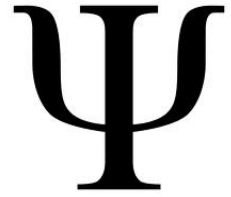




**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

***El Diálogo Con El Cuerpo:
Una Visión Psicosomática Desde El Enfoque
Gestalt***

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA PRESENTA**

YAEL ALEJANDRA CASTILLO FLORES

DIRECTORA DE TESIS

LIC. DAMARIZ GARCIA CARRANZA

REVISORA

LIC.LIDIA DÍAZ SAN JUAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Perls decía que si se trabajan
todas las partes de un sueño, ésa
sería toda la terapia que una
persona podría necesitar.*

*Ahora tengo la impresión de que si
mantuviéramos un diálogo con
cada uno de nuestros órganos,
sistemas y tejidos, hallaríamos
toda la sabiduría que la
humanidad puede anhelar.*

Salomón Touson

(En Schnake, 1995).

ÍNDICE

	Página
Introducción.....	7
I. PSICOTERAPIA GESTALT, FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS.....	9
1.1 ¿Qué es la psicoterapia Gestalt?.....	9
1.2 Existencialismo.....	10
1.2.1.- Sentido de la vida.....	14
1.2.2.- Libertad.....	17
1.2.3.-Responsabilidad.....	18
1.2.4.-Muerte.....	20
1.2.5.-Soledad.....	22
1.3 Humanismo.....	25
1.4 Budismo Zen.....	30
1.5 Psicología de la Gestalt (Forma).....	38
1.5.1.- Principios.....	38
1.6 Psicoanálisis.....	41
1.6.1.- Consciente, preconscious e inconsciente.....	43
1.6.2.- El ello, el yo y el súper yo.....	43
1.6.3.- Mecanismos de defensa.....	44
1.6.4.- Alternativas y escuelas del psicoanálisis.....	45
1.6.5.- El legado del psicoanálisis en Gestalt.....	46
1.7 Terapia Corporal y Conciencia Corporal.....	48
1.7.1.- Escisión del yo con respecto al cuerpo	50

1.7.2.- El proceso somático: mensajes del sí mismo negado.....	52
II. MÉTODO DE LA TERAPIA GESTALT.....	53
2.1 Holismo.....	53
2.2 Fenomenología.....	54
2.2.1.- La fenomenología como método en terapia Gestalt.....	56
III. VISIÓN PSICOSOMÁTICA.....	59
3.1 Definición.....	59
3.2 Antecedentes.....	61
3.2.1.- Medicina primitiva.....	61
3.2.2.- Medicina egipcia y asirio-babilónica.....	62
3.2.3.- Medicina india.....	62
3.2.4.- Medicina griega.....	63
3.2.5.- Pervivencia del paradigma antiguo.....	63
3.2.6.- Medicina en el renacimiento.....	64
3.2.7.- La medicina y el positivismo.....	65
3.2.8.- Medicina antropológica.....	66
3.2.9.- Paradigmas actuales en psicología.....	66
3.3 Dilema Mente-Cuerpo.....	69
3.3.1.- El enfoque psicopatológico actual.....	71
3.4 Principales Enfermedades Psicopatológicas.....	72
3.4.1.- Hipertensión arterial.....	72
3.4.2.- Úlcera péptica.....	74
3.4.3.- Síndrome de colon irritable.....	75

3.4.4.- Neurodermatitis.....	76
3.4.5.- Asma bronquial.....	77
3.4.6.- Cáncer.....	78
3.4.7.- Migraña.....	79
3.5 Causas.....	80
3.5.1.- Cambios en el entorno (pérdidas).....	81
3.5.2.- Factores Culturales y sociales.....	81
3.5.3.- Comparaciones transculturales.....	82
3.5.4.- Factores ambientales.....	83
3.5.5.- Estrés, estrés psicosocial y psicológico.....	84
3.5.6.- El modelo integrador del estrés y síntomas somáticos.....	84
3.6 Tratamientos para los trastornos psicósomáticos desde diferentes enfoques....	87
3.6.1.- Enfoque fisiológico.....	87
3.6.2.- Técnicas de relajación.....	88
3.6.3.- Terapia de descondicionamiento.....	88
3.6.4.- La técnica de J. Ajuriaguerra.....	88
3.6.5.- Relajación por inducciones múltiples de M. Sapir.....	89
3.6.6.- El biofeedback.....	89
3.6.7.- La psicoterapia verbal.....	90
3.6.8.- El psicoanálisis clásico.....	90
3.6.9.- La hipnosis.....	90
3.6.10.- Farmacoterapia.....	91

IV. LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DESDE EL ENFOQUE GESTALT.....	91
4.1 El enfoque integrador de la Gestalt: la persona como un todo.....	93
4.1.1 El proceso del trabajo.....	95
4.2 Enfermedades psicosomáticas desde el enfoque Gestalt.....	96
4.2.1 El ciclo de la experiencia.....	96
4.2.2 Proceso de enfermedad, síntoma y conducta.....	99
4.3 Autorregulación y ciclo de la experiencia	101
4.4 El proceso de desensibilización.....	102
4.5 La resensibilización del sí mismo.....	103
4.6 La negación de la experiencia y la proyección del cuerpo.....	103
4.7 Retroflexión y las polaridades.....	104
4.8 El método de Adriana Schnake: los diálogos del cuerpo.....	105
TALLER: EL DIALOGO CON EL CUERPO.....	110
Justificación.....	110
Objetivos.....	111
Sesiones.....	113
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	123
REFERENCIAS.....	127

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicossomáticos, revisten capital importancia en la atención de pacientes que acuden frecuentemente a solicitar atención en los consultorios de medicina general o especializada, con la esperanza de encontrar alivio a sus dolencias.

A medida que la medicina fue avanzando se empezó a dicotomizar al ser humano en “soma” y “psique”. Esta misma dicotomía aparece en muchas teorías psicológicas, al separar lo verbal y lo corporal e incluso lo emocional.

Esta división en parte proviene de la misma dicotomía con que se expresa la persona, donde incluso el lenguaje verbal no siempre corresponde al lenguaje corporal.

Dos corrientes de ideas se oponían ya al inicio de la historia de la medicina sobre la práctica de la medicina misma y la concepción de la enfermedad: la primera ilustrada por Hipócrates, toma como objeto al hombre enfermo en su totalidad, prefigurando por su carácter sintético y dinámico, el acercamiento psicossomático moderno. La segunda corriente, ilustrada por Galeno, se basa en la concepción de la enfermedad, a la cual se le concede una existencia autónoma (lesión anatomoclínica y etiologías específicas) prefigurando la era pasteuriana y constituyéndose en el ámbito mecanicista y positivista.

Tales concepciones encontradas sobre la naturaleza de la enfermedad y la misma definición del pensamiento médico, se repiten a lo largo del tiempo y las culturas.

La psicossomática aborda el problema del debate sobre la unidad fundamental del ser humano, por medio de la dialéctica de las relaciones que un individuo mantiene consigo mismo y con los otros, es decir la totalidad la cual abarca el ámbito somático, psíquico y ambiental (sociocultural). Al tomar en cuenta estos aspectos se genera una concepción coherente y objetiva de los fenómenos de somatización.

Existen ocasiones en que los problemas emocionales originan o colaboran en la aparición de trastornos físicos. El término psicossomática incluye factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas.

Los trastornos psicossomáticos son aquellas patologías donde los factores psicológicos juegan un papel singular y relevante en su gestación, en su evolución o en su resolución, como sucede en todas aquellas enfermedades mediadas por conflictos específicos, por problemas situacionales en las vidas de las personas, o mediadas por la acción del estrés.

A la representación mental que se tiene del cuerpo, de su significación real y de lo que vivencia del mismo, se le conoce como esquema corporal.

Al cuerpo se le puede encuadrar dentro de la visión gestáltica de “el campo”, el cuerpo se convierte así en una totalidad en donde figura y fondo se irán sucediendo progresivamente.

Un organismo sano es aquel en el que las gestalten (formas) se suceden en un proceso interminable y continuo.

Por medio de la realización de un dialogo con el cuerpo o con el órgano afectado, se puede llegar a conocer la necesidad o forma que se expresa por medio del síntoma; así como también se permite el reconocimiento de la mente y el cuerpo como una totalidad.

Por estas razones se realizó un taller centrado en el diálogo con el cuerpo con el fin de desarrollar la integración de la persona como totalidad y de comprender el mensaje que conlleva el síntoma; el taller se llevó a cabo en 10 sesiones de dos horas de duración en el centro comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”.

Fue dirigido a aquellas personas que presentaran alguna enfermedad o malestar físico, así como a quienes desearan entender mejor la relación mente-cuerpo y conocer más sobre las necesidades de su organismo y lo que este expresa.

Al concluir el taller se pudo observar como los participantes reconocían más fácilmente las necesidades de su cuerpo y de su persona como totalidad, esto se pudo notar desde el lenguaje que utilizaban para referirse a su cuerpo en el cual ya no veían la parte física como algo externo sino como parte de ellos mismos.

Los participantes lograron identificar cuáles eran los recursos con los que contaban para poder mejorar su relación mente-cuerpo y satisfacer sus necesidades y cuáles hacía falta desarrollar.

También se logró que se viera al síntoma como una oportunidad para conocerse, para emprender un cambio que beneficiara su salud en general y para tomar la responsabilidad con ellos mismos.

I. PSICOTERAPIA GESTALT FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS

Es con Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman (2006) que surge la Psicoterapia Gestalt, en los años cuarentas. Su base está en la filosofía existencialista, el humanismo, la fenomenología, en la teoría de campo y en la psicología de la Gestalt, retoma algunos puntos del Psicoanálisis, entre otras teorías y enfoques psicológicos. Dentro de los principios que son su columna vertebral está el de que se refiere a Gestalt (Misma que tiene los siguientes sinónimos; configuración, estructura, modelo o necesidad).

1.1 ¿Qué es la Psicoterapia Gestalt?

Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, pero que aproximadamente significa "forma", "totalidad", "configuración". La forma o configuración de cualquier cosa está compuesta de una "figura" y un "fondo" (Salama, 2007).

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 nos preocupan 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 nuestra atención hacia el fondo, y de dicho fondo surge una nueva Gestalt motivada por alguna nueva necesidad.

Este ciclo de abrir y cerrar *gestalten*, (como se dice en alemán) es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia.

El Enfoque Gestáltico (EG) es un enfoque holístico; es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos, como totalidades. En *Gestalt* decimos que "el todo es más que la suma de las partes". Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado.

El EG es esencialmente una forma de vivir la vida con los pies bien puestos en la tierra. No pretende encaminar al individuo por el camino de lo esotérico o de la iluminación. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándonos por lo que somos, sin usar más recursos que apreciar lo obvio, lo que ES.

El EG es en sí mismo un estilo de vida; de allí que sea más adecuado denominarlo "enfoque", que es un término más amplio, en lugar de "terapia", que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico.

El EG ha recibido la influencia de las siguientes corrientes:

- El psicoanálisis de Freud, retomando y reformulando su teoría de los mecanismos de defensa y el trabajo con los sueños.
- La filosofía existencial, de la que rescata la confianza en las potencialidades inherentes al individuo, el respeto a la persona y la responsabilidad.
- La fenomenología, de la que toma su apego por lo obvio, por la experiencia inmediata y por la toma de conciencia (insight).
- La psicología de la Gestalt, con su teoría de la percepción (figura-fondo, Ley de la buena forma, etc.).
- Las religiones orientales, y en especial el Budismo Zen.
- El psicodrama, de J.L. Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños.
- La teoría de la coraza muscular de W. Reich.
- La teoría de la Indiferencia Creativa, de Sigmund Friedlander, de la que extrae su teoría de las polaridades.

El EG no es sólo la suma o la yuxtaposición de las doctrinas y enfoques antes mencionados, sino su integración creativa, su elevación a un nuevo plano, llevada a cabo por Fritz Perls, creador del Enfoque Gestáltico (2006).

1.2 Existencialismo

Existencialismo es el nombre que se usa para designar a una corriente filosófica o de pensamiento que tuvo su origen en el siglo XIX y se prolongó más o menos hasta la segunda mitad del siglo XX.

No se trata de una escuela homogénea ni sistematizada, y sus seguidores se caracterizan principalmente por su reacción contra la filosofía tradicional. Estos filósofos se centraron en el análisis de la condición de la existencia humana, la libertad y la responsabilidad individual, las emociones, así como el significado de la vida.

El existencialismo tiene sus antecedentes en el siglo XIX en el pensamiento de Soren Kierkegaard y Friedrich Nietzsche (en Yalom, 2011). También, aunque menos directamente, en el pesimismo de Arthur Schopenhauer, así como en las novelas de Fiódor Dostoyevski (en Yalom, 2011). En el siglo XX, entre los filósofos más representativos del existencialismo se encuentran Martin Heidegger, Karl Jaspers, Jean-Paul Sartre, Miguel de Unamuno, Simone de Beauvoir y Albert Camus (en Yalom, 2011).

Sin embargo el existencialismo recién toma nombre en el siglo XX y particularmente tras las terriblemente traumáticas experiencias que vivió la humanidad durante la Primera Guerra Mundial y la Segunda Guerra Mundial. Durante estos dos conflictos surgieron los pensadores que en el a posteriori se preguntaron explícitamente "¿qué sentido tiene la vida?", "¿para o por qué existe el ser?", o "¿existe la libertad total?".

El existencialismo nace como una reacción frente a las tradiciones filosóficas imperantes, tales como el racionalismo o el empirismo, que buscan descubrir un orden legítimo dentro de la estructura del mundo observable, en donde se pueda obtener el significado universal de las cosas.

En los años 1940 y 1950, existencialistas franceses como Jean-Paul Sartre, Albert Camus y Simone de Beauvoir dieron a conocer escritos académicos y/o de ficción que popularizaron temas existenciales del tipo de la libertad, la nada, el absurdo, entre otros.

Walter Kaufmann (en Yalom, 2011) describió el existencialismo como "el rechazo a pertenecer a cualquier escuela de pensamiento, el repudiar la adecuación a cualquier cuerpo de creencias, y especialmente de sistemas, y una marcada insatisfacción hacia la filosofía tradicional, que se marca de superficial, académica y alejada de la vida".

Al existencialismo se le ha atribuido un carácter vivencial, ligado a los dilemas, estragos, contradicciones y estupidez humana. Esta corriente filosófica discute y propone soluciones a los problemas más propiamente inherentes a la condición humana, como el absurdo de vivir, la significancia e insignificancia del ser, el dilema en la guerra, el eterno tema del tiempo, la libertad, ya sea física o metafísica, la relación dios-hombre, el ateísmo, la naturaleza del hombre, la vida y la muerte.

El existencialismo busca revelar lo que rodea al hombre, haciendo una descripción minuciosa del medio material y abstracto en el que se desenvuelve el individuo (existente), para que éste obtenga una comprensión propia y pueda dar sentido o encontrar una justificación a su existencia (Yalom, 2011).

Esta filosofía, a pesar de los ataques provenientes con mayor intensidad de la religiosidad cristiana del siglo XX, busca una justificación para la existencia humana.

El existencialismo, de acuerdo a Jean-Paul Sartre (en Yalom, 2011), dice que en la naturaleza humana la existencia precede a la esencia (lo que para algunos es un ataque a dogmas religiosos), pensamiento iniciado por Aristóteles y proseguido en Sartre, quien indica que los seres humanos primero existimos y luego adquirimos esencia; es decir, sólo existimos y, mientras vivimos, vamos aprendiendo de los demás humanos que han inventado cosas abstractas; desde Dios hasta la existencia de una esencia humana previa, el humano, entiende Sartre, se libera en cuanto se realiza libremente y esa es su esencia, su esencia parte desde sí y *para-sí*.

Uno de sus postulados fundamentales es que en el ser humano "la existencia precede a la esencia" (Sartre, 1952), es decir, que no hay una naturaleza humana que determine a los

individuos, sino que son sus actos los que determinan quiénes son, así como el significado de sus vidas.

Estar en el Mundo es algo plenamente activo. El hombre está entre las otras cosas, andando entre ellas de una manera interesada (práctica): cuida las cosas, se ocupa de ellas. Así, el hombre crea lo único que constituye su 'verdadero' mundo. Un conjunto de relaciones de los útiles entre sí y respecto al hombre. Así se constituye el espacio humano del Mundo.

El existencialismo defiende que el individuo es libre y totalmente responsable de sus actos. Esto incita en el ser humano la creación de una ética de la responsabilidad individual, apartada de cualquier sistema de creencias externo a él.

En líneas generales el existencialismo busca una ética que supere a las normas morales y a los prejuicios; en esto al observador neófito puede resultarle contradictorio ya que la ética que busca el existencialismo es una ética universal, válida para todos los seres humanos, que muchas veces no coincide con los postulados de las diversas morales particulares de cada una de las culturas preexistentes.

Los conceptos que la terapia Gestalt toma del existencialismo son los siguientes (Müller, M. Müller, R. 2009):

- La vivencia concreta está por sobre las abstracciones.
- Prioridad de lo vivido.
- Se reflexiona antes de actuar.
- Cada experiencia humana es singular e intransferible.
- Cada existencia es original.
- Cada persona es responsable de su proyecto existencial.
- Eso le da sentido a su vida y así crea cada día su libertad relativa.

La filosofía existencial y la fenomenología constituyen el fondo más importante para los conceptos de la psicología humanista y de la Terapia Gestalt. Los fenómenos existenciales se basan en la existencia de las personas, las relaciones entre ellas, sus alegrías y sus sufrimientos vivenciados directamente.

Para la visión existencial las personas están continuamente re-haciéndose o descubriéndose a sí mismas. No existe una "esencia" en la naturaleza humana que pueda ser descubierta "de una vez por todas, para siempre, y para todos", siempre hay nuevos aspectos, horizontes, problemas y nuevas oportunidades. Para la terapia gestáltica, tanto lo que se siente "subjetivamente" como lo que se observa "objetivamente" constituye información relevante.

El existencialismo está en contra de la posición racionalista del hombre, concretamente, contra el cartesianismo. A su vez, hace frente al idealismo hegeliano que afirma que en la historia ocurre lo que es necesario que ocurra. La tesis fundamental del existencialismo es que la existencia precede a la esencia, es decir, el hombre no posee una esencia como algo determinado, sino que la va construyendo durante su existencia a través de su libertad.

El existencialismo pone énfasis en cómo los seres humanos viven sus vidas, en la libertad, en la contemplación y exploración del ser humano. Su planteamiento va en contra de las especulaciones abstractas y el cientificismo racionalista, esto implica que el ser humano no se puede reducir a una entidad cualquiera, sea esta la de animal racional, ser social, ente psíquico o biológico.

El existencialismo es un movimiento filosófico que da origen a la mayor parte de las teorías humanistas hoy en día. Parte de la obra de Sören Kierkegaard y de F. Nietzsche, con aportes de Karl Jaspers, Martin Heidegger y J.P. Sartre entre otros (en Yalom, 2011).

La vida humana es sentida como breve y transitoria, lo que implica que la vida en sí adquiere un valor intrínseco. El existencialismo niega la supremacía de la racionalidad. Rechaza lo abstracto o clasificado y hace énfasis en la experiencia vital individual y directa. La experiencia subjetiva individual es considerada válida. El punto común de la corriente existencialista y las teorías orgánsmicas es la valoración de la experiencia subjetiva.

Soeren Kierkegaard (en Yalom, 2011) fue el primero en llevar a cabo esta ruptura con la filosofía tradicional en la primera mitad del siglo XIX. Propone que la verdad es la subjetividad y que ser individuo es lo más propio e íntimo del hombre, de ahí su valor absoluto. Un siglo más tarde, Martín Heidegger retoma los planteamientos de Kierkegaard, el filósofo esboza que el ser humano se encuentra existencialmente en el acto de decidir o elegir: el ser humano se encuentra en cuanto tiene un margen de libertad de movimientos que lo posibilitan, y a su vez el ser humano se encuentra en cuanto él tiene que ser, tiene que decidir y elegir.

Martín Buber (en Yalom, 2011) contribuye al existencialismo con su visión de dualidad del ser humano, donde el individuo tiende a polarizarse hacia el individualismo o hacia el colectivismo. Le da un valor especial a la relación dialógica en un encuentro existencial. Esta relación se entiende como un diálogo existencial, donde dos individuos se encuentran como personas, cada una es impactada por el otro y responde a la otra, en una relación Yo - Tú. Para Buber no es una secuencia de monólogos, sino una forma de contacto especializada.

En la misma línea, Jean Paúl Sartre (1952) plantea su supuesto fundamental: la libertad humana. Desde el punto de vista del pensador, ser libre no es sinónimo de tener éxito, sino de poder elegir; la relación con el no ser es la condición más importante de la libertad, el ser humano debe luchar constantemente por que en la libertad tiene que elegir.

La visión del hombre en el mundo del existencialismo nos entrega varios conceptos clave para el modelo humanista y por ende para la terapia Gestalt, libertad y miedo, elección y decisión, responsabilidad, estar en el mundo, condición de presente.

El principio básico del Existencialismo de que "una persona debe responsabilizarse de su propia existencia", fue adoptado por Perls de la siguiente forma: "*Únicamente yo me puedo mover, pensar, sentir, vivir. Yo no puedo moverte a ti, yo no puedo pensar, sentir y vivir por ti. Yo soy yo y tu eres tú*" (2006).

De aquí surgieron las resistencias gestálticas: proyección, introyección, retroflexión, deflexión, y confluencia.

De Martin Buber, Perls incorporó a la Terapia Gestalt el concepto Yo-tú. Buber distinguía dos tipos de interacción; el yo-esto y el yo-tú. En el yo-esto se da una relación objetiva y unilateral de una persona con un objeto. El yo-tú es una relación subjetiva en la que dos personas interactúan y co-existen mutuamente, es el encuentro terapéutico entre dos personas.

Los principios básicos del existencialismo son:

- Sentido de la vida
- Libertad
- Responsabilidad
- Muerte
- Soledad

1.2.1 El sentido de la vida

La vida puede cobrar sentido de tres maneras: Por lo que damos a la vida (obras creativas), por lo que tomamos del mundo (nuestra experiencia propia de valores), y por el planteamiento que hacemos ante un destino que ya no podemos cambiar, es decir por la actitud que adoptamos ante el sufrimiento.

Tolstoi les llamaba “interrupciones de la vida” a las crisis en las que se preguntaba por el significado de todo lo que hacía, se preguntaba cuál era el sentido o el resultado de lo que hacía en el momento o de lo que haría al día siguiente, en otras palabras ¿por qué vivir? ¿Hay algún significado que no destruya la muerte?

Albert Camus (en Yalom, 2011) sostenía que la única pregunta sería que uno podría plantearse, después de haber captado plenamente la falta de sentido de la vida humana, era si valía la pena seguir viviendo.

Jung (en Yalom, 2011) pensaba que la carencia de un sentido vital inhibía la plenitud de la vida y por tanto era equivalente a la enfermedad. Escribió que “la carencia de un significado vital desempeña un papel crucial en el desarrollo de la neurosis. En última estancia hay que entender la neurosis como un sufrimiento del alma que no ha descubierto su significado”.

Viktor Frankl (en Yalom, 2011) afirmaba que el veinte por ciento de las neurosis que había encontrado en su práctica clínica tenían un origen “noogénico”, esto es, que se derivaban de la carencia de un sentido vital.

Las crisis de falta de sentido vital, que aún no han cristalizado para convertirse en cuadro neurótico de síntomas discretos (una crisis existencial) son todavía más comunes. La falta de sentido vital es la tensión existencial fundamental. Para él la neurosis existencial es equivalente a la crisis de falta de sentido vital.

El dilema del significado es que existen dos posiciones aparentemente opuestas e igualmente ciertas:

- El ser humano necesita de un significado, el hecho de vivir sin él, sin metas o ideales parece provocar graves trastornos. Se necesitan principios absolutos e ideales firmes para poder tener aspiraciones y guías para configurar la vida.
- Sin embargo, el concepto existencial de libertad nos dice que lo único absoluto verdadero es que no hay nada absoluto. Según la teoría existencial, el mundo es contingente; es decir que todo lo que es, pudo haber sido de otra manera; que los seres humanos constituyen su propio yo, su mundo y sus situaciones dentro de ese mundo; que no existe ningún significado universal ni un gran diseño en el mundo ni ninguna guía para vivir más que las que se crean los individuos.

Camus (en Yalom, 2011) propuso que se puede construir un nuevo significado para la vida cultivando las “noches de desesperación”, enfrentándose al vórtice mismo de la carencia de sentido y llegando a una postura de nihilismo heroico ya que un ser humano puede alcanzar todo su desarrollo, únicamente aprendiendo a vivir con dignidad de cara al absurdo. El utilizó la palabra absurdo para referirse a la posición básica de los seres humanos en el mundo: la incongruencia de un ser trascendente que busca significados y que tiene que vivir

en un mundo que carece de ellos. La tensión entre las aspiraciones humanas y la indiferencia del mundo es lo que Camus llama “el absurdo”.

Para Sartre lo importante es que los seres humanos reconozcan que uno tiene que inventar sus propios significados (en lugar de intentar descubrir los significados de Dios o de la naturaleza) y después, comprometerse plenamente a cumplirlos. La ética de Sartre requiere comprometerse, en este punto están de acuerdo la mayoría de los sistemas existenciales de Occidente, ya sea teológicos o ateístas: lo bueno y lo correcto es sumergirse en la corriente de la vida.

Maslow (en Yalom, 2011) afirma que el ser humano está constituido de tal manera, que lucha por conseguir un ser más pleno, lo que significa luchar por lo que la mayoría de la gente llama valores positivos como la serenidad, la bondad, el valor, la honestidad, el amor y el altruismo.

De este modo Maslow aporta la posición de que la realización es un proceso natural, el proceso orgánico básico del ser humano, que se lleva a cabo sin ninguna ayuda de las estructuras sociales. En su opinión, la persona completamente realizada no se preocupa por la “expresión de uno mismo” ya que esta persona tiene un sentido firme del yo y “se preocupa por cuidar” a los demás, en lugar de utilizarlos como un medio para expresar su yo o para llenar algún vacío personal.

Buber (en Yalom, 2011), en su exposición del pensamiento hasídico, señala que, si bien los seres humanos deben empezar por ellos mismos (indagando en sus propios corazones, integrándose a sí mismos y buscando sus significados personales), no deben terminar también en ellos mismos.

Viktor Frankl (en Yalom, 2011) llega a una posición similar expresando sus grandes reservas acerca de la importancia que realmente debe concederse a la autorrealización. En su opinión, el preocuparse excesivamente por la autoexpresión y por la autorrealización puede desviarnos del significado genuino.

El significado y el propósito tienen connotaciones diferentes, el significado se refiere al sentido y a la coherencia (la búsqueda del significado quiere decir búsqueda de la coherencia). Mientras que el propósito se refiere a la intención, la meta, la función, es decir su finalidad.

1.2.2 Libertad

Se considera al ser humano en un continuo devenir, con voluntad y capacidad de elección ya que hace uso de la libertad, pues si bien es cierto que no es libre en cuanto a los factores que lo condicionan, si lo es para actuar según ellos o enfrentarlos, decidiendo así lo que será su existencia y no su ambiente. Fomenta a la persona a aprender a tener responsabilidad y saber elegir.

El modelo freudiano de la mente es determinista y antivitalista, según él los seres humanos se encuentran empujados y controlados por fuerzas “físicoquímicas”, que pueden reducirse a la fuerza de atracción y repulsión.

Freud afirmaba que el hombre es una vivencia del inconsciente y que la creencia profundamente arraigada de libertad psíquica y de la elección es completamente contraria a la ciencia y debe ceder ante el determinismo que gobierna la vida mental.

Según May el hombre que describe Freud ya no es quien conduce sino quien se deja conducir.

Freud nunca pudo reconciliar la contradicción existente en su modelo determinista y sus esfuerzos terapéuticos. En su obra *El yo y el ello*, señaló que la tarea del terapeuta es “proporcionar al paciente la suficiente libertad del yo para que elija entre distintas alternativas. Esta declaración tantas veces repetida, es una prueba suprema de la inaceptabilidad de su modelo determinista del hombre.

Según Aristóteles (en Yalom, 2011) la voluntad es el agente mental que transforma la conciencia y el conocimiento de la acción; el puente entre el deseo y el acto, es decir es el estado mental que produce la acción.

