres, adoptando las imágenes estereotipadas de belleza de la sociedad para complacerles y permanecer en contacto con ellos” (Zweig en Downing, 2001).

El padre presente es el primer otro que la niña reconoce fuera del vientre materno. Al representar un personaje vago para la recién nacida, el padre encarna primero a la no-madre, y configura todo aquello que no es “ella”. “Lo masculino ofrece su propia manera de criar”

(Frantz, en Abrams, 2008, p.102). Al introducirse como factor de separación entre la madre y la hija, el padre se convierte en el tercer elemento (Corneau, 1991; Stevens, 1994).

Mientras la hija va creciendo, su desarrollo emocional y espiritual se ve profundamente afectado por su relación con el padre, ya que éste es la primera figura masculina de su vida, esté presente o no, tiene una marcadísima influencia en la manera en que se relaciona con su propia parte masculina y, por extensión, con los hombres, como él es “el otro”, es decir, diferente a ella misma y a su madre, es él también quien da forma a su disimilitud, a su singularidad y a su individualidad. La forma en que él se relacione con la feminidad de la hija influirá en la manera en que ella se va haciendo una mujer adulta (Rivera, R., 2001; Schierse, 2005; Stevens, 1994). Es decir “Si se pregona que el primer amor deja una marca emocional en la mujer, aunque la presencia en su vida haya sido corta, imaginemos entonces cuanto habrá ‘marcado’ al desarrollo psicológico de esa misma mujer la presencia de su padre, ya sea el biológico o su equivalente, el padre sustituto. Esto no significa que un padre biológico ausente, cuando la madre no proporcionó un sustituto de esa imagen paterna, no afecte también a esa hija en su relación con los hombres en su vida familiar, amorosa o laboral” (Rivera, 2001, p.52).

Desde un inicio el padre debe de resultarle diferente, no sólo a la vista, sino también al tacto, al oído y el olfato, por otra parte, la hija nunca ha estado unida físicamente a él, ni ha dependido de su cuerpo para nutrirse: el padre es, pues, la primera persona a la que la niña ama, no por motivos físicos, sino espirituales. A medida que la relación madura, la niña también es más consciente de que el amor del padre es cualitativamente distinto al de la madre: es menos total, menos acrítico. A la madre suele bastarle el hecho de que su hija existe: su amor es absoluto y en gran medida incondicional, en cambio, el amor del padre es más exigente: es un amor contingente, condicionado a la aceptación de ciertos valores, pautas y modos de comportamiento que él considera adecuados (Stevens, 1994).

Cabe destacar que uno de los roles o principal responsabilidad del padre, es la de conducir a los hijos desde el reino protegido de la madre y del hogar al mundo exterior, facilitando la transición a la sociedad- una función seguramente en mutación-, ayudándolos a enfrentarse al mundo y sus conflictos (Corneau, 1999; Rivera, 2001; Schierse, 2005; Stevens, 1994). Talcott Parsons (1955, en Stevens, 1994) llamaba “papel instrumental del padre” a esta función paterna, a diferencia del papel expresivo de la madre; la orientación del padre es

tradicionalmente centrífuga, es decir, dirigida hacia el mundo exterior, en contraste con la preocupación centrípeta de la madre por el hogar y la familia.

Por otra parte, la actitud que presente el padre con respecto al trabajo y al éxito influirá en la actitud de la hija, es decir, si él se siente confiado y alcanza el éxito, lo comunicará a su hija, en cambio, si es pusilánime y no logra triunfar, es posible que ella herede esta actitud temerosa. Normalmente el padre también proyecta ideales para su hija, le brinda un modelo de autoridad, responsabilidad, toma de decisiones, objetividad, orden y disciplina, más tarde, cuando la hija alcanza la edad suficiente, él se aparta para que ella pueda hacer suyos estos ideales y actuar según los mismos. Si la actitud del padre con relación a estos temas es demasiado rígida o bien despreocupada, eso afectará también a la actitud que su hija muestre hacia ellos (Schierse, 2005; Stevens, 1994; Corneau, 1991).

Menciona Corneau (1991) que “Efectivamente, por lo general los hijos que han sido bien ‘paternizados’ se sienten seguros al continuar con sus estudios, al escoger una carrera o al tomar iniciativas personales”p.26, con relación a lo anterior, si papá fue un hombre cálido, enterado de las necesidades tanto psicológicas como físicas de la hija (techo, comida, médicos, escuelas, diversiones, cariño, respeto del desarrollo sano de la individualidad de la hija, de su necesidad de pertenencia al grupo familiar, de la evolución de sus apegos, primero a los padres y hermanos, después a los amigos y, posteriormente, al novio que le llevará fuera del núcleo familiar), entonces ésta, cómo es fácil de imaginar, querrá y podrá encontrar en otro hombre las características tan sanas que componen la personalidad del padre y que le reflejan sentimientos de confianza hacia sí misma, hacia el mundo, hacia la vida y hacia los hombres (Rivera, 2001). El padre ayudará a la hija a construir una estructura interna, específicamente, su presencia le permitirá a la hija el acceso a la agresividad (una agresividad funcional que le permita alcanzar la afirmación de sí y capacidad para defenderse), el acceso a la sexualidad, el sentido de la exploración y al del logos (Corneau, 1991, p.27).

Es al asumir sus propias funciones que el padre abre a su hija un mundo real que no sólo espera perfección de ella, un mundo en que el ejercicio del poder no necesariamente se convierte en un ejercicio humillante, en el que la competencia y la emulación sanas no necesariamente producen úlcera estomacal o dolores de espalda, en el que la competencia puede ser una fuente de alegría y no de enajenación. Los actos de paternidad significativos son

gestos que permiten el equilibrio entre la enajenación y el apoyo que necesita la hija, y los límites que deben imponerse a su dependencia infantil (Corneau, 1991).

Es también el hecho de haber sido amada de manera no ambivalente por el padre, es decir, que éste fue atento, que se interesó verdaderamente en sus proyectos, preocupándose por poner ciertos límites lo que brinda a la hija el cuadro de seguridad indispensable para su desarrollo armonioso. “No se escondió cobardemente detrás de su mujer para imponer sus opiniones y sus decisiones, sino que supo comunicar sus puntos fuertes y sus puntos débiles, más que simplemente ser evasivo o, peor aún, totalmente autoritario” (Corneau, 1991).

Con respecto a lo anterior, Schierse (2005) identifica dos tendencias que constituyen la polaridad en el paternaje, destaca los aspectos positivos y negativos de estos así como el efecto que tiene cada uno en la hija. Por un lado, el padre permisivo que carece de límites, autoridad, responsabilidad, orden y disciplina interior y por lo tanto los modelos que ofrecen a sus hijas resultan inadecuados, estos hombres suelen ser “eternos jovencitos” (*puer aeternus*), son hombres que se han quedado estancados en las etapas adolescentes del desarrollo. Como aspecto negativo, un padre que se comporta como jovencito tiende a evadir responsabilidades, no acepta compromisos, no asume retos y lleva una vida provisional ‘al día’, no lleva las cosas a la conclusión. Como aspecto positivo, este tipo de padres, suelen ser encantadores, románticos e incluso inspiradores, porque revelan el espíritu en forma de posibilidad, la chispa creativa y la búsqueda. (Schierse, 2005).

Existe otro extremo de un paternaje inadecuado, se trata de “el viejo patriarca”, éste se caracteriza por la rigidez, la excelencia, el dominio, la racionalidad, el deber y la obediencia, estos padres suelen ser duros, fríos y a veces indiferentes, esclavizan a sus hijas con una actitud estrictamente autoritaria. Tienden a alejarse del dinamismo de la vida, desconectados de su propio lado femenino y de sus sentimientos; con frecuencia se muestran amargados, cínicos y desvitalizados. Como su punto fuerte es el control y hacer las cosas bien, no suelen estar abiertos a lo inesperado, a la expresión de la creatividad y de los sentimientos, tienden a tratar tales cosas con sarcasmo y burla; por el lado positivo, su insistencia en la autoridad y el deber aporta un sentido de seguridad, estabilidad y estructura, por el negativo, tienden a sofocar las cualidades “femeninas” del sentimiento, de la sensibilidad y de la espontaneidad (Murdock, 1991; Hillman, en Thompson, 2005; Chevalier y Gheerbrant, 2007).

En algún momento de su vida, las hijas de estos viejos dominantes experimentan una relación dificultosa con sus propios instintos femeninos, puesto que sus padres nunca supieron reconocer su feminidad; como estas mujeres tuvieron unos padres duros y severos (ánimus negativo), puede que también ellas lo sean consigo mismas, y con los demás (Wher, en Downing, 2001; Von Franz, en Corneau, 1999). Aunque se rebelen, en esa misma rebelión es fácil encontrar algo duro e implacable, algunas hijas se dejan vencer por las reglas autoritarias y nunca llegan a vivir sus propias vidas, no obstante, otras, a pesar de que pueden revelarse, siguen ligadas al control del padre, relacionando permanentemente ante él. También estas hijas, al igual que las de los padres más condescendientes tienden a no gozar de una relación positiva con los hombres y con su propio espíritu creativo (Murdock, 1991).

De acuerdo con Schierse (2005) estas tendencias en el paternaje, el padre permisivo o el autoritario, pueden coexistir, es decir, la mayoría de los padres son una mezcla de ambas, incluso en el caso de que un padre haya vivido su vida en sólo uno de esos extremos, suele manifestar el otro de manera inconsciente. En cuanto al efecto que surte en la hija, un padre permisivo o autoritario, se pueden distinguir dos patrones: la “eterna muchacha” o puella y la “amazona acorazada” (Schierse, 2005; Corneau, 1991, p.78.). La eterna muchacha, es una mujer que psicológicamente sigue siendo una jovencita aunque cronológicamente pueda tener sesenta o setenta años. Sigue siendo una hija dependiente y tiende a aceptar la identidad que otros proyectan sobre ella. Al hacerlo, ella deposita su propia fuerza en manos de otros, así como la responsabilidad de dar forma a su identidad. Con frecuencia se casa con un hombre rígido y autoritario y se convierte en la imagen de mujer que él desea. Suele tener un aspecto inocente, desvalido, pasivo y actúa de esa misma forma, o puede que se rebele, pero en su rebelión sigue siendo la víctima indefensa atrapada en sentimientos de autocompasión, depresión e inercia. En cualquier caso no es ella quien dirige su vida (Corneau, 1999; Zweig, en Downing, 2001; Schierse, 2005).

Frecuentemente, la mujer que no ha dejado de ser una jovencita no ha logrado en su interior identificarse con las cualidades de un padre positivo que pueda ayudarla en su desarrollo: concienciación, disciplina, valentía, toma de decisiones, amor propio, propósito. Muchas mujeres actualmente se han encontrado en esta tesitura porque los “padres culturales” no han animado precisamente a las mujeres a cultivar tales cualidades y en muchos casos las mujeres han sido convencidas para que no las desarrollen. El resultado es desastroso y deja a

la mujer sintiéndose débil y desvalida, sin recursos, con miedo de vivir su propia vida y sometida a unos principios patriarcales anticuados y dictatoriales (Schierse, 2005; Wher, en Downing, 2001).

En el otro extremo, se encuentra la “amazona acorazada” o “mujer ánimus” llamadas popularmente “hijas del padre”, descartan las sendas de sus madres y se identifican más con el mundo masculino”(Zweig, en Downing, 2001), es el patrón opuesto que adoptan muchas mujeres, éstas surgen como acción ante un padre negligente, tienden a identificarse con las funciones masculinas o paternas, relegando su propia feminidad (Johnson, 1997), en un intento de obtener lo que el padre no proveyó, así que constituyen una fuerte identidad egoíca masculina, mediante sus logros profesionales, luchando por una causa, o controlando e imponiendo la ley ellas mismas (Von Franz, en Corneau, 1991); pero esta identidad masculina generalmente no es más que una capa protectora, una coraza contra el dolor del abandono o del rechazo que experimentaron por parte del padre, una armadura contra su propia ternura, debilidad y vulnerabilidad (Zweig, en Downing, 2001).

Dicha armadura las protege porque las ayuda en su desarrollo profesional y les permite tener voz y voto en el mundo exterior, pero como esa armadura es, así mismo una barrera que las aísla de sus propios sentimientos femeninos y de su lado más tierno, estas mujeres tienden a estar separadas de su propia creatividad, de una sana relación con los hombres y de la espontaneidad y vitalidad necesarias para vivir el momento (Schierse, 2005).

Al igual que los patrones del “eterno jovencito” y el “viejo patriarca”, los patrones de la “puella” y de la “amazona acorazada” pueden coexistir, es decir, en un momento de la vida puede surgir uno y en otro momento el otro patrón o simplemente dependiendo del contexto. El por qué una mujer escoge primero el camino de la eterna muchacha mientras otra escoge el de la amazona acorazada se debe a la combinación de varios factores, entre éstos, el temperamento, la posición que ocupa y el rol que desempeña en la familia, la relación con la madre, con quien se identificó (padre o madre), el aspecto físico, la raza, la clase socioeconómica, entre otros. No existe “algo” marcadamente predominante para detonar uno u otro; sin embargo, el patrón que predomina o se manifiesta desplaza al otro a la sombra, por lo tanto, de forma inconsciente pueden actuar el otro patrón (Zweig, en Downing, 2001).

Desde una visión externa, puede parecer que estas mujeres tienen un éxito considerable: son mujeres de negocio seguras de sí mismas, amas de casa satisfechas, estudiantes dedicadas, divorciadas alegres, sin embargo, bajo el barniz de éxito o satisfacción está su yo herido, el desespero oculto, los sentimientos de soledad y aislamiento, el miedo al abandono y al rechazo, las lágrimas y la rabia. Para muchas de esas mujeres el origen de sus heridas radica en una deficiente relación con su padre biológico, o bien, por una sociedad patriarcal que a su vez funciona como un mal padre, devaluando culturalmente el valor de las mujeres, su relación con lo masculino y su manera de funcionar en el mundo suele estar maltrecha (Schierse, 2005; Rivera, 2001).

Zweig menciona: “Igual que nuestras madres, nuestros padres no pudieron satisfacer las necesidades sobrehumanas que cuando éramos niñas proyectamos sobre ellos, a veces, por desgracia, tampoco pudieron satisfacer las necesidades demasiado humanas, quizá debido a la insuficiencia de sus propios padres, así, la mayoría de las mujeres tiene sentimientos muy heridos en relación con sus padres, que abarcan desde el odio intenso a la adoración idealizada” (en Downing, 2001, p.250.).

Definitivamente, una de las principales secuelas de la ausencia, física o psicológica, del padre es que deja a las hijas sin cuerpo, es decir, sin una identidad propia que actúe metafóricamente como lo hace el cuerpo: anteponiéndose, enfrentando, defendiendo. “La lesión causada por el padre es una lesión relacional, afectiva” (Corneau, 1999, p.49). En efecto, el cuerpo es la base de toda identidad y la sede en la que necesariamente toda identidad debe comenzar, la identidad de las hijas está anclada en el cuerpo del padre (Corneau, 1991; Bly, 1992).

Si la hija percibe al padre como una figura distante o rechazante, es posible esperar que ella desarrolle características disfuncionales en su personalidad. Dichas conductas se presentan en una amplia gama, y las más reconocidas en psicoterapia son las actitudes masoquistas, que no son otra cosa que disposición, muchas veces inconsciente, a ser castigada o maltratada; y las actitudes sádicas, que llevarán a castigar o maltratar a otros, e incluso a sí mismos, por medio de la enfermedad (Rivera, 2001).

Capítulo V

Investigación cualitativa y fenomenología

La metodología que compete a esta investigación, debido a su intención sustantiva y el enfoque que la orienta es la metodología cualitativa, en específico en estudio de casos, el cual se explica más adelante; asimismo, se empleó la fenomenología o método fenomenológico con el fin de analizar el discurso de las pacientes participantes en el presente trabajo.

Acercas de los métodos cualitativos, estos 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, es por dichas razones que el investigador cualitativo estudia los asuntos cotidianos, y los patrones del ser humano que ocurren en la vida diaria: motivaciones, relaciones, formas de organización, creencias, valores, intereses, roles, reglas, etc. (Aguilera, M. y Blanco, M.,1987).

J. Álvarez (2003) menciona que en la investigación cualitativa, se busca ingresar a la subjetividad de la persona para poder profundizar en los componentes del self, dado que la persona es invitada a reflexionar sobre aquello que le hace sentir mal y realiza un ejercicio e introspección y en cierta medida logra lo que se conoce como “darse cuenta”.

La investigación cualitativa de acuerdo con L. Vera (2006), es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema, la cual procura lograr una descripción holística, esto es, que intenta revisar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. Dentro de las formas o tipos de investigación cualitativa se encuentra el estudio de caso que consiste en llevar a cabo un estudio exhaustivo de una persona, en la cual el investigador se interesa por obtener respuestas sobre el significado de los comportamientos, de los discursos, de las motivaciones. Adentrándose "en el interior" de la realidad. El estudio de caso es una metodología de investigación ampliamente utilizada en el análisis de las organizaciones por las distintas disciplinas científicas como lo señala Hartley (en Sosa, S., 2006).

Hartley (en Sosa, 2006) considera que el propósito de esta herramienta de investigación es comprender la interacción entre las distintas partes de un sistema y de las características importantes del mismo, de manera que este análisis pueda ser aplicado de

manera genérica, incluso a partir de un único caso, en cuanto se logra una comprensión de la estructura, los procesos y las fuerzas impulsoras, más que un establecimiento de correlaciones o relaciones de causa y efecto. La metodología del estudio de caso no es sinónimo de investigación cualitativa como señala Gómez (en Sosa, 2006), ya que los estudios de caso pueden basarse en cualquier combinación de evidencias cuantitativas y cualitativas, incluso, pueden fundamentarse exclusivamente en evidencias cuantitativas y no tienen que incluir siempre observaciones directas y detalladas como fuente de información. Así un estudio de caso no será definido por las técnicas utilizadas sino por su orientación teórica y el énfasis en la comprensión de procesos dentro de sus contextos (Hartley, 1994, en Sosa, 2006). De este modo, advierte Yin (en Sosa, 2006), se debe evitar caer en la consideración tradicional de que los estudios de caso son una forma de investigación que no puede utilizarse para describir o contrastar proposiciones. Por lo cual considera se debe defender, por un lado, que los estudios de casos, al igual que otras metodologías, pueden servir para propósitos tanto exploratorios como descriptivos y explicativos.

El estudio de caso es definido por MacDonald y Walker (citados en Rodríguez, G; Gil, J y García, E., 1999) como un examen. Otra razón para la utilización del diseño de caso radica en que su utilización, como un primer análisis exploratorio o como preludeo de un estudio de casos múltiples; por otra parte, M. González (2006) indica que el conocimiento científico desde la investigación cualitativa no se legitima por la cantidad de sujetos estudiados, sino por la cualidad de su expresión.

La expresión individual del sujeto adquiere significación conforme al lugar que puede tener en un determinado momento para la producción de ideas por parte del investigador. La información expresada por un sujeto concreto puede convertirse en un momento significativo para la producción de conocimiento, sin que tenga que repetirse necesariamente en otros sujetos; es decir lo que una sola persona diga tiene mucho valor, tomando su fenomenología, su manera de percibir el mundo, su mundo. Esto es ver a la persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como el eje central de la acción investigadora. Por el contrario, su lugar dentro del proceso teórico puede legitimarse de múltiples formas. La legitimación del conocimiento se produce por lo que significa una construcción o un resultado frente a las necesidades de la investigación (*Ibidem*).

La investigación cualitativa se interesa en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso en el que se da el asunto o problema, a través de registros narrativos de los fenómenos, que son estudiados mediante la observación. De esta manera la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica.