Kant describe la voluntad como el poder de comenzar espontáneamente una serie de cosas sucesivas.

La voluntad está unida a la libertad, puesto que no tiene ningún sentido hablar de una voluntad que no sea libre.

Hace mucho tiempo que el concepto de “voluntad” se reemplazó por el de “motivación”; así los terapeutas han aprendido a explicar las acciones del ser humano basándose en sus motivaciones. Sin embargo, al explicar la conducta partiendo de la motivación como base, se absuelve a uno de la responsabilidad última por las propias acciones. La motivación puede influir, pero no puede reemplazar a la voluntad; independientemente de cuáles sean sus motivos, el individuo tiene la opción de comportarse o no comportarse de una cierta manera.

La concepción de libertad de Sartre abarca un amplio horizonte; el ser humano no solo es libre, sino que está condenado a la libertad. Más aún, la libertad se extiende más allá de la responsabilidad ante la creación del mundo (es decir, por haber dotado al mundo de significados), uno también es íntegramente responsable de la propia vida, no solo de las propias acciones, sino también de los propios fracasos en la acción.

Sartre llega a declarar que el hombre es angustia. Distingue la angustia del miedo ya que el miedo aparece ante un peligro concreto y se relaciona con el daño o supuesto daño que la realidad nos puede infligir; mientras que la angustia no es por ningún motivo concreto, ni de ningún objeto externo, es miedo de uno mismo, de nuestras decisiones, de las consecuencias de nuestras decisiones.

Es la emoción o sentimiento que sobreviene con la conciencia de la libertad: al darnos cuenta de nuestra libertad nos damos cuenta de que lo que somos y lo que vamos a ser depende de nosotros mismos, de que somos responsables de nosotros mismos y no tenemos excusas; la angustia aparece al sentirnos radicalmente responsables de nuestra propia existencia.

1.2.3 La Responsabilidad

El término “responsabilidad” hace referencia a la capacidad del paciente para mantener una conducta racional y al compromiso moral del terapeuta con el paciente.

Jean Paul Sartre (1952) afirmó que ser responsable significa ser el autor indiscutible de un hecho o cosa.

La responsabilidad implica ser el autor de algo, y ser consciente de dicha responsabilidad es darse cuenta de que uno está creando el propio destino, el propio ser, su predicamento vital, sus sentimientos y en algunos casos, su propio sufrimiento.

En el nivel más profundo, la responsabilidad confiere sentido a la existencia.

Según Heidegger (en Yalom, 2011) el yo es “dos en uno”, es un yo empírico (un yo objetivo, algo que está ahí, un objeto que forma parte del mundo) y un yo trascendental que configura, es decir, que es responsable de sí mismo y del mundo.

El hecho de dejarse engañar por cualquiera de los mecanismos que nos permiten escapar de nuestra libertad, es vivir de manera “no auténtica” (Heidegger) o de “mala fe” (Sartre). En este sentido Sartre consideraba que era necesario liberar a los individuos de su mala fe y ayudarles a asumir sus responsabilidades.

Asumir la responsabilidad trae como consecuencia el abandono de la propia creencia de que, en última instancia, existe un salvador.

Como solía decir Sartre, la vida de un individuo está constituida por sus elecciones. La persona se crea a sí misma tal como desea ser. Si uno está aterrizado por el hecho de su propia creación, entonces puede negarse a desear o permanecer inactivo en el terreno de los deseos y sentimientos renunciando a su derecho a elegir, al transferir la propia elección a otros individuos, instituciones o circunstancias externas.

Para Sartre esta conciencia de la responsabilidad se incrementa al darnos cuenta de que nuestra elección no se refiere solo a la esfera puramente individual: todo lo que hacemos tiene una dimensión social; cuando elegimos un proyecto vital estamos eligiendo un modelo de humanidad.

La aceptación plena de la responsabilidad por las propias acciones amplía el radio de acción de la culpa, disminuyendo las posibilidades de escapar ya que el individuo ya no puede seguir confiando cómodamente en excusas.

Otto Rank escribió que cuando nos restringimos y vivimos por debajo de nuestras posibilidades, nos sentimos culpables de la vida que o estamos aprovechando, de la vida no vivida que hay en nosotros.

May describe la culpa existencial como una emoción positiva y constructiva, una percepción de la diferencia entre lo que se hace y lo que debería ser. Por lo tanto la culpa existencial así como la angustia es necesaria para la salud mental y compatible con ella ya que cuando la persona niega sus potenciales y fracasa en la tarea de cumplirlas, se sumerge en un estado de culpabilidad.

Podría parecer que la angustia, como miedo ante la elección de una posibilidad, lleva al quietismo o la inacción, pero, señala Sartre, esto no es así, al contrario: la angustia es expresión o condición de la acción misma pues si no tuviésemos que elegir no nos sentiríamos responsables ni tendríamos angustia.

El que fracasa en la tarea de vivir con la mayor plenitud posible, experimenta un sentimiento profundo y poderoso al que Yalom llama “culpa existencial”.

El terapeuta tiene que determinar el papel que desempeña el paciente en su propio dilema y encontrar la manera de comunicarle este conocimiento profundo. Mientras no se comprenda que uno mismo ha creado la distrofia, se carece de motivaciones para cambiar.

Según Bandura existe una relación recíproca entre la conducta y el ambiente, el ambiente que cada individuo crea influye a su vez en su conducta futura.

1.2.4 Muerte

Existen dos posiciones básicas, ambas con implicaciones importantes en la práctica de la psicoterapia:

- La vida y la muerte son independientes; existen de forma simultánea y no consecutiva, la muerte ejerce una enorme influencia sobre la experiencia y la conducta.
- La muerte es una fuente primordial de angustia y, como tal, fuente primaria para la psicopatología.

Una verdad evidente de la existencia es que todo se desvanece y la desaparición de las cosas nos produce temor.

Los estoicos decían que la muerte es el hecho más importante de la vida. Aprender a vivir bien es aprender a morir bien y viceversa.

La muerte es un hecho de la vida y no es simplemente el último momento de la vida ya que estamos muriendo desde el nacimiento. Muchos han llegado a la conclusión de que está inexplicablemente unida a la vida y que su consideración permanente enriquece la existencia y no al contrario.

Martin Heidegger (1926), estudió como la muerte puede salvar al hombre y llegó a la importante conclusión de que el ser consciente de ella actúa como una espoleta que nos hace saltar de una manera de existir a otra superior.

Heidegger sostuvo que hay dos maneras fundamentales de existir en el mundo:

- 1) Un estado de descuido de uno mismo.- El ser se encuentra sumergido en el mundo de las cosas y en las diversiones cotidianas de la vida, el ser se mantiene en “nivel inferior”.
- 2) Estado de cuidado de uno mismo.- Uno no se maravilla por la manera de ser de las cosas, sino por el hecho de que existan; se trata de una continua conciencia del ser. Estado que generalmente se conoce como “modo ontológico” (del griego *ontos* que significa “existencia”), se traduce en el cuidado del ser por la responsabilidad que uno tiene con respecto a sí mismo.

El descuido del ser es el modo de existencia cotidiana. Heidegger lo califica como “inauténtico”, en el que la persona no se da cuenta de su responsabilidad con su propia vida y con el mundo.

Se vive auténticamente cuando se tiene plena conciencia de uno mismo como yo trascendental (constituyente) así como el yo empírico (constituido); el ser capta sus propias

capacidades y límites; se enfrenta a la libertad absoluta y a la nada y experimenta angustia ante las dos.

Hay ciertas condiciones inalterables e irremediables, ciertas experiencias que nos conmueven y nos sacan del estado de existencia cotidiana para llevarnos al superior. Entre estas experiencias (que Jaspers llamó “situaciones límite”), la muerte es incomparable. *Es la condición que nos permite vivir la vida de manera auténtica.*

El concepto de la muerte desempeña un papel básico en la psicoterapia porque cumple con la función fundamental en la experiencia vital del hombre. La angustia ante la muerte es un factor determinante de la experiencia y de la conducta humana.

Los filósofos hablan de la “fragilidad del ser” (Jaspers), del temor de “no ser” (Kierkegaard), de la imposibilidad de posibilidades posteriores (Heidegger).

El miedo al dolor solo tiene que ver con la parte física del hecho, mientras que los temores respecto a una vida futura son un intento de convertir a la muerte en un hecho no definitivo y los que son referentes otras personas son por completo ajenos al individuo mismo.

El miedo a la extinción personal parece estar en el vértice de la preocupación ante el darse cuenta que todos los planes y proyectos personales se acabarían y ya no se podría tener ninguna otra experiencia.

Jacques Choron, en un análisis de los principales estudios filosóficos sobre el tema, llega a conclusiones similares. Este pensador distingue tres tipos de miedos:

- 1) A lo que viene después de la muerte
- 2) Al hecho de morir
- 3) A la extinción del ser

Kierkegaard fue el primero que hizo una clara distinción entre el miedo y la angustia (temor), al contrastar el miedo a algo con la angustia que es un miedo a nada en particular, “a una nada a la que el individuo es ajeno”.

A uno le produce angustia el perderse y convertirse en la nada, y además este temor no puede localizarse ni explicarse.

Tal como ha expresado Rollo May “nos ataca desde todas partes al mismo tiempo”. Pero como es imposible enfrentarse a un temor incomprensible e ilocalizable, adquiere mayor gravedad aún y produce un sentimiento de indefensión que invariablemente genera más angustia.

May expresó que “la angustia busca convertirse en miedo”. Si convertimos el temor a la nada en un miedo a algo, uno se puede defender y evitar la causa de la inquietud.

El niño pequeño desarrolla mecanismos protectores que están basados en la negación, pasan por distinta etapas y con el tiempo se convierten en un conjunto mucho más complejo de operaciones mentales que sirven para reprimir la angustia original, sepultándola bajo diversas capas de operaciones defensivas, tales como desplazamientos, sublimaciones conversiones.

Heidegger llamó “sentimiento de extrañeza del mundo” a la experiencia de no estar en el mundo “como en tu propia casa”, el cual es una consecuencia típica de la conciencia de muerte.

Los epicúreos llegaron a la conclusión de que es algo que no debe temerse porque “donde yo estoy, no está la muerte; donde está la muerte no estoy yo. Por lo tanto no significa nada para mí” (Lucercio).

Pero hay que tener presente que todas estas respuestas son reflexiones consientes que los adultos se hacen sobre el fenómeno de la muerte; no se trata de los temores primitivos, asentados en el inconsciente, que forman parte fundamental del ser y que datan del comienzo de la vida, antes de desarrollar la estructura conceptual lógica, temores presentes antes del lenguaje y la imagen.

El terapeuta rara vez se encuentra con este tipo de angustia ya que se manipula mediante las defensas convencionales como la represión, el desplazamiento y la racionalización.

La angustia primaria se transforma siempre en algo menos dañino para el individuo, es la función que desempeñan los mecanismos psicológicos de defensa.

1.2.5 Soledad

La soledad o aislamiento es un concepto muy conocido que surge con frecuencia en la vida cotidiana.

Existen tres tipos de aislamiento (en Yalom, 2011):

- Interpersonal
- Intrapersonal
- Existencial

El aislamiento interpersonal, que generalmente se interpreta como soledad, se refiere al aislamiento de otros individuos. Es una conjunción de numerosos factores como son: el aislamiento geográfico, la falta de habilidades sociales apropiadas, los sentimientos conflictivos con respecto a la intimidad o un determinado estilo de personalidad que imposibilita la existencia de una interacción social gratificante.

El aislamiento intrapersonal constituye un proceso por el cual la persona se separa de algunas partes de sí misma.

Freud empleaba el término “aislamiento” para describir un mecanismo de defensa, especialmente evidente en las neurosis obsesivas, en el cual una experiencia desagradable es despojada de su efecto y se interrumpen sus conexiones asociativas, de tal manera que queda aislada del proceso ordinario del pensamiento.

Harry Stack Sullivan (en Yalom, 2011) estaba particularmente interesado en el fenómeno por el cual uno excluye ciertas experiencias del campo de la conciencia y convierte algunas partes del aparato psíquico en inaccesibles para el yo. A este proceso lo llamó “disociación” y lo elevó a una categoría central en su esquema psicopatológico.

En el escenario psicoterapéutico contemporáneo, el aislamiento se utiliza, además de para eludir un mecanismo de defensa formal, para indicar cualquier tipo de fragmentación del yo. Así el aislamiento intrapersonal tiene lugar cada vez que uno suprime los propios sentimientos o deseos, cada vez que uno acepta los “deberes” o “mandatos” como si fueran los propios deseos, cada vez que uno desconfía de sus propios juicios o entierra su propia capacidad potencial.

Uno de los objetivos más importantes de los terapeutas contemporáneos consiste en ayudar a los pacientes a reintegrar las partes que se encuentran separadas de sí mismos, es decir descubrir y aceptar las partes de mi mismo que anteriormente desconocía o que me parecían inaceptables.

El volver a integrarse uno mismo en todas sus partes es la meta de muchas psicoterapias (excluyendo las orientadas a la eliminación del síntoma). En este sentido Perls llamó a su enfoque terapéutico *Gestalt* para subrayar que está dedicado a la tarea de lograr la integridad.

El aislamiento existencial es un aislamiento que persiste aunque se establezcan relaciones muy gratificantes con otros individuos, a pesar del conocimiento de sí mismo y de la integración que uno haya alcanzado ya que lleva implícita una separación aún más fundamental: la del individuo con el mundo (Yalom, 2011).

Se puede acceder al aislamiento existencial por medio de la confrontación con la muerte o con la libertad. Ya que el acto de morir sigue siendo la experiencia humana más solitaria.

Erich Fromm postulaba (en Yalom, 2011) que el aislamiento es la fuente primaria de la angustia, y hacía hincapié en el sentido del desamparo inherente a la separación básica de los seres humanos.

La conciencia de su soledad y separación, de su desamparo ante las fuerzas de la naturaleza y de la soledad, hace que su existencia segregada se convierta para el hombre en una prisión intolerable. La experiencia de separación genera angustia, en realidad es la fuente de toda angustia.

Heidegger (en Yalom, 2011) emplea el término “arrojabilidad” para referirse al estado de fusión de los sentimientos de soledad y desamparo, los cuales son una respuesta emocional comprensible por el hecho de haber descubierto que nos hayamos, sin nuestro consentimiento, sumergidos en una existencia que no hemos elegido.

Según Albert Cammus (2008), las experiencias individuales autoreflexivas dan lugar a un sentimiento instantáneo de extrañeza, en el que los significados se separan de los objetos, los símbolos se desintegran y uno se siente arrancado de su propia morada.

Heidegger (en Yalom, 2011) utiliza el concepto “extrañeza del mundo” para referirse al estado en el que uno pierde el sentido de la familiaridad con el mundo que le rodea. Según él cuando uno se haya completamente inmerso en el mundo conocido de las apariencias y ha perdido todo el contacto con la propia situación existencial, se encuentra en el modo “cotidiano”: La angustia le sirve de guía para hacer que la persona regrese, a través del sentimiento de extrañeza, a la conciencia del aislamiento y la nada.

El proceso de desarrollo, como indica Rank (en Yalom, 2011), es un proceso de separación, de convertirse en un ser separado, no separarse significa no crecer, pero el precio que se paga por la separación y el crecimiento es el aislamiento.

Según Kaiser (en Yalom, 2011), la tensión inherente a este dilema es el “conflicto universal” ya que el convertirse en un individuo implica llegar a un aislamiento completo, fundamental, eterno e inconquistable.

Fromm lo expresa en su libro *Miedo a la libertad*:

En la medida que el niño surge de este mundo, se da cuenta de que esta solo, de que constituye una entidad separada de todas las demás. Esta separación de un mundo que, en comparación con la propia existencia individual es aplastante, fuerte y poderoso y, a veces, amenazante y peligroso, nos crea un sentimiento de indefensión y angustia.

El renunciar a un estado de fusión interpersonal significa encontrar el aislamiento existencial, con todos sus temores e impotencias, el dilema de unión separación es la principal tarea del desarrollo existencial.

Para Rank, el nacimiento es el símbolo de todo aquello que surge y que se destaca, lo que el niño teme es la vida misma.

El miedo al aislamiento existencial es la fuerza motriz que actúa detrás de muchas relaciones interpersonales y constituye una dinámica importante en el fenómeno de la transferencia.

Aprender a relacionarnos con los demás, sin perder el deseo de escapar del aislamiento, convirtiéndonos en parte de la otra persona, pero también sin reducir al otro al papel de instrumento de defensa contra el aislamiento.

Según Bugental, en primer lugar uno tiene que separarse del otro para llegar al aislamiento; tiene que estar solo para experimentar soledad, es entonces al confrontar la soledad cuando nos comprometemos con el otro profunda y significativamente.

La experiencia del aislamiento existencial produce un estado subjetivo de malestar y el individuo no puede tolerarlo por mucho tiempo por lo que las defensas tienen que trabajar constantemente ya que el aislamiento está dentro de uno mismo, esperando a que se le reconozca.

Como dice Martin Buber “las ondas de éter siempre están rugiendo, pero la mayor parte del tiempo tenemos apagados los receptores.

Ninguna relación puede eliminar el aislamiento porque cada uno está solo en su existencia, pero la soledad puede compartirse de tal manera que el amor compense el dolor del aislamiento.

Buber dice: “una gran relación atraviesa las barreras de una altiva soledad, rompe sus leyes estrictas y tiende un puente entre el propio ser y el ser que está situado al otro lado del abismo del temor al universo”.

1.3 Humanismo

La psicología humanista, tiene como base la filosofía existencial. El método de conocimiento del existencialismo es la Fenomenología. Esta tiene sus orígenes en las ideas de Franz Brentano (1838-1917), pero el creador de este pensamiento fue Edmund Husserl (1859-1938).

La filosofía existencialista y la fenomenología representan la primera etapa en el desarrollo de la psicología humanista. “El existencialismo significa el tomar como centro a la persona existente; es el énfasis puesto en el ser humano tal como surge y deviene” (May, R. 1972).

Dentro de las principales ideas que se retoman de las filosofías antes mencionadas se encuentran:

- 1) El mundo tiene un orden natural que se da en la libertad. La libertad y el orden no se excluyen; por el contrario si no hay libertad no se puede llegar al orden natural.
- 2) El ser humano es libre, la existencia humana tiene como características esenciales la elección y la decisión (Kierkegaard). Podemos hacer de una obligación un bendición si así lo elegimos (Buber). Sartre afirmaba que el ser humano no solo tiene libertad, si no que está condenado a elegir.
- 3) Los seres humanos buscan al mismo tiempo la seguridad y el riesgo, estas son polaridades que es su interacción dinámica y permanente promueven el crecimiento (Buber en Muñoz, 2008).
- 4) La relación tu-yo es la que puede promover el desarrollo de los individuos y de la sociedad, el uno si el otro se estancan y se deterioran, no es posible el desarrollo social sin el individual y viceversa; ambas son realidades de una misma unidad (Buber en Muñoz, 2008).
- 5) La comunicación es el instrumento privilegiado para contactar con el mundo y consigo mismo para comprenderlo y comprendernos (Jaspers en Muñoz, 2008).
- 6) El ser humano es el único capaz de tener conciencia, capaz de darse cuenta, por lo que es capaz de trascenderse a sí mismo.
- 7) La tarea principal del ser humano es convertirse en sí mismo, llegar a ser lo que realmente es (Heidegger en Muñoz, 2008).
- 8) El ser humano es responsable de su existencia; no hay autoridad superior, solo la del propio ser humano y su conciencia.
- 9) “Estar en el mundo” es una característica existencial del ser humano, nos habla de una relación vinculada del ser humano con el mundo como un todo unitario. El mundo no es concebible sin el hombre y el hombre no es concebible sin el mundo.

La psicología humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de conciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos, pero que predominaban en ese momento; hay que aclarar que contrario al conductismo (de pensamiento monista, materialista y determinista) el psicoanálisis se fundamenta en la filosofía humanista y desde siempre ha pretendido que la persona sea responsable de sí misma y de su devenir, por tanto ésta última ha dado muchos aportes al desarrollo de la psicología humanista que hoy se conoce.

Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), criticando a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables (conductismo), o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas (la enfermedad humana).

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow (en Muñoz, 2008), quien incursionó en el conductismo, denominó a este movimiento La Tercera Fuerza, para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

La psicología humanista retomó diversas teorías para su conformación:

- En cuanto a la crítica al mecanicismo y reduccionismo de la psicología en tanto ciencia natural, y su propuesta de poner énfasis en la intencionalidad del ser humano como individuo total, se puede citar a Franz Brentano (en Muñoz, 2008) y su concepto de intencionalidad, a Oswald Külpe con su antielementarismo, a Wilhelm Dilthey y a William James con su estudio sobre la conciencia y la introspección.
- En el aporte de figuras disidentes de la ortodoxia freudiana se pueden contar como influencias a Erich Fromm con su foco en la búsqueda existencial de los seres humanos, a Karen Horney, a Erik Erickson con su concepción sociocultural del desarrollo humano, a Fritz Perls y el desarrollo de la Terapia Gestalt, a Carl Gustav Jung con su estudio de la espiritualidad humana y su lucha por autodesarrollarse, a Alfred Adler, a Wilhelm Reich con su reivindicación del cuerpo en la psicoterapia, a Eric Berne con su contribución sobre los juegos psicológicos y el guion psicológico, y a Viktor Frankl, con la creación de la Logoterapia y la búsqueda del sentido de la existencia que ésta propone.
- Las teorías de la personalidad que emergieron en esos momentos y que intentaron mostrar al ser humano más en función de sus motivaciones y necesidades que en función de sus patologías o determinaciones, como las de Gordon Allport y Henry Murray.
- El método Fenomenológico redefinido por Edmund Husserl, la Ontología de Martin Heidegger, la teoría existencial de Soren Kierkegaard que influyó a autores como Karl Jaspers, Medard Boss y Ludwig Binswanger en Europa y Rollo May en Estados Unidos.

En 1961 nace oficialmente la psicología humanista con la publicación del primer número del *journal of humanistic psychology*, y en 1962 se funda la *American Association of humanistic psychology*; cuyo primer presidente fue Abraham Maslow.

La psicología humanista constituye como Abraham Maslow afirmó: Un cambio de pensamiento fundamental...que no tiene un abanderado único...es la obra de muchos hombres así como la inclusión de avances independientes y descubrimientos realizados en otros campos. Impulsa de manera vertiginosa una imagen inédita de la sociedad y de todas

sus instituciones, y con ello surge una nueva filosofía de la ciencia, la educación, la religión, la psicoterapia, la economía, la política, etcétera. (F.Goble, 1971).

El enfoque humanista está muy cerca del pensamiento de William James, quien pone mucho énfasis en la inmediatez de la experiencia y en la unión del pensamiento y la acción.

Los que hacen surgir a la psicología humanista son especialistas interesados en la psicoterapia, individuos que trabajan día a día con personas, tocando el sufrimiento, la ansiedad, el dolor y por lo mismo, buscando su razón profunda y la forma de aliviarlo, así como usarlo como una oportunidad de desarrollo personal.

La llamada tercera fuerza pone énfasis en la salud, en lo que está bien para el ser humano; toma en cuenta como nunca antes las capacidades y potenciales de la persona, y no solo sus defectos y limitaciones.

Una de las características más importantes es que busca mantener una mentalidad abierta a los nuevos descubrimientos; las hipótesis y conclusiones que se han de poner a prueba en la realidad, se ha de valorar tanto lo subjetivo como lo objetivo, pues el compromiso fundamental del humanismo es con la verdad, no con un método, ideas o técnicas.

John Dewey rechaza el pensamiento racionalista que identifica la realidad con el objeto pensado, y acepta la realidad tal como los hombres la viven en su experiencia inmediata es una relación más íntegra con la naturaleza y con la realidad dada por la experiencia cognitiva.

Conocer el porqué de algo que ocurre en la vida de las personas es muy pocas veces de utilidad para su desarrollo real. La mayoría de las veces, cuando buscamos las causas de algo, en especial cuando se trata de algo que aqueja a una persona, nos encontramos que, normalmente todo hecho es multicausal, provocado por infinidad de eventos que interactúan unos con otros. Lo peligroso de que alguien crea en una determinada causa, se da cuando si bien esa no era la causa real, empieza a serlo ya que empieza a vivirse como real.

De acuerdo con Rollo May “la ansiedad y el sufrimiento no pueden curarse por medio de teorías” (1972). Es por esto que el puro uso del pensamiento no es apreciado por los humanistas; la mayoría de las veces, no alivia el dolor ni promueve el desarrollo, el saber resulta ser solo una parte del conocimiento humano que se empobrece al no tener conexión suficiente con el sentir y vivenciar.

Rollo May afirma: “no existe la verdad o realidad para una persona viva, a menos de que participe, sea consciente de ella, o mantenga alguna relación con la misma”. Cuando May

habla de ser consciente, se refiere al darse cuenta (*awareness*), es decir, a una consciencia de todo el organismo y no exclusivamente a un *insight* de tipo racional.

La psicología humanista no niega la validez de las consideraciones basadas en el condicionamiento, la formulación de los impulsos, el estudio de distintos mecanismos, entre otros. Solo sostiene que nunca se podrá comprender a una persona partiendo exclusivamente de esa base.

Rogers menciona que el encuentro cálido, subjetivo y humano de dos personas es más eficaz para facilitar el cambio, que el conjunto más perfecto de técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje o del condicionamiento operante (Rogers, 1960).

El humanismo considera sus principios y descubrimientos como hipótesis en desarrollo y perfeccionamiento, las cuales han de ser comprobadas y modificadas por y en la experiencia, de tal modo que nada se acepta ni se maneja como definitivo.

Para esta teoría son más importantes los significados y el sentido que el procedimiento y el método. El ser humano vive en un entorno y es parte de él, toma del medio lo que le falta y se desprende de lo que le sobra, nace con una tendencia autoconservadora dirigida a autorrealizarse satisfaciendo sus necesidades de forma jerarquizada.

El ser humano es más que la suma de sus partes, es un organismo unificado, es una Gestalt que se encuentra en continua reestructuración.

Hay dos enfoques de tipo psicológico que se pueden considerar humanistas, ya que han desarrollado un cuerpo sólido de conocimientos, una metodología y una técnica consecuente: el enfoque centrado en la persona, cuyo iniciador fue Carl Rogers, y el enfoque de la psicoterapia Gestalt, cuyo iniciador fue Frederick Perls.

Es innegable que existen aportaciones de gran importancia de muchos otros autores pero éstas no se han estructurado formalmente y de manera completa como enfoques novedosos, bien integrados y con solidez interna. Algunos de estos autores hacen más filosofía que psicología, como el caso de Rollo May y Abraham Maslow. Tal como afirma Quitmann (1989):

La psicología humanista ha podido afirmarse y finalmente imponerse como tercera fuerza junto al psicoanálisis y al conductismo en realidad solo porque con la terapia conversacional (Rogers), la terapia Gestalt (Perls), han creado modelos que han influido en gran medida y han dado lugar, hasta el día de hoy, de forma determinante a la práctica de la psicología en todo el mundo.

1.4 Budismo Zen

El budismo es, más que una religión, es una filosofía integral de la vida sin dogmas ni credo que tiene como objetivo la transformación positiva del individuo para alcanzar su potencial de iluminación, ofrece guía por parte del maestro pero exige disciplina e iniciativa por parte del alumno: nadie va a llevarlo a la superación de lo material si no es él mismo. Fue vivida más que creada por Siddhartha, un príncipe que fue aislado del mundo por sus padres para que no conociera el lado negativo de la vida y, como consecuencia, no padeciera. Pero una noche salió de su palacio y conoció la realidad al ver gente pobre, enferma y envejecida, comenzando así una búsqueda personal que le reveló que hay que eliminar el deseo para no sufrir y ello lo llevó a alcanzar la iluminación. A partir de ese momento se le llamó Buda (el iluminado) en la India y Sakiamuni en China. Si bien otras religiones adoran a profetas o al Mesías, en el budismo se tiene el ejemplo de Buda como paradigma, pero no es objeto de adoración.

Buda descubrió que no hay dios universal, ni alma, ni existencia en este mundo; el aceptar lo anterior conduce a la paz interna de la persona y así se alcanza el Gran Vacío (ausencia de mente). Buda no es líder ni santo: es simplemente el ejemplo de que un ser humano puede llegar a lo excelso luego de superar lo abyecto de la existencia humana, además de una invitación a imitar su ejemplo, pues cualquier persona puede lograr alcanzar esta condición si tiene suficiente convicción para hacerlo (Zuzuki, 1978).

Para muchos el Zen es considerado la cima del Budismo. El Zen es la forma abreviada de la palabra en japonés *zen*, que equivale en sánscrito a *dhyana*. En su esencia esta palabra reúne doble aspecto de “pensamiento” y “ejercicio”, que al castellano puede traducirse como “meditación,” “contemplación,” “aquietamiento” y “concentración mental”. Zen significa, pues, el proceso de concentración de la mente en un solo punto u objeto. El Zen es un método budista para conseguir una comprensión directa de la realidad de la vida.

El Zen es una disciplina y no una filosofía, que se ocupa directamente de la vida y es donde ha desarrollado sus rasgos más característicos. Nacido de la unión entre el Taoísmo chino y el Budismo Mahayana, el Zen tiene como convicción que todos los seres pueden lograr conocerse a sí mismos mediante la práctica constante y eficaz de este.

En toda la historia de la existencia, el hombre siempre ha querido librarse de los sufrimientos, pero por más que ha intentado escapar de ellos se le hace muy difícil evitarlos, ya que los deseos, las pasiones, las ambiciones, entre otros; son parte importante

de las causas de los mismos. Por eso, con la práctica de la doctrina del Zen, se logra rescatar al hombre del sufrimiento de la existencia.

La doctrina del Zen hace énfasis en los siguientes fundamentos de sus enseñanzas:

1. La recuperación de la simplicidad y de la sencillez.
2. La posibilidad de hallarlo todo, paradójicamente, al perderlo todo.
3. Un especial entusiasmo en la riqueza del vacío.
4. La inexistencia de un principio y un fin. Tan solo existe el vacío.

EL concepto de vacío en el Zen significa darse cuenta de que realmente no se tiene nada y de que nunca se ha tenido nada. Nada que ganar y nada que perder, nada que dar y nada que recibir, ser exactamente así de pobre y sin embargo ser rico en posibilidades inagotables. El vacío zen es un vacío dinámico y vivo, inaprensible y atemporal, cuya verdadera naturaleza permanece desconocida. La esencia de la vida se siente, no se piensa, no se racionaliza o conceptualiza, y cuando se capta, se comprende su naturaleza de vacío. Ese estado de *desprendimiento* y *ausencia* de deseo es, a la vez, espiritual y psicológico.

Al vivir en la espontaneidad, en la naturalidad, de nada sirven los dogmas y las teorías. Objetivar, codificar, conceptualizar la realidad es la pretensión obsesiva que persigue el conocimiento convencional del hombre de Occidente. Todo lo que se presenta frente a él, ya sea divino o humano, debe ser clasificado y encapsulado dentro de una definición rígida e inamovible. De esta forma nos formamos ideas, creencias, deseos y aversiones, todas ellas ficticias, ajenas al mundo verdadero de la realidad presente y siempre cambiante.

El objetivo Zen es alcanzar el perfeccionamiento o la iluminación del ser humano de forma espontánea, instantánea, instintiva y natural. De forma fulminante se conquista la comprensión de la realidad y la armonía o integración del ser en la totalidad integradora del nuevo universo. Luego el camino zen llega a confundirse con su meta. El zen trata de conseguir vivir en la verdadera realidad, y para ello crea a su alrededor un clima o atmósfera para alcanzar la iluminación. Para ello se sirve de tres elementos: la meditación sentada o zazen, las enseñanzas de los maestros o Sutras y los koan.

El zen persigue la aniquilación del orgullo, la vanidad, la obsesión, la susceptibilidad y la excesiva animosidad. El zen detesta el egoísmo que se manifiesta en efectos calculados (con resultados artificiosos y efectistas) o cualquier otro tipo de auto glorificación.

Para vivir la verdadera realidad de forma armoniosa con el universo, es necesario alcanzar el "satori zen" o iluminación inmediata. Tras una acumulación de conceptos y argumentaciones se llega al límite de carga admisible y el edificio se derrumba en sí y entonces se abre un nuevo cielo a lo lejos. Se trata de una especie de catástrofe espiritual que se presenta súbitamente. Estamos, entonces, en el verdadero punto de arranque hacia la iluminación.

Para llegar a ese punto hay que tener en cuenta lo siguiente:

1. Deshacernos de todas las imágenes ilusorias continuamente repetidas sobre las que se ha cristalizado durante tanto tiempo nuestra voluntad y que nos han proporcionado tantas angustias y preocupaciones.
2. Olvidarnos de nuestro "yo", siempre tomando tan a pecho y siempre origen de sufrimiento.
3. Desterrar todas las obsesiones que continuamente nos crispan, paralizan y absorben nuestra energía.

Una vez alcanzado el *satori*, las exaltaciones exteriores ya no provocan deseos contradictorios, de manera que el hombre, a partir de entonces, ya no sufre con las miserias de la vida. La ascensión al *satori* lleva consigo la disipación de todas las dudas e indecisiones. Ya no hay nada de lo que evadirse. Las complicaciones pasadas y presentes, siempre para nuestro intelecto, gravosas e innumerables, ya no valen la pena.

El "satori" es, pues, el estado donde cada uno encuentra el lugar que le corresponde en el flujo de la vida, identificándose con todo lo existente y amado. Alcanzar el "satori" equivale a descubrir el significado de la propia existencia. Experimentar el estado natural de la mente, del que emanan todas las buenas acciones y la armonía. Llegar a ser verdaderamente humano, relacionándose con los demás con una conciencia y comprensión intuitiva totalmente desinteresadas.

El "satori" es un estado interno, lleno de claridad y paz, que logra en cada persona identificarse con todo lo que le rodea y contemplar a la gente sin juzgarla. Para el hombre

“iluminado,” el “yo” pasa a no existir, alcanzando un estado de “vacuidad” equiparable a una experiencia mística (el satori).

La meditación es el método budista para captar directamente la veracidad de que la vida es sagrada en sí misma, y que la plena experiencia del carácter trascendente de la vida es como un retorno al hogar. Por tanto, la iluminación (Satori) es una apertura de un mundo nuevo y distinto, oculto por las confusiones de la mente conceptual y dualista; en resumen, busca que el alumno se sepa parte integrada -y no separada- de una totalidad. La meditación no es contemplativa, sino dinámica: la esencia en que deben consistir nuestros actos: “acción en la meditación y meditación en la acción”. Es llevar a cabo sin ser conscientes de ello o hacer sin hacer. El experimentar el aquí y ahora es una profunda penetración mística en la que se eliminan las innecesarias distracciones.

Después de su Iluminación, Buda señaló las Cuatro Nobles Verdades:

1. La Verdad del Sufrimiento. La existencia es sufrimiento.
2. La Verdad de la Causa del Sufrimiento. El deseo, el apego y la ignorancia son las causas del sufrimiento.
3. La Verdad de la Cesación del Sufrimiento. Los seres humanos podemos experimentar un estado de conciencia exento de sufrimiento.
4. La Verdad del Camino hacia la Cesación del Sufrimiento. A este camino se le llama *Noble Sendero Óctuple*, porque está formado por ocho aspectos:
 - Visión correcta.
 - Pensamiento correcto.
 - Palabra correcta.
 - Acción correcta.
 - Medio de existencia correcto.
 - Esfuerzo correcto.
 - Atención correcta.
 - Meditación correcta.

El superar nuestros propios prejuicios y barreras nos conducen a llevar una vida más tranquila y hacer que nuestra mente supere a la limitación de la materia, como se puede comprobar con las actividades de los samuráis y los practicantes de artes marciales.

La práctica de la meditación Zen no está en contradicción con nuestra vida diaria y sobre todo no es una evasión ante las dificultades que el vivir diario nos presenta. Gracias a la práctica asidua del Zen, podemos encontrar la lucidez, la calma y las energías necesarias para resolver con soltura y eficacia las situaciones cotidianas.

A través del abandono del egoísmo, los deseos, las ambiciones, podemos sumergirnos sin miedo en nuestra existencia y evolucionar sin problemas. Los mejores momentos para sentarse en *Zazen* son el amanecer y el anochecer.

Estos momentos de transformación de la naturaleza y de nuestros propios ritmos biológicos favorecen la concentración y nos preparan para purificar nuestra conciencia y nuestro cuerpo de todas las impresiones sensoriales nocivas que hemos acumulado durante el día por otra. Las personas que continúan diariamente esta práctica son testimonios de la profunda renovación que han experimentado en sus vidas.

Un aspecto a tener en cuenta es la educación en el Zen, ya que esta precisa de mucho rigor, constancia y disciplina para de esta forma lograr los beneficios de él esperados. Con relación a esto la enseñanza del Zen se dirige sobre todo al sistema nervioso frontal, fortaleciendo así el espíritu y el cuerpo, lo psíquico y lo orgánico, dicho de otra manera, al ser en su totalidad.

Practicando el *Zazen* influenciamos fuertemente en nuestro hipotálamo y nuestro tálamo, tranquilizándose el cerebro pre-frontal y el cerebro frontal.

Otro aspecto a tener en cuenta para la enseñanza del Zen es la figura de un maestro, pues la presencia de este es necesaria no solamente para controlar la postura y para enseñar la pacificación del espíritu sino para guiar a cada uno. Esta es la razón por la cual el *Zazen* debe ser practicado en la atmósfera apacible de una sala de meditación. De esta manera el practicante se beneficia, no solamente de la dirección del maestro, sino de la presencia de los demás participantes. El esfuerzo de cada uno se multiplica en un vasto esfuerzo colectivo, que sostiene, alienta y apacigua.

Dentro de la terapia *Gestalt* se encuentran ciertos principios que han sido retomados directamente del budismo zen, incluso en una ocasión, Fritz Perls viajó a Japón para aprender budismo Zen.

La meditación zen es un proceso orientado a vaciar la mente para obtener la experiencia del *satori* o iluminación y no existen los discursos filosóficos en la formación, el maestro

enseña de forma directa la naturaleza búdica señalando aquello que es, o respondiendo a las preguntas acerca de la naturaleza del Buda con frases que contienen incongruencias aparentes o acertijos que no tienen lógica para el pensamiento convencional, al igual que los *koans*, la meditación, el señalamiento directo, y las afirmaciones aparentemente sin sentido son formas de vaciar la mente de los procesos ordinarios del pensamiento para que sea capaz de percibir la cualidad de la mente (Watts, 1957) de aquello que es en el momento presente.

De aquí surge el famoso consejo de Perls para los terapeutas *Gestalt* y para los pacientes, sobre “perder la cabeza y recuperar los sentidos”.

La terapia *Gestalt* no es una aproximación que cura a través del habla aunque usa el lenguaje, este es solo un medio de experimentación, un medio que explora activamente como los pacientes realizan sus acciones realmente en su vida cotidiana. Debido a que la *Gestalt* es una aproximación experimental y holística, se trabaja con las experiencias vividas reales que tienen el poder de modificar la forma en que los pacientes viven su vida más allá del contexto terapéutico.

Una de las influencias más importantes del budismo zen en la terapia Gestalt es el concepto del aquí y el ahora. El arquero zen suelta la flecha sin esfuerzo, sin intentar dar en el blanco; no pretende seguir sus movimientos para ajustar su inclinación, su ejecución es un acto espontáneo e impecable. Es como si la flecha se disparara a sí misma. “Al caminar, solo camina, al sentarte, solo siéntate. Pero nunca vaciles” (Watts, 1957). Es no reflexionar en el proceso, solamente hacerlo. Alan Watts subrayó:

El zen no es un culto de acciones impulsivas. El objeto no es eliminar el pensamiento reflexivo sino eliminar los bloqueos de la acción y el pensamiento para que las respuestas de la mente sean como una bola que se desliza por una pendiente: “el fluir de un pensamiento tras otro sin vacilaciones”.

En terapia Gestalt se considera que la habilidad para vivir el momento presente y la entrega plena a la actividad del momento es la base inequívoca de una mente despierta, la cual puede responder de forma inmediata.

Aceptar aquello que sucede de manera concreta y específica en el presente no se limita a aceptar solo aquello de gran importancia, sino también a las cosas sencillas.

La espiritualidad zen es una invitación a entregarse plenamente a la actividad a realizar, en efecto el zen enseña que todas las actividades cotidianas se pueden realizar con la misma

calidad de presencia indivisible entregándonos por completo al momento sin importar lo que estemos haciendo, sin dudar de uno mismo, sin observar cómo se está realizando la acción y sin vacilar. Un maestro zen dijo:

Antes de encontrarme con el zen, las montañas eran para mí solo montañas, y el agua era solo agua; cuando adquirí mayor sabiduría descubrí que las montañas ya no eran montañas, y que las aguas ya no eran aguas. Pero después de haber conocido su sustancia, me siento en paz. Ahora las montañas han vuelto a ser montañas, y las aguas son aguas otra vez. (Watts, 1957).

En terapia Gestalt sucede algo similar cuando nos enfocamos a los eventos concretos y específicos de la vida del paciente, le ayudamos a darse cuenta de cómo vive en realidad los asuntos cotidianos de su vida sin intentar cambiar nada, solo fomentar el darse cuenta de manera consciente.

Este punto de vista armoniza con “el principio paradójico del cambio” en el que el cambio no ocurre cuando nos empeñamos en que así sea, ni siquiera cuando generamos la mejor intención para trabajar en un cambio específico. El cambio ocurre cuando le permitimos que retroceda al fondo mientras volvemos la atención a aquello que es.

Es cierto que el terapeuta emplea su conocimiento y sus habilidades como profesionalista para alentar revelaciones más profundas y plenas de aquello que es en la vida del paciente, pero no lo hace con el objetivo de lograr cambios específicos en su vida.

El proceso terapéutico en sí mismo es un compromiso pleno con el momento presente. El proceso terapéutico completo se realiza en el presente, y la auto-revelación del paciente que consiste en permitir que aquello se exprese abiertamente, sucede solo en el aquí y en el ahora.

Este compromiso con el presente permite deshacer las barreras que obstaculizan la transformación, pero no por el hecho de intentar sino, simplemente, por ser capaz de captar en su totalidad la experiencia del momento.

Otra de las contribuciones del Taoísmo y el Zen es la idea del “vacio fértil”. Como se mencionó anteriormente, la meditación zen es una forma de vaciar la mente de los procesos ordinarios del pensamiento para sintonizarse con la fertilidad del no-ser no-mente. Aunque el ser (la energía del cielo, lo masculino, la acción) y el no-ser (la energía de la tierra, lo femenino, lo pasivo) son uno con el tao, el no ser es ontológicamente anterior (mucho más

fundamental) que el ser. En el taoísmo y el Zen el no ser es la fuente de toda creatividad; es el vacío que siempre es fértil. Aunque ambos principios existen unidos eternamente en aquello que es (el Tao), la superioridad del no-ser sobre el ser es uno de los temas más importantes del *Libro del Tao* (Lao Tzu, 1963).

El concepto de polaridades también proviene de la filosofía del Budismo Zen, esto se puede observar ya que desde la perspectiva del tao aunque el no-ser es ontológicamente superior al ser, la experiencia demuestra su inseparabilidad última. Las polaridades forman parte de la naturaleza, incluyendo a los seres humanos.

Los terapeutas están capacitados para descubrir las polaridades que se manifiestan en sus pacientes, en especial cuando surge un conflicto ante la necesidad de tomar decisiones o cuando surgen sentimientos ambivalentes hacia otras personas o situaciones de la vida.

Los conflictos internos generan confusión y a veces tienen un efecto paralizante sobre las funciones del individuo.

El trabajo del terapeuta gestáltico es ayudar al paciente a explorar cada parte de la polaridad a través de ejercicios experienciales que sirven para dar voz a cada una de ellas. Como resultado de esta exploración el paciente descubre un punto medio de reconciliación entre los dos polos y así resolver el problema o aprender a vivir con él.

El concepto de autorregulación orgánica lo desarrollaron los creadores de la terapia Gestalt para expresar el proceso de adaptación natural del organismo.

La teoría y la práctica Gestalt son al mismo tiempo, un modelo biológico y educativo en el que se considera al ser humano como un organismo que forma parte de la naturaleza y que vive dentro de los ciclos naturales de contacto y retiro.

Los seres humanos, al igual que todos los organismos naturales, se regulan a sí mismos dentro de las circunstancias cambiantes del ambiente (ya sean externas o internas). La tendencia natural frente a este cambio es la adaptación y la restitución del equilibrio orgánico, ya sea dentro del propio cuerpo o dentro del ambiente.

Dentro de este marco teórico el terapeuta Gestalt considera que el paciente posee en sí mismo los principios del funcionamiento sano, aunque en algunas ocasiones sus experiencias muestren lo contrario y hayan interferido o distorsionado los funcionamientos

de estos principios. Por lo tanto la tarea del terapeuta es facilitar al paciente la recuperación de formas más sanas de vida guiadas por principios naturales.

Así como los patrones disfuncionales de la vida del paciente involucran a la persona en su totalidad (mente, sentimientos, deseos, cuerpo, hábitos y patrones de comportamiento que experimenta en su relación con los otros) de la misma forma los procesos que conducen a la salud y al crecimiento integran a la persona en su totalidad en las distintas dimensiones de su vida.

1.5 Psicología De La Gestalt (Forma)

La psicología de la Gestalt es una corriente de la psicología moderna, surgida en Alemania a principios del siglo XX, y cuyos exponentes más reconocidos han sido los teóricos Max Wertheimer, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka y Kurt Lewin.

El término *Gestalt* proviene del alemán y fue introducido por primera vez por Christian von Ehrenfels. No tiene una traducción única, aunque se entiende generalmente como 'forma'; sin embargo, también podría traducirse como 'figura', 'configuración', 'estructura' o 'creación'.

La mente configura, a través de ciertas leyes, los elementos que llegan a ella a través de los canales sensoriales (percepción) o de la memoria (pensamiento, inteligencia y resolución de problemas). En nuestra experiencia del medio ambiente, esta configuración tiene un carácter primario por sobre los elementos que la conforman, y la suma de estos últimos por sí solos no podría llevarnos, por tanto, a la comprensión del funcionamiento mental. Este planteamiento se ilustra con el axioma: *El todo es mayor que la suma de sus partes*, con el cual se ha identificado con mayor frecuencia a esta escuela psicológica.

En la década de 1930 las críticas a las teorías de la *Gestalt* se generalizaron, destacando la realizada por la llamada Psicología de la Ganzheit, encabezada por Felix Krueger (1874-1948).

1.5.1 Principios

Dos universidades fueron las que obtuvieron los primeros resultados experimentales. Por una parte estaba la escuela de Graz y por otra la de Berlín. La escuela de Graz propuso la teoría de la producción, que consideraba la cualidad *Gestalt*, es decir, la forma o todo, como el producto de un acto perceptivo. Por otra parte, la escuela de Berlín demostró que la *Gestalt* viene dada de forma inmediata, no es producto de la percepción, sino que es ésta la que es producto de la *Gestalt*. Esta teoría fue demostrada con el "movimiento aparente", con la presentación de dos fenómenos en distintos tiempos.

Los psicólogos iniciadores de esta corriente, Max Wertheimer (1880-1943), Wolfgang Köhler (1887-1967) y Kurt Koffka (1887-1941), desarrollaron el programa de investigación de la Gestalt a principios de la década de 1910, trabajando sobre el "movimiento aparente" y dando lugar a la teoría del "fenómeno Phi (El fenómeno phi es una ilusión óptica de nuestro cerebro que hace percibir movimiento continuo en donde hay una sucesión de imágenes)".

Uno de los principios fundamentales de la corriente Gestalt es la llamada ley de la Prägnanz (Pregnancia), que afirma la tendencia de la experiencia perceptiva a adoptar las formas más simples posibles. Las partes de una figura que tiene "buena forma", o indican una dirección o destino común, forman con claridad unidades autónomas en el conjunto. Esta ley permite la fácil lectura de figuras que se interfieren formando aparentes confusiones, pero prevaleciendo sus propiedades de buena forma o destino común, se ven como desglosadas del conjunto. Otras leyes enunciadas son:

- **Principio de la Semejanza** .- Nuestra mente agrupa los elementos similares en una entidad. La semejanza depende de la forma, el tamaño, el color y otros aspectos visuales de los elementos.
- **Principio de la Proximidad** .- El agrupamiento parcial o secuencial de elementos por nuestra mente basado en la distancia.

Cuando las partes de una totalidad reciben un mismo estímulo, se unen formando grupos en el sentido de la mínima distancia. Esta ordenación se produce de modo automático y, sólo por una resistencia del perceptor, o por otra ley contradictoria, puede anularse esta lectura.

- **Principio de Simetría** .- Las imágenes simétricas son percibidas como iguales, como un solo elemento, en la distancia.

Tiene tal trascendencia, que desborda el campo de la percepción de las formas para constituir uno de los fenómenos fundamentales de la naturaleza. La biología, la matemática, la química y la física, y hasta la misma estética, se organizan siguiendo las leyes especulares, simples o múltiples, de la simetría.

- **Principio de Continuidad** .- Los detalles que mantienen un patrón o dirección tienden a agruparse juntos, como parte de un modelo. Es decir, percibir elementos continuos aunque estén interrumpidos entre sí.

Tiene elementos de cierre porque partículas independientes tratan de formar figuras, partiendo de la ley de cerramiento. De igual modo toma propiedades de la ley de buena figura o destino común al provocar elecciones de las formas más simples y rotundas. También toma elementos de la ley de experiencia, pues se decide por aquellas formas que tienen figuras reconocibles o son más familiares al perceptor. Esta ley tiene como caracteres propios la manera de presentarnos las formas. Estas se nos muestran de manera incompleta, inconclusas, como abreviatura o esquemas de fácil interpretación.

- **Principio de dirección común** .- Implica que los elementos que parecen construir un patrón o un flujo en la misma dirección se perciben como una figura.

- **Principio de simplicidad** .- Asienta que el individuo organiza sus campos perceptuales con rasgos simples y regulares y tiende a formas buenas.
- **Principio de la relación entre figura y fondo** .- Establece el hecho de que el cerebro no puede interpretar un objeto como figura o fondo al mismo tiempo. Depende de la percepción del objeto será la imagen a observar.

Es la de mayor fuerza y trascendencia de las expuestas, porque puede considerarse que abarca todas las demás, ya que en todas está presente este principio organizativo de la percepción, observándose que muchas formas sólo se constituyen como figuras definidas cuando quedan como superpuestas o recortadas sobre un fondo más neutro.

- **Principio de igualdad o equivalencia** .- Cuando concurren varios elementos de diferentes clases, hay una tendencia a constituir grupos con los que son iguales. Esta experiencia la presentamos aislada, para evitar la influencia de otras leyes y por ello están equidistantes todos los elementos integrantes.

Si las desigualdades están basadas en el color, el efecto es más sorprendente que en la forma. Abundando en las desigualdades, si se potencian las formas iguales, con un color común, se establecen condicionantes potenciadores, para el fenómeno agrupador de la percepción.

- **Principio del Cierre**.- Las líneas que circundan una superficie son, en iguales circunstancias, captadas más fácilmente como unidad o figura, que aquellas otras que se unen entre sí. Las circunferencias, cuadriláteros o triángulos producen el efecto de cerramiento.

Esta nueva ley parece ser operativa porque señala el hecho de que las líneas rectas paralelas forman grupos más definidos y estables que los puntos, que delimitan peor un espacio.

- **Principio de la experiencia**.- Desde el punto de vista biológico, el propio sistema nervioso se ha ido formando por el condicionamiento del mundo exterior.

Mach (en Salama, 2007) definió las propiedades de las formas especiales y auditivas como totalidades principales perceptuales, estas formas poseen cualidades que las distinguen de sus elementos; las sensaciones se organizan en la conciencia y crean cualidades formales que pueden ser novedosas.

1. Pensamiento holístico: el todo es siempre más que la suma de sus partes.
2. Fundamentos fenomenológicos: los fenómenos son el tema de psicología. El análisis psicológico debe proceder de los fenómenos a su esencia.
3. Metodología: la psicología de la Gestalt realiza experimentos parecidos a los sucesos de la vida (realidad) empleando pocos sujetos.
4. Isomorfosis: los procesos psicológicos se relacionan de modo directo con procesos biológicos, en especial cerebrales.

Estas percepciones, afirmaba Rubin, surgen como un todo y en forma gradual. Tales figuras demuestran que nuestras percepciones son activadas, vívidas y organizadas; no somos simples receptores pasivos de estímulo sensoriales.

Los psicólogos de la Gestalt consideraban que los principios de la organización perceptual no sólo explican nuestras percepciones visuales, sino también nuestras percepciones auditivas y táctiles y procesos mentales superiores como la memoria.

1.6 Psicoanálisis

El psicoanálisis es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo vienés Sigmund Freud alrededor de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influido sobre muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas.

El concepto de psicoanálisis designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana. Este modelo se basa en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de casos de neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos.

Por otra, psicoanálisis se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas para el tratamiento de conflictos psíquicos.

Finalmente, «psicoanálisis» puede referirse además al *método psicoanalítico*: un método de investigación que ha sido aplicado más allá de la psicología clínica individual, al análisis de fenómenos culturales, por ejemplo en etnología y antropología (entre otras disciplinas).

El desarrollo del psicoanálisis es permanente en estos tres aspectos por parte de investigadores y clínicos, si bien cabe remarcar que tal segmentación del campo psicoanalítico no puede ser otra cosa que una esquematización descriptiva, y que en ningún caso da cuenta de la estructura propia del psicoanálisis donde teoría y práctica se encuentran ligadas sin poderse dar la una sin la otra.

Freud sostuvo que una de las glorias del psicoanálisis era la coincidencia de investigación y tratamiento, si bien aclara que la técnica de ambas difiere. El psicoanálisis moderno se caracteriza por el pluralismo teórico, metódico y terapéutico.

Si el psicoanálisis puede ser considerado una teoría científica es un asunto que en círculos académicos y profesionales continúa siendo controvertido.

La definición clásica de S. Freud incluye, según resumen Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis, los siguientes tres aspectos:

- A) **Un método de investigación** que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.
- B) **Un método psicoterápico** basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra *psicoanálisis* como sinónimo de *cura psicoanalítica*; ejemplo, emprender un psicoanálisis (o un análisis).
- C) **Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas** en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

La historia del psicoanálisis corresponde en gran parte a la historia de su fundación, elaboración, revisión y difusión por parte de su máxima figura, el médico y neurólogo vienés Sigmund Freud.

Se considera un antecedente clave para el nacimiento del psicoanálisis que Freud llegase a ser alumno de Jean Martin Charcot en el hospital Salpêtrière de París entre los años 1885 y 1886.

Freud se familiarizaría así con las investigaciones llevadas a cabo sobre la histeria las cuales mostraban que mediante la hipnosis se podían inducir, suprimir e intercambiar toda clase de síntomas presentes en los cuadros histéricos, sugiriendo una etiología psicológica y no orgánica. Las histéricas que eran sometidas a tal experiencia no conservaban en la conciencia lo sucedido, es decir, no recordaban, aunque la sugestión hipnótica seguía actuando una vez deshecho el trance hipnótico.

Ya de vuelta a Viena y en colaboración con su amigo y colega, el fisiólogo Joseph Breuer aplicó el método catártico descubierto por este, que más tarde modificaría paulatinamente hasta dar forma al psicoanálisis.

Tras años de experiencia clínica, Freud propuso la teoría de que los síntomas histéricos y neuróticos tenían como causa núcleos traumáticos reprimidos en el inconsciente por ser moralmente inaceptables para el Yo del sujeto.

Freud postuló que estos núcleos patológicos consistían en uno o varios sucesos de precoz experiencia sexual, perteneciente a la más temprana infancia.

1.6.1 Consciente, Preconsciente e Inconsciente

La conciencia es la cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos.

El término inconsciente se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Está constituido por contenidos reprimidos que buscan regresar a la conciencia o bien que nunca fueron conscientes y su cualidad es incompatible con la conciencia.

El 'preconsciente' designa una cualidad de la psique que califica los contenidos que no están presentes en el campo de la conciencia pero pueden devenir en conscientes. Los estados reprimidos son aquellos que no se les puede acceder sin una hipnosis, generalmente son revelaciones a través de imágenes retenidas durante el tiempo de vida de cada individuo.

1.6.2 El Ello, El Yo Y El Superyó

El Ello es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.