Fernández y Pértegas (2006) mencionan que la investigación cualitativa está centrada en la fenomenología y comprensión, en la observación naturista sin control, de manera subjetiva, basada en las inferencias de sus datos, es exploratoria, inductiva y descriptiva. Orientada al proceso, logrando obtener datos "ricos y profundos", de manera no generalizable, mediante una realidad dinámica.

La selección de sujetos de acuerdo con González (2006), debe considerar la inclusión de aquellos que pueden beneficiarse de un resultado positivo. 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.

Cuando se considera la confiabilidad y la validez de la investigación cualitativa es necesario tener presente para quiénes 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 (*Ibidem*).

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. La investigación cualitativa ha tenido un efecto "humanizante" en el campo de la investigación, ya que las voces de los pacientes 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 (*Ibidem*).

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 pacientes y los terapeutas; bajo esta misma línea, es preciso explicar que la fenomenología, que es la orientación ante todo metodológica (es el método del existencialismo), va más allá de una mera explicación de los hechos, va a las cosas mismas, a las esencias (Quitmann 1989 en Palacios, 2009). Se trata de describir y no de explicar o analizar, de tomar en cuenta lo que aparece “como” aparece, este 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 es organizar el mundo desde la perspectiva propia, desde la experiencia del mundo a partir de ciertas “coordenadas” como son la temporalidad (es 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, en Palacios, 2005).

Capítulo VI

Metodología

Planteamiento del problema

Pregunta de investigación:

¿Es la incapacidad de la defensa del Ser un factor coadyuvante al desarrollo de la artritis reumatoide?

Supuesto

Se plantea un supuesto práctico-conceptual:

La incapacidad en la defensa del Ser puede ser un factor coadyuvante en el desarrollo de la artritis reumatoide.

Objetivos

Los objetivos a lograr en este estudio son los siguientes:

- Objetivo general

Identificar la defensa del Ser y la incapacidad de ésta como función estructurante en la relación padre-hija asociado al padecimiento de artritis reumatoide.

- Objetivos específicos

Describir la función estructurante provista por la figura paterna en la relación padre-hija.

Plantear desde el enfoque transpersonal a la artritis reumatoide como una metáfora o mensaje a nivel corporal a través del cual se manifiestan los efectos de la incapacidad de la defensa del Ser.

Escenario

Consultorio adecuado (que no presente objetos distractores) para poder manejar distintas técnicas, constituido por un ambiente agradable para la paciente, que facilite la resolución de los instrumentos a utilizar.

Sujetos

Participante 1-Mujer de 56 años, soltera, trabaja como secretaria; con disposición para trabajar en el estudio. Por razones éticas se nombrará como M.L.

Participante 2- Mujer de 54 años, casada, labora como abogada; con disposición para trabajar en el estudio. Por razones éticas se nombrará como M.C.

Criterios específicos de inclusión y exclusión:

- Las pacientes debían tener diagnóstico de artritis reumatoide.
- El diagnóstico debía tener por lo menos un año de haber sido determinado.
- No tener otro padecimiento crónico.
- Disposición para participar en el estudio.

Inventarios psicológicos

- Historia Clínica Multimodal de Lazarus, A. (Adaptada por Patricia Palacios).
- Inventario de Afirmitividad de Gambrill, E. y Richie, C. (Adaptado por Patricia Palacios).
- IBT Inventario de ideas y creencias de Jones, R. (Adaptado por Patricia Palacios).
- Inventario de Síndrome Disfórico de Beck, A; Ward, C.; Mendelson, M. et al. (Adaptado por Patricia Palacios).
- Inventario de Temores de Wolpe, J.; Lang, P. (Adaptado por Patricia Palacios).
- MMPI-2 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota 2 de Starke, R; Hathaway; Mckinley, J.C. (Adaptado por Patricia Palacios).

Técnicas de origen transpersonal: neo-gestálticas y neo-junguianas:

- La emoción que evito.
- Ciudades y Gobiernos.

Procedimiento

1. Una vez identificado que las pacientes cumplen con los criterios de inclusión para el presente estudios, se les invitará a participar, dejando claro que la información que

proporcionen, será utilizada única y exclusivamente para los fines de la investigación, por lo que sus nombres no serán mencionados.

2. Se les pedirá contestar todos los reactivos de cada cuestionario, en su caso, explicando previamente las instrucciones que deberán seguir para la resolución (Tres sesiones).

3. Se calificarán e interpretarán los inventarios de acuerdo a lo establecido en sus respectivas guías de calificación (Dos sesiones).

4. Se realizarán, de manera individual, las dos dinámicas transpersonales, con una duración de una hora aproximadamente, en un día distinto cada dinámica (Dos sesiones [una sesión por cada dinámica]).

5. Se analizarán los datos de las dinámicas (Dos sesiones).

6. Se analizará una integración de las dinámicas e instrumentos (Tres sesiones).

7. Se agradecerá su participación.

RESULTADOS

Inventarios psicológicos

- **Historia Clínica Multimodal (Anexos 1a, 1b)**

La Historia Clínica Multimodal de Lazarus (1984), proporciona datos relevantes acerca de la vida del paciente y se divide en los siguientes apartados:

- I. Datos generales
- II. Descripción de problemas presentes
- III. Historia personal y social
- IV. Conducta
- V. Sentimientos
- VI. Sensaciones físicas
- VII. Imágenes
- VIII. Pensamientos
- IX. Relaciones interpersonales
- X. Factores biológicos

Cada modalidad permite explorar al individuo en sus diferentes aspectos y las tendencias de éste ante una problemática delimitada de sí mismo.

Este instrumento fue la primera herramienta que se aplicó a ambas participantes, en la que plasmaron información relacionada con los distintos ámbitos que conforman su vida y a partir de lo cual fue posible dar pauta a la forma en que ambas concibieron a sus figuras paternas durante la infancia y cómo esto se ha visto reflejado a lo largo de sus vidas en el resto de sus relaciones interpersonales, así como la estrecha correspondencia que dichos aspectos comparten con el comportamiento de su enfermedad (tales como la descripción de su personalidad, la de sus padres y otros aspectos de su vida).

- **Inventario de Afirmatividad (Anexos 2a y 2b)**

El instrumento está diseñado para identificar déficits de asertividad, lo cual implica que la afirmatividad es un rasgo específico, una habilidad particular y no un comportamiento

generalizado; este instrumento nos permite determinar dónde el sujeto es asertivo y dónde no lo es, explora sus relaciones interpersonales, o sociales.

Los aspectos que analiza el inventario, son: conductuales, emocionales, de socialización, de lenguaje, y pensamiento.

La afirmatividad es un fenómeno que relacionado con el concepto de **Individuación**: término acuñado por Jung (Sharp, 1994 en Palacios, 2010), quien lo denota como la meta última del desarrollo humano, significa **Ser lo que uno es**, es decir, qué tanto el sujeto está siendo lo que es y no lo que quiere ser. Hablar de individuación es hablar del proceso de totalización del ser humano.

Uno de los inventarios de aserción más completos en cuanto a la amplitud del comportamiento asertivo es el inventario de Gambрил y Richey, 1975 (adaptado por Palacios, 2010), conformado por 40 reactivos. Fue diseñado para utilizarse en población heterogénea. Su principal cualidad radica, como ya se señaló, en considerar todas las posibles clases de comportamiento asertivo contempladas por las principales definiciones de este tipo de habilidad. Entre esas clases de respuestas asertivas están:

a) Habilidad para expresar opiniones, b) habilidad para expresar molestias, c) habilidad para expresar necesidades, d) habilidad para expresar sentimientos positivos, e) habilidad para la defensa de los derechos, f) habilidad para elaborar peticiones, g) habilidad para rechazar peticiones, h) habilidad para dar y recibir elogios, y i) habilidad para iniciar y terminar conversaciones.

Una segunda ventaja radica en la amplia información que se obtiene a través del inventario, pues se pueden derivar tres tipos de datos: a) la probabilidad de que una respuesta se dé; b) el grado de incomodidad en una situación específica y c) la identificación de déficits específicos con personas específicas.

Cotler y Guerra (1976 en Palacios, 2010) autores, pioneros en el desarrollo del entrenamiento asertivo grupal, consideran que toda la gama de posibles respuestas asertivas

pueden clasificarse en dos grandes categorías: la primera dominada de Aproximación o Peticiones y la segunda llamada de Rechazo o Protectora. Dado que los autores de estas categorías no proponen definiciones precisas, y más bien hacen alusión a ellas a través de ejemplos concretos, se observó la conveniencia de reproducir una tabla con las respuestas específicas que ejemplificaran cada categoría:

Conductas de aproximación o petición

- Solicitar ayuda.
- Dar y recibir elogios.
- Expresar afecto y opiniones.

Conductas de rechazo o protectoras.

- Rehusarse a una petición.
- Terminar conversaciones.
- Expresar molestias.

En resumen, y en un intento por identificar a cada categoría se podría decir que por conductas de Aproximación debe entenderse a todo tipo de comportamientos que implican una movilización hacía un interactuante; en tanto que por conducta de Rechazo se deberá entender a todo tipo de respuestas que implica delimitar una interacción.

Interpretación de las categorías de aproximación y rechazo (A Y R)

De acuerdo con una comparación entre estos porcentajes, hay que determinar si el déficit es igual en ambas situaciones, o si es diferente, así como también cuál es más alto.

Si R es más alto que A, quiere decir que la persona no pone límites, no hay una buena integración de la hostilidad, le cuesta trabajo expresar sus molestias. Falta una integración de ánimos o dicho de manera freudiana, el impulso de thanatos no se encuentra bien estructurado.

Falta de la figura paterna en la infancia, ya que el padre es el receptáculo primordial que da la personalidad de luchador, de entrón.

Porcentaje R (máximo 50%) –Instinto de Thanatos-(deconstructivo y reconstructivo)

A) Rasgos Primarios:

- No hay habilidades para la defensa del Ser.
- Es una persona que no lucha por sus derechos ni los defiende.
- No hay una buena integración de la hostilidad, no cuenta con las habilidades para reclamar, para expresar sus molestias.
- Es una persona que no pone límites.
- Mientras más alto es el porcentaje, se muestran mayores problemas en el manejo de la hostilidad.
- Cuando R es muy alta, el paciente presenta una personalidad constreñida, se contiene mucho; por lo tanto hay una canalización somática de la hostilidad. Lo que no se canaliza por la vía adecuada, salta a otro nivel (desplazamiento que se vincula con una de las características de proceso primario).

Rasgos Secundarios:

- Debido a que no hay una buena integración de la hostilidad, el sujeto hace un manejo pasivo-agresivo de la hostilidad.
- Es una persona que retrofecta la hostilidad, es decir, la vuelca hacia sí misma; tiene un manejo intrapunitivo de la hostilidad.
- Este sujeto juega un papel con tendencias al masoquismo; juega un papel sumiso, de sometimiento, de pasividad y de provocación de la hostilidad.
- Hay tendencias a la somatización. Si R es muy bajo, quiere decir que la persona tiende a evadirse tanto, que existe mayor tendencia a la somatización.
- Es una persona que tiende más a la comunicación analógica que a la digital. Por lo tanto tiene problemas con la comunicación; su conducta no verbal (actitudes, gestos y actuaciones) es la que va a servirle como vehículo de la comunicación, no utiliza el lenguaje verbal, por lo tanto, es una persona indiferenciada.
- Principio de odio; es un sujeto autodestructivo, tiene un manejo intrapunitivo.

- **Porcentaje A (máximo 50%) –Expresa el principio del amor “Eros” (vinculante y articulante)**

Rasgos primarios:

- El paciente muestra incapacidad para tomar iniciativa.
- Hay dificultad para interactuar con los demás.
- Hay dificultad para expresar lo que se piensa.
- Hay dificultad para expresar lo que se siente.
- Hay dificultad para decir lo que se quiere y/o lo que se necesita.
- Hay dificultad para dar y recibir elogios.
- La persona no expresa lo que es.
- Es una persona pasiva.
- Toda la energía se vuelca hacia sí mismo.
- Es una persona que no toma decisiones, deja que los demás decidan por ella.
- Es una persona que tiene problemas de autoexpresión.

Rasgos Secundarios:

- *Falta de tono afectivo*
- *Falta de expresividad*

Interpretación de situaciones Extraños y Conocidos (E y C)

A través de una comparación de estos puntajes, hay que determinar si el déficit es más alto o más bajo y con qué tipo de personas, o si es igual.

Interpretación de tipo de dificultad (Incomodidad y Probabilidad de respuesta)

Las diferencias entre los puntajes de i y de p muestran indicios del déficit, si es debido a una excesiva ansiedad, o a un déficit de habilidades conductuales que no fueron aprendidas.

Interpretación de Incomodidad (i).

Alta.

- Cuando incomodidad (i) es alta significa que existe mucha tendencia emotiva, hay una mezcla de muchas emociones indiferenciadas que se están bloqueando porque nunca se les ha dado salida. Las emociones son: Enojo, Ira, Tristeza, Dolor, Alegría o Júbilo y Miedo o Angustia.
- Hay un caos o desorden interior.
- Indica problemas emocionales, que irrumpen en el comportamiento asertivo.
- Cuando la incomodidad es alta, hay gran excitación emocional. Por ejemplo si se reprime el enojo, la persona es más irritable.
- En el aspecto emotivo, existe o no ansiedad para mostrar la hostilidad
- Identifica la cantidad de emociones que tienen mucha ansiedad o mucha incomodidad al momento de realizar un acto asertivo.

Cuando el puntaje obtenido en i = 0:

- Se tiene que esto es un mal indicador, ya que el sujeto no hace contacto con sus emociones no contacta con su plano afectivo, ni con su parte sensorial.
- Es gente que tiene mucha resistencia al dolor.
- Tiene un desconecte consigo misma y con los demás.
- Esto puede servir para confirmar cuando la persona es evasiva (puntajes bajos), ya que el paciente no se conecta consigo mismo, sus déficits pueden ser por incomodidad.
- Puede ser un rasgo de actitud esquizoide, ya que la persona no hace contacto consigo misma ni con los demás.

Interpretación de Probabilidad de Respuesta (p).

- Cuando es alta, al sujeto le faltan repertorios conductuales específicos.
- Cuando p es muy alto, indica problemas de socialización. Habilidades interpersonales – desde pequeño hubo problemas en la socialización.
- Tendencia a la pasividad.

Los puntajes obtenidos por las participantes son los siguientes:

M.L:

Puntaje total: 59%

Puntaje de los cuadrantes:

- Cuadrante I: 62%
- Cuadrante II: 60%
- Cuadrante III: 36%
- Cuadrante IV: 61%

Puntaje para aproximación: 27%

Puntaje para rechazo: 32%

Puntaje para incomodidad: 48%

Puntaje para probabilidad de respuesta: 17%

Puntaje para extraños: 61%

Puntaje para conocidos: 48%

M.C:

Puntaje total: 42%

Puntaje de los cuadrantes:

- Cuadrante I: 50%
- Cuadrante II: 20%
- Cuadrante III: 26%
- Cuadrante IV: 38%

Puntaje para aproximación: 22%

Puntaje para rechazo: 20%

Puntaje para incomodidad: 30%

Puntaje para incomodidad de respuesta: 26%

Puntaje para extraños: 35%

Puntaje para conocidos: 32%

- **IBT Inventario de ideas y creencias (Anexos 3a y 3b)**

Jones (citado en Palacios, 2000) describe el inventario como un instrumento conformado por cien reactivos, cada uno de los cuales se contesta en una escala de 1 a 5, la cual indica el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada una de las afirmaciones que contiene el inventario.

La prueba se califica con una plantilla y luego se grafica; en la gráfica aparecen cada una de las diez ideas irracionales para sacar un porcentaje y poder así interpretar el inventario.

A continuación se enlista el contenido que estudia cada una de las ideas:

La idea irracional número uno se refiere a la necesidad de ser amado y aprobado.

La número dos hace referencia a exigencias perfeccionistas.

La tres a la intolerancia a errores ajenos o juicios muy moralistas

La cuatro a exigencias absolutistas al universo, personas o cosas.

La cinco se refiere a la responsabilidad emocional (control interno o externo)

La seis a la aprehensión por posibles amenazas.

La siete a la satisfacción inmediata, hedonismo de corto alcance.

La ocho se refiere a la dependencia para la toma de decisiones.

La nueve al determinismo del pasado.

La diez se refiere a la solución de problemas de manera perfecta.

Para trabajar con el perfil de ambas pacientes se consideraron sus escalas nucleares, es decir, aquellas en las que los puntajes fueron más altos o más bajos, puesto que es en estos donde radica una mayor polaridad.

Los siguientes son los puntajes obtenidos de acuerdo a las respuestas que cada una de las pacientes dio en su respectivo inventario:

M.L:

Escala 1: 10 puntos

Escala 2: 60 puntos

Escala 3: 50 puntos

Escala 4: 40 puntos

Escala 5: 20 puntos

Escala 6: 60 puntos
Escala 7: 10 puntos
Escala 8: 40 puntos
Escala 9: 10 puntos
Escala 10: 50 puntos

M.C:

Escala 1: 30 puntos
Escala 2: 70 puntos
Escala 3: 60 puntos
Escala 4: 50 puntos
Escala 5: 40 puntos
Escala 6: 60 puntos
Escala 7: 40 puntos
Escala 8: 20 puntos
Escala 9: 20 puntos
Escala 10: 50 puntos

- **Inventario de temores (Anexo 4a y 4b)**

En este inventario (Palacios, 2000), se enlistan 90 situaciones que podrían o no provocar perturbaciones en el individuo; cada situación deberá ser evaluada por el sujeto en una escala del 1 al 5, de acuerdo al grado en que la situación o elemento planteado le perturben; el valor que a dichos puntajes se asigna corresponde a lo siguiente: el 1 significa nada, el 2 poco, el 3 regular, el 4 mucho y el 5 muchísimo.

Aquellos reactivos a los que el sujeto otorga 5 y 4 son los más relevantes en el caso de este inventario, ya que indica que implican un mayor grado de perturbación para el participante y por lo tanto son únicamente estos los que se consideran concomitantes al estudio.

En el caso de las pacientes, los siguientes son los reactivos a los cuales otorgaron valores más altos:

M.L:

Reactivos con calificación 5:

3. Estar solo; 20. Gusanos; 45. Insectos que se arrastran; 81. Arañas.

Reactivos con calificación 4:

6. Personas muertas; 10. Caer; 16. Fracaso; 18. Lugares altos; 19. Mirar hacia abajo desde edificios altos; 24. Murciélagos; 28. Sentir cólera o furia; 29. Gente con autoridad; 30. Insectos voladores; 38. Gente con apariencia de maleante; 41. Ser observado al trabajar; 42. Animales muertos; 44. Suciedad; 46. Gente fea; 47. Ver pelear; 49. Gente enferma.

M.C:

Reactivos con calificación 5:

9. Gente con apariencia de loca; 37. Una persona amenazando a otra; 38. Gente con apariencia de maleante; 49. Gente enferma; 58. Sangre de animales; 65. Sentirse desaprobado.

Reactivos con calificación 4:

2. Heridas abiertas; 3. Estar solo; 16. Fracaso; 28. Sentir cólera o furia; 40. Ver aguas profundas; 44. Suciedad; 46. Gente fea; 47. Ver pelear; 51. Ser criticado; 56. Ratones; 77. Parecer bobo; 82. Ser responsabilizado para tomar decisiones; 83. Vista de cuchillos y objetos cortantes; 84. Convertirse en enfermo mental.

- **Inventario de Síndrome Disfórico (Anexos 5a y 5b)**

El inventario de síndrome disfórico (Palacios, 2000) se compone por 19 reactivos que hacen referencia a cuestiones anímicas, cognitivas y físicas que se relacionan con la depresión, tales como el apetito, estado de ánimo, ideas, alteraciones del sueño, etc.