El Superyó es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la "conciencia moral" y el ideal del yo. La "conciencia moral" se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.

El Yo es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo. El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios. Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada.

Los papeles específicos desempeñados de las entidades ello, yo y superyó no siempre son claros, se mezclan en demasiados niveles. La personalidad consta según este modelo de muchas fuerzas diversas en conflicto inevitable.

1.6.3 *Mecanismos de defensa*

Los métodos más usados por las personas habitualmente para vencer, evitar, circundar, escapar, o ignorar las frustraciones y amenazas incluyen los siguientes:

- **Disociación:** se refiere al mecanismo mediante el cual el inconsciente nos hace olvidar enérgicamente eventos o pensamientos que serían dolorosos si se les permitiese acceder a nuestro pensamiento (consciente). Ejemplo: olvidarnos del cumpleaños de antiguas parejas, fechas, etc.
- **Proyección:** es el mecanismo por el cual sentimientos o ideas dolorosas son proyectadas hacia otras personas o cosas cercanas pero que el individuo siente ajenas y que no tienen nada que ver con él.
- **Negación:** se denomina así al fenómeno mediante el cual el individuo trata factores obvios de la realidad como si no existieran. Ejemplo: cuando una persona pierde a un familiar muy querido, como por ejemplo su madre, y se niega a aceptar que ella ya ha muerto y se convence a sí mismo de que sólo está de viaje u otra excusa.
- **Introyección** (lo opuesto a proyección): es la incorporación subjetiva por parte de una persona de rasgos que son característicos de otra. Ejemplo: una persona deprimida quizá incorpora las actitudes y las simpatías de otra persona y así, si esa otra persona tiene antipatía hacia alguien determinado, el deprimido sentirá también antipatía hacia esa persona determinada.
- **Regresión:** es el retorno a un funcionamiento mental de nivel anterior ("más infantil"). Ejemplo: los niños pueden retraerse a un nivel más infantil cuando nacen sus hermanos y mostrar un comportamiento inmaduro como chuparse el pulgar o mojar la cama.
- **Formación reactiva** o reacción formada: sirve para prevenir que un pensamiento doloroso o controvertido emerja. El pensamiento es sustituido inmediatamente por uno agradable. Ejemplo: una persona que no puede reconocer ante sí mismo que otra persona le produce antipatía, nunca le muestra señales de hostilidad y siempre le muestra una cara amable.
- **Aislamiento:** es la separación del recuerdo y los sentimientos (afecto, odio). Ejemplo: un gran amor es asesinado. Su pareja narra los detalles con una falta completa de emoción.

- **Desplazamiento:** es la condición en la cual no solo el sentimiento conectado a una persona o hecho en particular es separado, sino que además ese sentimiento se une a otra persona o hecho. Ejemplo: el obrero de la fábrica tiene problemas con su supervisor pero no puede desahogarlos en el tiempo. Entonces, al volver a casa y sin razón aparente, discute con su mujer.
- **Racionalización:** es la sustitución de una razón inaceptable pero real, por otra aceptable. Ejemplo: un estudiante no afronta que no desea estudiar para el examen. Así decide que uno debe relajarse para los exámenes, lo cual justifica que se vaya al cine a ver una película cuando debería estar estudiando.

La teoría psicoanalítica fue un método revolucionario para el tratamiento de enfermedades provenientes de una sociedad reprimida y conservadora. Aunque Freud señaló a la sociedad como la responsable de estos males, el no era propiamente un psicólogo social; sus esfuerzos estaban limitados a la práctica de la medicina.

Freud recomendaba a sus colegas que realizaran la práctica psicoanalítica siguiendo el modelo del cirujano, el cual deja de lado sus sentimientos y la empatía hacia el otro para ser capaz de concentrarse y ejecutar una operación impecable.

1.6.4 Alternativas y escuelas del psicoanálisis

La disección psicoanalítica permitió la clasificación del funcionamiento psicológico, sin embargo pronto surgieron otras escuelas con enfoques diferentes, las cuales tomaron al psicoanálisis como punto de partida.

El psicoanálisis se ramificó en varias teorías alternativas. Por una parte surgieron las teorías de autores que, aunque partiendo del psicoanálisis freudiano, discrepaban con ciertas concepciones clave de la teoría de Freud y formaron escuelas alternativas:

- **Carl Gustav Jung:** discrepaba sobre el origen y destino sexual de la libido, en la interpretación de los sueños, el concepto de inconsciente y la manera de tratar las neurosis. En su teoría destacaron los conceptos de inconsciente colectivo y arquetipo. Su escisión tuvo un carácter traumático, tanto para el psicoanálisis como disciplina, como para las partes implicadas personalmente. Tales discrepancias ocasionaron la salida de Jung de la Asociación Psicoanalítica Internacional y del movimiento psicoanalítico.
- **Alfred Adler:** difería con respecto a la importancia que daba Freud al factor sexual. Adler hipotetizó un *complejo de inferioridad* que explicaría las neurosis y creó un método alternativo para tratarlas. Fue la primera disidencia importante en la historia del psicoanálisis (1908) al crear una teoría paralela que sustituía la libido por el instinto de poder.

- **Otto Rank:** manifestó diferencias con la función del Complejo de Edipo.
- **Karen Horney:** disentía de las ideas de Freud sobre la sexualidad femenina (criticó el que Freud considerase la *envidia del pene* como un fenómeno universal), el origen de las neurosis (a las que atribuía causas culturales), los mecanismos de defensa y la aplicación de los conceptos de Ello, Yo y Superyó en otras sociedades distintas de las que analizó Freud.
- **Anna Freud:** plantea una teoría alternativa acerca del desarrollo, las funciones y los mecanismos de defensa del yo.
- **Frederick Perls:** Su primer tratado *Ego, hambre y agresión* llevaba como subtítulo: *revisión a la teoría y método de Freud*; sin embargo los conceptos de metabolismo mental, formación de figura, Gestalt, equilibrio orgánico, punto cero, holismo, teoría de campo, terapia de concentración, terapia frente a frente, terapia centrada en el presente, atención en lo real, deshacer retroflexiones, concentración corporal, experiencia y experimento, marcaban la separación con el psicoanálisis.
- Por otra parte, se crearon escuelas que ampliaron el psicoanálisis freudiano:
 - la escuela francesa de Jacques Lacan;
 - la escuela inglesa de Melanie Klein: desarrolló conceptos como el *complejo de Edipo temprano*, el *Superyó temprano*, la *posición esquizo-paranoide*, la *posición depresiva*, los mecanismos de defensa y la *envidia primaria*;
 - el psicoanálisis interpersonal de Harry Stack Sullivan y sus derivados posteriores como el psicoanálisis relacional;
 - el psicoanálisis latinoamericano, entre cuyos pioneros cabe destacar a Enrique Pichon-Rivière en Argentina, a Durval Marcondes en Brasil y a Ignacio Matte Blanco en Chile

1.6.5 *El legado del psicoanálisis en la terapia Gestalt*

Los Perls (en Muñoz, 2008) iniciaron su separación del psicoanálisis cuando Frederick presentó un trabajo en el congreso Psicoanalítico de Checoslovaquia, en el que cuestionaba la “etapa anal” del desarrollo como origen de toda resistencia. La teoría de agresión dental de los Perls se consideró como una herejía y se descartó por unanimidad, Esto los llevó a reconsiderar sus aportaciones como disidentes, y en última instancia, a organizar la nueva escuela de terapia Gestalt.

Como figura de una nueva psicoterapia, Frederick Perls declaró:

He estudiado con muchos psicoanalistas a lo largo de estos años. De todos he aprendido y, a excepción de K.Laundauer, todos se han apartado del lineamiento ortodoxo. Por una parte, esto habla de la profunda estimulación que recibimos de Freud, pero por otra demuestra que el sistema está incompleto o es insuficiente. Cuando vivía sumergido en el ambiente psicoanalítico no podía apreciar que los opositores a las teorías de Freud podían tener una buena justificación.

Frederick y Laura Perls (en Muñoz, 2008) estudiaron psicoanálisis con la primera generación de analistas que tuvieron un impacto evidente en el desarrollo de la terapia Gestalt.

Aunque Freud marginó a muchos de sus estudiantes por atreverse a retar la ortodoxia del análisis clásico, el escenario estaba preparado para que florecieran nuevas alternativas.

Rank (en Muñoz, 2008) exploraba el papel del “aquí y el ahora” en el escenario psicoanalítico, mientras que Adler exploraba el papel de la paradoja en la terapia. Federn desarrollaba conceptos preliminares alrededor de las fronteras del yo y Ferenci abogaba por la participación activa del analista y enfatizaba la naturaleza subjetiva de la interpretación. El analista desertor que contribuyó directamente con la terapia Gestalt fue Wilhem Reich.

Durante su periodo de análisis con Reich, Frederick Perls se sintió atraído por un concepto que más tarde se convertiría en uno de los principios centrales de la terapia Gestalt: la autorregulación orgánica. Y más tarde incorporó también la teoría general de Reich sobre la “armadura del carácter”.

Sin advertirlo Reich hizo otra importante contribución a la Terapia Gestalt al acercar a Paul Goodman al resto del grupo Goodman escribió un artículo sobre el trabajo de Reich titulado *El significado político de algunas modificaciones recientes al trabajo de Freud*. Paul Goodman tenía mucho interés en Reich ya que había sido paciente de Alexander Lowen (discípulo de Reich) y compartían los mismos ideales sobre política libertaria y anárquica.

Reich había abandonado por completo su trabajo sobre el carácter y la participación motora en el psicoanálisis, lo cual fue benéfico para la terapia Gestalt ya que había dejado el camino libre para Perls y Goodman.

La terapia Gestalt siempre estará en deuda con Freud y la revolución que inició, tal como lo expresó Frederick Perls en su autobiografía (1969):

Las teorías y la influencia de Freud son muy importantes para mí. Siento una gran admiración y deseos de reivindicación. Me siento profundamente conmovido por su sufrimiento y coraje. Me sorprende lo mucho que logró con herramientas inadecuadas como la psicología de asociación y la filosofía mecanicista. Estoy profundamente agradecido por lo mucho que he evolucionado a partir de mi oposición a él (pág.45).

1.7 Terapia Corporal y Conciencia Corporal

La importancia que tiene el manejo del cuerpo en las distintas terapias humanistas ha tomado gran relevancia en los últimos años, integrando diferentes aspectos que favorecen la toma de conciencia y el concebir al ser humano como un organismo total.

La asociación “mente-cuerpo” es el terreno de exploración de las terapias corporales desde hace años. Existen muchas técnicas que pueden incluirse bajo este rótulo. Buscan que cada persona se reencuentre con la sabiduría innata del cuerpo; que escuche sus mensajes, que le hablan de conflictos reprimidos y de maravillosas vivencias a la espera de ser conocidas; que lo libere de corazas y tensiones para dejarlo expresarse en la gracia natural que todos poseemos cuando se unen pensamiento, sentimiento y acción.

En el terreno de la relación mente-cuerpo ha influido largamente la labor del Dr. Wilhem Reich, un médico psiquiatra contemporáneo de Sigmund Freud. Reich (2005) descubrió que las experiencias emocionales de las personas han cortado su fluidez, constituyendo bloqueos musculares (corazas de carácter).

La Gestalt, si bien no es estrictamente una terapia corporal, se apoya en la experiencia directa del aquí y ahora, en el darse cuenta de lo que sucede en cada instante, y se ayuda de las reacciones corporales para ello.

Cuando una emoción o varias de ellas no pueden ser expresadas se produce una tensión muscular localizada que se vuelve crónica. Este bloqueo se traduce en una manera de pensar el mundo y de pensarse a sí mismo que niega determinadas emociones y que mantiene a la persona lejos de sus experiencias más profundas y de su ser auténtico.

Reich (2005) identificó siete segmentos primordiales de “la coraza”, *el ocular, el oral, el del cuello, el torácico (incluidos los brazos), el diafragmático, el abdominal y el pélvico (incluidas las piernas)*.

Reich descubrió que toda actitud del carácter tenía su correspondiente actitud física y que el carácter del individuo encontraba su expresión corporal en términos de rigidez muscular o de la coraza muscular.

Abordó simultáneamente la relajación de la coraza muscular y los trabajos de análisis. Encontró que el relajamiento liberaba gran cantidad de energía libidinal y ayudaba al proceso del psicoanálisis.

Comenzó aplicando las técnicas del análisis del carácter a las actitudes físicas, analizó detalladamente las posiciones y hábitos físicos de los pacientes con el fin de hacerles ver como suprimían sentimientos vitales en diferentes partes del cuerpo. Hacía que el paciente intensificara una determinada tensión para que se diera más cuenta de ella y para despertar la emoción que había estado encerrada en esa parte del cuerpo.

Descubrió que sólo después de que la emoción reprimida se expresara, se podía abandonar totalmente la tensión crónica. Planteó que la tensión muscular crónica sirve para bloquear una de las tres emociones biológicas fundamentales: la ansiedad, la ira o la excitación sexual. Concluye que la coraza física y psicológica era esencialmente lo mismo.

Los ojos

La coraza de los ojos se manifiesta por medio de una inmovilidad de la frente y una expresión "vacía" de ellos, que parece una máscara rígida. La coraza se destruye haciendo que el paciente abra bien los ojos, como cuando está aterrado, para que mueva los párpados y la frente, obligándolo a tener una expresión emocional y estimulando el movimiento libre de los ojos, dándole vueltas y mirando de un lado a otro.

La boca

El segmento oral incluye los músculos de la barbilla, la garganta y la parte posterior de la cabeza. La mandíbula puede estar muy tiesa o demasiado floja. Las expresiones emocionales de llorar, morderse la rabia, gritar, chupar y hacer muecas, están todas inhibidas por este segmento. La coraza se puede aflojar animando al paciente a que imite el llanto, a que emita sonidos para mover los labios, a que muerda, a que se provoque náuseas y haciendo ejercicios directamente con los músculos.

El cuello

Este segmento incluye los músculos profundos del cuello y la lengua. La coraza funciona principalmente para reprimir la ira y el llanto. Una presión directa sobre los músculos profundos del cuello no es posible, por ello los gritos y los alaridos son medios muy importantes para aflojar este segmento.

El pecho

El segmento del pecho incluye los músculos pectorales, los músculos de los hombros, los escapulares, toda la caja torácica, las manos, los brazos. Este segmento sirve para inhibir la risa, la ira, la tristeza y el ansia. La inhibición para respirar, que es un medio importante para suprimir cualquier emoción, casi siempre tiene lugar en el pecho. La coraza se puede aflojar por medio de la respiración, especialmente expirando totalmente el aire. Los brazos y las manos se emplean para golpear, romper, oprimir, aporrear y tender las manos con ansiedad.

El diafragma

Este segmento incluye el diafragma, el estómago, el plexo solar, los diferentes órganos internos y los músculos de las vértebras torácicas inferiores. La coraza se manifiesta por medio de una curvatura de la espina dorsal hacia adelante, de tal forma que queda un

espacio considerable entre la espalda y la cama. Es más difícil espirar que inspirar. La coraza inhibe principalmente la ira externa. Los primeros cuatro segmentos deben estar relativamente libres antes de que el diafragma se pueda relajar mediante la acción repetida de la respiración y los reflejos de la náusea.

El abdomen

El segmento abdominal incluye los músculos abdominales mayores y de los músculos de la espalda. La tensión de los lumbares tiene relación con el temor al ataque. La coraza en los costados produce cosquilleo y tiene relación con la inhibición del rencor. La disolución de la coraza en este segmento es relativamente simple toda vez que estén abiertos los segmentos superiores.

La pelvis

Este último segmento contiene todos los músculos de la pelvis y de los miembros inferiores. Mientras más fuerte sea la coraza, más se echará hacia atrás la pelvis y más se prolongará hacia afuera. Los músculos glúteos se ponen tensos y duelen; la pelvis queda rígida, "muerta" y asexual. La coraza pélvica sirve para inhibir la ansiedad y la ira, así como el placer. La ansiedad y la ira se originan de las inhibiciones de las sensaciones sexuales de placer y es imposible sentir placer libremente en esta región hasta que la ira haya sido descargada de los músculos pélvicos. La coraza se puede aflojar moviendo primero la pelvis y haciendo que el paciente dé patadas varias veces y golpee la cama con la pelvis.

1.7.1 Escisión del yo con respecto al cuerpo

En gran medida mantenemos la existencia de los aspectos negados del sí mismo a través de su relación con funciones y procesos corporales. Al convertir el sí mismo corporal en "eso" y al relegar el "yo" o el sí mismo identificado a la mente, el cuerpo se ve negado, se escinde al organismo en un "yo", que consiste en pensamiento y habla y en un "ello", que consiste en sentimiento y en expresión no verbal. Entonces experimentamos mucho de lo que llega en la forma de la experiencia corporal como algo alienado de sí mismo y por lo tanto irracional, y la mayor parte de lo que llega en forma de pensamiento y de expresión verbal como algo racional y por lo tanto aceptable a la imagen que tenemos de nosotros mismos.

La fusión del sí mismo negado con el cuerpo resulta del hecho de que muchas funciones orgánicas que debemos negar están arraigadas en nuestra naturaleza física, Así negar esos aspectos o funciones requiere que neguemos los aspectos corporales que están implicados.

El trabajo de mantener esta escisión y de conservar el sí mismo negado fuera de nuestra conciencia, es ayudado por la naturaleza corporal de la represión misma.

Para el terapeuta Gestalt, la represión no es un mero mecanismo “mental” ya que podemos mantener nuestro sí mismo negado fuera de nuestra conciencia evitando físicamente los movimientos intrínsecos a esas partes; esto se puede notar cuando se tensan diferentes partes del cuerpo para evitar el contacto con los demás y así mantener la independencia del sí mismo identificado.

El terapeuta con orientación corporal reconoce cuanto de nuestra existencia está fincada en lo somático y en lo físico, pese a la percepción común de que el uno mismo es mental.

La desposesión del propio cuerpo tiene un rango que va desde el leve distanciamiento de la identidad de uno con respecto a los sentimientos corporales específicos, hasta una negación más grave y penetrante caracterizada por el conflicto acerca de muchos sentimientos y acciones corporales, despersonalización y distorsión más graves y finalmente a la descorporificación psicótica.

El grado en el cual se enajena el proceso corporal tiene una importante relación con la gravedad de la patología y con el grado de contacto con la realidad.

En el extremo de la negación se encuentra la descorporificación vista con frecuencia en la psicosis, donde la persona se ha separado casi por completo de las sensaciones del cuerpo y vive en la fantasía.

Un poco menos graves son los estados donde la percepción del cuerpo está distorsionada, como en el caso de la despersonalización, esto se puede ver en enfermedades como la anorexia nerviosa, en la cual hay una grave distorsión de la percepción del cuerpo; en la crisis neurótica, donde el sentimiento corporal existe pero es experimentado en una forma de separación y en los trastornos límite, donde trozos significativos de sí mismo corporal se han perdido de la conciencia, creando así un sentido de fragmentación y dando lugar a crisis periódicas cuando la persona lucha con la unidad.

El neurótico tiene más capacidad para el contacto con el sí mismo corporal pero tiene un conflicto significativo respecto a sentimientos y acciones particulares.

La negación de estos procesos corporales particulares resulta en depresión cuando son fuertemente evitados del contacto, en ansiedad ante la amenaza de que ocurran dichas funciones de contacto y en síntomas psicósomáticos cuando llegan a una expresión parcial pero distorsionada.

A medio camino entre el neurótico y el “normal” está el “modal” o grado más común de identificación corporal. Se vive la experiencia del cuerpo, pero en frecuencia no en toda su plenitud. Es la forma en que las personas ven al cuerpo como si fuese una máquina, como si

fuera “esto” y no “yo”. La negación es sutil y con frecuencia general en su forma. El tipo modal está levemente distanciado de su experiencia corporal y así apagado un poco todo sentimiento y experiencia.

La persona normal experimenta algo de negación en la experiencia corporal en un menor grado y más de sí mismo está disponible en la conciencia.

La experiencia y conducta somática importantes pueden identificarse plenamente como sí mismo y hay posibilidades de aceptar aspectos corporales que han sido negados como una función de ajustes creativos previos.

En el extremo se encuentra el materialismo somático, se manifiesta en personas que han llegado a concentrarse tanto en su realidad física que ignoran otros aspectos de su ser como el conocimiento, la imaginación o la espiritualidad. El cuerpo se vuelve una figura fija, desplazando todo lo demás de la conciencia.

1.7.2 El proceso somático: mensajes del sí mismo negados

La comprensión tradicional de la resistencia y de los síntomas somáticos surge porque identificamos al sí mismo como un conjunto limitado y estrecho de características y así sentimos que otras partes de nuestro sí mismo son extrañas y ajenas a nuestra meta.

Como la formulación de Perls en cuanto a que los sueños son mensajes existenciales o comunicaciones entre las partes del sí mismo (Perls, 1969), muchos de nuestros inexplicables procesos corporales pueden ser últimamente vistos como mensajes existenciales de partes negadas del sí mismo.

El terapeuta se enfrenta a la tarea de ayudar al cliente a hacer inteligibles los mensajes del cuerpo, y de resolver la situación inconclusa que requirió que la persona alienara ese aspecto del sí mismo y por lo tanto restableciera las brechas en el organismo.

Las siguientes son las tareas del terapeuta:

- 1) Trabajar con el cuerpo para restablecer el contacto con los procesos corporales.
- 2) Desarrollar un vocabulario que describa la experiencia corporal y clarifique el significado de movimientos, sensaciones y otros procesos no verbales.
- 3) Establecer una relación (**diálogo**) entre las partes escindidas del sí mismo.
- 4) Elaborar las situaciones inconclusas de modo que las funciones negadas vuelvan a asimilarse dentro del sí mismo, que se expanda el rango de respuestas posibles y sea factible un nuevo ajuste creativo.

II. MÉTODO DE LA TERAPIA GESTALT

2.1 Holismo

El holismo es una posición metodológica y epistemológica que postula que los sistemas (ya sean físicos, biológicos, sociales, económicos, mentales, lingüísticos, etc.) y sus propiedades, deben ser analizados en su conjunto y no a través de las partes que los componen, consideradas éstas separadamente.

Es el sistema un todo integrado y global el que en definitiva determina cómo se comportan las partes; mientras que un mero análisis de estas no puede explicar por completo el funcionamiento del todo. El holismo considera que el "todo" es un sistema más complejo que una mera suma de sus elementos constituyentes o, en otras palabras, que su naturaleza como ente no es derivable de sus elementos constituyentes.

El principio general del holismo fue resumido concisamente por Aristóteles en sus escritos sobre metafísica *el todo es mayor que la suma de sus partes*. Este concepto se puede definir como el tratamiento de un tema o de un problema de forma de considerar todos sus componentes a través de los cinco sentidos, incluyendo sus relaciones invisibles pero igualmente evidentes o existentes.

Jan Smuts (en Schnake, 1995) es quien tiene una mayor y directa influencia en Perls en su etapa sudafricana con su libro "Holismo y Evolución". En este libro define la frontera entre ciencia y filosofía, acuñando el término Holismo, del griego "Holos" (totalidad) y define la evolución como el desarrollo gradual de series progresivas de totalidades desde lo inorgánico hasta la creación espiritual. Con esta teoría Smuts reacciona al principio de causa-efecto que anula todo progreso y creatividad.

Holismo metodológico:

1. la explicación de un todo no está dada por la suma de las explicaciones de sus partes;
2. una hipótesis no es jamás ni verificable ni refutable singularmente por la experiencia.

2.2 Fenomenología

La fenomenología busca describir los fenómenos tal como se dan, por lo que hay que observarlos libres de prejuicios, críticas e ideas preconcebidas; es un mirar intuitivo y un reportar descriptivo. En la fenomenología hay un rechazo a la absolutización del mundo, es más importante encontrar los significados, pues al comprender lo que algo significa para mí, comprendo también lo que soy.

La filosofía existencialista y la fenomenología se desarrollaron paralelamente en el tiempo y se cruzan por primera vez gracias a la unión que realiza Heidegger; él afirma que no basta con describir los fenómenos, hay que buscar el sentido del ser.

La fenomenología aspira al conocimiento estricto de los fenómenos. Esta última palabra puede inducir a error pues con frecuencia la utilizamos para referirnos a las apariencias sensibles de las cosas, apariencias que no coinciden con la supuesta realidad que debajo de ellas se encuentra. La fenomenología no entiende así los fenómenos, pues para esta corriente filosófica los fenómenos son, simplemente, las cosas tal y como se muestran, tal y como se ofrecen a la conciencia.

El lema de este movimiento es el plegarse a las cosas mismas, el ser fiel a lo que realmente se experimenta, de ahí que propugne la intuición como instrumento fundamental de conocimiento. La intuición es la experiencia cognoscitiva en la cual el objeto conocido se nos hace presente, se nos muestra “en persona”, experiencia opuesta al mentar o referirse a un objeto con el pensamiento meramente conceptual. A diferencia de las corrientes empiristas, la fenomenología no limita la intuición al mundo perceptual sino que acepta varias formas de darse las cosas, varias formas de intuición: cada objetividad se muestra de distinto modo a la conciencia, en función de su propio ser o esencia: las cosas físicas se hacen presentes a nuestra conciencia de otro modo que los objetos matemáticos, las leyes lógicas, los valores estéticos, los valores éticos, o las propias vivencias. La virtud del buen fenomenólogo es su perfección en el mirar, el saber disponer adecuadamente su espíritu para captar cada tipo de realidad en lo que tiene de propia.

Junto con esta tesis, es común al movimiento fenomenológico la idea de que en el mundo hay hechos, pero también esencias.

Los hechos son las realidades contingentes, las esencias las realidades necesarias; la tarea de la fenomenología es descubrir y describir las esencias y relaciones esenciales existentes en la realidad, y ello en cada uno de los ámbitos de interés del filósofo (mundo ético, estético, religioso, lógico, antropológico, psicológico,...). Cuando el fenomenólogo describe lo que ve no se preocupa por el aspecto concreto de lo que ve, intenta captar lo esencial; así,

si se preocupa por estudiar la voluntad, no intenta describir los aspectos concretos presentes en un acto voluntario real sino la esencia de la voluntad y sus relaciones esenciales con otros aspectos de la subjetividad como el conocimiento o la libertad. La fenomenología considera que además de la intuición empírica o percepción existe la intuición de las esencias o formas universales de las cosas. La intuición en la que se hace presente lo universal recibe el nombre de intuición eidética.

El tema de investigación más característico de la fenomenología es la conciencia; se entiende por conciencia el ámbito en el que se hace presente o se muestra la realidad; la realidad en la medida en que se muestra o aparece a una conciencia recibe el nombre de fenómeno.

La característica fundamental que la fenomenología encuentra en la conciencia es la intencionalidad en el lenguaje ordinario llamamos intencional a la conducta hecha mediante un acto de voluntad, a la conducta deliberada; en fenomenología la intencionalidad es una propiedad más básica: se refiere al hecho de que toda conciencia es conciencia de algo, todo acto de conciencia es siempre una relación con otra cosa, un referirse a algo.

La conciencia no se limita al conocimiento: puedo conocer un árbol, puedo percibirlo o pensar en él, pero también puedo vincularme con él mediante otros modos de conciencia: puedo desear estar a su sombra, o imaginarlo con más hojas que las que tiene, o temer que se pueda secar, y tal vez hasta lo puedo amar u odiar.

La percepción, el recuerdo, la imaginación, el pensamiento, el amor, el odio, el deseo, el querer, son distintas formas de darse el vivir de la conciencia. Una importante tarea de la fenomenología es la descripción de los tipos distintos de vivencias, de sus géneros y especies, y de las relaciones esenciales que entre ellas se establecen.

La fenomenología no es un movimiento homogéneo pues se han dado distintas interpretaciones, tanto en la caracterización del auténtico método fenomenológico como en las tesis doctrinales en las que hay que concluir; las dos variantes principales son la fenomenología realista para la que los fenómenos conocidos son reales e independientes de nuestra mente, y la fenomenología trascendental, un nuevo idealismo para el cual la realidad es una consecuencia de los distintos modos de actuación de la conciencia pura o trascendental. El fundador de este movimiento es Edmund Husserl (1859-1938), y los representantes más importantes Alexander Pfänder (1870-1941), Max Scheler (1874-1928), Dietrich von Hildebrand (1890-1978), Martin Heidegger (1889-1976), Jean-Paul Sartre (1905-1980) y Maurice Merleau-Ponty (1908-1961).