Cada reactivo consta de una frase o palabra que describe algunas de las categorías antes mencionadas y a continuación aparecen cinco probables respuestas, cada una con un valor determinado que va del 0 al 3, de las cuales el sujeto señala la que mejor describa su situación actual, con respecto a la categoría.

Los puntajes para interpretar el inventario están divididos en las siguientes cuatro categorías:

Puntaje de 0-9: Depresión nula o enmascarada;

Puntaje de 10-15: Depresión leve;

Puntaje de 16-22: Depresión moderada;

Puntaje de 23 en adelante: Depresión severa

Los puntajes obtenidos por las pacientes fueron los siguientes:

M.L:

Puntaje total: 7 Depresión nula o enmascarada.

M.C:

Puntaje total: 13 Depresión leve.

- **MMPI-2 Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (Anexos 6a y 6b)**

Este inventario consta de 566 reactivos que se contestan indicando Verdadero o Falso, según aplique la sentencia en el caso determinado de quien lo contesta. A través de dichas respuestas, el individuo refleja sus propias características así como la imagen que se tiene de sí mismo. Debido a que se trata de una prueba estandarizada, puesto que depende de la elaboración de marcos de referencia fijos, principalmente estadísticos; cuenta con una alta confiabilidad al momento de obtener la calificación de la misma.

Cabe mencionar que el inventario está compuesto por tres escalas de validez: L (mentiras y honestidad), F (aceptación y reconocimiento de conflictos psicológicos), K (recursos psicológicos del paciente) y diez escalas clínicas: 1(Hs)-Canalización somática de los conflictos, 2(D)-Autoevaluación y estado de ánimo, 3(Hi)-Necesidad de aprobación, 4(Dp)-Desviación psicopática, 5(Mf)-Características masculinas y femeninas, 6(Pa)-Paranoia, 7(Ps)-Psicastenia, 8(Es)-Rasgos de corte esquizoide, 9(Ma)-Energía vital e impulsividad, 0(Is)-Introversión-Extroversión.

Los resultados obtenidos por las pacientes fueron los siguientes:

M.L: K-17

Escalas de validez:

L-12 Escalas clínicas

F-7 1(Hs)-13

2(D)-18
3(Hi)-15
4(Dp)-23
5(Mf)-32
6(Pa)-9
7(Ps)-22
8(Es)-27
9(Ma)-29
0(Is)-23

M.C:

Escalas de validez:

L-11

F-1

K-26

Escalas clínicas

1(Hs)-15

2(D)-26

3(Hi)-24

4(Dp)-22

5(Mf)-29

6(Pa)-9

7(Ps)-28

8(Es)-28

9(Ma)-20

0(Is)-14

Descripción fenomenológica de técnicas de origen transpersonal: neo-gestálticas y neo-junguianas

- **La emoción que evito**

Para llevar a cabo este ejercicio, se pide a la paciente que cierre los ojos, que tome una profunda respiración y retenga el aire lo más que pueda mientras distingue las diferentes sensaciones que esto provoca en su cuerpo, lo mismo se hace al soltar el aire, se le pide que preste atención a lo que siente; lo cual funciona como ejercicio de inducción al trance.

Una vez que el paciente se encuentra en trance se le pide que identifique la emoción que más evita; al tenerla clara, se le indica que se imagine el color que tiene esa emoción y describa cómo es que lo ve, posteriormente se le pregunta la impresión que ese color le da, con el fin de profundizar en la fenomenología del paciente.

Al haber sido recabada la fenomenología del color, se le pide un segundo símbolo, ahora representada por un animal, de igual manera que con el color, se le pregunta una descripción de este segundo símbolo.

Al terminar con la recabación fenomenológica del animal, se pide un tercer símbolo que también represente la emoción que evita; en este caso, el tercer elemento es una planta, acerca de la cual se procede a realizar el mismo procedimiento que con los anteriores dos símbolos.

Concluida la parte en la cual se recauda la fenomenología de la emoción que evita, representada a través de los tres símbolos, se pide a la paciente que preste su voz a cada uno de los elementos, para que cada símbolo le dé un consejo y una advertencia a los otros dos.

Para concluir la dinámica, se pide a la paciente que visualice a esos tres símbolos y observe como es que estos se unen para formar un cuarto símbolo que condensa la sabiduría de los tres; el cuarto símbolo puede ser cualquier cosa (olor, sabor, color, textura, etc.).

Posteriormente se pide a la paciente que preste atención y sienta en qué parte de su cuerpo percibe que este cuarto símbolo queda guardado, para que cada vez que lo necesite pueda encontrarlo. Para finalizar se pide a la paciente que tome una profunda respiración y se prepare para abrir sus ojos; ya que está fuera del trance, se procede a conversar acerca de lo que esta dinámica ha provocado en su persona.

A continuación se presenta lo que cada una de las pacientes reportó:

M.L:

La emoción que más comúnmente evito sentir y más aún mostrar es el miedo.

COLOR: AZUL VERDOSO

- **¿Que siento de haber sido este color?** Mucha frescura, mucha paz.
- **¿Cómo me sentí frente al mundo?** Como que les doy todo, oxígeno, luz, soy agua.
- **¿Cómo veo al mundo?** Que me gustaría que no existiera contaminación ni nada que afecté a la naturaleza.
- **¿Qué postura me dio este color?** Tranquilidad, mucha relajación.
- **¿Qué actitud me proporcionó frente a la vida?** Ser feliz, tener mucho optimismo, muy pleno.
- **¿Qué le dije al animal?** Que siempre voy a estar a su lado.

ANIMAL: DELFÍN

- **¿Que siento de haber sido este animal?** Libertad, mucha inteligencia, soy un animal muy inteligente.
- **¿Cómo me sentí frente al mundo?** Libre.
- **¿Cómo veo al mundo?** Que a veces se pasan conmigo, que se aprovechan de que las personas pueden usar armas en mi contra y yo no.
- **¿Qué postura me dio este animal?** Inteligencia.
- **¿Qué actitud me proporcionó frente a la vida?** De fortaleza.
- **¿Qué le dije a la planta?** Que la admiraba porque ella siempre se vuelve a levantar.

PLANTA: LISTÓN

- **¿Que siento de haber sido esta planta?** Bonito porque soy bonita y aparte casi en todas las casas me tienen.
- **¿Cómo me sentí frente al mundo?** Feliz porque yo nada más pido agua y oxígeno.
- **¿Cómo veo al mundo?** Que ya hay mucha contaminación.
- **¿Qué postura me dio esta planta?** Valor.
- **¿Qué actitud me proporciono frente a la vida?** Que aunque me seque puedo volver a renacer con un poco de amor.
- **¿Qué le dije al color?** Que ese tono no cualquiera lo tenía.
- **¿Qué le pido al mundo?** Mucho amor hacia la naturaleza.
- **¿Qué le reclamo al mundo?** Que no cuiden la naturaleza.

CUARTO SÍMBOLO: EL AZUL DEL MAR

- **¿Cuál fue el consejo que me dio?** La libertad, que debo aprender a dármela.
- **¿Cuál fue la advertencia?** Que si sigo fluyendo en todo momento, me puedo perder.
- **En qué parte de mi cuerpo quedó guardado este símbolo:** En mi corazón.

M.C:

La emoción que más comúnmente evito sentir y más aún mostrar es el enojo.

COLOR: FIUSHA

- **¿Que siento de haber sido este color?** Me sentí bien, llamativa al ser un color tan intenso y llamativo.
- **¿Cómo me sentí frente al mundo?** Brillante, como que lo puedo todo.
- **¿Cómo veo al mundo?** Lo veo de colores.
- **¿Qué postura me dio este color?** Me sentí fuerte, poderosa.
- **¿Qué actitud me proporciono frente a la vida?** Una actitud de oportunidades para avanzar.
- **¿Qué le dije al animal?** Que me gusta su apariencia, es tierno, me parece que es noble.

ANIMAL: KOALÁ

- **¿Que siento de haber sido este animal?** Me sentí feliz porque estoy en mi hábitat.
- **¿Cómo me sentí frente al mundo?** Siento que cada día es un reto.
- **¿Cómo veo al mundo?** Que todo gira a mi alrededor.
- **¿Qué postura me dio este animal?** Relajamiento, el subirme a un árbol y olvidarme de todo.
- **¿Qué actitud me proporciono frente a la vida?** De alegría y confianza, buena actitud.
- **¿Qué le dije a la planta?** Que me hacen el día, porque para mí reflejan felicidad.

PLANTA: ROSAS

- **¿Que siento de haber sido esta planta?** Que soy lo que más le gusta a la gente.
- **¿Cómo me sentí frente al mundo?** Feliz.
- **¿Cómo veo al mundo?** Que todos me adoran y quieren tenerme algún día.
- **¿Qué postura me dio esta planta?** Tranquilidad.
- **¿Qué actitud me proporciono frente a la vida?** Que puedo brillar y alegrar a mucha gente.
- **¿Qué le dije al color?** Que la intensidad que deslumbra es buena, que lo ayuda a brillar frente a cualquier cosa.

- **¿Qué le pido al mundo?** Que me permita florecer y crecer por mucho tiempo y no solo por temporadas.
- **¿Qué le reclamo al mundo?** Que en ocasiones me marchite y no pueda seguir con mi curso.

CUARTO SÍMBOLO: UNA CANCIÓN

- **¿Cuál fue el consejo que me dio?** Que me permita estar acompañada por su melodía.
- **¿Cuál fue la advertencia?** Que de seguir más que mantener a mi lado a aquellos que quiero, los voy a alejar.
- **En qué parte de mi cuerpo quedó guardado este símbolo** En mis manos.

• **Ciudades y Gobiernos**

Para comenzar, se pide a la participante que cierre sus ojos, tome una profunda respiración y note si le resulta más sencillo inhalar o exhalar, lo anterior se emplea como una técnica de calentamiento e inducción al trance.

Al momento en que el paciente se encuentra en estado de trance, se le pide que imagine una ciudad que tenga las características que el considere que tiene su “ciudad ideal”, posterior a esto, se le pide que observe detenidamente qué es lo que la convierte en una ciudad ideal, de qué forma se relacionan las personas que la habitan y cómo se siente ella en específico de estar ahí. Tras haber tenido tiempo para vivenciar dicha ciudad, se le menciona que como toda ciudad, tiene un gobernante y que acorde a la ciudad ideal, éste es también un gobernante ideal; después de esta instrucción se le pide que describa a su “gobernante ideal”, así como al tipo de gobierno que éste tiene.

Una vez que se han descrito la ciudad y el gobernante ideal, se le dan las mismas indicaciones, pero ahora cambiando la ideal por “lo peor”, es decir, “la peor ciudad” y el “peor gobernante”. Por medio de dichas descripciones, el paciente nos habla de manera simbólica y a veces literal, acerca de cómo fue la atmósfera brindada por sus padres en casa, así como su percepción del padre como gobernante y de la madre como ciudad (o de quien haya fungido el rol de éstas figuras, tal y como es el caso de la inversión de roles, donde es posible notar que las características que atribuye al elemento femenino pertenecen a las que brinda simbólicamente lo masculino y viceversa).

Tras haber obtenido la información fenomenológica, se le pide que observe cómo ambas ciudades, la ideal y la peor, junto con su gobierno ideal y el peor, se fusionan y encuentran un lugar en su cuerpo en dónde se quedarán guardados.

Para concluir se pide a la paciente que tome una profunda respiración y se prepare para abrir sus ojos; una vez fuera del trance, se procede a conversar acerca de lo que esta dinámica ha provocado en ella.

La información obtenida a través de esta dinámica por cada una de las pacientes, se presenta a continuación:

M.L:

- **¿Cuál es la sensación de cómo te sientes al dejar de respirar y al volver a respirar?** Desesperación y angustia
- **Centro de equilibrio en el cuerpo:** Pecho
- **Describe la ciudad ideal a detalle (que tiene que la hace así):**
Es una ciudad de estructuras clásicas con acabados únicos, donde hay ríos que conectan hacia todos lados, está rodeada de naturaleza y un cielo hermoso y despejado.
- **¿Cómo es la convivencia de sus ciudadanos?**
De unión, amistad, respeto, tolerancia, igualdad (armoniosa).
- **¿Cómo te sentiste de vivir en esta ciudad?**
Libre, tranquila y feliz de poder ser yo con los demás.
- **¿De qué le diste las gracias al urbanista?**
De construir un lugar fuerte, flexible, hermoso e inspirador que me tiene en armonía con el medio.
- **¿Qué nombre le pusiste a esta ciudad?** Esperanza.
- **Metáfora que describe sensación o experiencia de ser parte de esta ciudad.**
Me sentí como pez en el agua.
- **Describe el gobierno ideal a detalle (que tiene que lo hace así):**
Es un gobierno justo, flexible y sensible a las necesidades de sus ciudadanos.
- **¿Qué tipo de régimen tiene?** Democrático
- **¿Cómo son las leyes o normas de este gobierno ideal?**
Son justas, siempre de respeto, tolerancia e igualdad.
- **¿Qué actitud tienen los gobernantes con su pueblo?**
Actitudes de solidaridad y empatía.
- **¿Cómo se siente los ciudadanos particularmente tú con un gobierno así?**

A gusto, felices y en armonía.

- **¿De qué le diste gracias al gobierno?**

De su forma de trato y contribución a un lugar mejor para todos.

- **¿Qué nombre le pusiste a este gobierno?** Justicia

- **¿Cuál es la metáfora de cómo te hace sentir este gobierno?**

Me sentí dueña de mis actos.

- **Describe la peor ciudad a detalle (que tiene que la hace así):**

Es una ciudad descuidada en su organización, desleal e injusta.

- **¿Cómo es la convivencia de sus ciudadanos?**

No existe, hay una total indiferencia de todos por la desconfianza.

- **¿Cómo te sentiste de vivir en esta ciudad?**

Triste y desanimada.

- **¿Qué le reclamaste al urbanista?**

Que permitiera la creación de un lugar así de desorganizado y desestructurado.

- **¿Qué nombre le pusiste a esta ciudad?** Caos.

- **Metáfora que describe sensación o experiencia de ser parte de esta ciudad.**

- **Describe el peor gobierno a detalle:**

Es un gobierno injusto y desconsiderado que no toma en cuenta las opiniones de sus habitantes y que solo busca imponer y que se haga su voluntad para su beneficio propio.

- **¿Qué tipo de régimen tiene?** Autoritario y Dictador.

- **¿Cómo son las leyes o normas de este gobierno ideal?**

Quebrantables, injustas y solo benefician a unos cuantos.

- **¿Qué actitud tienen los gobernantes con su pueblo?**

Indiferencia y cero tolerancia.

- **¿Cómo se siente los ciudadanos particularmente tú con un gobierno así?**

Inconformes y no respetada.

- **¿Qué le reclamaste al gobierno?**

El permitir que se ponga una solución a lo que está sucediendo y sólo darle la vuelta, cómo si no fuera importante.

- **¿Qué nombre le pusiste a este gobierno?** Desorden

- **Condensación: ¿Cuál fue el tercer símbolo en que se convirtieron estos símbolos y en qué parte quedo guardado?** En una luz de trascendencia y quedo guardada en mis manos.

M.C:

- **¿Cuál es la sensación que tienes al dejar de respirar?** Impotencia.
- **¿Cuál es la sensación que tienes al volver a respirar?** Como cuando actúo ante alguna molestia.
- **¿Dónde se sitúa el centro de equilibrio en el cuerpo, al volver a respirar?** En la cabeza.
- **Describe la ciudad ideal a detalle ¿qué tiene que la hace así?** Hay mucho orden, edificios grandes, bien estructurados, mucha limpieza y tranquilidad.
- **¿Cómo es la convivencia de sus ciudadanos?** Todos cooperan y participan
- **¿Cómo te sentiste de vivir en esta ciudad?** Me sentí a gusto, se siente calidez y tranquilidad.
- **¿De qué le diste las gracias al urbanista?** Por establecer el orden visual.
- **¿Qué nombre le pusiste a esta ciudad?** Orden.
- **Metáfora que describe la sensación o experiencia de ser parte de esta ciudad:** Todo fluye
- **Describe el gobierno ideal a detalle ¿qué tiene que lo hace así?** Es un gobierno justo, las leyes son de acuerdo a las necesidades de los habitantes.
- **¿Qué tipo de régimen tiene?** Democrático.
- **¿Cómo son las leyes o normas de este gobierno ideal?** Justas, equitativas.
- **¿Qué actitud tienen los gobernantes con su pueblo?** Se tratan como si fueran iguales.
- **¿Cómo se sienten los ciudadanos, particularmente tú con un gobierno así?** Feliz, en armonía, correspondida.
- **¿Qué agradeciste al gobierno ideal?** El trato y que contribuyera a que permanezca el orden.
- **¿Qué nombre le pusiste a este gobierno?** Justo.
- **¿Cuál es la metáfora de cómo te hace sentir este gobierno?** Encajo como una pieza.

- **Describe la peor ciudad a detalle ¿qué tiene que la hace así?** La ciudad está sucia, hay muchos crímenes e injusticia.
- **¿Cómo es la convivencia de sus ciudadanos?** Nadie confía en el otro.
- **¿Cómo te sentiste de vivir en esta ciudad?** Sentí miedo, desconfianza, incertidumbre.
- **¿Qué le reclamaste al urbanista?** Por hacer tantos callejones.
- **¿Qué nombre le pusiste a esta ciudad?** Desconfianza.
- **Metáfora que describe la sensación o experiencia de ser parte de esta ciudad:** Atrapada como un pajarillo.
- **Describe el peor gobierno a detalle:** Es un gobierno que toma las decisiones de acuerdo a este poder que tiene y no a los demás.
- **¿Qué tipo de régimen tiene?** Autoritario.
- **¿Cómo son las leyes o normas de este gobierno ideal?** Injustas, ilógicas.
- **¿Qué actitud tienen los gobernantes con su pueblo?** Irrespetuosos, burlones.
- **¿Cómo se sienten los ciudadanos particularmente tú con un gobierno así?** Burlada, irrespetada, inconforme.
- **¿Qué le reclamaste al gobierno?** Por no tomarnos en cuenta.
- **¿Qué nombre le pusiste a este gobierno?** Injusticia.
- **¿Cuál es la metáfora de cómo te hace sentir este gobierno?** En un sendero oscuro.
- **Condensación: ¿Cuál fue el tercer símbolo en que se convirtieron estos símbolos y en qué parte quedó guardado?** Progreso, en mis manos.

DISCUSIÓN

Paciente 1: M.L.

Por medio de la *Historia Clínica Multimodal* fue posible recabar algunos datos significativos para esta investigación, planteados por la misma paciente en los cuales expresa **a qué atribuye su enfermedad**, asimismo, este instrumentó facilitó el conocer más detalles acerca de su historia de vida.

La paciente **atribuye** su enfermedad al **“Estrés por muerte de mi hermana”**, a su vez describe como uno de los eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas: **“La larga agonía de mi hermana”**

Otro aspecto importante a tomar en cuenta al momento de revisar este instrumento fue la manera en la que la participante **describió a su padre** (en quién como ya se mencionó antes, recaen las conductas propias de la defensa del Ser) **y a su madre** (quien proporciona las funciones vinculantes, de relación, atribuidas a lo femenino y que en el caso de la artritis dichas funciones pueden verse representadas por las articulaciones que es donde reside gran parte de la dolencia física).