2.2.1 La fenomenología como método en la terapia Gestalt

La fenomenología de Husserl (en Spinelli, 1989) trata más de asuntos epistemológicos que de los problemas de la vida cotidiana. Husserl parte de la posición de Kant y Brentano de que es imposible conocer la realidad tal como es más allá de nuestras percepciones y entendimientos propios de la misma.

Lo único que se puede conocer son las apariencias de las cosas porque estamos condenados a permanecer siempre dentro de los límites de nuestra peculiar forma humana de aprehender. Sin embargo los seres humanos no pueden tolerar el sin sentido e invariablemente, significan todas sus experiencias sin importar si el significado refleja o no con precisión el mundo que “está allí afuera” o solo las apariencias.

Aunque los seres humanos pertenezcan a la misma especie y puedan experimentar lo que se les revela en formas parecidas, cada persona tiene su propia percepción e interpretación del mundo compartido.

Husserl desarrollo el método fenomenológico para separar las variables experienciales que se mantienen estables de aquellos elementos interpretativos que se imponen sobre los datos experienciales (Spinelli, 1989).

Los fenómenos muestran regularidades que aparecen en combinaciones y secuencias repetidas. Éstas se pueden describir y se pueden construir modelos intelectuales que las explican y que, algunas veces, permiten hacer predicciones y consecuentemente controlar.

El conocimiento científico se encarga solamente de las regularidades que aparecen en los fenómenos y de los modelos intelectuales que intentan explicar esas regularidades.

Existen tres reglas que operan durante el proceso fenomenológico (Spinelli, 1989). La primera y la más importante para la terapia Gestalt, es la regla de la **epojé**, la cual consiste en poner entre paréntesis cualquier verdad o falsedad de todas las interpretaciones posibles de la realidad.

La segunda es la **regla de descripción**: consiste en proporcionar una descripción desapasionada de las impresiones inmediatas y concretas de los sucesos en lugar de interpretarlos, es decir, “describir” en lugar de “interpretar”.

La tercera es la **regla de horizontalidad o igualdad**: evitar las jerarquías y no suponer que un elemento es más importante que otro. Si separamos a experiencia de las interpretaciones (en la medida que sea posible), y consideramos con detalle las descripciones de una experiencia determinada, podemos sobrepasar la evidencia y formular una serie de hipótesis que, a su vez, nos permitirán corroborar las hipótesis que mejor expliquen la información. El estricto apego a este modelo permite que las descripciones de las experiencias sean más próximas a la experiencia misma.

Si permanecemos abiertos a la experiencia de esta forma nos volvemos también más flexibles desde el punto de vista teórico: somos capaces de reconocer la validez transitoria de los constructos teóricos, es decir, que ratificamos su validez en la medida en que describen de forma completa y consistente los hechos tal como aparecen.

En la terapia Gestalt este método sufre una transformación y se convierte en un fructífero método terapéutico. Para Husserl, el objetivo de la fenomenología es el conocimiento, mientras que para la fenomenología de la Gestalt es la aplicación práctica: los procesos de curación y crecimiento de personas concretas, de grupos e instituciones.

El estilo y la receptividad del terapeuta, recibe las revelaciones del paciente sobre su propia verdad y sobre su manera particular de ser. El requerimiento descriptivo de la fenomenología de Husserl toma, por lo tanto, la siguiente forma: el terapeuta atiende la forma en que se revela cada paciente en particular a través de las palabras que elige para expresarse, de su lenguaje corporal, de los cambios en el tono de voz, en cómo se manifiestan sus reacciones emocionales sobre lo que está diciendo, etc.

En respuesta a lo que el paciente revela, el terapeuta sugiere algunos posibles experimentos y exploraciones que pueden ayudar a ampliar ciertos aspectos de un situación, diversificar las perspectivas y aclarar las conexiones que tienen con otras partes de la experiencia del paciente.

El principio fenomenológico de la epojé, es el principio más importante de los tres antes mencionados, sin embargo dentro del concepto de la Gestalt el significado es muy distinto, en especial a las cuestiones de verdad o falsedad.

La preocupación del terapeuta gestáltico no es saber si el paciente dice la verdad a medida que relata su historia, sino, comprender los significados que da a las personas y a los acontecimientos de su vida. La tarea terapéutica es, en parte, una tarea hermenéutica.

La hermenéutica es un método de interpretación a través del cual se comprende algo sobre la base de sus propios términos, es decir, sin significados importados o impuestos. El proceso de la hermenéutica en la terapia Gestalt consiste en descubrir los significados que el paciente ha dado a las situaciones y a las personas de su experiencia particular y localizar el impacto de estos significados para reconocer como los ha vivido a través del tiempo y de las circunstancias.

El método fenomenológico en la terapia Gestalt es un proceso que busca descubrir como las creencias del paciente y la comprensión de su entorno le ayudan a organizar su experiencia, y el papel que juegan para organizar la base de sus respuestas cognitivas, emocionales y conductuales.

Estos aspectos se vuelven más claros en medida que el paciente desarrolla su capacidad de darse cuenta en el proceso terapéutico. Conforme experimenta y explora los aspectos de su

vida que parecían fijos (aunque en realidad eran intrínsecamente cambiantes y dinámicos), su organización interna se libera y empieza a fluir; el paciente reconsidera sus creencias y como consecuencia intenta nuevos comportamientos y se hace posible el cambio saludable.

El principio fenomenológico de horizontalidad o igualdad adquiere un giro más adecuado a la terapia, no dando la misma importancia a todos los componentes del relato del paciente, sino, que el terapeuta de la Gestalt participa en el encuentro terapéutico con un cúmulo de elementos, experiencias y habilidades profesionales y personales que influyen sobre las respuestas del paciente y el terapeuta pone atención en algunos aspectos que son más importantes que otros, sin embargo no se adhiere a ningún pensamiento ni determina diagnósticos, el terapeuta evalúa constantemente al paciente a medida que este se revela con mayor profundidad.

A diferencia del fenomenólogo husserliano, el terapeuta Gestalt trabaja con el paciente en términos de utilidad y no de verdades absolutas. Todas las acciones están encaminadas a ayudarlo a descubrir la propia y única verdad sobre su vida y aclarar poco a poco como quiere expresarla de aquí en adelante.

La transformación de la fenomenología de Husserl en el método fenomenológico Gestáltico se logró, en parte, gracias a la influencia de la versión existencialista de la fenomenología de Heidegger (1949) así como la afirmación de Buber (1923) de la preponderancia del yo-tu en el encuentro con el otro y la vida del diálogo.

Para Kierkegaard (1954), la fe en Dios y el individuo, y la excepcionalidad de la verdad auténtica de cada uno jugó un papel importante en las ideas de estos pensadores.

La aproximación de Heidegger (1962) a la fenomenología tenía una inclinación más humanística e influyó profundamente a la fenomenología de la Gestalt.

Para Heidegger el pensamiento occidental se había alejado de la experiencia cotidiana del ser humano que era necesario experimentar de nuevo partiendo de las bases mismas de los conceptos importantes.

Heidegger (1962) empleó la distinción que Kant hizo sobre las cosas (las cuales tienen valor primero porque son útiles) y las personas quienes debido a que son las fuentes originarias de valor, no pueden reducirse al nivel de las cosas cuyo valor depende del uso. Buber siguió esta misma tradición e hizo una distinción entre las relaciones de la palabra primaria yo-tu y de la palabra secundaria yo-ello. Para él el hecho fundamental de la vida humana es que es de carácter relacional: “la verdadera vida está en el encuentro”.

Para Buber la relación yo-tú juega un papel importante en nuestra cotidianidad y nos conduce a tratar al mundo y a los demás a través de esta instancia para poder sobrevivir. Considerar a otras personas, a los animales y a las cosas, e incluso a la naturaleza misma por su utilidad es partir de lo más primitivo que tiene el ser humano. La individualidad

excepcional del otro se revela y se recibe, y de este proceso compartido surge la verdadera comunidad y la plenitud de la vida.

III. VISIÓN PSICOSOMÁTICA

3.1 DEFINICION

Históricamente el término psicossomático fue usado para describir problemas de salud física que eran consecuencia de excesiva excitación emocional, afrontamiento inadecuado y estrés crónico (Wimbush y Nelson, 2000): según Kellner (1991, en López y Belloch, 2002), lo psicossomático son enfermedades o dolencias físicas en las que los procesos emocionales y factores psicológicos pueden jugar algún papel (asma, úlcera, entre otras). Wimbush y Nelson (2000) concuerdan con esa definición. Actualmente en el ámbito de la psicología se utilizan tanto el término psicossomático como somatización, siendo este último en el que se centra el *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (DSM-IV)*.

Según la definición de Grinker (1959), la psicossomática es un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural; es un proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural.

En psicopatología, el concepto general de Enfermedad Psicossomática “es toda alteración que afecta a los órganos internos o de la función involuntaria también a la imagen corporal como un todo; que están matizados en su manifestación por las características particulares de la personalidad de cada sujeto”.

Enfatizar la personalidad y carácter de las personas es importante, puesto que determina en conjunción con la predisposición de determinados órganos, el tipo de enfermedad y la forma en que la vivencia cada individuo, el lenguaje específico de cada persona para relacionarse consigo misma y con el entorno, así como la forma de vida que ha configurado para obtener el sentimiento de seguridad que la enfermedad le proporciona.

En las enfermedades psicossomáticas los factores psicológicos juegan un papel singular y relevante en su gestación, en su evolución o en su resolución. Están mediadas por conflictos específicos, por problemas situacionales en las vidas de las personas, o mediadas por el estrés.

Para el tratamiento de estas enfermedades no solo se debe tomar en cuenta el factor psicológico, sino que se suele requerir la intervención de distintos profesionales de la salud.

Cabe destacar la diferencia entre las somatizaciones histéricas y la enfermedad psicósomática. Las somatizaciones histéricas están más próximas al síntoma histérico que las propiamente llamadas enfermedades psicósomáticas, sin embargo en ambas la angustia está presente.

En la histeria, el síntoma expresa un conflicto edípico, su finalidad es evitar hacer consciente dicho conflicto a la vez que se obtiene un beneficio que es evitar la angustia que tal deseo culpabilizador provoca (el síntoma puede variar).

La enfermedad psicósomática tiene su origen en etapas anteriores (etapa preverbal) ya que al no poder expresar con palabras los disgustos o malestares por situaciones carenciales u opresivas se encontró al cuerpo como única forma de expresión. El enfermo psicósomático tiene una forma específica de enfermarse.

La enfermedad psicósomática tiene implicaciones y características más graves, a tal punto que puede llegar a causar la muerte (como es el caso de la anorexia o la colitis ulcerosa, entre otras).

Cuando el individuo experimenta situaciones por lo general amenazantes, en las que necesita dar libre curso a su energía a través de la acción y que implica actos en el que manifieste agresividad, decide bloquear esta expresión, volviendo la energía hacia sí mismo (retroflexión) provocándose por consiguiente un aumento de la tensión, que desencadena una excitación sostenida del sistema nervioso central en sus ramas simpática o parasimpática de acuerdo con el proceso de autorregulación, ocasionando con esto el fenómeno fisiológico que afecta a los órganos regidos por las ramas vegetativas o las que corresponden a la vida de relación.

En lo que se refiere a las alteraciones de las funciones vegetativas, como resultado de la inhibición de impulsos hostiles o defensivos en donde se afecta la rama parasimpática del sistema nervioso, se pueden mencionar entre otros, los siguientes trastornos; úlcera péptica, constipación, diarrea, colitis, estados de fatiga y asma. Por lo que respecta a la rama simpática se encuentran la migraña, la hipertensión, el hipertiroidismo, las neurosis cardíacas, la artritis, el síncope vasopresor, y se estudia la presencia de la diabetes.

<i>Trastorno Hipocondríaco</i>	<i>Trastorno Histérico</i>
El síntoma corporal es puro contenido mental, no tiene forma ni topografía, es un daño que tiene la posibilidad de adquirir la dimensión de un delirio (como en el síndrome de Cotard).	El síntoma corporal puede alcanzar la mayor formalización y la más precisa topografía (ej. Ceguera) pero sigue siendo puro contenido mental, que adscrito al ámbito de la conversión esconde una trama psíquica más compleja que en el caso anterior.
<i>Trastorno funcional</i>	<i>Trastorno Psicósomático</i>
El síntoma corporal es el acompañante	El síntoma corporal tiene toda la solidez y

<p>fisiológico de un estado emocional, el cual compromete en mayor medida el funcionamiento de los órganos y sistemas que en los casos mencionados antes. Sus territorios de elección son las áreas cardiocirculatoria, digestiva o neuromuscular, y sus síntomas (gastralgias, vómitos, precordalgias, etc.) dan lugar a consultas donde muchos consideran legítimo hablar de trastornos psicossomáticos.</p>	<p>estabilidad de los síntomas somáticos, propiamente dichos, constituyendo las enfermedades y síntomas al modo médico. Lo psicossomático implica que los factores psicológicos juegan un papel importante en su causa o desarrollo, y por ello mismo deben ser atendidos en la estrategia terapéutica.</p>
--	---

Tabla 1.- Diferencias entre hipocondría, trastorno histérico, trastorno funcional y trastorno psicossomático.

3.2 ANTECEDENTES

3.2.1 *Medicina primitiva*

La era prehistórica es definida como la era del espíritu ya que a este se le consideraba como una fuerza omnipotente que controlaba el destino del hombre.

En la medicina primitiva no existe distinción alguna entre enfermedad orgánica, funcional o psicossomática, ya que como señala F. Guerra el concepto de enfermedad tiene un origen mágico imposible de ser disociado de las creencias mágico-religiosas de cada cultura. La causa de la enfermedad proviene de fuentes tan diversas como la infracción de un tabú, el hechizo, la intrusión de un cuerpo extraño, o la posesión de un espíritu maligno.

El concepto de “enfermedad” viene desde el principio absolutamente determinado por la sociedad y su cultura.

En general, en el proceso diagnóstico, el médico primitivo recurre al interrogatorio privado con el enfermo y su posterior confesión que posee un alto valor catártico. Paralelamente se utilizaban métodos mágicos de adivinación que variaban según las diferentes culturas.

La curación dependía en buena parte del poder de sugestión en el binomio de la relación médico-enfermo.

Se puede concluir que el hombre primitivo contemplaba de una forma holística la relación mente cuerpo en su concepción fuertemente espiritual de la enfermedad. (Kaplan, 1982).

3.2.2 Medicina egipcia y Asirio-babilónica

En la cultura egipcia, así como en la asirio-babilónica, se mantienen los restos de la concepción de la medicina primitiva, donde la enfermedad y la muerte se atribuían a causas sobrenaturales, tales como los dioses, los espíritus de los muertos, así como los deseos malignos.

Al mismo tiempo, comienza a aparecer un cierto escepticismo frente a las prácticas religiosas como únicas fuentes de curación y algunos médicos y sacerdotes buscan otros métodos, fundamentalmente a través de la cirugía y de la administración de drogas. Desde el 2500 a.C., la medicina comienza a dividirse aunque el predominio de una concepción mágico religiosa de la enfermedad es claramente predominante.

En la tradición asirio-babilónica, así como en la egipcia, se resalta el carácter punitivo de la enfermedad por la transgresión de una norma social o espiritual. (Kaplan, 1982).

3.2.3 Medicina India

Las teorías médicas y sus prácticas en cualquier sociedad, dicen mucho acerca de las creencias sociales y escala de valores de una cultura determinada.

En contraste con la medicina occidental, el Ayurveda ha sido uno de los principales artífices del sistema de creencias culturales más que un espejo de ellas.

A la persona en el Ayurveda se le concibe como viviendo simultáneamente en diferentes órdenes del ser que comprende lo físico, psicológico, social y metafísico. La medicina se encuentra centrada en la persona y no en la enfermedad.

El énfasis filosófico en la totalidad de la persona, se refleja en el tipo de diagnóstico que realiza el médico ayurvédico. El examen médico incluye las esferas emocional y social del paciente. Se le instruye para el “entendimiento del paciente”: sobre la naturaleza de sus acciones, la intensidad de sus apegos, capacidad de entendimiento, su agresividad, etc.

Pero además de obtener un alto conocimiento sobre los rasgos de su personalidad, éste debe ser complementado por la adquisición de una familiaridad total con su contexto familiar, social, geográfico y cultural.

La persona en la visión monista india del mundo, es vista como un microcosmos; todo lo que es parte del cosmos tiene su homólogo dentro de la persona (Kakar, 1989).

3.2.4 Medicina griega

En sus orígenes, la medicina griega fue fuertemente influida por la medicina egipcia. En la antigua Grecia, la enfermedad se concebía como acto punitivo por parte de los dioses que castigaban las faltas colectivas y las individuales. Surge la medicina Teúrgica, que tenía una orientación fundamentalmente profiláctica. Se trataba de evitar la enfermedad con sacrificios rituales a los dioses, al mismo tiempo que utilizaban los ritos de expiación y de catarsis, a través de los cuales se procuraba expulsar la enfermedad del cuerpo. (Guerra 1989).

El inicio de una actitud científica en la medicina griega, fue el resultado del interés por el cuerpo humano asociado a la creación de gimnasios y olimpiadas, pero el nacimiento de la medicina Hipocrática fue todavía más importante, la influencia de los filósofos presocráticos preocupados por explicar el origen de la constitución del mundo material.

De las diferentes escuelas, fue la de Kos en el siglo VI a.C. la que más claramente concebía al enfermo como un todo, siendo la enfermedad considerada como una reacción del cuerpo, frente a las materias resultantes del desequilibrio de los humores.

A Hipócrates (460-370 a.C.), destacado alumno de Kos, se le considera como padre de la concepción científica de la medicina desligada de la religión y la filosofía. (Laín Entralgo, 1958). Hipócrates recogiendo la doctrina de los filósofos presocráticos, sostiene que todas las cosas tienen una naturaleza propia (physis).

De aquí parte su consideración de que la función primordial del médico es conocer técnicamente la naturaleza de los enfermos y mediante el dominio del arte restablecer la armonía.

Los trastornos emocionales podían, desde la concepción hipocrática del enfermar, producir un desequilibrio físico. Pero fue Platón en el *Timeo* donde más claramente señala que los trastornos del alma acarrear trastornos corporales.

El equilibrio psíquico de las emociones aparece como una condición necesaria para la salud somática. La hipótesis fundamental de la unidad funcional soma-psyche, base de la medicina psicosomática, se encuentra desde el mismo origen de la medicina occidental.

3.2.5 Pervivencia del paradigma antiguo

Laín Entralgo define el paradigma antiguo del diagnóstico médico como “la actividad del médico que consiste en combinar metódicamente la recta visión de lo que puede verse con una razonable figuración imaginativa de lo que podría verse y de hecho no se ve”.

La utilización de la experiencia sensorial para estudiar y conocer la realidad, comienza en Grecia alrededor del siglo V a.C. Es la información que proviene de la observación directa del cuerpo del enfermo la que cuenta y no el discurso de este. Se trata de armonizar la sensación y la razón, lo que va a constituir el legado fundamental de Hipócrates y posteriormente de Galeno.

La medicina islámica y medieval, fue fuertemente influida por los textos Galénicos, y la patología se mantuvo basada en la doctrina humoral explicada como un desequilibrio en la armonía natural de los hombres.

La medicina medieval, no obstante se nutre de otras fuentes como los pueblos germánicos que siguieron practicando la medicina primitiva de carácter Teúrgico.

De nuevo son los dioses los que a través de su voluntad provocaban las enfermedades. Un fuerte carácter punitivo de la enfermedad es claramente observable en los sacrificios y exorcismos que practicaban.

La edad media se caracteriza por una clara influencia religiosa en todos los órdenes.

Por otro lado, desde la baja edad media, aparece un crecimiento en el conocimiento formal y verbal de la filosofía escolástica. Se busca un saber material y real.

3.2.6 Medicina del renacimiento

Después de mil años de dominación religiosa en todos los órdenes del ser humano, el renacimiento supone una vuelta al estudio del mundo material, alejándose del espíritu. La tradición anatómica clásica Galénica vuelve a florecer.

Recibe su impulso de los artistas italianos que tratan de representar al cuerpo humano en una imagen tridimensional. Las disecciones de los cadáveres, sirven para estudiar al natural con todo tipo de detalles los problemas de la perspectiva anatómica.

Vesalio (1514-1564), destacado médico y cirujano, en su libro *La fábrica*, intenta fundar una medicina deducida de las experiencias de las disecciones en contra de las descripciones literarias. (Guerra, 1989).

La medicina de esa época se focaliza en el estudio del soma, dejando de lado todo lo concerniente al mundo psíquico para ser estudiado desde otras ciencias, específicamente desde la filosofía. La influencia psíquica sobre lo somático, se rechaza como acientífica.

El renacimiento se caracteriza por una creciente necesidad de certidumbres firmes acerca de la realidad del mundo. Es el reino de la experiencia concreta, de una realidad incuestionable, no conjetural.

Se abre así el paradigma moderno del diagnóstico médico que reduce el juicio diagnóstico “a la visión directa o indirecta pero en todo caso real, no imaginativa, de aquello que para el médico es la realidad misma del proceso observado”. (Lain Entralgo, 1982).

3.2.7 La medicina y el Positivismo

La filosofía positivista con la que se relaciona la medicina contemporánea, solo quiere reconocer como propios los hechos experimentales más allá de las teorías. Mantiene un interés exclusivamente anecdótico.

Con la utilización del método experimental y el descubrimiento de nuevos instrumentos de observación y medición, se fue transformando progresivamente la relación médico-enfermo para reducirse a la relación médico-enfermedad. (Clavreul, 1983).

La orientación puramente empírica de la medicina ilustrada, tuvo su contrapunto en el movimiento romántico de la filosofía natural en Alemania que impregnó la doctrina médica hasta el primer tercio del siglo XIX. Se volvió a plantear la vieja pugna entre naturaleza y espíritu.

El positivismo con su estudio de las funciones de los órganos, según las leyes de los fenómenos físico-químicos, y a través de la observación y del experimento, fue sustituyendo a las especulaciones sobre las causas finales provenientes de la filosofía natural.

Los médicos se separan del discurso del paciente para adoptar en su lugar las pruebas objetivas obtenidas del examen físico. Se busca una evidencia médica que tenga las cualidades de estandarización y reproductibilidad.

Autores como Freud, Cannon, Wolff, Paulov, y Weizsäcker, abrieron nuevas líneas de investigación que posibilitaron el verdadero nacimiento de la medicina psicosomática.

3.2.8 *Medicina antropológica*

A raíz de la primera guerra mundial, un grupo de médicos produjeron una innovación de las enfermedades orgánicas paralela a la que Freud había introducido en las enfermedades mentales.

A Viktor von Weizäcker, se le ha considerado como el máximo representante de la escuela de Heidelberg y el verdadero padre de la medicina antropológica. Desde su punto de vista, la relación del sujeto (yo) con el mundo base de toda teoría de la realidad humana, no puede ser interpretada por una cadena causal de estímulos y de respuesta.

El yo y el mundo como formas contradictorias están unidos circularmente de forma que el yo determina el ser del mundo y el mundo determina el ser del yo.

Respecto a la percepción, tanto el sujeto como el yo se encuentran fundidos en la percepción misma.

De esta teoría del círculo, Weizäcker deduce la integración de lo psíquico y lo somático. Desde esta perspectiva, se contempla como en el fondo de lo psíquico está lo orgánico y viceversa, sin que se pueda deducir una relación de lo causal.

La enfermedad no puede estudiarse como si de un fenómeno natural se tratase, sino que se encuentra ligada al sujeto que enferma. Propone que a la enfermedad se le tiene que ver como “un modo de ser del hombre”.

La enfermedad no es solo pasiva ni tampoco solo reacción orgánica, sino que también es obra de la persona. La expresión de lo psíquico y lo somático, es regida por el doble principio de la equivalencia y la mutua representatividad. (Laín Entalgo, 1982).

3.2.9 *Paradigmas actuales en psicosomática*

En 1911 Cannon realizó estudios sobre los efectos fisiológicos de las emociones, encontró que estos repercuten en todos los niveles del organismo por intermedio de las vías corticotalámicas y nerviosas autónomas.

Selye, generó la teoría del stress y trabajó con el síndrome general de adaptación, los cuales desembocan en la noción de enfermedades de adaptación (úlceras del duodeno, hipertensión arterial esencial).

Por su parte Sigmund Freud estableció los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicosomática del individuo.

Frantz Alexander (1930, escuela de Chicago) elaboró la noción de “constelaciones psicodinámicas” características de ciertas afecciones somáticas, era un sistema coherente sobre la especificidad de las enfermedades psicosomáticas mayores, situando paralelamente conflictos específicos, en el sentido psicoanalítico del término, y ciertas modificaciones fisiológicas.

Alexander (1952) consideraba que la musculatura de inervación voluntaria podía ser asiento de síntomas de conversión de tipo histérico y, como demostró Freud, estos síntomas resuelven un conflicto interno de forma patológica. Por el contrario las neurosis del sistema visceral neurovegetativo serían los concomitantes fisiológicos de ciertas emociones y no tendrían el valor de los síntomas de conversión, es decir resolver conflictos. Las enfermedades psicosomáticas originarían inervaciones erróneas crónicas ligadas al sistema neurovegetativo que, según la teoría fisiológica de Alexander, prepara a la lucha o a la fuga en situaciones difíciles.

Según Alexander si dos tendencias de base (tendencia a la lucha y tendencia a la retirada) son bloqueadas, se desencadenaría un trastorno neurovegetativo interno que correrá el riesgo de volverse crónico.

Para Alexander existen dos tipos de enfermedades psicosomáticas: una es la expresión de tendencias hostiles agresivas (lucha y fuga) bloqueadas, es decir, no se traducen al comportamiento manifiesto; mientras que la otra es la expresión de tendencias inhibidas a la dependencia y a la búsqueda de apoyo; así las respuestas viscerales crónicas dan como resultado trastornos de las funciones viscerales que serían las enfermedades psicosomáticas.

Desde el punto de vista de Alexander y French (1952), el problema de la especificidad puede resumirse de la siguiente forma:

1. Una teoría única no puede resumir todos los aspectos psicosomáticos ya que algunos son de naturaleza puramente histérica. Mientras que otros parecen concomitantes vegetativos de una tensión emocional crónica.
2. No obstante, la mayoría de los síndromes que forman parte del grupo que llamamos enfermedades psicosomáticas o neurosis vegetativas parecen asociarse bastante a menudo a ciertos tipos caracterológicos o constelaciones emocionales.
3. En todos los casos se debe tener en cuenta un factor constitucional.
4. Las constelaciones emocionales desempeñan un papel etiológico junto con otros factores complejos.

Un paciente vulnerable en un órgano en específico o en un sistema somático, en el que se encuentra una constelación psicodinámica característica, presentaría la enfermedad correspondiente si se encuentra ante una situación exterior que movilice sus conflictos primitivos y altere las defensas que ha elaborado contra ellos. Si no se da esta situación

exterior, es posible que a pesar de sus características emocionales y vulnerabilidad del órgano, la enfermedad no se desarrolle.

En esta perspectiva psicogenética la enfermedad pasa a ser producto de cierto número de factores entre ellos “las relaciones emocionales que producen angustia” así como la agresividad y las actitudes afectivas que esas relaciones traen consigo y que a su vez aumentan la tensión crónica y se vuelven patógenas por exceso de de excitaciones viscerales, lo que genera un círculo vicioso psicosomático.

El modelo teórico de Alexander, incluido su modelo psicológico se encuentra hoy superado. El acento puesto en la especificidad debe ser matizado: no puede ser especificad en el sentido de “lenguaje de órganos” más que para un periodo limitado y no fijado indefinidamente. Sin embargo se puede mantener aun hoy la especificidad de ciertos rasgos predominantes de los conflictos intrapsíquicos y el estilo interpersonal (relación de objeto).

Otra teoría sobre la especificidad psicosomática ha sido elaborada por Harold Wolff y sus discípulos Grace y Graham. Wolff pone en duda la especificidad del conflicto de personalidad. Para él solo existe una especificidad de la respuesta funcional del individuo. En su perspectiva, lo específico es la significación de una situación por la que existe una respuesta a nivel de vivencia psíquica y otra a nivel del cuerpo.

Wolff postuló que los diversos stress constituyen un peligro frente al cual el individuo pone en marcha reacciones corporales adaptativas, protectoras, defensivas u ofensivas. Estas reacciones sobre todo las defensivas, dependen de diferentes sistemas de órganos.

Según su teoría, los acontecimientos de la vida actúan sobre el estado general, en efecto, a las personas que han sufrido adversidades difíciles de soportar tienen más probabilidades de padecer enfermedades de diversas etiologías que los que han tenido una vida más fácil.

Groddeck (en Hanyal y Pasini, 1984) estudió el “lenguaje de los órganos”, para él, los trastornos psicosomáticos viscerales pueden interpretarse de acuerdo a los mecanismos de conversión simbólica. Su material proviene de terapias profundas, según el modelo psicoanalítico.

Félix Deutsch (en Hanyal y Pasini, 1984), uno de los pioneros junto a Franz Alexander, propuso una “anamnesis asociativa” libre que influyo ciertamente sobre el método de investigación psicoanalítico de los enfermos psicosomáticos de P. Marty (2003) y su escuela.

Las teorías de Kubie, Margolin y Grinker (1959) sobreentienden que la matriz de los trastornos psicosomáticos se asienta desde los primeros meses de la vida: consiste en una regresión a un estado de diferenciación insuficiente entre la biología y la psicología.

Por otra parte, todos estos autores están más o menos de acuerdo en que el hecho de que, desde el punto de vista psicoanalítico, los enfermos psicossomáticos graves presentan puntos de fijación y de regresión que se sitúan en un periodo de evolución pregenital.

Meng hablaba de “psicosis de órgano” y para muchos autores las personas sujetas a enfermedades psicossomáticas mayores estarían en la zona entre neurosis y psicosis.

La escuela de P. Marty, parte de la observación de que en la entrevista los enfermos psicossomáticos se comportan de distinta forma que los neuróticos. Sus fantasías son pobres o inexistentes y solo emergen contenidos concretos “razonables”, un pensamiento “operatorio”. Estos sujetos estarían de cierta manera separados de su inconsciente e hiperadaptados a su entorno.

La regresión del enfermo psicossomático, sería una regresión del Yo a un nivel defensivo primitivo, con fuertes tendencias autoagresivas y autodestructivas que estos autores relacionan con el sentido de muerte. Esta fijación a un nivel narcisista y a una fusión sujeto-objeto imposibilita una relación objetal verdadera, incluyendo la relación transferencial. El sujeto se identifica solo con el objeto, comprende al otro como una duplicación proyectora de sí mismo.

A partir de observaciones de situaciones que no entraban en el marco de las “conversiones histéricas” ni en el de las “neurosis actuales”, algunos psicoanalistas de la sociedad Psicoanalítica de París, a quienes se unió L.Kreisler, formaron un grupo de reflexión e investigación. Con la dirección de P. Marty, crearon la escuela psicossomática de París. Allí la psicossomática logró su autonomía y alcanzó la condición de disciplina científica.

3.3 DILEMA MENTE-CUERPO

El estudio de la historia de la filosofía muestra que la interacción de estos dos principios, cuerpo y alma, *soma* y *psique*, ha sido objeto de reflexión constante desde Anaxágoras, hacia los años 500-428 antes de nuestra era, que hizo la distinción entre *psique* y *soma*.

Este dualismo lo mantuvo Platón (427-347 antes de nuestra era) y lo retomó y elaboró el hilemorfismo de Aristóteles (384-322) según el cual el alma da la forma (*morphé*) al cuerpo (*hylé*, materia), siendo el primero el principio vital del segundo, que era concebido como una unidad estrecha con el psiquismo (una unidad sustancial).

La filosofía aristotélica se hizo predominante en la edad media bajo la forma de santo Tomás de Aquino. Más tarde. Con Descartes, el dualismo lejos de desaparecer se acentuó y

quedó fijado. Paralelamente desde la antigüedad existieron tendencias unitarias. Demócrito hizo una interpretación materialista y anatómica de los fenómenos psíquicos, estas tendencias de una forma u otra se manifestaron y reforzaron a partir del siglo XVIII con el surgimiento del empirismo con exponentes como Hobbes (1588-1879), Locke (1806-1704), Berkeley (1685-1753), Hume (1711-11776); posteriormente con el asociacionismo de Mill (1806-1873); y por último con el positivismo, el materialismo y el neopositivismo en el siglo XX.

La hipótesis de base de la medicina psicosomática es la unidad funcional psique-soma.

El reconocimiento, relativamente general a un nivel filosófico y científico, de una unidad funcional psique-soma, ha sido una de las condiciones previas para que se introdujeran en el terreno científico problemas que darían nacimiento a la medicina psicosomática.

NOMBRE	TEORIA	FORMAS	PUNTO DE VISTA	REPRESENTANTES
Monismo	Existencia de un solo principio en el hombre: cuerpo o alma.	<ul style="list-style-type: none"> • Idealismo • materialismo 	<p>El alma espiritual es la única realidad</p> <p>El cuerpo material es la única realidad</p>	<p>Hegel</p> <p>Hobbes, Cabanis, Haeckel, de La Mettrie.</p>
Dualismo	Existencia de dos principios diferentes en el hombre: cuerpo y alma.	<ul style="list-style-type: none"> • Hilemorfismo • Interaccionismo • Paralelismo • Paralelismo psicofísico 	<p>Cuerpo y alma forman una sola sustancia.</p> <p>Cuerpo y alma son dos sustancias que se influyen recíprocamente.</p> <p>Cuerpo y alma son dos sustancias que actúan independientemente.</p> <p>Cuerpo y espíritu son dos aspectos diferentes del hombre.</p>	<p>Aristóteles, Tomás de Aquino.</p> <p>Descartes</p> <p>Leibniz</p> <p>Wundt</p>

Tabla 2.- El dilema mente-cuerpo

3.3.1 *El enfoque psicosomático actual*

En el momento actual el enfoque psicosomático se caracteriza por que pretende idealmente ser una síntesis, en función a un enfermo individual, de todas las explicaciones procedentes de horizontes diversos; una práctica integrativa que supondría que el médico posee la capacidad de asimilar y relacionar informaciones obtenidas por distintos métodos (exámenes clínicos, de laboratorio, observación de relación médico-enfermo, expresiones psíquicas del enfermo, informaciones procedentes de la familia y de su medio ambiente). Se trata de una aproximación al hombre enfermo en su totalidad y no a una enfermedad aislada de su contexto.

Constituye una especialidad en la que equipos interdisciplinarios (agrupando a somaticistas y representantes de las ciencias humanas: psicología, psicología experimental, psicosociología, psicoanálisis, sociología, antropología, etc.), se unirían tras la meta común de la investigación e intentarían por distintos métodos agrupar un cierto número de conocimientos y de informaciones. En este sentido, se puede hablar de medicina psicosomática, pero que, idealmente estaría abocada a confundirse con la misma medicina en la medida en que las investigaciones médicas fueran englobando progresivamente los factores psicológicos.

Mientras tanto y teniendo en cuenta las especializaciones existentes en el ámbito de la salud, sigue siendo legítimo mantener una especialidad que haga hincapié en la importancia de la investigación de las interacciones *psique-soma*.

La distinción tradicional entre histeria e hipocondría por un lado y enfermedades psicosomáticas por otro, presenta un interés práctico.

En las neurosis, como la histeria y la hipocondría, las alteraciones psicopatológicas están en primer plano. La histeria implica especialmente al cuerpo a través de los síntomas de conversión, trastornos de la musculatura voluntaria y de las distintas aferencias sensoriales. Así mismo, la hipocondría manifiesta, a través de diferentes percepciones del cuerpo, las angustias que enmascaran una estructura depresiva a menudo grave, dentro del marco de los estados límite.

En la depresión y en la neurosis de angustia, se encuentran frecuentemente trastornos físicos concomitantes aunque los trastornos psicopatológicos siempre están en primer plano.

Se ha hablado de especificidad psicosomática; no obstante, esta no desempeña un papel importante en los trastornos funcionales, por ejemplo, la diarrea puede ser una manifestación de angustia en cualquier situación conflictiva. Dicha especificidad sólo puede aceptarse con verosimilitud si se refiere a las denominadas enfermedades psicosomáticas propiamente dichas.

Aunque aquella no corresponda en la actualidad a nuestras concepciones, se puede no obstante conservar la distinción histórica entre enfermedades psicofuncionales y enfermedades psicosomáticas propiamente dichas, asignando a estas últimas las enfermedades de etiología multifactorial con una participación psíquica más importante.

La experiencia emocional determina el vínculo entre los fenómenos psíquicos y los somáticos, incluso en el caso de las emociones frustradas que solo se manifiestan a través de cambios de ciertos parámetros corporales, sin que la emoción llegue a la conciencia.

Si se examina longitudinalmente el transcurso de la vida se puede observar que la incidencia de las enfermedades de tipo neurótico y psicosomático aumenta en las épocas de cambio. Esto se explica por el hecho de que todo cambio exterior implica el replanteamiento del equilibrio adquirido y exige un reajuste del individuo que se ve enfrentado a la pérdida (autorregulación orgánica).

3.4 PRINCIPALES ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

La medicina reconoce la importancia de los procesos emocionales en la aparición y desarrollo de algunas enfermedades, pero este proceso es difícil de cuantificar y precisar por depender de factores y variables difíciles o imposibles de estudiar con el método científico.

Ejemplos de procesos psicosomáticos son:

- El rubor, es un hecho psíquico que conduce a un cambio somático visible y evidente.
- La hipertensión arterial ante situaciones de estrés.

Ejemplos de enfermedades en las que se sospecha que el factor psicosomático puede tener gran importancia son:

3.4.1 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

La hipertensión crónica es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como para la enfermedad cerebrovascular y renal. Se sabe también que los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres, situación que se modifica cuando la mujer llega a la menopausia, ya que antes de esta posee hormonas protectoras que desaparecen en este periodo, a partir de ese momento la frecuencia se iguala, por lo tanto la mujer debe ser más vigilada para esta enfermedad en los años de la menopausia.

La hipertensión arterial, de manera silente, produce cambios en el flujo sanguíneo, a nivel macro y microvascular, causados a su vez por disfunción de la capa interna de los vasos sanguíneos y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, que son las responsables de mantener el tono vascular periférico. Muchos de estos cambios anteceden en el tiempo a la elevación de la presión arterial y producen lesiones orgánicas específicas.

En el 90 % de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.

Los *stress* psicológicos y las alusiones a conflictos actúan sobre algunos parámetros cardiovasculares (pulso, tensión arterial).

Entre las disfunciones psicósomáticas del aparato cardiovascular se distinguen:

- 1) Los trastornos funcionales.- pueden considerarse como las manifestaciones somáticas de las emociones fundamentales tales como ansiedad o depresión. La emoción puede ser según el caso, desviada en mayor o menor medida (como en ciertas crisis de palpitación o taquicardia) y los síntomas pueden adquirir un valor de expresión simbólica mayor o menor “lenguaje del cuerpo”.
- 2) Enfermedades psicósomáticas mayores.- tales como el infarto al miocardio y la hipertensión en ellas, los factores psicológicos tienen un papel parcial en el conjunto de la red etiopatogénica. En el infarto al miocardio por ejemplo se deben tomar en cuenta los factores de riesgo somáticos (hipertensión, tabaquismo, inactividad física, obesidad), así como la predisposición hereditaria, además del impacto de una situación desencadenante (situación conflictiva que adquiere un significado específico de acuerdo a la personalidad del sujeto).

El paciente hipertenso se caracteriza por su extrema inhibición para satisfacer una u otra de sus tendencias mayores, es incapaz de expresar sus deseos agresivos de independencia y al mismo tiempo, de satisfacer sus necesidades de dependencia pasiva. Tiende a somatizar su agresividad ya que no la expresa sino que por el contrario, la niega y la vuelve contra sí mismo.

3.4.2 Úlcera péptica

Una úlcera es toda lesión de la piel o membrana mucosa con forma crateriforme (forma de un cráter, al perderse parte del tejido) y con escasa o nula tendencia a la cicatrización.

Una úlcera péptica o *ulcus péptico* es aquella que afecta la mucosa que recubre el estómago o el duodeno (la primera parte del intestino delgado). Se clasifican en úlceras gástricas y úlceras duodenales, estas últimas son mucho más frecuentes. Las úlceras pépticas pueden aparecer tanto en las mujeres como en los hombres desde la infancia hasta edades avanzadas. Se trata de una enfermedad común que afecta a una de cada 10 personas en algún momento de su vida.

La causa de la úlcera es un desequilibrio entre los factores agresivos para la mucosa gastroduodenal y los defensivos. Entre los agentes agresivos los más importantes son la secreción de ácido gástrico que se realiza por las células parietales -secretoras de ácido clorhídrico-, la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* (causante de la mayoría de los casos) y los tratamientos con medicamentos Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como la aspirina y el ibuprofeno. Los factores protectores son la secreción gástrica de moco y bicarbonato, el flujo sanguíneo adecuado a la mucosa gastroduodenal, los mecanismos naturales de reparación de la mucosa y la secreción de prostaglandinas que estimulan la producción de moco y bicarbonato.

La úlcera péptica es una enfermedad multifactorial en la que actúan a la vez:

- La hipersecreción de la pepsina como factor erosivo que actúa sobre la mucosa gástrica.
- La disminución de la resistencia de la propia mucosa

Los estudios de Mirsky y cols. (en Haynal y Passini, 1984) Han evidenciado la existencia de tres factores que influyen en el desencadenamiento:

- 1) Son sujetos hipersecretorios
- 2) Muestran una problemática de dependencia frustrada (determinable a través de test o entrevistas clínicas).
- 3) Se encuentran en una situación conflictiva que frustra su deseo de dependencia.

Lanfranchi (en Haynal y Passini, 1984) ve en la reactividad psicovisceral de los ulcerosos una respuesta caracterizada por una inhibición de la motilidad y un aumento de la secreción.

Según la hipótesis de Mirsky las estructuras ulcerosas se reclutan entre los sujetos hipersecretorios desde su nacimiento y que por ello nunca estuvieron satisfechos con el alimento recibido de su madre, su relación con ella sería dolorosa y, el hecho de no haber recibido alivio jamás, dejaría en su carácter rasgos llamados fijaciones orales, estos rasgos se manifestarían por una especie de “insaciabilidad oral”.

3.4.3 Síndrome de colon irritable

El síndrome de intestino irritable, también llamado colon irritable, colitis funcional o neurosis intestinal ("SII" o "IBS" por sus siglas en inglés), es una enfermedad digestiva crónica de origen desconocido y que afecta de manera desigual a un amplio porcentaje de la población.

Es un conjunto de trastornos funcionales de los intestinos bastante común; causa de entre el 20 y el 50% de las visitas a los gastroenterólogos. Existen tres tipos de SII, dependiendo de qué síntoma es el que predomina: diarrea predominante (SII-D), estreñimiento predominante (SII-C) y el SII con un patrón alternado (SII-A).

Se caracteriza por molestias o dolor abdominal. Los dolores suelen afectar la parte baja del abdomen, aunque la ubicación e intensidad de los dolores son variables, incluso en un mismo individuo.

También se presentan cambios en la frecuencia o consistencia de los excrementos, traducido a diarrea crónica o recurrente, estreñimiento o ambos ocurriendo alternativamente. Presenta estreñimiento alternado con diarrea; el estreñimiento suele ser episódico, pero se vuelve continuo e intratable con laxantes.

Ciertos pacientes se quejan crónicamente de dolores abdominales y de meteorismo. En la mayor parte de los casos se trata de trastornos funcionales que acompañan a una depresión, a una decepción, una insatisfacción crónica, un sentimiento de que el futuro traerá adversidades o una falta de esperanza. En general los trastornos intestinales traducen una preocupación próxima a la hipocondría (de que hay algo malo en el interior del cuerpo). Los pacientes que las sufren frecuentemente son mujeres con rasgos obsesivos-compulsivos, con fuertes componentes masoquistas y con tendencia depresiva (Haynal y Passini, 1984).

3.4.4 *Neurodermatitis*

Es una enfermedad eczematosa de la piel, extremadamente variable, que se presume que es una respuesta a acciones vigorosas de rascado, frotación o pinchado para aliviar el prurito intenso. La misma varía en intensidad, severidad, curso y expresión morfológica en diferentes individuos. Algunos creen que la neurodermatitis es psicogénica.

La forma circunscrita o localizada se le conoce a menudo como liquen simple crónico, las placas son rectangulares, engrosadas e hiperpigmentadas y exageran en líneas de la piel.

En la mayoría de los casos esta patología tiene un alto componente emocional, por lo que su tratamiento desde el punto de vista médico es incierto a pesar de los medicamentos usados, por lo que es necesario tomar en cuenta que las manifestaciones clínicas son producto en la mayoría de los casos de estados emocionales alterados, por lo que los mejores resultados siempre se tendrán manejando este tipo de pacientes en forma integral con apoyo de personal de la salud: como son los Psicólogos clínicos y Psiquiatras.

Los pacientes afectados por enfermedades dermatológicas psicosomáticas han tenido frecuentemente madres inadecuadas: hiperprotectoras, demasiado envolventes y estimuladoras a través de la piel o bien francamente rechazadoras y que inspiran al niño un profundo sentimiento de culpabilidad y la erotización masoquista de este sentimiento.

Rechenberger ha clasificado a las enfermedades dermatológicas en cuatro grupos dependiendo de los aspectos psicológicos de la personalidad:

- a) Enfermedades dermatológicas psicosomáticas, son las dermatosis cuyo síntoma corporal se interpreta como un equivalente somático de la emoción, relativamente poco estructurado, fundamental y vital. Forman parte de ellas el eccema constitucional, la urticaria la psoriasis, la dermatitis herpetiforme, el liquen plano generalizado, las aftas repetitivas, el prurito, etc.
- b) Las neurosis que eligen la piel como lugar de manifestación; en ellas la modificación dermatológica es una forma de actuación o de expresión del conflicto neurótico estructurado. Pertenecen a este grupo el acné excoriado, la dermatitis perioral, las mordeduras de los labios y de la boca, etc.
- c) Las modificaciones dermatológicas que enmascaran otros trastornos mediante la racionalización, estas pueden servir para manifestar una alteración en la valoración de sí mismo, para hablar de sus problemas, para llamar la atención, obtener fines, obtener manipulaciones, etc.
- d) Alteraciones dermatológicas banales en las que se da una interpretación delirante psicótica.

3.4.5 *Asma bronquial*

El asma es una enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por vías respiratorias hiperreactivas (es decir, un incremento en la respuesta broncoconstrictora del árbol bronquial).

Las vías respiratorias más finas disminuyen ocasional y reversiblemente por contraerse su musculatura lisa o por ensanchamiento de su mucosa al inflamarse y producir mucosidad, por lo general en respuesta a uno o más factores desencadenantes como la exposición a un medio ambiente inadecuado (frío, húmedo o alérgico), el ejercicio o esfuerzo en pacientes hiper-reactivos, o el estrés emocional. En los niños los desencadenantes más frecuentes son las enfermedades comunes como aquellas que causan el resfriado común.

Ese estrechamiento causa obstrucción y por lo tanto dificultad para pasar el aire que es en gran parte reversible, a diferencia de la bronquitis crónica donde hay escasa reversibilidad. Cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma.

Por lo general son crisis respiratorias de corta duración, aunque puede haber períodos con ataques asmáticos diarios que pueden persistir por varias semanas. En una crisis grave, las vías respiratorias pueden cerrarse tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno. En esos casos, la crisis asmática puede provocar la muerte.

El asma provoca síntomas tales como respiración sibilante, falta de aire (polipnea y taquipnea), opresión en el pecho y tos improductiva durante la noche o temprano en la mañana. Entre las exacerbaciones se intercalan períodos asintomáticos donde la mayoría de los pacientes se sienten bien, pero pueden tener síntomas leves, como permanecer sin aliento -después de hacer ejercicio- durante períodos más largos de tiempo que un individuo no afectado, que se recupera antes.

Los síntomas del asma, que pueden variar desde algo leve hasta poner en peligro la vida, normalmente pueden ser controlados con una combinación de fármacos y cambios ambientales pues la constricción de las vías aéreas suele responder bien a los modernos broncodilatadores.

El asma bronquial es una enfermedad psicosomática propiamente dicha o mayor, de etiología plural.

Deben coincidir varios factores (entre ellos un elemento psicológico) para que se declare el asma: la infección, la disregulación de la bronquiomotilidad y un cierto número de condiciones psicológicas particulares, además del contacto con el agente desencadenante.

En la sensibilización alérgica, los factores psicológicos desempeñan muy probablemente un papel a través de las regulaciones neurohumorales.

La generalización condicionada de la reacción alérgica ha sido ampliamente probada (por ejemplo, la vista de la imagen de un gato). Puede hablarse de una personalidad y de una relación objetal de los alérgicos (Marty).

3.4.6 Cáncer

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que proliferan sin control y se multiplican de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más frecuentes son los de piel, pulmón, mama y colon-rectal.

La malignidad del cáncer es variable, según la agresividad de sus células y demás características biológicas de cada tipo tumoral. En general el comportamiento de las células cancerosas se caracteriza por escapar al control reproductivo que requería su función original, perdiendo sus capacidades primitivas y adquiriendo otras que no les corresponden, invadiendo de forma progresiva y por distintas vías órganos próximos, o incluso diseminándose a distancia (metástasis), con crecimiento y división más allá de los límites normales del órgano al que pertenecían primitivamente, diseminándose por el organismo fundamentalmente a través del sistema linfático o el sistema circulatorio, y ocasionando el crecimiento de nuevos tumores en otras partes del cuerpo alejadas de la localización original.

Las diferencias entre tumores benignos y malignos consisten en que los primeros son de crecimiento lento, no se propagan a otros tejidos y rara vez reaparecen tras ser extirpados, mientras que los segundos son de crecimiento rápido, se propagan a otros tejidos, reaparecen con frecuencia tras ser extirpados y provocan la muerte en un periodo variable de tiempo, si no se realiza tratamiento.

Los tumores benignos pueden recurrir localmente en ciertos casos, pero no suelen dar metástasis a distancia ni matar al portador, con algunas excepciones. Las células normales al entrar en contacto con las células vecinas inhiben su multiplicación, pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores sólidos, pero algunos no, por ejemplo la leucemia.

El cáncer puede afectar a personas de todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7,6 millones de personas murieron por esta enfermedad en el mundo durante el año 2007.

El cáncer es causado por anormalidades en el material genético de las células. Estas anormalidades pueden ser provocadas por distintos agentes carcinógenos, como la radiación ionizante, ultravioleta, productos químicos procedentes de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación en general, o de agentes infecciosos como el virus del papiloma humano o el virus de la hepatitis B. Otras anormalidades genéticas cancerígenas

son adquiridas durante la replicación normal del ADN, al no corregirse los errores que se producen durante dicho proceso, o bien son heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento y originan mayor probabilidad de que se presente la enfermedad.

Existen complejas interacciones entre el material genético y los carcinógenos, un motivo por el que algunos individuos desarrollan cáncer después de la exposición a carcinógenos y otros no. Nuevos aspectos de la genética del cáncer, como la metilación del ADN y los microARNs, están siendo estudiados como importantes factores a tener en cuenta por su implicación.

Varios autores han intentado discernir la personalidad del canceroso (Hagnell y cols. En Haynal y Passini, 1984): aparentemente sociable y cordial pero inhibido en realidad y con tendencia a la depresión.

Dunbar (en Haynal y Passini, 1984), los caracteriza como más cumplidores que la media, muy cooperadores, tratan de agradar, ansiosos, sensibles y pasivos.

Frecuentemente el carcinoma sobrevendrá a raíz de una pérdida importante o de una decepción profunda. Los cánceres de seno y de órganos genitales se han asociado a la inhibición de la sexualidad (que podría ser paralela a una labilidad de las funciones hormonales), sin embargo no pueden afirmarse con certeza que los factores de la personalidad influyan en las manifestaciones del cáncer o tengan un papel en el desencadenamiento. Hasta ahora todas las hipótesis han generado gran controversia.

Sin embargo es mucho más probable que sea la evolución de la enfermedad la que esté influenciada por la personalidad del sujeto, su resistencia psíquica, o su resignación y la renuncia consecutiva.

Se ha podido observar que el pronóstico mejora cuando se mantiene una comunicación entre el médico y el paciente, así como cuando recibe apoyo de otras personas cercanas al paciente, lo cual quita el sentimiento de abandono.

3.4.7 Migraña

La migraña, también llamada hemicránea o jaqueca (del árabe 'media cabeza') es una enfermedad que tiene como síntoma principal el dolor de cabeza, usualmente muy intenso e incapacitante para quien lo sufre. Es una afección muy frecuente, de base genética, que afecta a entre el 12% y el 16% de la población general, siendo la incidencia más alta en las mujeres.

Se debe distinguir la auténtica migraña de otros tipos de cefaleas o dolores de cabeza, tales como la cefalea tensional, que es mucho más usual, la cefalea en racimos y las cefaleas secundarias que pueden estar originadas por multitud de causas, como gripe, meningitis, traumatismos craneoencefálicos y tumores cerebrales.

El 80% de los pacientes migrañosos presentan su primer ataque antes de los 30 años. La enfermedad cursa con episodios de dolor agudo intercalados entre largos periodos libres de síntomas. La frecuencia de las crisis es muy variable, lo más usual es entre uno y cuatro episodios al mes que duran entre 4 y 72 horas, si no se realiza ningún tratamiento.

El dolor puede estar precedido de manifestaciones neurológicas variadas que se llaman aura y consisten en trastornos visuales o sensación de hormigueo en labio, lengua y la mitad de la cara. El dolor suele ser de gran intensidad, afecta a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, más raramente a ambos lados simultáneamente, se acompaña de sensibilidad a la luz (fotofobia), náuseas, vómitos y empeora claramente con la actividad física. Por ello los pacientes suelen retirarse a una habitación oscura y permanecen inactivos hasta que desaparecen los síntomas.

Las migrañas constituyen uno de los males más frecuentes y, a veces, más difíciles de determinar en cuanto a su origen. Técnicamente se trata de un mal funcionamiento neurovascular que presenta múltiples facetas, al que se le suman otros síntomas de carácter somático, como pueden ser las náuseas, vómitos, edema de la mucosa nasal, retención de líquidos o contracturas musculares, sobre todo en el cuello.

Suelen afectar a personas con marcada tendencia perfeccionista, ambiciosas y sometidas siempre a una alta autoexigencia. Aunque las causas de una migraña recurrente pueden ser muy diversas, es indudable que los factores psicológicos desempeñan un papel importante ya que el cuadro migrañoso puede aparecer en respuesta a una situación conflictiva.

Según Juan Rof Carballo (en Martínez, 2008), también puede deberse a la contención del potencial agresivo que despiertan determinadas situaciones externas, la conjunción de sentimientos, su intensidad y su efecto acumulativo ya que constituyen un haz de condensación que aflora cíclicamente, en forma de migraña o jaqueca, siendo esta la vía de defensa (huida de la luz, del ruido, búsqueda de la oscuridad y de aislamiento por hipersensibilidad).

3.5 CAUSAS

La enfermedad modifica la situación actual del sujeto, en la comunidad familiar e incluso en la sociedad; de ello pueden derivarse “ganancias secundarias”, cambios de equilibrio en la pareja y en la familia, aislamiento, etc. Estos problemas con sus efectos tienen un papel más importante si la enfermedad es crónica.

Por otra parte, la vida social tiene también una influencia sobre la salud. Estudios llevados a cabo sobre la mortalidad y morbilidad han puesto en evidencia el impacto de las crisis psicológicas y psicosociales sobre la salud física.

3.5.1 Cambios en el entorno (pérdidas)

Las pérdidas y sus consecuencias intrapsíquicas tienen un papel esencial en el desencadenamiento de las enfermedades incluso el resfriado común (Engel en hanyal y Passini, 1984). Si el individuo, al sentirse abandonado ante la “pérdida del objeto o persona”, renuncia (*giving up/ given up* de Engel), las defensas somáticas, inmunológicas y otras se debilitan.