Proporcionó la siguiente descripción de su padre: **“Amoroso y una buena guía en mi vida”**

Un padre debería: **Platicar más con su familia.**

Descripción de su madre: **“Con carácter pero siempre al cuidado de sus hijos y de su hogar”.**

Una madre debería: **“Acercarse más a sus hijos”→(Relacionado con las cualidades de vinculación-femenino sano).**

Con relación a la manera en que la paciente definió a sus padres, es preciso mencionar que de manera verbal, ella refirió acerca de su madre, que ésta desempeñó el rol activo con respecto a la imposición de reglas y límites; asimismo, indicó que el papel de su padre relativo a su crianza consistió en cubrir la parte económica y “apapachadora”. De acuerdo a dichos rasgos, es posible notar que existió una inversión de roles de acuerdo a las funciones que cada uno de sus progenitores desempeñó.

Por otra parte en la sección de expectativas, (desde una visión transpersonal) generalmente se le atribuye al psicólogo aquellas características que en los padres no fue posible encontrar y que por lo tanto se buscan en otras figuras de autoridad y guía, en este

caso, en el terapeuta, por lo cual se exponen las respuestas a un par de preguntas en específico:

¿Cómo considera que un psicólogo debería actuar con sus pacientes? **“Directo, sencillo”**

¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **“Dar confianza”**.

Otro aspecto relevante, principalmente porque se relaciona con el *Inventario de Afirmatividad* (conductas de aproximación) es el siguiente:

¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? **“No tan directa”**

Los resultados obtenidos en el *Inventario de Afirmatividad* fueron los siguientes:

Individuación: 59%

Cuadrante I: 62% Cuadrante II: 60%

Cuadrante III: 36% Cuadrante IV: 61%

E: 61% C: 48%

Expresión del Ser-A: 27%

Defensa del Ser- R: 32%

I: 48%

p: 17%

1. El porcentaje total (Individuación: 59%) revela que se trata de problemas moderados de afirmatividad, lo cual indica que cuenta con un 41% de recursos que está utilizando, mientras que el resto quedan sin aprovecharse. Dichos puntajes indican que presenta problemas de relaciones interpersonales y del manejo de relaciones sociales, hay muchos conflictos interpersonales y la paciente no sabe cómo resolverlos, no hay habilidades para ello. Existen niveles altos de ansiedad, se generan altos niveles de estrés social.

La paciente pierde identidad, no se afirma en su ser, **no expresa lo que siente**, presenta **tendencia a la depresión**.

2. Aproximación: 27%; Rechazo: 32% R es más alto que A, lo cual quiere decir que la paciente **no pone límites**, no hay una buena integración de la hostilidad, le cuesta trabajo expresar sus molestias. Se dice que el déficit de la paciente, es más problemático en las conductas de rechazo, teniendo que hay mayor dominancia de sus herramientas femeninas, en comparación con las masculinas. **Falta una integración de ánimus** (Jung) o dicho de manera freudiana, el impulso de thanatos no se encuentra bien estructurado.

Falta de la figura paterna en la infancia, ya que el padre es el receptáculo primordial que da la personalidad de luchador, de entrón.

La paciente presenta una personalidad constreñida, **se contiene mucho; por lo tanto hay una canalización somática de la hostilidad**, ya que lo que no se canaliza por la vía adecuada, salta a otro nivel. Dicha canalización somática es claramente apreciada a través de su enfermedad.

Bajo esta misma línea, es posible identificar que es una persona que **retrofecta la hostilidad**, es decir, la vuelca hacia sí misma; tiene un manejo intrapunitivo de la hostilidad.

Juega un papel con tendencias al masoquismo; juega un papel sumiso, de sometimiento, de pasividad y de provocación de la hostilidad.

La paciente muestra **incapacidad para tomar iniciativa**, de igual manera hay dificultad para interactuar con los demás y para expresar lo que se piensa y se siente.

3. Extraños: 61%; Conocidos: 48%: El conflicto se presenta principalmente ante situaciones con extraños.

4. I: 48%; p: 17%: La incomodidad es alta, esto significa que existe mucha tendencia emotiva, hay una **mezcla de muchas emociones indiferenciadas que se están bloqueando porque nunca se les ha dado salida**. Dichas emociones son: Enojo, Ira, Tristeza, Dolor, Alegría o Júbilo y Miedo o Angustia.

5. Se evaluaron en este orden los cuadrantes considerando desde el puntaje más comprometido (es decir, en el cual el porcentaje es más alto): Cuadrante I: (62%); por medio de la puntuación obtenida, es posible inferir que **está perdiendo vitalidad (probablemente a causa de su enfermedad y a la reciente muerte de su hermana)**.

Cuadrante IV: (61%) La paciente se deja utilizar por los demás por miedo al rechazo y a la pérdida de afecto, por lo cual **no defiende sus derechos, no expresa sus molestias, tolera excesivamente a los demás, no pone límites**. Puede existir **miedo a la soledad (Lo cual puede confirmarse con su inventario de temores y su Historia Clínica)** y una prohibición de cualquier manifestación hostil en el núcleo familiar.

Cuadrante II: (60%) La hostilidad como instinto básico no está integrada, **no sabe decir que no y no sabe poner límites a la gente**. Puede tender a la represión de la hostilidad, debido a una represión engendrada desde la infancia.

Cuadrante III: (36%) Problemas de acercamiento con conocidos, en más de la mitad de las ocasiones **le cuesta trabajo pedir lo que se necesita**. Hay problemas para expresar emociones, así como para expresar que necesita ayuda (pudiendo relacionar esta **rigidez emocional** con la **rigidez física que presenta su cuerpo**).

Los resultados obtenidos por medio de los inventarios hacen posible inferir que en su caso pudo tratarse de un **padre periférico**, es decir, estuvo físicamente presente, más no emocionalmente imponiendo reglas y mostrando como defender derechos, o establecer límites, incluso es posible deducir que **no hubo una comunicación clara de parte de ambos padres**.

De acuerdo al **IBT**, es posible notar que la paciente **niega su necesidad de afecto**; o no se siente merecedora de afecto, probablemente su actitud pesimista la hace sentir que otros son capaces de conseguir el afecto de los demás excepto ella. Es muy exigente consigo misma, estableciéndose **estándares de ejecución elevados** tanto en calidad como en cantidad, con tendencia a idealizar las cosas, lo cual puede generarle mucha angustia. Asimismo, puede presentar un **complejo paterno con actitud de semidiós**, lo cual en el caso de la paciente, se corrobora con el tipo de relación que estableció con su padre, en la cual, la paciente describe a éste como una persona llena de bondades y libre de defectos, sin embargo, dicho aspecto resulta contradictorio, ya que no fue su padre quien estableciera las reglas ni la enseñara a emplear su valentía.

Por otra parte, la paciente **se anticipa** para lo peor con la intención de **evitar cosas dolorosas**, además, su anticipación es cognitiva no conductual, lo que le genera **mucha ansiedad anticipatoria** y excesivo estrés, provocándole doble sufrimiento puesto que se prepara antes de que algo ocurra, con la creencia de que si el evento temido ocurre ya no dolerá tanto, lo cual es falso; su anticipación cognitiva se relaciona con las características de la paciente a ser idealista y **buscar soluciones ideales**, razón que la lleva a correr el riesgo de **no resolver realmente sus problemas**.

La paciente tiende a **orientarse a las responsabilidades**, subordinar el descanso, el placer y la recreación; además tiende a minimizar la importancia del pasado, considerando que si no lo ve no existe y así no le hace daño, cree que su pasado no determina su presente, porque **niega la importancia de su pasado, en donde están las experiencias más dolorosas y traumáticas**.

La paciente sitúa como sus principales miedos: Estar sola, caer, la muerte, el fracaso, los lugares altos, los insectos voladores y los que se arrastran, así como el cometer

errores, ser responsabilizada para tomar decisiones. Es importante mencionar que la gran mayoría de los temores que M.L. presenta, se ven relacionados con **cualidades superyoicas**, que si bien son representadas simbólicamente por medio de polaridades (altura-arrastrarse), se ven ampliamente relacionadas con la inclinación de la paciente por asumir responsabilidades y tratar de dar soluciones cognitivas, más que conductuales ante las adversidades que se le presentan. Por otra parte, una de las principales fobias de la paciente, que menciona en su *Historia Clínica Multimodal*, son las **mariposas**, las cuales al indagar un poco, comenta que ella relaciona a éstas (principalmente las de colores oscuros) con la muerte, puesto que previo a la muerte de su padre, la paciente vio una de color negro; lo anterior puede ser un indicador de un conflicto que la paciente no ha resuelto y que por lo tanto proyecta en el exterior, al ser el tema de los **duelos** uno de los más complicados para ella (como muestra se encuentra el hecho de que ella atribuye su enfermedad al dolor producido tras la pérdida física de su hermana).

Con respecto al *Inventario de Depresión*, la paciente indica que: Se siente triste y melancólica, que ahora llora más de lo que acostumbraba, que está menos interesada en otras personas de lo que era usual, está menos segura de sí misma ahora y trata de evitar tomar decisiones, asimismo, está menos interesada en otras personas de lo que solía hacerlo, tiene que esforzarse más para comenzar a hacer algo, ahora despierta más cansada que antes y está menos interesada en el sexo; cabe destacar que a pesar de que la paciente presenta dichos rasgos indicadores de un posible trastorno depresivo, resulta importante localizar que cuenta con recursos para afrontar de manera funcional dicho estado de ánimo, puede verse reflejado en sus dinámicas, por ejemplo al referir su actitud frente a la vida, siendo planta (listón), la paciente indicó: **“Que aunque me seque puedo volver a renacer con un poco de amor”**, no obstante, en el caso de ella, es importante que pueda detectar que ese afecto que posiblemente busca en el exterior, se encuentra en sus propios recursos y en su fuerza yoica.

De acuerdo al *MMPI-2*, el perfil de la paciente resulta probablemente invalido, sin embargo, se toma en cuenta, ya que en su caso, presenta un perfil de personalidad mayormente evasivo con respecto a sus errores, dificultades y problemas propios, por lo que es probable que a través de la prueba haya tratado de enmascararse. Sus respuestas correspondientes al área de validez del perfil, indican que trató de aparentar estar bien adaptada, mostrando resistencia a la prueba o ingenuidad, además deseó aparentar contar con recursos suficientes de afrontamiento

Con respecto a sus escalas básicas, M.L puede ser demasiado abierta y mostrar actividad excesiva (Escala 9), probablemente puede mostrarse eufórica, agitada y presentar labilidad emocional, además, tiende a ser una persona muy participativa con respecto a relaciones interpersonales superficiales, así como mostrarse impaciente. Dicha información concuerda con el exceso de actividad que la paciente lleva a cabo, en especial cognitivamente y hacia el afuera, ya que suele estar muy pendiente de los demás, más que de ella misma, lo anterior se ve corroborado en la dinámica *La emoción que evito*, cuando menciona **“Como que les doy todo, oxígeno, luz, doy agua”**.

Por otra parte, con respecto a la Escala 3, la paciente puede ser cínica o agresiva, inclusive puede tender al aislamiento y a mostrar poco interés en los demás, dichos datos pueden verse relacionados con una forma **pasiva-agresiva** de mostrar su hostilidad, puesto que ésta es una de las áreas que más se le dificultan, ya que al no haber aprendido a utilizarla de manera consciente y funcional, lo lleva a otro plano (el físico por ejemplo) donde **se manifiesta a manera de enfermedad o dolencia**.

Paciente 2: M.C.

Al igual que en el caso de la primera paciente, se recabaron datos significativos dados por la propia M.C. a través de las respuestas que ésta dio en la serie de inventarios proporcionados.

Historia Clínica Multimodal

Descripción de su padre: **“Hombre trabajador, cariñoso”**

Un padre debería: **Comprensivo**.

Descripción de su madre: **“Trabajadora, mandona”**.

Una madre debería: **“Ser amorosa”**

Por otra parte en la sección de expectativas:

¿Cómo considera que un psicólogo debería actuar con sus pacientes? **“Comprensivo”**

¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? **“Paciencia y comprensión”**.

Los resultados obtenidos en el *Inventario de Afirmatividad* fueron los siguientes:

Individuación: 42%

Cuadrante I: 50% Cuadrante II: 20%

Cuadrante III: 26% Cuadrante IV: 38%

E: 35% C: 35%

Expresión del Ser-A: 22%

Defensa del Ser- R: 20%

I: 30%

p: 26%

1. El porcentaje total (Individuación: 42%) demuestra que se trata de problemas moderados de afirmatividad, lo cual indica que cuenta con un 58% de recursos que está utilizando, mientras que el resto quedan sin aprovecharse. Su puntaje indican que la paciente, puede presentar tendencia a la introversión, probabilidad de baja autoestima y que puede estar perdiendo identidad, puesto que no se afirma en su ser, no expresa lo que siente, relacionado a lo anterior, presenta una personalidad veleta.

2. Aproximación: 22%; Rechazo: 20%; en el caso de la paciente, A es más alto que R, lo cual quiere decir que la paciente muestra incapacidad para tomar iniciativa, así como dificultad para interactuar con los demás y para expresar lo que piensa, siente y necesita. Es una persona pasiva y toda la energía se vuelca hacia sí misma, lo cual puede verse relacionado con su enfermedad, es decir, la forma en la que emplea ésta como una manera de manejo intrapunitivo; además, la paciente tiende a ser una persona que no toma decisiones, que deja que los demás decidan por ella.

La paciente **se contiene mucho con respecto a su hostilidad**, la cual al no utilizar consciente ni funcionalmente, traslada a su cuerpo, manifestándose a través de su padecimiento.

3. Extraños: 35%; Conocidos: 35%: Su conflicto se presenta de igual manera en situaciones ante extraños y ante conocidos.

4. I: 30%; p: 26%: La incomodidad es alta, esto significa que existe mucha tendencia emotiva, hay una **mezcla de muchas emociones indiferenciadas que se están bloqueando porque nunca se les ha dado salida**. La paciente tiende a ser evasiva y no conectarse consigo misma.

5. Considerando desde puntaje el puntaje más comprometido: Cuadrante I: (50%); por medio de la puntuación obtenida, es posible inferir que **está perdiendo vitalidad**, por lo cual está desaprovechando habilidades para desarrollarse y tiene dificultades para adaptarse a situaciones extrañas o novedosas, a situaciones de cambio o de renovación, por

lo que existe miedo al cambio en todos los ámbitos de la realidad, para ella un cambio le significa una pérdida y una pérdida implica una separación y un abandono.

Cuadrante IV: (38%) La paciente se deja utilizar por los demás por miedo al rechazo y a la pérdida de afecto, por lo que **no defiende sus derechos, no expresa sus molestias, tolera excesivamente a los demás, no pone límites**. Puede existir una prohibición de cualquier manifestación hostil en el núcleo familiar, así como tendencia a la sincronidad, a repetir el mismo patrón vivido con la relación materna, la cual pudo haber sido de abandono, pérdida o separación, que en el caso de la paciente, dicha conducta se manifiesta hacia sí misma, abandonándose a ella como una forma de estar más con los demás (esto puede verse reflejado en su fenomenología de *La Emoción que evito*, puesto que probablemente a manera de compensación, la paciente se describe en todos sus símbolos como llena de fuerza y luminosidad, sin embargo en su contexto en realidad funge más como el sostén de la familia tanto en el aspecto económico como en el emocional, luciendo más por lo que brinda a los demás que por la manera en la que se permite brillar para sí misma.

Cuadrante III (26%): Problemas de acercamiento con conocidos, en la mayoría de las ocasiones se **le dificulta expresar sus emociones y necesidades**, aspecto que se ve ampliamente relacionado entre la **rigidez emocional** y la **rigidez física que a través de su enfermedad manifiesta**.

Cuadrante II: (20) Dificultad para establecer límites con los demás y para negarse ante situaciones sociales, relacionado con una inadecuada integración de la hostilidad, razón por la cual tiende a confluír y de esta forma empieza una confusión con los demás.

De acuerdo al *IBT*, es posible notar que la paciente tiende a la búsqueda de realizaciones excelentes, presentando miedo al fracaso, y mucho miedo a cometer errores, es muy exigente consigo misma, estableciéndose estándares de ejecución elevados tanto en calidad como en cantidad. Tiende a **orientarse a las responsabilidades**, subordinar el descanso, el placer y la recreación; además tiende a minimizar la importancia del pasado, considerando que si no lo ve no existe y así no le hace daño, cree que su pasado no determina su presente, porque **niega la importancia de su pasado, en donde están las experiencias más dolorosas y traumáticas**.

Tiende a ser hipercrítica con los errores ajenos, así como a frustrarse con facilidad y a sentirse impaciente con las omisiones y equivocaciones de otros. Le genera angustia y

enojo el que los demás no hagan bien las cosas, por lo cual, en su caso algunas veces termina haciendo las cosas de los demás, ella misma. Se inclina por cuestiones moralistas y dicha actitud moralista es **superyóica**, es decir, muy rígida y exigente, por lo tanto la intolerancia se convierte en una actitud de dividir a los seres humanos en buenos o malos por sus actos sin querer darles una segunda oportunidad.

Suele anticiparse para las peores cosas con el propósito de **evitar que la lastimen**, tratándose de anticipación cognitiva, más no conductual, dicha anticipación provoca en ella **ansiedad anticipatoria** y estrés excesivo, provocándole sufrir dos veces, ya que se prepara antes de que algo ocurra, con la creencia de que si el suceso al que teme sucede ya no dolerá tanto, lo cual es equívoco; su anticipación cognitiva hace que tienda a **buscar soluciones ideales**, lo que la lleva a correr el riesgo de **no resolver realmente sus conflictos**.

Señala como sus principales temores: estar sola, el fracaso, personas peleando, gente con apariencia de maleante, gente enferma, sentirse desaprobada, ser responsabilizada por tomar decisiones, cuchillos y objetos cortantes, convertirse en enferma mental. Es posible apreciar que sus temores se ven relacionados con conductas que implican su **relación con los otros**.

Con respecto a sus respuestas dadas en el **Inventario de Depresión**, la paciente indica que no disfruta de las cosas en la misma forma que antes, que se siente mala o indigna la mayor parte del tiempo, siente que está siendo castigada, que antes era capaz de llorar, pero ahora no puede hacerlo, se critica mucho a sí misma por su debilidad y errores, que le preocupa el parecer vieja o poca atractiva y que tiene que esforzarse más para comenzar a hacer algo.

Acerca del **MMPI-2** la validez de su perfil resulta cuestionable, ya que por medio de sus respuestas aparentó estar bien adaptada, mostrando resistencia a la prueba o ingenuidad, quiso aparentar que cuenta con suficientes recursos de afrontamiento, fingiendo estar bien, indicando “Falso” como respuesta en la mayoría de los reactivos. Su perfil indica que se muestra cautelosa en situaciones relacionadas con su trabajo, presenta características que indican que es una persona tímida, inhibida, falta de involucramiento emocional, además emplea la negación y presenta carencia de insight.

De acuerdo a sus escalas, la paciente puntuó muy bajo en todas las escalas, sin embargo, su puntaje en la escala 3 indica que se presenta como una persona realista y

sensible, tratando de demostrar que puede ser equilibrada y razonable. Además, su escala 0 indica que es una persona sociable, cálida y dócil, asimismo, puede ser exhibicionista o manipuladora, así como tener confianza en sí misma, sin embargo en algunas ocasiones llega a ser demasiado tolerante con los demás.

CONCLUSIONES

Cabe destacar que el hecho de que esta investigación haya consistido en un estudio de dos casos, tuvo la función principal de detectar no sólo aspectos que podrían prestarse a generalizaciones, sino también, tuvo el sentido de encontrar particularidades en cada una de las participantes; lo anterior resulta enriquecedor, puesto que si bien ambas pacientes presentan un patrón de personalidad muy similar, también cada una de ellas cuenta con cualidades únicas que de ser reconocidas e integradas, tienen la función de ser funcionalmente sanadoras.