Los trabajos de Spitz (en hanyal y Passini, 1984) han demostrado que las enfermedades psicósomáticas de los bebés son igualmente consecutivas a los cambios del entorno, a las separaciones de la madre. Bowlby (en hanyal y Passini, 1984) ha estudiado el desarrollo de estas reacciones ante la separación:

- 1) La reacción de ansiedad, señal de peligro, constituye la fase aguda.
- 2) En una segunda fase aparece la depresión vinculada a la desaparición del objeto perdido (la madre).
- 3) Al final de la separación y por medio a la liberación de fijaciones, resulta posible que el niño se vincule a otra persona.

Existen actualmente numerosos indicios que apoyan la hipótesis de que un cierto número de enfermedades están en relación con ciertas pérdidas importantes y con la renuncia consiguiente. Sin embargo la tolerancia varía según cada individuo.

Según Engel las pérdidas tienen una gran influencia en el desencadenamiento de la enfermedad y se piensa que hay modificaciones humorales en la depresión y que, en las grandes psicosis se encuentran alteraciones metabólicas del mismo grupo (monoaminas), entonces se puede suponer la existencia de una unidad entre las regulaciones específicas de la enfermedad, las emociones y las alteraciones mentales.

3.5.2 factores culturales y sociales

Según Schab y Warheit (en hanyal y Passini, 1984), en las clases trabajadoras hay hasta un 30% de enfermedades psicósomáticas y en las clases altas solamente un 9%, lo que revela, por una parte, el incremento de la motivación para tener una buena salud si las condiciones de vida son satisfactorias, y por otra parte hasta qué punto el cuerpo puede sufrir en la sociedad tecnológica moderna.

Para algunos, la enfermedad puede ser una manera de reaccionar o de vencer las dificultades. Evidentemente en estos casos se trata de soluciones inconscientes (ganancias primarias y secundarias de la enfermedad, Freud).

Algunos sociólogos modernos (D. Mechanic) han examinado las ventajas que el paciente puede conseguir con su “status de enfermo”, por ejemplo, una mayor tolerancia por parte de su entorno familiar, empleo, etc.

El etiquetaje de la enfermedad, como ha mostrado Balint, se desarrolla durante el curso de una interacción médico-enfermo que tiene gran importancia. Ser dependiente del médico y declararse irresponsable de su comportamiento, puede ser ventajoso para algunos y fijarlos en esta situación. Lo que ocurre entre el paciente y su entorno tendrá su reflejo o su repercusión en la relación médico-enfermo.

Esto explica, en parte los fenómenos psicológicos tales como los efectos placebo, o las actitudes inconscientes de complicidad, en cuanto a la toma de conciencia del médico, favoreciendo éste la falta de responsabilidad en el enfermo. Es tarea del médico guiar al paciente para que pueda salir de la dependencia y que se elimine la falta de responsabilidad.

Las perturbaciones sociales actúan a través de los problemas que plantean a nivel psicológico. Así se puede hablar de la acción del campo psicosocial.

El duelo, los acontecimientos sociales, los cambios imprevistos o inaceptables, etc., pueden actuar sobre la salud del individuo. Éstos, en función de su herencia y su historia, difieren entre sí y ello explica la diversidad de sus reacciones frente a los acontecimientos exteriores.

3.5.3 Comparaciones Transculturales

Las comparaciones transculturales han aclarado la influencia del entorno sobre las enfermedades del individuo. Han demostrado que tanto las enfermedades psicosomáticas, en el sentido estricto del término, como las reacciones psicosomáticas y la tendencia a la somatización de conflictos psicosociales, se encuentran en todas las civilizaciones, incluidas las preliterarias.

Basándose en los estudios de la O.M.S., se puede afirmar la presencia de úlceras en el mundo entero. Se ha podido deducir que las distintas formas de criar a los hijos y la “personalidad de base” desempeñan un papel en la elección de ciertas enfermedades psicosomáticas, así como la manera de responder al estrés.

El aumento del estrés caracteriza nuestra civilización; pero también los cambios culturales, los cambios de los valores dentro de una misma civilización y las diferencias de adaptación que de ello se desprenden (por ejemplo el paso de una civilización agrícola a una industrializada), provocan enfermedades psicosomáticas.

Para Groen, los tabús sociales contra la agresividad manifiesta serían menos rígidos en las culturas primitivas, y ello facilitaría la explosión de conflictos abiertos y la expresión del miedo y la cólera.

Esta observación se acercaría a la observación de Margaret Mead (en Hanyal y Passini 1984):

Los periodos de transformación cultural comportan inevitablemente, en la historia de todas las culturas y subculturas, un grado importante de heterogeneidad, por lo que cabe esperar la aparición de periodos durante los cuales faltarían normas sociales adecuadas para la expresión de las dificultades y tensiones que sufre la personalidad. El individuo se encuentra entonces forzado a recurrir a su propio cuerpo como instrumento de expresión simbólica.

3.5.4 Factores ambientales

Los factores socioecológicos se mediatizan a través de la psicología individual. En un mismo contorno ecológico y social no toda la gente cae enferma; la selección tiene lugar a nivel psicológico y biológico individual. Se sobreentiende que tanto la terapia individual como para la profilaxis a gran escala, los aspectos psicosociales y biológicos conservan toda su importancia. La epidemiología puede estar influida por acciones que intervengan en el medio ambiente ecológico, técnico y social.

En las llamadas enfermedades de civilización, el ruido interviene a menudo. La revisión de los problemas que presenta el ruido nos muestra su complejidad; además los efectos del ruido sobre la salud han sido poco estudiados y con resultados a menudo contradictorios.

El ruido está constituido por uno o varios sonidos desagradables impuestos al sujeto en contra de su voluntad y que le molestan por diferentes razones.

Un ruido significativo para un sujeto dado puede conllevar un sentimiento de fatiga e irritabilidad, acompañando un síndrome depresivo ansioso ligero, en el que la ansiedad traduce como un aumento del tono simpático y la depresión como una disminución de la actividad del córtex suprarrenal; esto ha sido observado en investigaciones experimentales de Atherley, Bibbons y Powell, 1970).

El único grupo de personas en las cuales se han comprobado repercusiones psicósomáticas significativas vinculadas a la exposición al ruido está constituido por los hipertensos. El sistema cardiovascular muestra una vasoconstricción periférica en respuesta al ruido, compensada en la gente normal por una disminución en el volumen sistólico.

No hay reacción hipertensiva en el sujeto normal; por el contrario en situación experimental, los individuos hipertensos manifiestan reacciones hipertensivas ante el ruido, a veces persistente.

3.5.5 *Estrés, estrés psicosocial y psicológico*

En 1932, W. Canon (en Gonzales, 2011) fue el primero en utilizar el concepto de estrés, aunque de forma poco sistemática en un contexto de salud. Selye (en Gonzales, 2011), considerado el padre del estrés, lo define como un conjunto de respuestas fisiológicas inespecíficas a estímulos físicos externos o internos.

Selye (1978, en Gutiérrez García, 1998) proponía distinguir entre eustrés (buen estrés) y distrés (mal estrés). Consideraba que ambos tenían las mismas respuestas inespecíficas, pero que el eustrés causaba menos daño. Actualmente, la aplicación del término estrés se ha generalizado tanto en la investigación como en la vida cotidiana para referirse a lo que Selye llamaba distrés.

Las reacciones han sido ampliamente estudiadas, el estrés provoca activación autonómica neuroendócrina, inmunitaria y conductual (Valdés y Flores, 1985, en Gonzales, 2011).

Posteriormente a Selye, se han presentado diferentes enfoques y formulaciones del término estrés, al que se ha entendido como:

- 1) Una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc.), y en este caso el estrés actúa como variable dependiente.
- 2) Un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones, entre otros), en cuyo caso el estrés se considera variable independiente.
- 3) Una interacción entre el individuo y el medio (como proceso) (Sandín, 1999 en Gonzales, 2011).

Estrés psicológico

Lazarus y Folkman (1984, en Gonzales, 2011) propusieron una noción en la cuál es estrés no es considerado exclusivamente como un evento externo, del cual el sujeto es víctima; ellos definen al estrés psicológico como una relación particular ente el individuo y un entorno que es evaluado por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Esta definición de Lazarus y Folkman se conoce como “perspectiva transaccional” del estrés; de acuerdo a esta, para que se produzca una respuesta de estrés debe de haber condiciones tanto internas como externas y es la relación entre ellas la que genera su aparición y características individuales. Esto explica por qué cada individuo puede

responder de manera diferente a un mismo estímulo y, según su historia, experiencias y características personales, tender a diferentes interpretaciones y estilos de afrontamiento ante cada situación.

Parte importante de la definición transaccional es la evaluación que el sujeto realiza de la situación; en otras palabras, no solo hay sobreactivación biológica del organismo, sino que acontece una valoración cognitiva, por lo tanto el estrés es un proceso que involucra características personales del individuo, la forma en que este evalúa las posibles amenazas o estresores y los recursos personales con los que cuenta para hacerles frente (Lazarus, 2000 en Gonzales, 2011).

Estrés psicosocial

Según Sandín (1999), el estrés psicosocial puede entenderse como una subcategoría del estrés psicológico, no se refiere a un tipo de estrés diferente en lo que respecta a sus connotaciones o manifestaciones (fisiológicas, emocionales, etc.), sino a una forma de estrés psicológico asociado a estresores de tipo psicosocial (acontecimientos vitales); la diferencia del estrés psicosocial y el ambiental es que el primero corresponde a estresores del tipo interpersonal y actúa sobre el individuo a través de procesos psicológicos; por su parte, el estrés ambiental es producto de estresores del ambiente y actúa sobre el individuo a través de procesos biológicos (ruido, contaminación, etc.).

3.5.6 Modelo integrador de estrés y síntomas psicósomáticos

Caballo et al. (2006, en Gonzales, 2011) indican que los modelos explicativos del estrés han evolucionado a lo largo del tiempo y los más actuales conciben el estrés como un fenómeno interactivo y multidimensional.

Por lo tanto, hablar de estrés implica complejidad, dada la cantidad de elementos que lo caracterizan; por lo tanto la evaluación del estrés debe contemplar la interacción de factores cognitivos, conductuales, fisiológicos y procesos de afrontamiento.

Sandín (1999, en Gonzales, 2011) plantea que, debido a que el concepto del estrés es empleado de forma diferente por distintos autores, la alternativa adecuada es la consideración del estrés como un proceso el cual incluye diversos componentes relevantes tales como la evaluación cognitiva (de amenaza, pérdida o desafío), las respuestas fisiológicas y emocionales, el afrontamiento, y los factores moduladores personales y sociales.

Sandín propone un modelo procesual de 7 etapas, el modelo presenta en primer lugar:

- 1) Las demandas psicosociales, que corresponden a los estresores tanto ambientales como psicosociales.
- 2) La evaluación cognitiva, que se refiere a la valoración que el individuo hace con respecto a la situación, componente que, en este modelo, corresponde a la definición de estrés propuesta por Lazarus y Folkman.
- 3) Respuesta de estrés, incluye las respuestas tanto fisiológicas como emocionales y conductuales (afrentamiento), producto de la valoración de la situación como estresante o no.
- 4) Estrategias de afrontamiento, se refiere a la reunión de los esfuerzos cognitivos o conductuales que el sujeto tiene para hacer frente a las demandas estresantes.
- 5) Variables sociales
- 6) Variables disposicionales
- 7) Estatus de salud, es el resultado del proceso del estrés y depende de lo que suceda en las etapas anteriores.

Gonzales, M. (2011) propone un modelo alternativo al de Sandín, en el que se consideran tres elementos:

- 1) La definición de síntomas psicossomáticos autoinformados
- 2) Los planteamientos de Lazarus respecto al modelo transaccional del estrés
- 3) Los estudios empíricos que evidencian la relación de los síntomas con otras variables.

Este modelo es una base para los análisis que se realizan centrándose en los síntomas psicossomáticos y en el estrés.

Representa que, ante los estresores (diarios, recientes, crónicos o la combinación de estos), la persona puede o no percibir estrés dependiendo de la valoración que hace de sus recursos (autoestima-autoeficacia), la valoración del apoyo con que cuenta (apoyo social percibido) y el de la situación (como amenazante, de desafío o pérdida); además se considera que las variables sociodemográficas pueden ser un factor relacionado al estrés percibido y a los síntomas psicossomáticos.

Una vez que el sujeto percibe algún nivel de estrés se pueden presentar respuestas a nivel emocional, conductual y fisiológico (síntomas psicossomáticos como dolor de estómago, espalda, brazos, piernas, cabeza, pecho, vientre, falta de aire, estreñimiento, indigestión, etc.).

Por último se plantan relaciones directas de algunas variables con los síntomas psicosomáticos que han sido comprobadas por estudios empíricos (autoestima y estrés; apoyo social y estrés, depresión y síntomas; ansiedad y síntomas).

3.6 TRATAMIENTOS PARA LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DESDE DIFERENTE ENFOQUES

En general, el paciente acude a consulta a causa de un problema que considera de orden médico. El médico debe de comprender y generar un diagnóstico global que va más allá del diagnóstico anatomopatológico o fisiopatológico propiamente dicho, (es decir más allá de los trastornos de la función de un órgano, sistema o partes del organismo) y apreciar el papel de los factores psicológicos, sociales y humanos.

3.6.1 El enfoque fisiológico

Los estudios experimentales de Selye demostraron que los estímulos emocionales crónicos, como los crónicos de naturaleza infecciosa o traumática, pueden ocasionar trastornos funcionales reproducibles y lesiones orgánicas tales como la hipertensión y la úlcera. Estas teorías han construido un modelo que ha permitido trazar una base fisiológica y neurofisiológica para el estudio de la medicina psicosomática.

Las teorías del aprendizaje (learning) han demostrado que, en el campo de los trastornos psicosomáticos, también tienen un papel los reflejos llamados instrumentales (condicionamiento operante), es decir las reacciones reforzadas por éxitos fortuitos.

El estrés puede estar relacionado con un esfuerzo súbito, un exceso de trabajo, una estimulación violenta proveniente del exterior y de diversa naturaleza ya sea física. Traumática, tóxica o psíquica. Los trabajos de Selye, las investigaciones sobre el diencéfalo, el sistema inmunológico; han revalorizado la importancia del estrés.

En la actualidad existen modelos que engloban lo esencial en el campo de la psicosomática, los factores responsables de la salud o la enfermedad constituyen un sistema en el que los factores psicológicos tienen distintos valores en la patogénesis de las diversas enfermedades.

En este contexto una teoría inmunológica de la colitis ulcerosa no contradiría la participación de factores psicológicos, lo mismo que en el asma, una teoría alérgico-infecciosa con una base hereditaria no contradiría tampoco la intervención de factores psíquicos y sociales. Parece cada vez más probable que en las enfermedades psicosomáticas

mayores (como la úlcera, el asma o la migraña) se necesita la participación de un cierto número de factores para que se manifieste la enfermedad.

3.6.2 Técnicas de relajación

Por medio de la relajación se busca abordar al enfermo psicossomático a través de su cuerpo, la mayor parte de las técnicas actuales para conseguir la distensión se derivan del *Training* autógeno de Schultz.

El entrenamiento autógeno de Schultz (en Hanyal y Passini, 1984) está inspirado en la hipnosis, se intenta conseguir un estado de autohipnosis voluntaria llamada “autodescontracción-concentrativa” (en él se sugieren al paciente cómodamente sentado o acostado sensaciones de pesadez).

En el plano terapéutico se obtiene una distensión y un efecto tranquilizante, así como una disminución de la resonancia emocional de los afectos. El estado autohipnótico conduce a una desconexión. El enfermo se concentra en las modificaciones funcionales que se producen a nivel de un órgano o sistema.

3.6.3 Terapias de descondicionamiento

Partiendo de la idea de que los trastornos psicossomáticos están plurideterminados por la interacción de factores genéticos y constitucionales con el medio ambiente físico, psíquico y social del individuo, el abordaje behaviorista sólo pretende explicar algunos aspectos de la génesis de estos desórdenes psicossomáticos pero en ningún caso puede explicarlos en su totalidad.

Trabajos llevados a cabo con ciertas enfermedades psicossomáticas han dado resultados interesantes principalmente con los métodos de descondicionamiento, de aversión y de inmersión.

3.6.4 La técnica de J. de Ajuriaguerra

También llamada “reeducción psicotónica” utiliza el aspecto relacional del tono motor bajo la forma de “diálogo tónico” entre el que relaja y el ritmo cardíaco.

Se presenta la relajación como un descubrimiento del cuerpo, de lo que en él se siente en la relación con el otro. Se comienza pidiendo al sujeto que ponga atención en sus brazos, piernas, cara, en su ritmo cardíaco y en su respiración.

Esta técnica permite revivir experiencias de dependencia, vulnerabilidad, toma de distancia y aproximación dentro de una seguridad controlable.

La vivencia corporal, las resistencias para la relajación, las fantasías, la revivencia de los recuerdos y la transferencia con el que relaja manifestada por tensiones o contrariamente por distensión muscular, constituyen una especie de lenguaje del cuerpo que hay que decodificar e interpretar.

3.6.5 *Relajación por inducciones múltiples de M. Sapir*

Se inspira en la técnica psicoanalítica; Sapir toma del *training* autógeno las inducciones referidas a la vivencia de pesadez, calor, etc. La elección de las palabras, el sonido y ritmo de la voz permiten intercambios afectivos que despiertan una fantasmaticización en relación con la dinámica conflictiva del paciente.

Aquí la regresión se sitúa en la transferencia. Para Sapir “la relajación es una psicoterapia” basada en la vivencia corporal y que se sitúa en la relación.

Tiene sus mejores aplicaciones en los trastornos funcionales ya que a través de la relajación permite disminuir el impacto del estrés, especialmente cuando está ligado a situaciones interpersonales conflictivas.

Los enfermos psicósomáticos que toleran mal la intervención psicológica, aceptan con mayor facilidad una relajación.

3.6.6 *El biofeedback*

Es un proceso de entrenamiento que permite modificar, dentro de los límites biológicos, funciones o acontecimientos viscerales fisiológicos, que habitualmente son inconscientes, involuntarios y automáticos.

Esta técnica se sirve de un aparato electrónico que mide parámetros psicofisiológicos de forma precisa. El entrenamiento implica:

- 1) Control continuo de la respuesta fisiológica que se desea modificar.

- 2) El paciente recibe de forma inmediata (feed-back) una señal de cambio de la respuesta (en forma de sonidos de frecuencia variable).
- 3) Una motivación suficiente para cambiar la respuesta.

Los mecanismos del *bio-feedback* se emparentan con las técnicas de aprendizaje, gradualmente por medio de ensayo y error, el paciente desarrolla una estrategia de control del *feedback* y en consecuencia, de la respuesta fisiológica. Aprende a asociar determinados pensamientos o imágenes (mediación cognitiva) o ciertas sensaciones (mediación somática) con los cambios del *feedback*.

3.6.7 La psicoterapia verbal

Está indicada cuando los problemas psicológicos están reflejados en perturbaciones somáticas. Estas técnicas han tenido grandes posibilidades de éxito en el ámbito de las neurosis.

La indicación y la elección de la forma más adecuada dependen de muchos factores como la formación del terapeuta y los deseos del paciente; hasta dónde quiere llegar a cuestionarse y a conocerse a sí mismo y también cuáles son sus capacidades psicológicas (grado de somatización de sus trastornos, posibilidades de introspección, etc.).

3.6.8 El psicoanálisis clásico

Su indicación es poco frecuente en las enfermedades psicosomáticas; es recomendada únicamente para personas que deseen descubrir la raíz de su trastorno psicológico, dispuestas a cuestionarse de forma radical y con capacidad de entrar en contacto con el psicoanalista.

3.6.9 La hipnosis

Se provoca por medio de una sugestión de distensión de cada parte del cuerpo, el hipnotizador-terapeuta da sugerencias para conseguir el efecto deseado, para influir sobre el dolor, la tensión muscular, o sobre otras funciones de órganos.

La hipnosis es especialmente eficaz en enfermedades monosintomáticas. Los resultados a veces son transitorios y un nuevo síntoma (trastorno psicológico o somático) puede aparecer sustituyendo al que ha desaparecido.

3.6.10 *Farmacoterapia*

En las enfermedades psicosomáticas propiamente dichas, está indicada la farmacoterapia, que actúa sobre los trastornos del funcionamiento de los órganos y sistemas afectados.

En lo que se refiere a los ansiolíticos y antidepresivos, actúan en las enfermedades funcionales sobre la ansiedad y sus consecuencias somáticas o sobre el componente depresivo, pero no son de mucha ayuda cuando los aspectos psicológicos y psicosociales están en primer plano.

IV. LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DESDE EL ENFOQUE GESTALT

En psicoterapia Gestalt las personas que experimentan ansiedad ante situaciones en las que necesitan responder con actitudes en las que se requiere la expresión espontánea de sus emociones y se mantienen por el contrario reprimiendo ese flujo de energía, inhibiendo sus impulsos y manteniéndose suspendidos en un estrés constante, con un sentimiento de incompetencia para enfrentar situaciones nuevas, su organismo en el proceso de autorregulación, dirige la energía acumulada, hacia los órganos internos manifestándose con esto la presencia de trastornos psicosomáticos.

Ubicando este proceso en el ciclo de la experiencia, el individuo en la satisfacción de sus necesidades, bloquea el flujo de su energía en la fase de acción, volviéndola hacia sí mismo ante el temor de que al expresarse de manera libre sea rechazado por el medio que le rodea, puesto que estas actitudes pueden ir en contra de los puntos de vista de personas significativas para él, decidiendo así confluir con los demás, además de permanecer con el constante miedo de ser libre y tomar las riendas de su propia vida.

Por lo tanto los bloqueos que están presentes son: retención, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación.

Estos dan como resultado en el test de Psicodiagnóstico, las actitudes manipulativas de *autosaboteador*, *autoengaño en el contacto*, *saboteador*, *autofrustrador*, *racionalizador*, *evitador*, *autoengaño en la acción*, *bloqueo en la zona externa*, *el bueno*, *autotorturador*, *angustiado* y *víctima*. Con respecto a la actitud manipulativa múltiple, se manifiesta paralizado (Salama, 2008).

Los valores lastimados son respeto, honestidad, autoestima y responsabilidad, hacia sí mismo y hacia los demás, y sus necesidades son de aceptación, de expresión, de clarificar

las diferentes opciones con las que cuenta, de ser libre y tener la capacidad de participar en grupos, de manera independiente (Salama, 2008).

Según Salama, de acuerdo con el manejo de la agresión, el individuo lo hace de manera pasiva, asumiendo actitudes de aparente conformidad y reteniendo sus resentimientos que lo fijan en el pasado y con fantasías catastróficas para el futuro, por lo que pierde el contacto consigo mismo en el *aquí y el ahora*, y en el contacto con el ambiente se mantiene *como si*, asumiendo papeles en las diferentes situaciones de su vida.

Sus emociones no las expresa, no enfrenta, se justifica en el afán de quedar bien con los demás, exagerando sus sentimientos y devaluando su potencial, asumiendo actitudes de manipulación al ambiente para la realización de aquello que se supone está imposibilitado para desarrollar (Salama, 2008).

Con estas características, es frecuente que la persona experimente verdadero sufrimiento por su dolencia física, al mismo tiempo que una resistencia a relacionar ésta con un proceso de ansiedad acumulado, en consecuencia, se aboca a solicitar la solución rápida de sus enfermedades físicas, lo que corrobora su falta de contacto con su propia totalidad.

En el caso de la persona que asiste a psicoterapia, la identificación de estos procesos se efectúa a través de la observación de actitudes o posturas, en las que manifiesta partes estructurales rígidas o tensas, así como diferentes padecimientos que con mayor o menor frecuencia limitan sus actividades o responsabilidades.

El objetivo primordial de la psicoterapia es facilitarle a la persona el descubrimiento y reconocimiento de sus propios recursos y que asuma su responsabilidad para consigo mismo, fortaleciendo sus capacidad de darse cuenta para identificar las diferentes opciones a las que puede recurrir en la solución de las situaciones cotidianas, reforzando con esto su cambio de creencias, lo que le permitirá un aprendizaje sobre las formas en las que puede desbloquear su energía y ponerse en acción para cubrir sus necesidades.

En el trabajo psicoterapéutico, la intervención como facilitador será a través de la creación de experimentos en los que el paciente vivencie las diferentes formas en las que evita el contacto consigo mismo en lo que se refiere a sus “limitaciones” y con técnicas expresivas e integrativas facilitar que la persona externe las emociones bloqueadas para posteriormente integrar las partes disociadas y lograr el contacto con su propia totalidad (Salama, 2008).

4.1 El enfoque integrador de la Gestalt: La persona como un todo

Curar la escisión entre mente y cuerpo (un ejemplo de polaridad clásica) implica traer a la conciencia los aspectos negados del sí mismo de modo que el rango completo de necesidades, sentimientos y conductas puedan ser apreciados y se les permita afectar la formación de figuras.

Traer estas partes negadas del sí mismo a la conciencia requiere que se saque la naturaleza corporal de las polaridades de modo que, al receptorlas no aumentemos tan solo el rango de nuestra autoimagen, sino también el rango de nuestro ser activo.

Una visión holística se basa en el principio de que el todo es diferente de la suma de sus partes. 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 realidad una unidad de funcionamiento.

Un enfoque integrado de la persona intenta mirar cualquier proceso (como un conflicto, un tema vital o un síntoma físico) como parte de un todo mayor, que incluye aspectos somáticos y psicológicos.

Cualquier problema psicológico (por ejemplo, un conflicto entre las partes de sí mismo, un trauma emocional, una interacción inconclusa) es parte de una Gestalt mayor que incluye la expresión física de ese dilema (por ejemplo, patrones de tensión, el modo de sostener el cuerpo, inhibiciones en la respiración). Cualquier síntoma somático, como una tensión crónica o una distorsión de la postura, es una expresión de un todo mayor que incluye un dilema psicológico y es parte de su expresión.

La visión psicósomática clásica de la psicoterapia es que el conflicto mental causa los síntomas físicos. La visión integrada considera a ambos como partes de una expresión unitaria del sí mismo o en términos de la terapia Gestalt, del organismo.

Con respecto al método, un enfoque integrado tiene como objetivo reunir todos los aspectos de la persona de modo que esta pueda vivir la experiencia de su sí mismo como un organismo unitario, más que como una mezcla de partes (Salama, 2008). Desde esta posición, la técnica terapéutica no debe escindir a la persona prestando atención a un aspecto de la misma como si fuera intrínsecamente diferente o separado del otro.

Aspectos de una terapia integrada:

- El proceso psicológico que se expresa verbalmente está explícitamente conectado a sus expresiones corporales.

- Procesos físicos como postura, contención muscular y perturbaciones somáticas son vistos como expresiones significativas de la persona.
- Se considera que tanto los procesos físicos como psicológicos son aspectos del mismo todo (la persona/organismo) y las divisiones en partes tanto dentro como a lo largo de cada dominio es el problema de interés terapéutico. La técnica terapéutica se afana por restaurar el sentido del sí mismo y por ratificar la mutua identidad de las partes.

Aun un enfoque holístico debe de comenzar con la condición de experimentar al sí mismo como si estuviera constituido por partes y trabajar para desarrollar la conciencia de las partes, de cómo se mantienen separadas del todo, e integrar la experiencia de la persona en un sentido del sí mismo como un todo.

La totalidad no puede ser decretada por el terapeuta o por una suposición teórica, ni puede ser explicada o “enseñada” como se enseñan los conceptos o las ideas (Perls y cols., 1951 en Kepner, 1992).

La terapia es un proceso de desarrollo en el que debemos crear las condiciones necesarias para movernos hacia la experiencia de la totalidad. En esta forma, podemos mirar el trabajo de integración como la culminación de una secuencia de desarrollo, más que como punto de inicio de la terapia.

El trabajo terapéutico integrado requiere varias condiciones para que sea posible y relevante:

- Un grado suficiente de conciencia corporal ya que sin la adecuada conciencia del cuerpo, el cliente está perdiendo una parte esencial de la información que compone el todo unificado, hacia el cual nos dirigimos. Debe existir capacidad limitada de conciencia de nuestra sensación corporal antes de que sea posible el trabajo integrado.
- Un grado suficiente de conciencia de la relación del sí mismo con las cuestiones y problemas de la vida ya que sin algún sentido de la relevancia de las cuestiones psicológicas para la propia vida, la integración no tiene fundamento.
- Una creencia básica en la relación entre el proceso corporal y los problemas psicológicos. Debe existir la creencia básica de que los dos aspectos están conectados para que el cliente avance hacia una integración de más alto nivel.