Es posible determinar que en el caso de las pacientes, el patrón se ve definido por conductas que se inclinan a estar más en función del exterior (es decir, sus familiares y personas significativas que las rodean) que de sí mismas, por ejemplo, ambas pacientes atribuyen su enfermedad a factores externos relacionados con conflictos familiares que ocurrieron al momento en que surgió su padecimiento:

M.L: “El estrés ante algo desconocido y ver el dolor de una persona a quién yo quería mucho y no poder ayudarla”

M.C: “Tuve una enfermedad, según mononucleosis; en ese tiempo a mi esposo lo liquidaron en su trabajo y yo tuve que buscar trabajo, mandar a mi hijo menor a otro estado con mi hermana y todas estas situaciones me propiciaron la mononucleosis, dónde me realizaron muchos estudios y no encontraron que tenía, de ahí se me desencadenó la artritis”

Asimismo, ambas pacientes son el mayor sostén económico de sus familias: M.L. contribuye a mantener a su madre, aunado a que permanece viviendo con ésta; M.C. por otra parte, apoya económicamente a su esposo, hijo menor, junto con su esposa y nieto, además de hacerse responsable en cuestión de cuidados, de su madre y nieto; cabe destacar que una de las partes más afectadas en el cuerpo de los pacientes que padecen artritis reumatoide son las manos, lo cual, como una analogía se ve representado con el **“querer meter las manos por todos”**. Lo anterior se ve asociado también con la dificultad que presentan con respecto a poner límites a los demás, lo cual debieron asumir de su figura paterna, sin embargo, ambas tuvieron un padre periférico.

Las dos pacientes se ven más inclinadas hacia las responsabilidades, siendo ésta una cualidad superyóica, pudiendo relacionarse con la forma en la que introyectaron a su

madre, puesto que en ambos casos existió una inversión de roles, en el cual fue la figura materna la que jugó el papel de establecer las reglas y ser quien exigía en el orden familiar, siendo el padre quien, a percepción de las pacientes actuó como figura dadora de **cariño**. Lo anterior es posible notarlo a partir de la descripción que dan de ambos padres, así como la forma en la que los describen por medio de la *Dinámica Ciudades y Gobiernos*, en las cuales describen la peor ciudad con adjetivos como desorganización, injusticia, contaminación.

Ambas pacientes presentan ansiedad anticipatoria, lo que las hace intentar resolver de manera cognitiva los posibles conflictos que pudieran presentárseles a ellas o a los miembros de su familia, sin embargo, dicha anticipación resulta poco funcional, puesto que se inclinan a preocuparse antes de tiempo ante lo que pudiera ocurrir, generándoles angustia y somatización que se manifiesta a través de su padecimiento.

Por otra parte, las participantes presentan una personalidad constreñida con respecto al uso de su hostilidad, ya que no la muestran abiertamente ni de manera funcional, llevando a cabo un manejo pasivo agresivo de ésta, así como su manifestación a través de dolencias que en gran parte están siendo autoinflingidas.

Si bien la estructura de personalidad de las pacientes fue configurada por su forma de crianza a manera que no emplean para ellas mismas funcionalmente las cualidades que atañen a la defensa del Ser, cabe destacar que dichos elementos se encuentran en potencia como parte de su sombra, ya que el uso que han dado a éstos a lo largo de su vida, ha servido más para defender y ver a los otros que a sí mismas. No obstante, lo que corresponde a ellas para integrar dichos aspectos de su sombra que necesitan para seguir creciendo, es comenzar a responsabilizarse de sí mismas, empleando los elementos relativos al ánimos funcional y por ende a la defensa del Ser, tales como son empleo de su valentía, valor, perseverancia, que nutren la hostilidad funcional que permite defenderse y apoyarse (estructurarse); apoyándose de manera complementaria en las características funcionales del ánimo, las cuales les darán acceso a expresar emociones, necesidades y afecto de manera directa (ya no a través de sus síntomas), para ellas mismas y no solo hacia los demás.

Es preciso mencionar que si bien la incapacidad de la defensa del Ser es un elemento coadyuvante a la formación de artritis reumatoide, no es el único que atañe a la enfermedad; es muy importante tomar en cuenta todos los elementos que conforman al ser humano, para lograr de esta manera unificar al individuo, no sólo el aspecto psicológico-

espiritual, sino también considerando las indicaciones médicas que el paciente recoge, trabajándolas como el mensaje que reciben a través de su cuerpo como una señal de que existen aspectos de su vida que deberán entender, integrar y modificar.

Referencias Bibliográficas

Abrams, J. (2008) *Recuperar el niño interior*. Barcelona: Editorial Kairós.

Aguilera, M. y Blanco, M. (1987). *Investigación cualitativa. Características, métodos y problemática*. España: M.E.C.

Álvarez, J. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.

Ayán, C. (2011) *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. España: Médica Panamericana.

Beck, D. (1972) Aspectos psicossomáticos del reumatismo articular crónico. Madrid: Ediciones Roche.

Bleichmar, E. (2005) *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Argentina: Paidós.

Bly, R. (1992). *Hombres de hierro. Los ritos de iniciación masculina del nuevo hombre*. México: Planera.

Bowlby, J. (1995) *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. España: Paidós

Bjorklund, R. (2010) *Arthritis*. United States: Marshall Cavendish Benchmark.

Bradshaw, J. (2006). *Volver a la niñez. Cómo recobrar y vivir con su niño interior*. México: Selector.

Brotzman, B. y Manske, R. (2012) *Rehabilitación ortopédica clínica: un enfoque basado en la evidencia*. España: Elsevier.

Capra, F. (1982) *El Punto crucial: Ciencia, Sociedad y cultura naciente*. España: Integral Ediciones.

Castanedo, C. (1997) *Terapia gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora*. (3° Ed.). España: Herder.

Chevalier, J. y Gheerbrant, A. (2007). *Diccionario de los símbolos*. España: Herder.

Corneau, G. (1991) *Hijos del silencio ¿Qué significa hoy la masculinidad y la paternidad?* España: Cirse.

Dahlke R. (1999) *El Mensaje Curativo del Alma: Enfermedad como Mensaje del Alma.* México: Océano.

Descamps; Grof; Pániker; Almendro; Naranjo; Vaughan; Walsh; Rowan y Carvajal. (1999) *La conciencia Transpersonal.* España: Kairós.

Dethlefsen, T. (1984) *Vida y destino humano: La sabiduría primordial para la plenitud del hombre.* España: EDAF.

Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2002) *La Enfermedad como Camino: un Método para el Descubrimiento Profundo de las Enfermedades.* España: Plaza y Janés editores, S. A.

Downing, C. (2001) *Espejos del yo. Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestra vida.* España: Kairós.

Erickson, E. (1993) *Infancia y Sociedad.* Argentina: Horme.

Ferguson, M. (1994) *La Conspiración de Acuario.* España: Biblioteca Fundamental.

Firestein, G. (1996) *Invasive fibroblast – sinoviocytes on the arthritis rheumatoid.* 1996; 39: 1781 – 1790.

Foss, B. (1981) *Nuevas perspectivas en el desarrollo del niño.* España: Fundamentos.

Golding, D. y Téllez, A. (1983) *Artritis y reumatismo.* México: El Manual Moderno.

Goronzy, J. y Wegan, C (2000). *Artritis reumatoide: epidemiología, patología y patogenia. En Klippel JH, Principios de las Enfermedades Reumáticas.* México: Intersistemas.

Grajales, M. (2003) *Efectividad de un programa de ejercicios isocinéticos en rodilla a pacientes con artritis reumatoide clase funcional I-II.* Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México- Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI. México, D.F.

Grecco, E. (1995) *Volver a Jung.* Argentina: Continente.

Johnson R. (1997) *El rey pescador y la doncella sin manos. Análisis de la función del sentimiento herido en la psicología masculina y femenina.* España: Ediciones Obelisco.

Jung C. G. (1964) *El Hombre y sus Símbolos.* España: Caralt.

- Jung, C.G. (1979) *Los complejos y el Inconsciente*. España: Alianza Editorial.
- Jung, C.G. (1982) *Símbolos de Transformación*. España: Paidós.
- Jung, C. G. (1982b) *Conflictos del Alma Infantil*. España: Paidós.
- Jung, C.G. (1997). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. España: Paidós.
- Jung, C.G. (2002) *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. España. Paidós.
- Jung, C.G. (2002b) *Consciente, inconsciente e individuación: Obras Completas. Volumen 9*. España: Trotta.
- Jung, C.G. (2005) *Obra Completa. Tomo 8*. España: Trotta.
- Kepner, J. (2000) *Proceso Corporal: Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: El Manual Moderno.
- Latner, J. (1994) *Fundamentos de la gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- Lawlis, F. (1996) *Medicina Transpersonal: Un nuevo enfoque para la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu*. España: Kairos.
- Lazarus, A. (1984). *Terapia Multimodal*. México: McGraw Hill.
- Leblanc, E. (1998) *Psicoanálisis junguiano*. España: Gaia.
- Lowen, A. (2006) *Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente*. México: Diana.
- Mahler, M. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Argentina: Marymar.
- Mahler, M. (1987) *Simbiosis Humana: La viscitudes de la individuación*. México: Joaquín Mortiz.
- Majithia V. y Geraci SA (2007) *Rheumatoid arthritis: diagnosis and management*. Med. Vol. 120. n.º 11. p. 936–939.
- Maslow, A. (1973) *The farther reaches of human nature*. UK: Penguin.
- McCarthy, D. (1987) *Artritis y otras patologías relacionadas. Texto de Reumatología*. Argentina: Médica Panamericana.

Miller, A. (1985). *El drama del niño dotado. En busca del verdadero yo*. España: Tusquets.

Miller, A. (2005). *El cuerpo nunca miente*. México: Tusquets.

Miranda, K y Onofre, M. (2010) *El complejo materno y el apego ansioso como factores estructurantes del aspecto femenino*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México D.F.

Mondragón, J. (1999) *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Murdock, M. (1991) *Ser mujer: Un viaje heroico*. España: Gaia Ediciones.

Naranjo, C. (2004) *La vieja y novísima gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Chile: Cuatro Vientos.

Nasio, J. (2004) *Los gritos del cuerpo*. México: Paidós.

Palacios, P. (2000) *Manual de interpretación de los auxiliares en la evaluación*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.

Palacios, P. (2003) *Psicología Transpersonal*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.

Palacios, P. (2005) *La Fenomenología: Un Método Psicoterapéutico*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.

Palacios, P. (2010) *Guía del Inventario de Afirmitividad*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.

Peréz, A. (2003) *Tratamiento natural de las enfermedades reumáticas*. España: EDAF.

Perls, F; Hefferline, F. y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. USA: The Julian Press.

Quitmann, H. (1989) *Psicología Humanística*. España: Herder.

Ramos, F. (1980) *Artritis reumatoide y su curación con Citoterapia*. México: Porrúa.

Richardson, R. y Richardson, L. (1999) *Tu carácter según el orden de nacimiento. De qué manera el sexo y la posición en la familia afectan a tu personalidad y tus relaciones*. México: Ediciones Urano.

Rivera, R. (2001) *Mi padre soy yo misma. Cómo traslada una mujer la imagen del padre, presente o ausente, a su pareja*. México: Ediciones Urano.

Rodríguez, G; Gil, J. y García, E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.

Salama, H. (1991) *El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista*. México: El Manual Moderno.

Salleras, L (1985). *Educación Sanitaria*. España: Ediciones Díaz de Santos.

Sharp, D. (1997) *Lexicon junguiano. Compendio de términos y conceptos de la psicología de Carl Gustav Jung*. México: Cuatro Vientos.

Schierse, L. (2005) *La mujer herida. Cómo sanar la relación padre- hija*. España: Ediciones Obelisco.

Schnake, A. (2001) *Los Diálogos del Cuerpo: Un enfoque holístico de la salud y la enfermedad*. Chile: Cuatro Vientos.

Shinoda, J. (2006) *El sentido de la enfermedad*. España: Kairós.

Stevens, A. (1994) *Jung o la búsqueda de la identidad*. España: Editorial Debate, S.A.

Spitz, R. (1965) *El primer año de vida*. Argentina: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Tepperwein, K. (1992) *Lo que tu Enfermedad Quiere Decirte*. España: Elfos.

Tena, C. y Hernández, F. (2005) *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México: Prado.

Thompson, K. (2005) *Ser hombre*. España: Kairós.

Von Franz, M.L (1993) *Érase una vez...Una interpretación psicológica*. España: Luciérnaga.

Walsh, R. y Vaugh, F. (2003) *Trascender el ego*. España: Kairós.

Winnicott, D.W. (1962) *Conozca a su niño. Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*. Argentina: Hormé.

Winnicott, D.W. (1996) *Realidad y Juego*. España: Gedisa.

Winnicott, D.W. (1999) *Objetos y fenómenos transicionales*. En J. Beltrán (Trad.). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. España: Paidós.

Zermeño, A. (2008) *Programa educativo de terapia ocupacional para pacientes con Artritis reumatoide*. Tesis de Especialidad. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México –UMFRRN.

Zweig, C. y Abrams, J. (2004) *Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana*. España: Kairós.

Zinker, J. (1991) *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Argentina: Paidós.

Revistas

Braun, J. y Sieper, J. (2009) Classification criteria for rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatology* 2009; 27(suppl. 55): S68 – S73.

Choy, E. y Panayi G. (2001) Cytokine Pathways and Joint Inflammation in Rheumatoid Arthritis. *N Eng J Med*. 344:907-916.

Delgado, A. y Vega, J. (2006) Epidemiología genética de la artritis reumatoide: ¿qué esperar de América Latina. *Biomédica*. 26:562 – 84.

Heijde, V. y Jacobs, J (1996) *The effectiveness of early treatment with “second-line” antirheumatic drugs*. *Internal Med*. 124: 699 – 707

Iglesias, A; Quintana, G. y Restrepo, J. (2006) Prehistoria, historia y arte de la Reumatología: Inicios de las palabras reuma, artritis reumatoide, artritis juvenil, gota y espondilitis anquilosante. Colombia: *Revista Colombiana de Reumatología*; vol. 13 No. 1.

Mulero J. (2004) Tratamiento de la artritis reumatoide. *Revista Clínica Especializada*. 204:273-282.

Ortiz, A. (2003) Rehabilitación de mano y pie reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*. 10(2): 151-157.

Quevedo, H; Vidal, L. y Castañeda, L. (1995) Artritis reumatoide: una enfermedad con prevalencia homogénea. *Revista Peruana de Reumatología*: Vol. 1 No 1.

Redondo, M; León, L; Pérez, M; Jover, J. y Abasolo, L. (2008) El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*. 359-378.

Ríos, J. (2002) Manifestaciones articulares de artritis reumatoides. *Revista Mexicana de reumatología*. 2002; 17: 211 – 219.

Rojas, F. (2008) Problemas de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, Abril-Junio.

Vinaccia S; Contreras, F; Palacio, C; Marín, A; Tobon, S. y Moreno-San Pedro, E. (2005) Disposiciones Fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en Pacientes con Diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, junio, 15-24.

Referencias electrónicas

Brusa, M. y Bonet, C. (2004) *Desarrollo Psicológico*. Fuente Electrónica [En Línea] Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. <http://www.aepap.org/pdf/psicologico.pdf> [Consultado el 25 de abril de 2013].

Caballero, C. (2007) *Auguste Renoir y la artritis*. Fuente Electrónica [En Línea] Centro de Artritis y Osteoporosis. <http://centrodeartritisyosteoporosis.blogspot.mx/2007/11/auguste-renoir-y-la-artritis.html> [Consultado el 7 de abril de 2013].

Fernández, P. y Pértegas, S. (2006). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Fuente Electrónica [En Línea] <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti> [Consultado el 23 de noviembre de 2013].

González, M. (2006). *Aspectos Éticos de la Investigación Fuente Electrónica* [En Línea] <http://www.campus-oei.org/salactsi/mgonzalez5>. [Consultado el 23 de noviembre de 2013].

Rodríguez, F. (2006) *Transpersonal*. Fuente Electrónica [En Línea] Psiquis y Sofía: Psicología Educativa. <http://psiquisysofia.blogspot.mx/2006/11/romn-reyes-dir-diccionario-crtico-de.html> [Consultado el 07 de noviembre de 2013].

Sociedad Española de Reumatología. (2007) *Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide*. Fuente Electrónica [En Línea] GUIPCAR, Pág.2. http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Menu0_Principal.php [Consultado el 21 de noviembre de 2013].

Sosa, S. (2006). *El Estudio de Casos como Estrategia de Investigación*. Fuente Electrónica [En Línea] <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/2c.htm> [Consultado el 27 de noviembre de 2013].

Vera, L. (2006). *La investigación Cualitativa*. Fuente Electrónica [En Línea] http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf [Consultado el 20 de octubre de 2013].

Anexo 1a**M.L.**

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: 26/04/12_____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: M.L._____.

2.- Dirección: _____.

Delegación: _____ C.P. _____.

3.- Teléfono: (casa) _____ (celular) _____ ofic. _____

Correo electrónico _____

4.- Edad: _____ 56 _____ 5.- Ocupación: SECRETARIA _____

6.- Sexo: _____ FEMENINO _____ 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? Mamá y hermano

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:

Artritis Reumatoide, dolores en las articulaciones

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) problemas escolares | 5) problemas familiares | |
| 6) Fuertes creencias religiosas | 7) Problemas médicos | |
| 8) Abuso de Alcohol | 9) Infancia infeliz | 10) Tartamudez |
| 11) Problemas legales | 12) Abuso de drogas | |
| 13) Terrores nocturnos | 14) Comerse las uñas | |
| 15) Chuparse el dedo | 16) Temores o miedos | |

- i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? Administrativo
 ¿Cuántas horas al día? Aproximadamente 12 ¿Qué clases de trabajo ha
 tenido anteriormente? Igual

¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual?: Si Si contesta negativamente por favor
 explique _____

¿Cuál es su ingreso quincenal? \$ 5,000.00

¿Cuánto gasta a la quincena? \$ 4,000.00

- j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? : Llegar a comprar una casa

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? : Comprar una casa y seguir estudiando

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. <u>Fumar</u> | 19. <u>Fobias, miedos o temores</u> |
| 9. Aislamiento | 20. Conducta agresiva |
| 10. Tics nerviosos | 21. Llorar |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a : Habilidad para resolver los problemas rápido.

c) ¿Qué le gustaría hacer más? : Estar en área de Relaciones Públicas

¿Qué le gustaría hacer menos?: Trabajos Rutinarios

¿Qué le gustaría comenzar a hacer?: Estudiar

¿Qué le gustaría dejar de hacer?: Tener fobias

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes?: No Si es así diga ¿Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad?: Sí

Si es así, ¿Cuál?: Ir al cine

V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- | | | |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| 1. Enojado | 5. Temeroso | 9. <u>Aburrido</u> |
| 2. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 10. Contento |
| 3. Deprimido | 7. <u>Feliz</u> | 11. Excitado |
| 4. <u>Ansioso</u> | 8. Infeliz | 12. Otros: |

a) Enliste sus cinco miedos principales:

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. <u>Muerte</u> | 4. <u>Soledad</u> |
| 2. <u>Mariposas</u> | 5. |
| 3. <u>Arañas</u> | |

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo?: Tolerancia

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo?: Miedo

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente?: Seguridad en mi misma

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente?: Poca tolerancia

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos?: Cuando no está en mí resolver un problema

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado: En mi casa con mis seres queridos.

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que: Tratando de superar mi enfermedad

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es: Que los problemas los veo mas tranquila

- Una de las cosas por las que me siento culpable es: Ser poco tolerante

- Me siento de lo más feliz cuando: A mí alrededor está todo tranquilo

- Una de las cosas que más triste me pone es: La impotencia de no poder ayudar a mis seres queridos

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo: No tengo miedo a ser yo misma

- Me enojo muchísimo cuando: La gente no resuelve rapido

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. <u>Tensión Muscular</u> | 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. <u>Descansado</u> | 30. Otras: <u>Dolor de articulaciones</u> |

b) Historia menstrual

Edad al primer período: 15 años ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted?
No tuve información pero no tuve un choque emocional

¿Es usted regular?: sí fecha del último período: 2010

Duración: 3 días ¿Padece de malestares? No ¿Cuáles? _____

_____ ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? No

si es así, explique:

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? : Ahora que ya no tengo la menstruación

¿Cuáles displacenteras?: la sensación de mojada con la menstruación

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: Que el mar me cubre

b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia?: Cuando iba de compras con mi hermana

c) Describa la imagen o fantasía más placentera: Hacer el amor en la playa

d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro: Con mi familia

e) Describa los sueños más frecuentes: Estar en el mar en la noche

f) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas?:No frecuente

Descríbalas: Que me persiguen

g) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? :A veces

¿En qué? Que puedo caminar bien

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. <u>leal</u> |
| D11. desesperanzado | O12. culpable |
| Ac13. confuso | Ac14. <u>optimista</u> |
| Ac15. considerado | O16. celoso |
| O17. sin amor | Ac18. <u>bueno para el trabajo</u> |
| AI19. atractivo | O20. conflictuado |
| Ac21. con problemas de memoria | AC22. <u>confiable</u> |
| O23. envidioso | Ac24. ideas suicidas |
| Ai. 25 feo (imagen corporal) | Ac26. inteligente |
| Ac27. loco | Ac28. con problemas para tomar decisiones |
| Ac 29. inútil | Ac30. <u>con buen sentido del humor</u> |
| O31. con pensamientos horribles | Ac32. <u>honesto</u> |
| Ac33. degenerado | Ac34. sensible |
| Ac35. con problemas de concentración | Ac36. <u>seguro</u> |
| 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? Poder volar

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	<u>2</u>	3	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	1	<u>2</u>	3	4	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	<u>1</u>	2	3	4	5
-No merezco ser feliz	<u>1</u>	2	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	2	3	<u>4</u>	5

Expectativas:

- a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? El camino para enfrentar los problemas
-
- b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? A darme tranquilidad
-
- c) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? Directo y Sencillo
-
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? Lo que el terapeuta crea necesario
-
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? Dar confianza
-
- f) Complete las siguientes frases:
- Soy una persona que: vive día a día
 - Toda mi vida: he hecho lo que me gusta
 - Desde que yo era niño-a: he sido feliz
 - Es difícil para mí admitir que: cometo errores
 - Una de las cosas que no puedo perdonar es: la mentira
 - Una ventaja de tener problemas es: el desafío de resolverlos
 - Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es: hacer ejercicio

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): Amoroso y una buena guía
- 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): Con carácter, pero siempre al cuidado de sus hijos y de su hogar
-

d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? No

¿ Desde qué edad? _____

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? No

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? No

¿Desde qué edad? _____

d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? Haciéndonos ver nuestras travesuras

¿Por quién? Papá y mamá

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: Fui inmensamente feliz

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? Sí

g) ¿Sus padres lo comprendieron? Sí

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? Sí

i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar: No

j) ¿Existe alguien que haya interferido en sus matrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? No

k) ¿Quién es la persona más importante en su vida? Mis papás

2. Amistades

a) ¿hace amigos fácilmente? Sí, ¿conserva la amistad? Sí

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? No

¿Cuándo u en qué circunstancias? _____

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría: Pareja, amigos, familiares

- Molestia: Pareja celosa y posesiva

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? No tan directa

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación: Personas inseguras y personas posesivas

- f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? Sí
 g) ¿Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? Sí

3. Matrimonio o relaciones de pareja

- a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?

3 años

- b) ¿Hace cuánto que están juntos? Más de 10 años
 c) ¿Qué edad tiene su pareja? 3 años más grande que yo
 d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? Comercio
 e) Describa la personalidad de su pareja. _____

- f) **Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello subraye 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	<u>5</u>
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	<u>1</u>	2	3	4	5
C) ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	<u>3</u>	4	5
D) DINERO	<u>1</u>	2	3	4	5
E) COMUNICACIÓN			1	<u>2</u>	3 4 5
F) SEXO			1	2	<u>3</u> 4 5
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL			<u>1</u>	2	3 4 5
H) INDEPENDENCIA PERSONAL			1	2	3 4 <u>5</u>
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA	1	2	3	4	<u>5</u>
J) FELICIDAD GENERAL			1	2	3 4 <u>5</u>

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

- g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? No muy bien, son egoístas

- h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos? _____ si _____, si es así indique cuál: La muerte de Papá, hermana, tía, abuelita

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida? 20

1. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE: comprensivo de nuestras inquietudesMADRE: Reservada

b) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar?

Noc) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? A través de libro con mi hermanad) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? A 18 años

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo?

Sí

o ¿en relación a la masturbación?

Nosi es así, por favor explíquelo Por haber hecho el amor con alguien que no conozcof) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? Sí la ternura de mis parejasg) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual No

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? SíSi es así, por favor descríballo: Sí, mi compañera piensa que quiero su puesto

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es: Mintiendo- Puedo fastidiar a alguien a través de: Conocer sus debilidades- Una madre debería: Acercarse más a sus hijos- Un padre debería: Platicar más con sus hijos- Un verdadero amigo debería: Apoyar siempre

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja: Extremadamente consentida y carácter inestableSu mejor amigo (a): Dispuesta siempre apoyarAlguien que no lo quiera a Ud.: Impositivo

- 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: Mis articulaciones
-
- 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: Glucosa y Cortisona
-
- c) ¿Come en forma balanceada? A veces
-
- d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? No
- e) ¿Practica alguna actividad relajante? _____
- f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? No
- g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? Sí
-
- h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor : No
-
- i) ¿Cuántas horas de sueño tiene? 8 horas
- j) **Elija cualquiera de las situaciones que se apliques a Ud. tachando en la columna correspondiente:**

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana	x			
2. tranquilizantes	x			
3. sedantes	x			
4. aspirina		x		
5. cocaína	x			
6. analgésicos		x		
7. alcohol		x		
8. café			x	
9. cigarros	x			
10. narcóticos	x			
11. estimulantes	x			
12. alucinógenos	x			
13. diarrea	x			
14. constipación		x		
15. alergias		x		
16. presión alta			x	
17. presión baja		x		

18. problemas cardiacos		x		
19. náuseas			x	
20. vómitos	x			
21. dolores de cabeza		x		
22. dolores de espalda		x		
23. no poderse dormir		x		
24. despertarse temprano			x	
25. despertar durante la noche			x	
26. problemas de piel	x			
27. poco apetito	x			
28. comer en exceso	x			
29. comer porquerías		x		

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. <u>problemas gastrointestinales</u> |
| 2. problemas renales | 9. alcoholismo |
| 3. asma | 10. problemas de próstata |
| 4. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma |
| 5. diabetes | 12. epilepsia |
| 6. <u>cáncer</u> | 13. dolor de cabeza |
| 7. problemas de presión alta o baja | 14. otros: _____ |

¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles : No

l) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) : No

m) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido _____

n) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0 - 5: Salir de viaje, Reyes Magos

- 6 - 10: Salir de compras con mi tía
- 11 - 15: Tratar a mis compañeros hombres en la secundaria
- 16 - 20: Empezar a trabajar y tener novios
- 20 - 25: Viajar y tener una relación feliz y sobreponerme la muerte de mi papá
- 26 - 30: Viajar, trabajar y mi relación feliz
- 31 – 35: Convivir con mis sobrinos
- 36 – 40: Viajar y disfrutar a mi pareja
- 41 – 45: Convivir más con mi familia
- 46 – 50: Convivir más con mi familia
- 51 – 55: Situaciones difíciles con la salud de mi hermana

Anexo 1b**M.C.**

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: 26/04/12_____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: M.C._____.

2.- Dirección: _____.

Delegación: _____ C.P. _____.

3.- Teléfono: (casa) _____ (celular) _____ ofic. _____

Correo electrónico _____

4.- Edad: _____ 54 _____ 5.- Ocupación: ABOGADA _____6.- Sexo: _____ FEMENINO _____ 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? Mi hijo, mi nuera, su bebé y mi esposo

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas: Mis hijos, económicos y mi mamá

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):

Desde los 30 años

d) ¿ A qué atribuye sus problemas?: Al estrés

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus: problemas Pérdida del trabajo por mi esposo y tener que dejar a mis hijos para buscar trabajo

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: Terapia de adicciones

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- l) Fecha de Nacimiento: 16 de julio 1957.
m) Lugar de Nacimiento: Tlalnepantla, Estado de México.
n) Hermanos: Número de hermanos: 4. Edades: _____
Número de hermanas: 5. Edades: _____
o) Padre: ¿Vive? No, si es así su edad es: _____.
Ocupación es: _____.
Su salud es: _____.
¿Murió? Sí, si es así dé la edad de él al morir 72 ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____
p) Madre: ¿Vive? Si, si es así su edad es: 87
Ocupación es: Hogar.
Su salud es: Normal
¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? _____
q) Religión cuándo era niño: Católica de adulto: la misma Creyente/Practicante
r) Educación : ¿qué estudió, hasta qué nivel? : Licenciatura
Indique sus fuertes y debilidades académicas: _____
s) 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 | 12) Abuso de drogas |
| 13) Terrores nocturnos | 14) Comerse las uñas |
| 15) Chuparse el dedo | 16) Temores o miedos |

- t) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? Burocrático
 ¿Cuántas horas al día? 8 horas
 ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? Cobranza

¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual?: No si contesta negativamente por favor explique No me gusta lo que hago actualmente

¿Cuál es su ingreso quincenal? _____

¿Cuánto gasta a la quincena? _____

- u) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? : Terminar mi carrera

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? : Tener estabilidad económica

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:

- b) 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. <u>Flojera</u> |
| 4. Conductas extrañas | 15. <u>Desidia</u> |
| 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. <u>Llorar</u> |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

- b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a : Habilidad resolver los problemas rápido.

- c) ¿Qué le gustaría hacer más? : Disfrutar las cosas

¿Qué le gustaría hacer menos?: Preocuparme

¿Qué le gustaría comenzar a hacer?: _____

¿Qué le gustaría dejar de hacer?: _____

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes?: No Si es así diga ¿Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad?: NO

Si es así, ¿Cuál?: _____

V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- | | | |
|---------------------|-----------------|--------------|
| 5. <u>Enojado</u> | 5. Temeroso | 9. Aburrido |
| 6. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 10. Contento |
| 7. <u>Deprimido</u> | 7. Feliz | 11. Excitado |
| 8. <u>Ansioso</u> | 8. Infeliz | 12. Otros: |

i) Enliste sus cinco miedos principales:

- | | |
|---|----------|
| 1. <u>Que se separen mis hijos</u> | 4. _____ |
| 2. <u>Que no se sepan controlar</u> | 5. _____ |
| 3. <u>Sus emociones con sus parejas</u> | |

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo?: Felicidad

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? Preocupación

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: Ver que mis hijos se lleven bien con sus esposas

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que: Relajada

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es: Que Lalo ha podido superar sus adicciones

- Una de las cosas por las que me siento culpable es: Que no hayan hecho ninguno de los dos una carrera

- Me siento de lo más feliz cuando: Veo a mi mamá sana y feliz y a mis hijos felices

- Una de las cosas que más triste me pone es: Ver pelear a mis hijos con sus esposas

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo:

- Me enojo muchísimo cuando: Me cambian mis cosas del lugar donde yo las tengo

VI. SENSACIONES FÍSICAS

c) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Mareo | 2. <u>Dolores de Cabeza</u> |
| 3. <u>Palpitaciones</u> | 4. Espasmos Musculares |
| 5. <u>Tensión Muscular</u> | 6. Breves Desmayos |
| 7. Escuchar cosas | 8. Ojos llorosos |
| 9. <u>Ruborización</u> | 10. <u>Problemas de la piel</u> |
| 11. Boca seca | 12. Incapaz de relajarse |
| 13. Problemas Intestinales | 14. <u>Hormigueo</u> |
| 15. Entumecimiento | 16. Malestar estomacal |
| 17. Tics | 18. <u>Fatiga</u> |
| 19. <u>Dolor de espalda</u> | 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. <u>Descansado</u> | 30. Otras: <u>Dolor de articulaciones</u> |

d) Historia menstrual

Edad al primer período: 13 años ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted?
No

¿Es usted regular?: sí fecha del último período: 13-01-2010

Duración: 5 días ¿Padece de malestares? No ¿Cuáles? _____

_____ ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? _____

si es así, explique:

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? : Bañarme, dormir, descansar

¿Cuáles displacenteras? : Estar de pie

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

h) 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: Que voy al baño y no hay puerta, que estoy en el agua y es de noche

i) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia?:

i) Describa la imagen o fantasía más placentera:

j) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro: _____

k) Describa los sueños más frecuentes: Que voy al baño y no hay puerta, que estoy nadando y todo está oscuro

l) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas?: Muy poco

Describalas: _____

m) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? : _____

¿En qué? _____

VIII. PENSAMIENTOS

f) 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

g) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

- | | |
|---|--|
| Ac1. ambicioso | Ac2. ingenuo |
| Ac3. sin valor | Ac4. valioso |
| Ac5. <u>perseverante</u> | Ai6. poco atractivo (imagen corporal) |
| Ac7. <u>lleno de penas</u> | Ac8. no puedo hacer nada bien |
| Ac9. malo | Ac10. <u>leal</u> |
| D11. desesperanzado | O12. <u>culpable</u> |
| Ac13. <u>confuso</u> | Ac14. optimista |
| Ac15. considerado | O16. celoso |
| O17. sin amor | Ac18. bueno para el trabajo |
| Al19. atractivo | O20. <u>conflictuado</u> |
| Ac21. <u>con problemas de memoria</u> | AC22. confiable |
| O23. envidioso | Ac24. ideas suicidas |
| Ai. 25 feo (imagen corporal) | Ac26. inteligente |
| Ac27. loco | Ac28. <u>con problemas para tomar decisiones</u> |
| Ac 29. inútil | Ac30. con buen sentido del humor |
| O31. con pensamientos horribles | Ac32. honesto |
| Ac33. degenerado | Ac34. <u>sensible</u> |
| Ac35. <u>con problemas de concentración</u> | Ac36. <u>seguro</u> |
| Ac37. estúpido | Ac38. indeseable |
| Ac39. <u>incompetente</u> | Ac40. <u>inadecuado</u> |
| Ac41. desviado | Ac42. <u>cometo muchos errores</u> |

h) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? _____

i) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos

j) 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 | <u>1</u> | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -Soy víctima de las circunstancias | 1 | <u>2</u> | 3 | 4 | 5 |
| -Mi vida está controlada por fuerzas externas | <u>1</u> | 2 | 3 | 4 | 5 |
| -No merezco ser feliz | <u>1</u> | 2 | 3 | 4 | 5 |

-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros 1 2 3 4 5

Expectativas:

g) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? La manera de encontrar la causa de los problemas o conductas

h) ¿Qué espera de la terapia psicológica? _____

i) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? Comprensivo

j) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? : Depende el problema

k) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? Paciencia y comprensivo

l) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que: logra lo que se propone

- Toda mi vida: he luchado por ser mejor

- Desde que yo era niño-a: he cuidado de los demás

- Es difícil para mí admitir que: la riego

- Una de las cosas que no puedo perdonar es: la traición

- Una ventaja de tener problemas es: que se aprende

- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es: dejar de preocuparme por los demás

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

e) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? _____
 ¿desde qué edad? _____ ¿cuánto tiempo? _____

f) 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): Hombre trabajador, cariñoso

g) 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): Trabajadora, mandona

d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? Sí
 ¿Desde qué edad? Desde siempre

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? No

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? Sí
 ¿Desde qué edad? No recuerdo

d) 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? Nos pegaban con la manguera o nalgadas.

¿Por quién? Mamá

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: Nos llevábamos bien y convivíamos

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? Sí

g) ¿Sus padres lo comprendieron? Algunas veces

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? Sí

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 matrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? _____

v) ¿Quién es la persona más importante en su vida? Mis hijos

2. Amistades

h) ¿hace amigos fácilmente? No, ¿conserva la amistad? Sí

i) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? _____
¿Cuándo u en qué circunstancias? _____

j) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría: Mis nietos y mis hijos

- Molestia: Mi jefe

k) 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

l) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? A veces me las callo

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación: Con mi jefe

m) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? No

n) ¿ Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? Sí

3. Matrimonio o relaciones de pareja

i) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?

1 año

j) ¿Hace cuánto que están juntos? 28 años

- k) ¿Qué edad tiene su pareja? 54 años
- l) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? Comerciante
- m) Describa la personalidad de su pareja _____

n) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello subraye 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	<u>3</u>	4	5		
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5		
C) ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	3	4	<u>5</u>		
D) DINERO	1	2	3	<u>4</u>	5		
E) COMUNICACIÓN			1	2	3	4	<u>5</u>
F) SEXO			1	2	3	4	<u>5</u>
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL			1	2	3	4	<u>5</u>
H) INDEPENDENCIA PERSONAL			1	2	3	4	<u>5</u>
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA	1	2	3	4	<u>5</u>		
J) FELICIDAD GENERAL			1	2	3	4	<u>5</u>

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

o) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? Bien mientras no se metan conmigo

p) ¿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? _____

30. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE: No hablamos nunca del tema

MADRE: Era muy dominante, siempre creía que nos íbamos a tener sexo

j) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? Sí

k) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? No recuerdo

l) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? Cuando me gustó un niño en la primaria

m) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? _____
o ¿en relación a la masturbación?
Sí

Si es así, por favor explíquelo _____

n) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales?
No

o) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual
No

p) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora

31. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? Si

Si es así, por favor descríbalo: La asistente prepotente del secretario de acuerdos

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es: No tomar en cuenta lo que haces por lo demás

- Puedo fastidiar a alguien a través de: Indirectas

- Una madre debería: Ser amorosa

- Un padre debería: Ser comprensivo

- Un verdadero amigo debería: Apoyar siempre

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja: Soy necia porque me preocupo por los demás

Su mejor amigo (a) _____

Alguien que no lo quiera a Ud.: Yo creo que mis nueras

d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo: No

X. FACTORES BIOLÓGICOS

a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud? Por favor explíquelo: Que los medicamentos que tomo me dañen algún órgano importante como riñones, pulmón o hígado

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: Prednisona, naproxen.

c) ¿Come en forma balanceada? No

d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? Ver películas

e) ¿Practica alguna actividad relajante?

No

f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? No

g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? : No

h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor : Tengo que cuidar a mi mamá

i) ¿Cuántas horas de sueño tiene? 6 a 8 horas

j) **Elija cualquiera de las situaciones que se apliques a Ud. tachando en la columna correspondiente:**

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana	x			
2. tranquilizantes	x			
32. sedantes	x			
33. aspirina		x		
34. cocaína	x			
35. analgésicos	x			
36. alcohol	x			
37. café			x	x
38. cigarros	x			
39. narcóticos	x			
40. estimulantes	X			
41. alucinógenos	X			
42. diarrea		x		
43. constipación		x		
44. alergias		x		
45. presión alta		x		
46. presión baja		x		
47. problemas cardiacos	x			
48. náuseas		x		
49. vómitos		x		
50. dolores de cabeza		x		
51. dolores de espalda		x		
52. no poderse dormir			x	
53. despertarse temprano			x	
54. despertar durante la noche			x	
55. problemas de piel			x	
56. poco apetito		x		
57. comer en exceso		x		
58. comer porquerías		x		

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.

- | | |
|---|---|
| a. Problemas de tiroides | 8. <u>problemas gastrointestinales</u> M |
| b. problemas renales | 9. alcoholismo |
| c. <u>asma</u> P | 10. problemas de próstata |
| d. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma |
| e. diabetes | 12. epilepsia |
| f. <u>cáncer</u> P | 13. <u>dolor de cabeza</u> M |
| g. <u>problemas de presión</u>
<u>alta o baja</u> M | 14. otros: _____ |

l) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles : No

m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) : Rodilla, matriz, anginas, quistes en brazo y mano

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: Andar en bicicleta y juntarme en la calle con mis amigos y hermanos

16 - 20: La prepa y la universidad

20 - 25: Nacimiento de mis hijos

26 - 30: Disfrutar con mis hijos escuela, natación y estar en casa con ellos

31 - 35: Mi regreso a trabajar

36 - 40: El comienzo de mi enfermedad

41 - 45: Mi titulación como abogada

46 - 50: El nacimiento de mi primera nieta

51 - 55: El disfrutar de mis tres nietos

CENTRO DE DESARROLLO TRANSPERSONAL

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

Muchas personas tienen dificultad para mejorar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria por ejemplo, cuando alguien tiene que rechazar una petición, hacer a otro un cumplido, expresar una aprobación o desaprobación, etc.

- I. Por favor indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay **a la izquierda** de cada situación, donde se encuentran dos columnas: una con la letra **C** (que significa situaciones con conocidos) y la letra **E** (que significa situaciones con extraños). Por favor responda en las dos columnas (C y E), utilizando la siguiente escala:

1. NINGUNA INCOMODIDAD
2. UN POCO DE INCOMODIDAD
3. REGULAR INCOMODIDAD
4. MUCHA INCOMODIDAD
5. DEMASIADA INCOMODIDAD

- II. Muy bien, ahora que ha terminado esta primera parte, lea la lista de situaciones por segunda vez y **a la derecha** de cada situación, en donde se encuentran dos columnas: una con la letra **C** (que significa situaciones con conocidos) y la letra **E** (que significa situaciones con extraños). Por favor responda en ambas columnas (C y E), indicando la probabilidad de que ejecute la conducta si llega a presentarse realmente en su vida la oportunidad, así, como la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones ya hayan ocurrido. Por ejemplo: si usted rara vez se excusa cuando se equivoca, debe de marcar un cuatro(4) después de esta situación(columna de la derecha). Utilice la escala siguiente:

1. Significa “siempre lo hago”
2. Significa “usualmente lo hago”
3. Significa “lo hago la mitad de las veces”
4. Significa “de vez en cuando lo hago”
5. Significa “nunca lo hago”

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
<u> 4 </u>		1R.- Rechazar la petición de prestar su automóvil (suponiendo que lo tenga)	<u> 3 </u>	
<u> 1 </u>		2 A.- Elogiar a un amigo	<u> 2 </u>	
<u> 5 </u>	<u> 5 </u>	3R.- Decir no a un vendedor insistente.	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
<u> 2 </u>	<u> 4 </u>	4 A.- Pedir un favor a alguien.	<u> 4 </u>	<u> 1 </u>
<u> 5 </u>	<u> 4 </u>	5R.- Rechazar una invitación a una reunión.	<u> 3 </u>	<u> 2 </u>
<u> 3 </u>	<u> 4 </u>	6 A.- Disculparse cuando se está en un error.	<u> 3 </u>	<u> 3 </u>
<u> 4 </u>	<u> 3 </u>	7R.- Pedir comprensión cuando se tiene miedo.	<u> 3 </u>	<u> 3 </u>
<u> 5 </u>		8R.- Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a usted le molesta.	<u> 1 </u>	
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	9 A.- Preguntar al tener duda.	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
<u> 3 </u>	<u> 4 </u>	10 A. Admitir ignorancia en alguna área.	<u> 3 </u>	<u> 2 </u>
<u> 5 </u>	<u> 5 </u>	11R.- Rechazar una petición para prestar	<u> 3 </u>	<u> 3 </u>
<u> 5 </u>		12 A. Preguntar cosas íntimas.	<u> 3 </u>	
<u> 3 </u>		13R.- Callar a un amigo hablantín.	<u> 2 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 4 </u>	14 A. Pedir una crítica constructiva.	<u> 1 </u>	<u> 3 </u>

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
	<u> 1 </u>	15 A. Iniciar una conversación con extraños.		<u> 1 </u>
<u> 1 </u>		16 A. Elogiar a una persona que a usted le interesa sentimentalmente.	<u> 1 </u>	
<u> 1 </u>	<u> 3 </u>	17 A. Pedir una reunión o una cita con alguien.	<u> 1 </u>	<u> 3 </u>
<u> 4 </u>	<u> 5 </u>	18 A. Si una petición inicial suya es rechazada, volverla a pedir .	<u> 3 </u>	<u> 3 </u>
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	19 A. Aceptar y pedir la aclaración sobre algo que no ha entendido.	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	20 A. Solicitar empleo.	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	21 A. Preguntar si ha ofendido a alguien.	<u> 3 </u>	<u> 3 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	22 A. Decirle a una persona lo que usted necesita de ella.	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
	<u> 1 </u>	23 R. Pedir el servicio esperado cuando éste no llega.		<u> 1 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	24 R. Discutir abiertamente las críticas	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	25 R. Rechazar cosas defectuosas	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
<u> 3 </u>	<u> 4 </u>	26 A. Expresar su desacuerdo con quien se habla.	<u> 2 </u>	<u> 4 </u>
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	27 R. Rechazar insinuaciones sexuales cuando no se está interesado(a).	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	28 R. Decirle a una persona que es injusta	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
<u> 1 </u>	<u> 3 </u>	29 A. Aceptar una cita.	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>
<u> 1 </u>		30 A. Dar a alguien buenas noticias sobre usted.	<u> 3 </u>	
<u> 3 </u>	<u> 3 </u>	31 R. Rechazar la insistencia para beber	<u> 5 </u>	<u> 5 </u>
<u> 5 </u>		32 R. Resistir una petición injusta de alguien a quien usted estima.	<u> 5 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 3 </u>	33 R. Dejar un trabajo.	<u> 4 </u>	<u> 5 </u>
<u> 1 </u>	<u> 3 </u>	34 R. Resistir la insistencia para cambiar de opinión.	<u> 5 </u>	<u> 5 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	35 R. Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo.	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	36 A. Solicitar el regreso de cosas que prestó.	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	37 A. Aceptar cumplidos y elogios.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	38 R. Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>
<u> 1 </u>		39 R. Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha hecho o dicho algo que a usted le molestó.	<u> 5 </u>	
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	40 R. Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>

MATRIZ ASERTIVA

		Respuestas de Aproximación Social o Peticiones	Respuestas de Rechazo o Protectora		
E X T R A Y A N O S E S	S	4 6 9 10 14 15 17	3 5 7 11 23 24 25		
	I	18 19 20 21 22 26	27 28 31 33 34 35 38		
	T	29 36 37	40		
	U				
A		$\frac{10}{16}$	$\frac{9}{15}$	$\frac{8}{19}$	$\frac{19}{31}$
Y		$\frac{62}{100}\%$	$\frac{60}{100}\%$	$\frac{3}{100}\%$	$\frac{61}{100}\%$
A		i 9			
N					
O					
S					
R E L A O M I N G T I S M A S	A	2 4 6 9 10 12 14 16	1 3 5 7 8 11 13 24 27		
	O	17 18 19 20 21 22 26	28 31 32 33 34 35 38		
	M	29 30 36 37	39 40		
	I				
N		$\frac{7}{19}$	$\frac{11}{18}$	$\frac{11}{18}$	$\frac{18}{37}$
G		$\frac{1}{19}$	$\frac{4}{18}$	$\frac{11}{18}$	$\frac{18}{37}$
T		i 5			
I					
S					
M		$\frac{36}{100}\%$	$\frac{61}{100}\%$	$\frac{3}{100}\%$	$\frac{48}{100}\%$
A					
S					

Expresión del ser

11A= 27 %

33i= 48 %

Defensa del ser

R= 32 %

p = 17 %

Individuación

T= 59%

Anexo 2b

M.C.

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
<u> 4 </u>		1R.- Rechazar la petición de prestar su automóvil (suponiendo que lo tenga)	<u> 4 </u>	
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	2 A.- Elogiar a un amigo	<u> 2 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	3R.- Decir no a un vendedor insistente.	<u> 4 </u>	<u> 1 </u>
<u> 2 </u>	<u> 4 </u>	4 A.- Pedir un favor a alguien.	<u> 2 </u>	<u> 4 </u>
<u> 2 </u>	<u> 1 </u>	5R.- Rechazar una invitación a una reunión.	<u> 3 </u>	<u> 2 </u>
<u> 1 </u>	<u> 2 </u>	6 A.- Disculparse cuando se está en un error.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	7R.- Pedir comprensión cuando se tiene miedo.	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
<u> 1 </u>		8R.- Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a usted le molesta.	<u> 1 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	9 A.- Preguntar al tener duda.	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	10 A. Admitir ignorancia en alguna área.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>
<u> 4 </u>	<u> 2 </u>	11R.- Rechazar una petición para prestar	<u> 4 </u>	<u> 3 </u>
<u> 2 </u>		12 A. Preguntar cosas íntimas.	<u> 2 </u>	
<u> 4 </u>		13R.- Callar a un amigo hablantín.	<u> 4 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 4 </u>	14 A. Pedir una crítica constructiva.	<u> 2 </u>	<u> 5 </u>

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
	<u> 2 </u>	15 A. Iniciar una conversación con extraños.		<u> 2 </u>
<u> 1 </u>		16 A. Elogiar a una persona que a usted le interesa sentimentalmente.	<u> 2 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 5 </u>	17 A. Pedir una reunión o una cita con alguien.	<u> 2 </u>	<u> 5 </u>
<u> 5 </u>	<u> 5 </u>	18 A. Si una petición inicial suya es rechazada, volverla a pedir .	<u> 4 </u>	<u> 5 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	19 A. Aceptar y pedir la aclaración sobre algo que no ha entendido.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	20 A. Solicitar empleo.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	21 A. Preguntar si ha ofendido a alguien.	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	22 A. Decirle a una persona lo que usted necesita de ella.	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
	<u> 1 </u>	23 R. Pedir el servicio esperado cuando éste no llega.		<u> 1 </u>
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	24 R. Discutir abiertamente las críticas	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
	<u> 1 </u>	25 R. Rechazar cosas defectuosas		<u> 1 </u>
<u> 1 </u>	<u> 2 </u>	26 A. Expresar su desacuerdo con quien se habla.	<u> 1 </u>	<u> 1 </u>
<u> 2 </u>	<u> 2 </u>	27 R. Rechazar insinuaciones sexuales cuando no se está interesado(a).	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
<u> 2 </u>	<u> 3 </u>	28 R. Decirle a una persona que es injusta	<u> 2 </u>	<u> 3 </u>

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
<u> 1 </u>	<u> 2 </u>	29 A. Aceptar una cita.	<u> 2 </u>	<u> 5 </u>
<u> 4 </u>		30 A. Dar a alguien buenas noticias sobre usted.	<u> 4 </u>	
<u> 2 </u>	<u> 1 </u>	31 R. Rechazar la insistencia para beber	<u> 2 </u>	<u> 1 </u>
<u> 4 </u>		32 R. Resistir una petición injusta de alguien a quien usted estima.	<u> 4 </u>	
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	33 R. Dejar un trabajo.	<u> 5 </u>	<u> 5 </u>
<u> 1 </u>	<u> 1 </u>	34 R. Resistir la insistencia para cambiar de opinión.	<u> 2 </u>	<u> 2 </u>
<u> 1 </u>	<u> 2 </u>	35 R. Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo.	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
<u> 5 </u>	<u> 4 </u>	36 A. Solicitar el regreso de cosas que prestó.	<u> 5 </u>	<u> 2 </u>
<u> 1 </u>	<u> 3 </u>	37 A. Aceptar cumplidos y elogios.	<u> 1 </u>	<u> 2 </u>
<u> 2 </u>	<u> 4 </u>	38 R. Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	<u> 3 </u>	<u> 4 </u>
<u> 1 </u>		39 R. Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha hecho o dicho algo que a usted le molestó.	<u> 1 </u>	
<u> 4 </u>	<u> 4 </u>	40 R. Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	<u> 4 </u>	<u> 4 </u>

MATRIZ ASERTIVA

Respuestas de Aproximación Social o Peticiones Respuestas de Rechazo o Protectora

E X T R A Y A Ñ O S R E L A T I O N E S I N T I M A S	S I T U A C I O N A L E S	4 6 9 10 14 15 17 18 19 20 21 22 26 29 36 37 $\frac{8}{16}$ i <u>7</u> 50% p <u>5</u>	3 5 7 11 23 24 25 27 28 31 33 34 35 38 40 $\frac{3}{15}$ i <u>3</u> 20% p <u>3</u>	$\frac{19}{31}$ 61%
	A M I G O S	2 4 6 9 10 12 14 16 17 18 19 20 21 22 26 29 30 36 37 $\frac{5}{19}$ i <u>5</u> + <u>1</u> 26% p <u>3</u>	1 3 5 7 8 11 13 24 27 28 31 32 33 34 35 38 39 40 $\frac{7}{18}$ i <u>6</u> + <u>4</u> 38% p <u>7</u>	$\frac{12}{37}$ 32%

Expresión del ser **Defensa del ser** **Individuación**
 A= 22% R= 20%
 i= 30% p = 26% T= 42%

**CENTRO DE DESARROLLO TRANSPERSONAL
INVENTARIO DE IDEAS Y CREENCIAS**

Este inventario pretende investigar la manera en que usted piensa y siente acerca de varias situaciones. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar de **acuerdo** o en **desacuerdo**. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquel número que **mejor describa** su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números es la siguiente:

1. significa completamente en desacuerdo
2. significa moderadamente en desacuerdo
3. significa ni acuerdo ni desacuerdo
4. significa moderadamente de acuerdo
5. significa totalmente de acuerdo

Evite las respuestas con numero 3 (ni acuerdo ni desacuerdo) lo más que le sea posible.

1. Es importante para mi que otros me aprueben	1 2 3 4 5
2. Odio fracasar en algo.	1 2 3 4 5
3. La gente que comete errores merece lo que le pasa	1 2 3 4 5
4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede.	1 2 3 4 5
5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.	1 2 3 4 5
6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan	1 2 3 4 5
7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes	1 2 3 4 5
8. Todos necesitan depender de alguien para pedir ayuda y consejo	1 2 3 4 5
9. "El que nace para maceta, del corredor no pasa"	1 2 3 4 5
10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa	1 2 3 4 5
11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario.	1 2 3 4 5
12. Evito cosas que no puedo hacer bien.	1 2 3 4 5
13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen	1 2 3 4 5
14. Las frustraciones no me molestan	1 2 3 4 5

15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas.	1 2 3 4 5
16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado	1 2 3 4 5
17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan	1 2 3 4 5
18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones	1 2 3 4 5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.	1 2 3 4 5
20. No hay solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
21. Quiero que todos me estimen.	1 2 3 4 5
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo	1 2 3 4 5
23. Los que se equivocan merecen ser censurados	1 2 3 4 5
24. Las cosas deberían ser mejores de cómo son	1 2 3 4 5
25. Yo causo mis propios estado de ánimo	1 2 3 4 5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	1 2 3 4 5
27. Evito enfrentar mis problemas	1 2 3 4 5
28. La gente necesita un fuente de poder fuera de ella misma	1 2 3 4 5
29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro.	1 2 3 4 5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida	1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén	1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo, pero no siento que esto sea necesario	1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada.	1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no e agradan	1 2 3 4 5
35. Las personas miserables se han hecho miserables a sí mismas	1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo	1 2 3 4 5
37.Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo	1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.	1 2 3 4 5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.	1 2 3 4 5
40. Siempre tendremos algunos problemas.	1 2 3 4 5

41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío	1 2 3 4 5
42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago	1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores.	1 2 3 4 5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	1 2 3 4 5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo, a menos que él mismo se haga permanecer así.	1 2 3 4 5
46. No puedo tolerar el probar fortuna.	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser.	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta.	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensa.	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importarme si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan las ignoro.	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno.	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas.	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas.	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora.	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad.	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí.	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo.	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos.	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello.	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno.	1 2 3 4 5
66. Me preocupo demasiado por las cosas futuras.	1 2 3 4 5

67. Me es difícil hacer tareas desagradables.	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí.	1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal.	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo.	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupa qué tanto me aprueba o desaprueba la gente.	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores.	1 2 3 4 5
73. Es injusto que paguen “justos por pecadores”.	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida.	1 2 3 4 5
75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida.	1 2 3 4 5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores.	1 2 3 4 5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante.	1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo	1 2 3 4 5
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará.	1 2 3 4 5
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente	1 2 3 4 5
82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces	1 2 3 4 5
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad.	1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad.	1 2 3 4 5
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo.	1 2 3 4 5
86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra.	1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer.	1 2 3 4 5
88. Me disgusta tener que depender de alguien.	1 2 3 4 5
89. En el fondo la gente nunca cambia	1 2 3 4 5
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta.	1 2 3 4 5
91. Es molesto ser criticado, pero no catastrófico.	1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien.	1 2 3 4 5
93. Nadie es malo aunque sus actos parezcan serlo.	1 2 3 4 5

94. Rara vez me trastornan los errores de otros.	1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo	1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro.	1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte.	1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar.	1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos	1 2 3 4 5
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias.	1 2 3 4 5

PERFIL DE IDEAS Y CREENCIAS

Fecha de aplicación ____/____/____

Nombre ____ M.L. _____ Edad _____

100	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
90	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
80	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
70	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
60	_____	_82_	_____	_____	_____	_96_	_____	_____	_____	
50	_____	_72_	_73_	_____	_____	_76_	_____	_____	_100_	
40	_____	_42_	_63_	_94_	_____	_66_	_____	_78_	_90_	
30	_____	_32_	_53_	_64_	_____	_56_	_____	_38_	_30_	
20	_____	_12_	_43_	_34_	_55_	_36_	_____	_18_	_20_	
10	_11_	_2_	_13_	_24_	_25_	_16_	_67_	_8_	_59_	_10_
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 3b

M.C.

CENTRO DE DESARROLLO TRANSPERSONAL**INVENTARIO DE IDEAS Y CREENCIAS**

Este inventario pretende investigar la manera en que usted piensa y siente acerca de varias situaciones. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar de **acuerdo** o en **desacuerdo**. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquel número que **mejor describa** su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números es la siguiente:

- 6. significa completamente en desacuerdo
- 7. significa moderadamente en desacuerdo
- 8. significa ni acuerdo ni desacuerdo
- 9. significa moderadamente de acuerdo
- 10. significa totalmente de acuerdo

Evite las respuestas con numero 3 (ni acuerdo ni desacuerdo) lo más que le sea posible.

2. Es importante para mi que otros me aprueben	1 2 3 4 5
2. Odio fracasar en algo.	1 2 3 4 5
3. La gente que comete errores merece lo que le pasa	1 2 3 4 5
4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede.	1 2 3 4 5
5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.	1 2 3 4 5
6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan	1 2 3 4 5
7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes	1 2 3 4 5
8. Todos necesitan depender de alguien para pedir ayuda y consejo	1 2 3 4 5
9. "El que nace para maceta, del corredor no pasa"	1 2 3 4 5
10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa	1 2 3 4 5
11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario.	1 2 3 4 5
12. Evito cosas que no puedo hacer bien.	1 2 3 4 5
13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen	1 2 3 4 5

14. Las frustraciones no me molestan	1 2 3 4 5
15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas.	1 2 3 4 5
16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado	1 2 3 4 5
17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan	1 2 3 4 5
18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones	1 2 3 4 5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.	1 2 3 4 5
20. No hay solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
21. Quiero que todos me estimen.	1 2 3 4 5
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo	1 2 3 4 5
23. Los que se equivocan merecen ser censurados	1 2 3 4 5
24. Las cosas deberían ser mejores de cómo son	1 2 3 4 5
25. Yo causo mis propios estado de ánimo	1 2 3 4 5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	1 2 3 4 5
27. Evito enfrentar mis problemas	1 2 3 4 5
28. La gente necesita un fuente de poder fuera de ella misma	1 2 3 4 5
29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro.	1 2 3 4 5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida	1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén	1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo, pero no siento que esto sea necesario	1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada.	1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no e agradan	1 2 3 4 5
35. Las personas miserables se han hecho miserables a sí mismas	1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo	1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo	1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.	1 2 3 4 5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado.	1 2 3 4 5

40. Siempre tendremos algunos problemas.	1 2 3 4 5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío	1 2 3 4 5
42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago	1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores.	1 2 3 4 5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	1 2 3 4 5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo, a menos que él mismo se haga permanecer así.	1 2 3 4 5
46. No puedo tolerar el probar fortuna.	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser.	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta.	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensa.	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importarme si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan las ignoro.	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno.	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas.	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas.	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora.	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad.	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí.	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo.	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos.	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello.	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno.	1 2 3 4 5

66. Me preocupo demasiado por las cosas futuras.	1 2 3 4 5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables.	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí.	1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal.	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo.	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupa qué tanto me aprueba o desaprueba la gente.	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores.	1 2 3 4 5
73. Es injusto que paguen “justos por pecadores”.	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida.	1 2 3 4 5
75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida.	1 2 3 4 5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores.	1 2 3 4 5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante.	1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo	1 2 3 4 5
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará.	1 2 3 4 5
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente	1 2 3 4 5
82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces	1 2 3 4 5
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad.	1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad.	1 2 3 4 5
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo.	1 2 3 4 5
86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra.	1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer.	1 2 3 4 5
88. Me disgusta tener que depender de alguien.	1 2 3 4 5
89. En el fondo la gente nunca cambia	1 2 3 4 5
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta.	1 2 3 4 5
91. Es molesto ser criticado, pero no catastrófico.	1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien.	1 2 3 4 5

93. Nadie es malo aunque sus actos parezcan serlo.	1 2 3 4 5
94. Rara vez me trastornan los errores de otros.	1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo	1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro.	1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte.	1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar.	1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos	1 2 3 4 5
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias.	1 2 3 4 5

Fecha de aplicación ____/____/____

Nombre ____ M.C. _____ Edad _____

100	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
90	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
80	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
70	_____	_92_	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
60	_____	_82_	_93_	_____	_____	_96_	_____	_____	_____	_____
50	_____	_72_	_73_	_94_	_____	_86_	_____	_____	_____	_90_
40	_____	_42_	_63_	_44_	_85_	_76_	_87_	_____	_____	_80_
30	_81_	_32_	_43_	_34_	_75_	_66_	_77_	_____	_____	_70_
20	_41_	_12_	_13_	_14_	_35_	_56_	_67_	_98_	_59_	_60_
10	_11_	_2_	_3_	_4_	_15_	_6_	_7_	_38_	_39_	_10_
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 4a

M.L.

CENTRO DE DESARROLLO TRANSPERSONAL
INVENTARIO DE TEMORES

A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque una “x” en la columna que mejor describa que tanto le perturba dicha situación.

La equivalencia de los números es la siguiente:

- 1.-significa **nada** 2.-significa **poco**
3.-significa **regular** 4.-significa **mucho**
5.-significa **muchísimo**

SITUACIONES	1	2	3	4	5
1. Ruido de aspiradoras	X				
2. Heridas abiertas		X			
3. Estar solo(a)					X
4. Estar en un lugar extraño					
5. Voces altas			X		
6. Personas muertas				X	
7. Hablar en público	X				
8. Cruzar las calles	X				
9. Gente que parece loca	X				
10. Caer				X	
11. Automóviles	X				
12. Ser importunado			X		
13. Dentistas		X			
14. Truenos			X		
15. Sirenas			X		
16. Fracaso				X	
17. Entrar a un lugar donde otros estén sentados			X		
18. Lugares altos				X	
19. Mirar hacia abajo, desde edificios altos				X	
20. Gusanos					X
21. Criaturas imaginarias				X	
22. Desconocidos		X			
23. Recibir inyecciones	X				
24. Murciélagos				X	
25. Viajes en tren	X				
26. Viajes en autobús	X				
27. Viajes en automóvil	X				
28. Sentir cólera o furia				X	
29. Gente con autoridad				X	
30. Insectos voladores				X	
31. Ver inyectar a otra persona	X				
32. Ruidos repentinos			X		
33. Tiempo nublado	X				
34. Multitudes		X			
35. Espacios largos y abiertos	X				
36. Gatos	X				
37. Una persona amenazando a otra			X		
38. Gente con apariencia de maleante				X	
39. Pájaros	X				

40. Ver aguas profundas			X		
41. Ser observado al trabajar				X	
42. Animales muertos				X	
43. Armas	X				
44. Suciedad				X	
45. Insectos que se arrastran					X
46. Gente fea				X	
47. Ver pelear				X	
48. Fuego			X		
49. Gente enferma				X	
50. Perros	X				
51. Ser criticado			X		
52. Figuras extrañas		X			
53. Estar en un elevador		X			
54. Presenciar operaciones	X				
55. Gente enojada				X	
56. Ratonés	X				
57. Sangre humana			X		
58. Sangre de animales				X	
59. Partida de amigos				X	
60. Lugares cerrados				X	
61. Perspectiva de ser operado				X	
62. Sentirse rechazado por otro				X	
63. Aviones			X		
64. Olores a medicina		X			
65. Sentirse desaprobado			X		
66. Serpientes inofensivas	X				
67. Cementerios					X
68. Ser ignorado				X	
69. Oscuridad				X	
70. Perderse el ritmo cardiaco				X	
71. Hombre desnudo		X			
72. Mujer desnuda		X			
73. Relámpago	X				
74. Médico	X				
75. Personas deformes			X		
76. Cometer errores				X	
77. Parecer bobo	X				
78. Tener náuseas		X			
79. Perder el control	X				
80. Desmayarse	X				
81. Arañas					X
82. Ser responsabilizado para tomar decisiones				X	
83. Vista de cuchillos y objetos cortantes	X				
84. Convertirse en enfermo mental		X			
85. Estar con un hombre	X				
86. Estar con una mujer	X				
87. Presentar exámenes escritos	X				
88. Ser tocado por otros		X			
89. Sentirse diferente a otros		X			
90. Silencios en la conversación	X				

Anexo 4b

M.C.

CENTRO DE DESARROLLO TRANSPERSONAL
INVENTARIO DE TEMORES

A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque una “x” en la columna que mejor describa que tanto le perturba dicha situación.

La equivalencia de los números es la siguiente:

- 1.-significa **nada** 2.-significa **poco**
3.-significa **regular** 4.-significa **mucho**
5.-significa **muchísimo**

SITUACIONES	1	2	3	4	5
1. Ruido de aspiradoras	x				
2. Heridas abiertas				x	
3. Estar solo(a)				x	
4. Estar en un lugar extraño		x			
5. Voces altas		x			
6. Personas muertas				x	
7. Hablar en público		x			
8. Cruzar las calles	x				
9. Gente que parece loca		x			
10. Caer		x			
11. Automóviles	x				
12. Ser importunado		x			
13. Dentistas		x			
14. Truenos		x			
15. Sirenas		x			
16. Fracaso				x	
17. Entrar a un lugar donde otros estén sentados	x				
18. Lugares altos	x				
19. Mirar hacia abajo, desde edificios altos		x			
20. Gusanos		x			
21. Criaturas imaginarias		x			
22. Desconocidos	x				
23. Recibir inyecciones	x				
24. Murciélagos		x			
25. Viajes en tren	x				
26. Viajes en autobús	x				
27. Viajes en automóvil	x				
28. Sentir cólera o furia				x	
29. Gente con autoridad		x			
30. Insectos voladores	x				
31. Ver inyectar a otra persona	x				
32. Ruidos repentinos		x			
33. Tiempo nublado	x				
34. Multitudes	x				
35. Espacios largos y abiertos	x				
36. Gatos	x				
37. Una persona amenazando a otra					x
38. Gente con apariencia de maleante					x

39. Pájaros	x				
40. Ver aguas profundas				x	
41. Ser observado al trabajar		x			
42. Animales muertos		x			
43. Armas		x			
44. Suciedad				x	
45. Insectos que se arrastran		x			
46. Gente fea				x	
47. Ver pelear				x	
48. Fuego	x				
49. Gente enferma					x
50. Perros	x				
51. Ser criticado				x	
52. Figuras extrañas	x				
53. Estar en un elevador	x				
54. Presenciar operaciones		x			
55. Gente enojada		x			
56. Ratones				x	
57. Sangre humana			x		
58. Sangre de animales					X
59. Partida de amigos		x			
60. Lugares cerrados	x				
61. Perspectiva de ser operado		x			
62. Sentirse rechazado por otro		x			
63. Aviones	x				
64. Olores a medicina	x				
65. Sentirse desaprobado					x
66. Serpientes inofensivas	x				
67. Cementerios		x			
68. Ser ignorado		x			
69. Oscuridad		x			
70. Perderse el ritmo cardiaco		x			
71. Hombre desnudo		x			
72. Mujer desnuda		x			
73. Relámpago	x				
74. Medico	x				
75. Personas deformes		x			
76. Cometer errores		x			
77. Parecer bobo			x		
78. Tener nauseas		x			
79. Perder el control		x			
80. Desmayarse		x			
81. Arañas			x		
82. Ser responsabilizado para tomar decisiones				x	
83. Vista de cuchillos y objetos cortantes				x	
84. Convertirse en enfermo mental				x	
85. Estar con un hombre	x				
86. Estar con una mujer	x				
87. Presentar exámenes escritos		x			
88. Ser tocado por otros		x			
89. Sentirse diferente a otros		x			
90. Silencios en la conversación		x			

Anexo 5a**M.L.**

Puntuación: ____7____

INVENTARIO DE SÍNDROME DISFÓRICO

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de malestar: Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A.-

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste o melancólico.
- 2.a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo.
- 2.b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
- 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.

B.-

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado, con respecto al futuro.
- 1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
- 2.a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
- 2.b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
- 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

C.-

- 0. No me siento fracasado.
- 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
- 2.a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2.b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
- 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

D.-

- 0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
- 2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
- 3. Estoy insatisfecho con todo.

E.-

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.

- 2a. Me siento bastante culpable.
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
- 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

F.-**0. No siento que esté siendo castigado.**

- 1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.
- 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
- 3.a Siento que merezco ser castigado.
- 3.b Quiero ser castigado.

G.-**0. No me siento desilusionado de mí mismo.**

- 1.a Me siento desilusionado de mí mismo.
- 1.b No me gusta a mí mismo.
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio a mí mismo.

H.-**0. No me siento que yo sea peor que los demás.**

- 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
- 2.a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
- 2.b. Siento que tengo muchos defectos.
- 3. Siento que no sirvo para nada

I.-**0. No tengo ninguna intención de dañarme.**

- 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
- 2.a. Pienso que estaría mejor muerto.
- 2.b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
- 3. Me mataría a mí mismo si pudiera.

J.-

0. No lloro más que lo usual.

1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.

- 2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo detenerme
- 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

K.-**0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho**

- 1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes

2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Las cosas que usualmente me irritan, ya no consiguen hacerlo ahora.

L.-

0. No he perdido interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda.
3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.

M.-

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
3. En ningún momento puedo tomar ningún tipo de decisiones.

N.-

0. No siento que me vea peor ahora que antes.
1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.

O.-

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1.a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
- 1.b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
3. De plano no puedo hacer nada.

P.-

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ahora despierto más cansado que antes.
2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.

Q.-

0. No me canso más que lo usual.
1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me cansa hacer algo.

3. Estoy muy cansado para hacer algo.

R.-**0. Mi apetito no es peor que lo usual.**

1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor ahora.
3. No tengo apetito de nada.

S.-**0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente**

1. He perdido más de 3 kilos
2. He perdido más de 5 kilos
3. He perdido más de 7 kilos.

T.-**0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual**

1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento desagradable
2. Estoy tan preocupado por cómo o que siento que no puedo hacer nada
3. Estoy completamente absorto en lo que siento

U.-**0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo**

1. Estoy menos interesado en el sexo ahora
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido el interés en el sexo por completo

Anexo 5b**M.C.**

Puntuación: ____13____

INVENTARIO SÍNDROME DISFÓRICO

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de malestar: Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A.-

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste o melancólico.
- 2.a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo.
- 2.b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
- 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.

B.-

- 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado, con respecto al futuro.
- 1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
- 2.a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
- 2.b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
- 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

C.-

- 0. No me siento fracasado.
- 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
- 2.a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2.b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
- 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

D.-

- 0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
- 2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
- 3. Estoy insatisfecho con todo.

E.-

- 0. No me siento particularmente culpable.

1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.

- 2a. Me siento bastante culpable.
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
- 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

F.-

- 0. No siento que esté siendo castigado.
 - 1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.
- 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.**
 - 3.a Siento que merezco ser castigado.
 - 3.b Quiero ser castigado.

G.-

- 0. No me siento desilusionado de mí mismo.**
 - 1.a Me siento desilusionado de mí mismo.
 - 1.b No me gusto a mí mismo.
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio a mí mismo.

H.-

- 0. No me siento que yo sea peor que los demás.
- 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.**
 - 2.a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
 - 2.b. Siento que tengo muchos defectos.
- 3. Siento que no sirvo para nada

I.-

- 0. No tengo ninguna intención de dañarme.**
 - 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
- 2.a. Pienso que estaría mejor muerto.
- 2.b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
- 3. Me mataría a mí mismo si pudiera. ,

J.-

- 0. No lloro más que lo usual.
 - 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
 - 2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo detenerme
- 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.**

K.-**0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho**

1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Las cosas que usualmente me irritan, ya no consiguen hacerlo ahora.

L.-**0. No he perdido interés en otras personas.**

1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.

2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda.

3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.

M.-**0. Tomo decisiones tan bien como antes.**

1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
3. En ningún momento puedo tomar ningún tipo de decisiones.

N.-**0. No siento que me vea peor ahora que antes.****1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.**

2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.

O.-**0. Puedo trabajar tan bien como antes.****1.a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.**

- 1.b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
3. De plano no puedo hacer nada.

P.-**0. Puedo dormir tan bien como antes.**

1. Ahora despierto más cansado que antes.
3. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.

Q.-**0. No me canso más que lo usual.**

1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me cansa hacer algo.
3. Estoy muy cansado para hacer algo.

R.-**0. Mi apetito no es peor que lo usual.**

1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor ahora.
3. No tengo apetito de nada.

S.-**0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente**

1. He perdido más de 3 kilos
2. He perdido más de 5 kilos
3. He perdido más de 7 kilos.

T.-**0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual**

1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento desagradable
2. Estoy tan preocupado por cómo o que siento que no puedo hacer nada
3. Estoy completamente absorto en lo que siento

U.-**0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo**

1. Estoy menos interesado en el sexo ahora
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido el interés en el sexo por completo

Anexo 6a

M.L.



Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

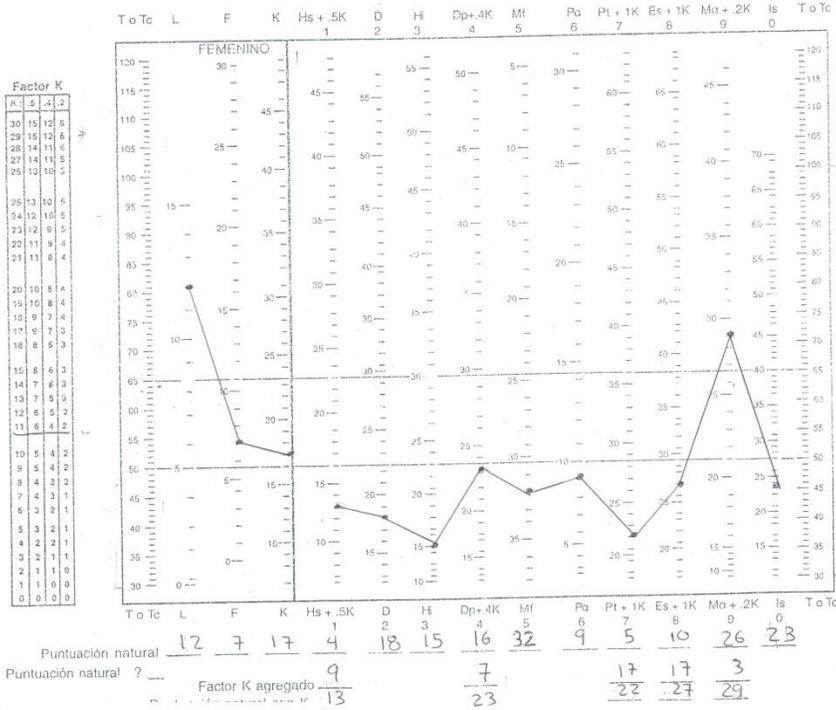
Perfil de escalas básicas
(Normas mexicanas con K agregada)

MP 46-6,1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.
Este perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
Adaptación al español por E. Lucio
MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: CMGA

Note: Este perfil está impreso en móvil y fijo. NO LO ACEPTE si es de un solo color.



Anexo 6b

M.C.



Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

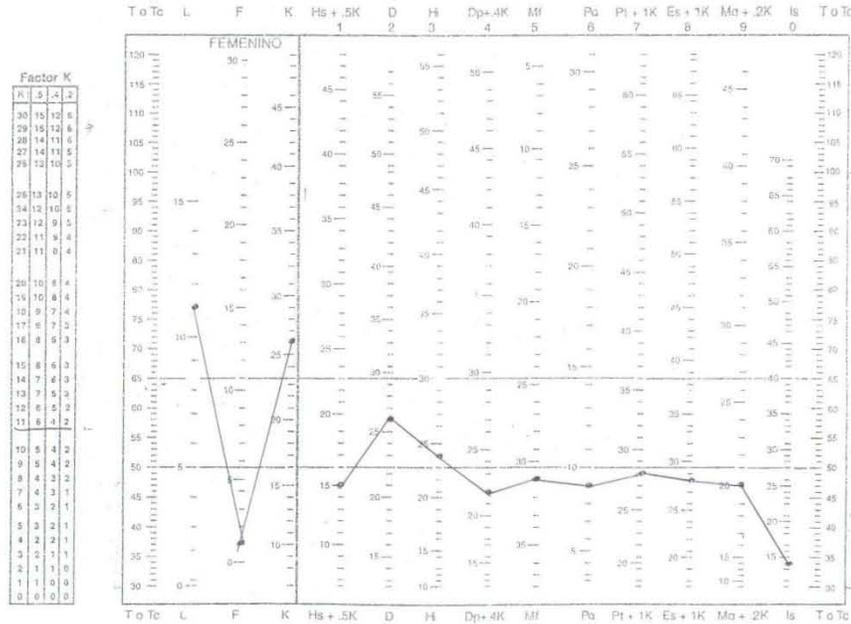
Perfil de escalas básicas
(Normas mexicanas con K agregada)

MP 46-6,1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942
Este perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
Adaptación al español por E. Lucio
MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.R. por University of Minnesota

Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: CMGA

Nota: Este perfil está impreso en mirrado y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.



Puntuación natural	L	F	K	Hs + .5K	D	H	Dp + .4K	Mf	Pa	Pt + 1K	Es + 1K	Mo + .2K	Is
	11	1	26	2	26	24	12	29	9	2	2	15	14
Factor K agregado			13				10		26	26		5	
			15				22		28	28		20	