4.1.1 El proceso del trabajo

Para que tenga lugar la integración, las partes necesitan estar accesibles al sí mismo (la función integradora del organismo). La mayoría de las personas que ingresan a terapia se identifican con una parte para excluir otras; con áreas significativas de inconsciencia para varios aspectos de sí mismo (particularmente una falta de conciencia de su proceso corporal), o ingresan con un aspecto de su proceso negado, que les está causando un problema y que solicitan que sea arreglado. Todas estas posibilidades indican que la terapia no empieza en un punto donde sea posible el trabajo integrado.

La tarea del terapeuta no es que el cliente acepte su sistema de creencias sobre la unidad del cuerpo y el sí mismo, sino apoyar el desarrollo de su capacidad para experimentar sus síntomas como una parte de la totalidad de su sí mismo.

Se comienza por aceptar el malestar como punto de partida y reconocer la importancia de su sentido de separación de esa parte. Para desarrollar su conciencia se crea un puente entre su proceso corporal y el sentido de sí mismo al hacer declaraciones sobre su experiencia.

Este trabajo desarrollará la conciencia y reaceptación de sus partes, de modo que se pueda descubrir la integración de orden más elevado que se requiera para experimentarse a sí mismo como un ser total.

El trabajo singular desarrolla la conciencia de las partes que han estado fuera de ésta y por lo tanto han sido inaccesibles a la función integrativa de la persona.

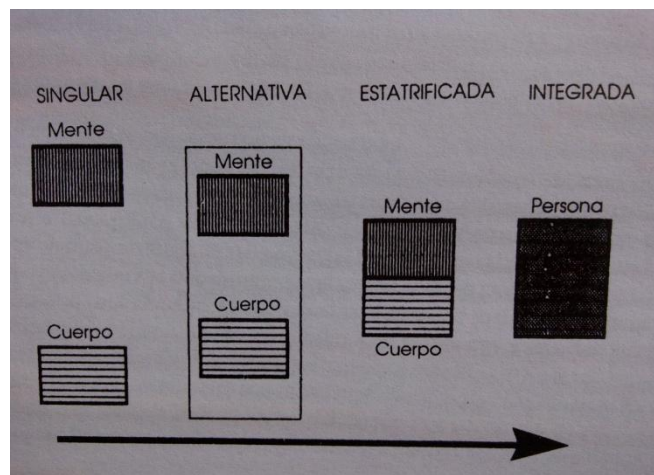


Imagen 1. Esquema de modalidades de terapia

Como parte del desarrollo hacia un todo integrado.

El trabajo alternativo desarrolla un sentido de procesos físicos y mentales complementarios y los ubica dentro del mismo límite.

Cada aspecto de la persona es respetado por su propio derecho reconociendo su coexistencia.

El trabajo estratificado permite tender puentes sobre partes del sí mismo que se ha separado y es la primera aproximación a la integración.

En el trabajo integrado se pretende que la persona viva la experiencia del todo formado por lo que antes se experimentaba como separado, o no se experimentaba claramente.

4.2 Enfermedades psicosomáticas desde el enfoque Gestalt

La psicoterapia Gestalt, como parte del enfoque humanista-existencial, busca a través de sus técnicas psicoterapéuticas regresar la parte de responsabilidad que le corresponde al cliente, así mismo, le da la oportunidad de explorar los factores que pudieran haber influido en el desarrollo de la enfermedad, así como el órgano afectado y la sintomatología que se ha ido desarrollando en el transcurso del tiempo.

4.2.1 *El ciclo de la experiencia*

Desde el punto de vista de la metodología, lo primero que se hace es ubicar al paciente en el ciclo de la experiencia, analizar cómo funciona la persona después de que ha perdido el equilibrio y los mecanismos que está utilizando la persona para poder auto-interrumpir el flujo de su energía.

El terapeuta está interesado en resolver las autointerrupciones para que se logre el cierre de la experiencia, se desbloquee la energía y se logre la asimilación de la experiencia.

El primer bloqueo que se encuentra en el paciente es la **proyección**. El proyector no puede aceptar sus propios actos o sentimientos, porque no debería actuar o sentir así, para manejar esto, la persona no reconoce su responsabilidad y la adjudica a cualquiera menos a él mismo.

El resultado es la escisión clásica entre sus características reales y lo que sabe de ellas, en cambio tiene aguda conciencia de estas características en los demás. Además la persona atribuye la responsabilidad al ambiente de lo que se origina en sí mismo.

Perls habla de que el neurótico, no solo tiene la tendencia a desposeer sus propios impulsos, sino que también tiende a desposeerá aquellas partes de él mismo en las que se originan dichos impulsos. Les confiere una existencia objetiva, fuera de él, de modo que puede culparlos de sus problemas sin encarar el hecho de que son partes de él mismo.

En lugar de ser un paciente activo de su propia vida, el proyector se convierte en un objeto pasivo, víctima de las circunstancias.

En la proyección se traslada el límite entre uno mismo y el resto del mundo, de tal manera que es posible renunciar a aquellos aspectos de nuestra personalidad que encontramos difíciles, ofensivos o poco atractivos.

En el caso de las enfermedades esto queda muy claro, la persona culpa a la enfermedad, a sus síntomas o incluso al órgano afectado.

En pacientes que presentan enfermedades psicosomáticas es muy común encontrar varios **introyectos**, los cuales son la incorporación de actitudes, ideas o creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son distónicas con el yo.

El bloqueo que más claramente se reconoce en el trabajo con pacientes que presentan este tipo de enfermedades es la **retroflexión**, consiste en hacer a uno mismo lo que originalmente estaba dirigido hacia el entorno; esto sucede cuando la acción es negada por otros e incluso el deseo para la acción es castigado.

Si las expresiones de amor, odio, deseo o temor se encuentran regularmente con castigo, crítica o rechazo, la persona aprende a detener la expresión corporal de estos sentimientos inhibiendo los movimientos que la forman. Muchos síntomas psicosomáticos caen dentro de esta categoría de reversiones literales del movimiento.

Deflexión, se da cuando el organismo evita enfrentar al objeto relacional al dirigir su energía a objetos que son alternativos y no significativos. La deflexión se identifica en los trastornos psicosomáticos cuando en el cuerpo de una persona se manifiesta un síntoma, este llama la atención interrumpiendo, con frecuencia bruscamente, la continuidad de la vida diaria. Un síntoma es una señal que atrae la atención, por lo que se empiezan a dejar de lado compromisos y actividades, se evita el contacto con otras personas así como con la vida cotidiana.

La **fijación** se encuentra dentro de la fase de post- contacto. Consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lleva a volver rígidos los patrones de conducta. Cuando el síntoma interrumpe la vida del paciente, produce una molestia y desde ese momento el único objetivo es eliminar la molestia.

El último bloqueo que se identifica en las personas que somatizan es la **postergación**, la cual se encuentra localizada dentro de la fase de reposo. Sirve para impedir la continuidad natural de cada movimiento evitando el proceso de asimilación.

Cuando la persona está enferma no se permite asimilar su experiencia, toda su energía está enfocada a encontrar la salud, sentirse bien y no puede encontrar un aprendizaje o algún aspecto positivo dentro de lo que está viviendo.

En estas personas la zona de fantasía está completamente bloqueada, la sintomatología que presentan es que consumen la mayor parte de su energía en fantasías catastróficas, pensamientos angustiantes, justificaciones, búsquedas del por qué, excusas y sentimientos de culpabilidad.

La zona externa también se encuentra totalmente bloqueada, esto se representa en que la persona difícilmente hace contacto con el ambiente, su energía está dirigida hacia sí misma, sus síntomas y malestares, puede sentir enojo y esto le dificulta llevar a cabo acciones o contacto real con el exterior.

De acuerdo con el manejo de la agresión, lo hace de manera pasiva, asume actitudes de aparente conformidad, muestra sus resentimientos porque está fijado en el pasado, lo anterior aunado a las fantasías catastróficas llevan a perder el contacto en el aquí y el ahora.

Otra conducta común es manipular el ambiente para conseguir lo que necesita o que en teoría no puede conseguir por sí solo, actitudes que desde su punto de vista están totalmente justificadas por su enfermedad.

Cuando una persona se enfrenta a una situación de alto contenido emocional que queda inconclusa o que termina de una forma dolorosa para la persona, se habla de una Gestalt patológica fuerte. Esto desde el punto de vista de las enfermedades psicosomáticas es el indicativo del inicio de una enfermedad.

A metodología Gestalt permite unir la información antes descrita a las diversas técnicas y herramientas terapéuticas propias de este enfoque psicoterapéutico, para desarrollar alternativas de trabajo diversas que permitan que la persona desbloquee sus fases y permita el libre fluir de su energía. Algunos ejemplos de esto son:

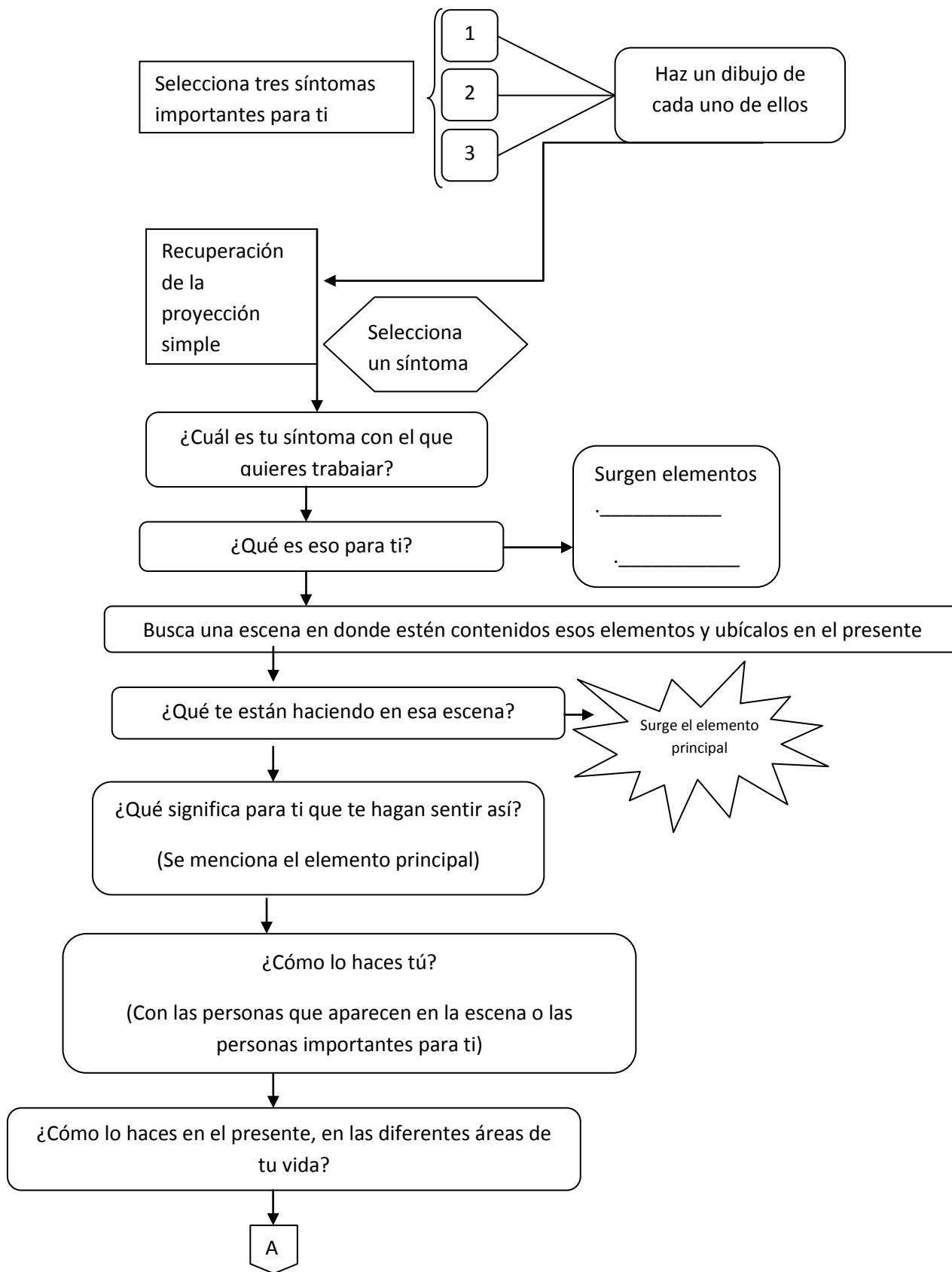
- La **proyección** se puede trabajar al permitir al paciente reposar su cuerpo, empezando desde el lenguaje: cambiar “el estómago” por “mi estómago”. Además fomentando la responsabilidad, ayudar a que el cliente se dé cuenta de que lo que le ocurre tiene que ver con él mismo y que por complicado o grave que parezca, eso que le ocurre está diciéndole algo definitivamente importante para su vida.
- Para trabajar los **introyectos** es importante ayudarlo a la persona a identificar todos los mensajes que rigen su vida, de estos seleccionar aquellos que son distónicos con el yo, para trabajarlos y volverlos internalizaciones (mensajes que el cliente haya seleccionado para sí mismo).
- **Retroflexión**, se puede trabajar a través de fomentar la descarga de emociones que hasta ahora han estado reprimidas. Para esto lo que se busca es modular las emociones evitando su disminución o su desborde; se les puede incitar a una movilización corporal o bien encarnar una emoción o sentimiento experimentado.
- **Deflexión**, un enfoque distinto que se tiene para el trabajo de este mecanismo, es la técnica conocida como “diálogo con el cuerpo o con el síntoma”. Generalmente la persona se enoja con aquella parte de su cuerpo que le muestra limitación o molestia de alguna manera, no le habla y mucho menos la escucha. No se da cuenta de que es aquí precisamente donde se encuentra el verdadero mensaje que no fue

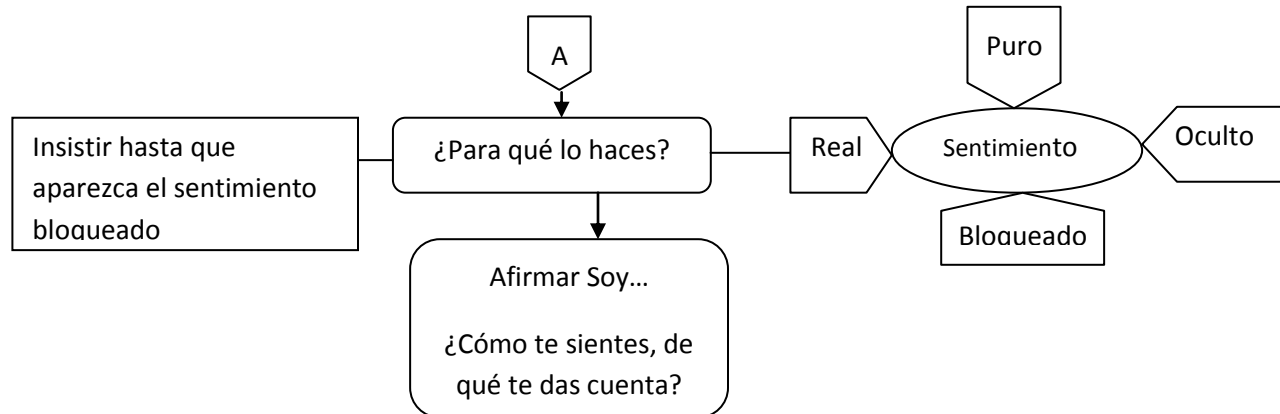
escuchado; se le pide a la persona que represente la parte física afectada por la enfermedad o a la misma enfermedad, que incluso adopte la forma, actitudes, lenguaje corporal de dicha parte. Esto permite una mejor identificación con la zona afectada que facilita el diálogo y la expresión de sentimientos.

- **La fijación**, representada por aquellos pensamientos repetitivos del cliente que no le permiten desviarse de su enfermedad y sus consecuencias. Este tipo de pensamientos se localizan de manera obstinada en los porqués, y los qué de una situación perturbadora, tratando de buscar una solución o aplacamiento del malestar. El pensamiento reiterativo puede llegar a enfermar a la persona ya que actúa como un círculo vicioso que recicla la ansiedad o preocupación y alimenta el esquema negativo. Aquí lo que se hace es propiciar el darse cuenta del paciente, hacerlo responsable de sus pensamientos y que tome conciencia de que este tipo de pensamientos terminan por dañar su autorespeto y se le ofrece una alternativa de salirse de la zona de fantasía enfocándose en la zona externa (distracción) o en la zona interna (relajación).
- **Postergación**, una alternativa para trabajarla es girar en torno a lo que Kepner llama desvinculación: “Nos volvemos incapaces de asimilar los contactos actuales porque nuestra energía está aun fijada en tratar de determinar contactos previos”. Para esto propone estimular la resolución al generar experimentos que hagan resaltar la experiencia. Una forma sugerida es *llevar fuera de sí* al cliente, para esto se le puede pedir que respire profundamente o que conteste preguntas como ¿de qué te das cuenta?, ¿qué aprendes de esto?, ¿para qué?.

4.2.2 *Proceso de enfermedad, síntoma y conducta*

Otra manera de trabajar con un síntoma es por medio del proceso de enfermedad, síntoma y conducta. Al trabajar con un síntoma se recupera mucha energía, no necesariamente al cliente le tiene que gustar lo que descubra de las partes oscuras de su personalidad. Con el proceso se tiene la posibilidad de no lastimarse, reconocer el conflicto real y hacer algo con ello (García, 2009).





4.3 Autorregulación y ciclo de la experiencia

La terapia Gestalt se funda en una teoría del proceso. En terapia Gestalt, el aspecto más importante de nuestro funcionamiento es la interacción o “contacto” con el entorno, a modo de encontrar la conclusión de nuestras necesidades. Este proceso de interacción organismos/entorno se da a través de la formación de figuras de interés que nos obligan a encontrar tal conclusión en el entorno a través de nuestra conducta. El resultado es el logro de la autorregulación, un equilibrio del campo organismo/entorno.

Las figuras surgen espontáneamente, las conductas organizadas brotan, se establece el contacto y la siguiente figura surge en una transición suave.

Hay veces en que el flujo de la figura y la conclusión en el entorno no pueden ser tranquilos. Algunos entornos no apoyan la conclusión fácil de algunas necesidades porque no tienen suficientes medios para satisfacerlas. O la conducta con la que satisfacemos nuestras necesidades puede evocar una respuesta hostil.

También hay ocasiones en las que debemos retrasar la conclusión de nuestras necesidades y ser capaces de interrumpir algún ciclo de la experiencia de modo que el ritmo y la forma de contacto se ajuste a las circunstancias cambiantes del mundo y de nuestro organismo.

En terapia Gestalt la capacidad de interrumpir temporalmente o “resistir” al contacto es útil y saludable como un ajuste creativo a las necesidades de la experiencia y el entorno.

La dificultad surge cuando el ciclo es interrumpido habitualmente en una forma que está fuera de nuestra conciencia de modo de que nuestras necesidades no pueden resolverse. Esta falta de conclusión se manifiesta, como malestar orgánico y enfermedad.

Esta necesidad permanecerá sin concluir y causando molestias mientras no se tome como algo importante. La corporificación del asunto inconcluso es resultante de ignorar la necesidad inicial.

La manifestación de necesidades importantes se puede manifestar como incomodidad, dolor, ansiedad, depresión, enfermedad, etc.

Las fases que se saltan o que se bloquean forman la base de una autorregulación orgánica deficiente. El ciclo de la experiencia debe verse como un modelo que nos permite localizar donde se estanca una persona dentro de la secuencia de autorregulación. Estos puntos se conocen como resistencias al contacto y permanecen en el núcleo del trabajo terapéutico en la terapia Gestalt. Las resistencias no son exclusivas de una sola fase del ciclo, aunque son más evidentes en fases particulares.

4.4 El proceso de desensibilización

Cuando las sensaciones son perturbadoras y no es posible evitarlas actuando sobre la fuente ambiental de la perturbación o escapando de ella, una manera de enfrentarlas es alterar la percepción de la sensación.

Los seres humanos son capaces de amortiguar el impacto de las sensaciones ya sea reduciendo su calidad de atención o disminuyendo la capacidad de sus órganos de percepción este proceso de enfrentarse a las situaciones perturbadoras alterando la capacidad de percepción es llamado desensibilización.

La desensibilización aminora la experiencia de incomodidad pero, exige un costo al reducir tanto la capacidad para vivir intensamente como la integridad del sentido del sí mismo.

Según Kepner (1992), las sensaciones pueden ser perturbadoras por tres razones básicas. Una es que son intrínsecamente incómodas, como el dolor físico, el hambre y el frío. La segunda es que las sensaciones que señalan necesidades orgánicas se vuelven incómodas cuando no pueden ser descargadas o satisfechas: la necesidad de contacto humano cuando no se satisface se convierte en soledad dolorosa; la necesidad de movimiento que no se cubre puede convertirse en tensión dolorosa.

Una tercera razón es que las sensaciones pueden entrar en conflicto con creencias fuertemente aprendidas (introyectos): las sensaciones y sentimientos sexuales se experimentan como intolerables si se cree que son “malos”, se puede creer que la expresión natural de la tristeza por la pérdida sea una manifestación indeseable de “debilidad”, etc.

Una cimentación sana requiere que nuestra sensibilidad corporal sea vivaz y receptiva, que podamos enfocarnos y mantener ese foco en las sensaciones que surgen.

Específicamente, podemos desensibilizarnos a una experiencia por medio de:

- Atención selectiva.- uno evita hacer caso a la experiencia
- Interferencia en la respiración.- Para mantener suficiente vivacidad, una sensación adecuada, se debe apoyar nuestra vivencia en la respiración. La respiración superficial o mínima adormece el tejido. Esto en esencia congela el funcionamiento limitado su capacidad de sensación y controla la aparición de sentimientos.
- Contracción muscular crónica.- impide los movimientos que vivifican, se puede experimentar tensando alguna parte del cuerpo y sosteniendo esa tensión. Da como resultado una musculatura dura y sin vida, la armadura corporal de la que habla Reich (1945 en Kepner 1992).

En el enfoque Gestalt se hace la distinción entre la armadura contra la sensación y el sentimiento (desensibilización estructural) y la armadura contra la movilización y acción (retroflexión estructural).

4.5 La resensibilización del sí mismo

El proceso esencial es el de apoyar al cliente a centrar su atención en la experiencia corporal y sostenerla el tiempo suficiente para que la sensación sea clara y diferenciada y de este modo surja como figura. Esto se hace comentando las distracciones del cliente y experimentando con la conciencia que tiene de su propio proceso corporal. Simultáneamente se debe trabajar con la respiración en el momento en el que se está desarrollando la emoción; aspiraciones y exhalaciones continuas y regulares ya que sin estas el cuerpo se inmoviliza y se minimiza la conciencia de los fenómenos corporales.

4.6 La negación de la experiencia y la proyección del cuerpo

Cuando hay un desfase entre la experiencia corporal y el sí mismo lo que se experimenta se mantiene separado del “yo”. El cuerpo todavía se considera como un objeto de la experiencia y no como parte del sujeto, el cuerpo es proyectado y tratado como si fuera algo diferente.

En Terapia Gestalt se define la proyección como una interrupción en el contacto al tratar una parte del sí mismo como si fuera parte del entorno (Perls y cols. 1951, en Kepner 1992).

En este caso la experiencia del propio cuerpo tiene poca información, lo cual afecta la adecuada formación de figuras además de que se minimiza el impacto de la sensación corporal en la conducta de la persona.

La proyección del cuerpo como un objeto es más sutil que la desensibilización. En la proyección si se experimenta la sensación corporal, hay contacto con el fondo sensorial de la experiencia y se siente que el cuerpo es real y verdadero, sin embargo se puede notar el desfase por medio del lenguaje utilizado por la persona en el cual se distancia a alguna parte.

En el trabajo terapéutico se pretende la restauración del sentido del “yo” a la experiencia corporal, esta sería la forma de curar la escisión entre mente y cuerpo con el fin de poder generar *Gestalten* unificadas y significativas.

Este proceso exige integración del trabajo con la sensación, atención al lenguaje utilizado, la fenomenología del cliente y el uso de experimentos lingüísticos.

A grandes rasgos se pueden plantear cuatro pasos en el trabajo con la proyección:

- Identificación de la proyección en el uso del lenguaje y otras indicaciones sobre la diferencia sentida entre el órgano sujeto de la experiencia y el uno mismo.
- Experimentos para resaltar la experiencia corporal y el desarrollo de la sensación. Suele servir exagerar la tensión y describir la experiencia.
- Experimentación con masajes con el yo asimilado como propone Kepner.
- Elaboración de las resistencias y expresión en el aquí y en el ahora.

4.7 Retroflexión y las polaridades

En ocasiones la necesidad debe ser contenida y las acciones restringidas en varios grados. Este es un aspecto de la madurez y un sello distintivo de civilización; el mundo tiene obstáculos para la acción fácil basada en nuestras necesidades. Pero a menudo el entorno va más allá de esto y actúa con destructividad hacia la expresión del sí mismo.

Implícita en cualquier retroflexión está la escisión del funcionamiento de la persona en fuerzas opuestas, es decir en polaridades. La polaridad incluye una parte que desea expresar o actuar y otra que quiere detener.

Al revertir la acción la persona asume tanto el papel del entorno como el del actor; con el impulso a actuar aparece un temor a la reacción del entorno de modo que la expresión es dirigida de vuelta hacia el organismo. Si este conflicto entre las partes no se resuelve la tensión resurge.

Cuando la retroflexión es crónica, permanente e inconsciente se distorsiona el funcionamiento y se deforma la vida corporal.

Se requiere que ambas partes se vuelvan conscientes y se expresen de la forma que el conflicto pueda ser elaborado.

4.8 El método de Adriana Schnake: los diálogos del cuerpo

Adriana Schnake, más conocida como "Nana", es una importante terapeuta gestáltica chilena. Es Presidenta Honoraria de la Asociación Gestáltica de Buenos Aires y Córdoba y miembro de Honor de la Asociación Española de Terapia Gestáltica. Se formó como médica psiquiatra en la Universidad de Chile. Ex profesora de psiquiatría en la Universidad de Chile.

Su original campo de actuación en la Terapia Gestalt está centrado en las enfermedades dentro de un enfoque holístico de la salud y de la enfermedad. Explora las enfermedades como mensajes del cuerpo, que es necesario escuchar para acceder a una mejor calidad de vida y al cambio personal.

No lo plantea como una curación o una medicina alternativa sino como el escuchar la voz del síntoma, la voz del órgano enfermo y comprender el sentido que tiene para la vida el enfermar; esto puede ayudar a la sanación, pero sin luchas omnipotentes con la medicina alopática.

Este enfoque busca comprender como el carácter o la personalidad de una persona puede favorecer, en un momento dado, la aparición de una enfermedad en un órgano en particular. Su hipótesis se basa en el concepto de neurosis y la polarización que esta conlleva.

La polarización implica que la persona no acepta, o niega, algunas características propias de sí mismo. Este rechazo o negación ocurre en un organismo completo y holista donde los aspectos fisiológicos no están separados de los psicológicos. Esta continua negación de alguna característica puede ser un campo fértil para que un órgano, que anatómicamente o fisiológicamente posea esta cualidad, pueda presentar la aparición de una enfermedad.

El trabajo de la Dra. Schnake consiste en realizar un diálogo gestáltico de la persona con su órgano enfermo, en este diálogo la persona puede reconocer y rescatar las características propias de la anatomía y fisiología del órgano que inicialmente le cuesta reconocer y aceptar para sí mismo. Si la persona llega a integrar estas cualidades o características negadas, puede llegar a facilitar una mejora o sanación del órgano, aunque la finalidad del trabajo es recuperar la integración de la personalidad y superar la polarización para así disminuir la neurosis.

Citando a la Dra. Schnake (1995). “El trabajo con los órganos enfermos es una autopista directa a aspectos esenciales de la personalidad en relación a su neurosis”.

Hoy día la Dra. Schnake vive, trabaja y enseña su enfoque de las enfermedades en Chiloé, una isla al Sur de Chile, en su *Centro Anchimalén*, recibe grupos y personas para trabajar en psicoterapia conflictos, problemas de relación y enfermedades.

Schnake, en su experiencia se percató de que las personas hablan de su enfermedad o de lo que les había pasado como si no fuera algo propio, cuanto más grave es su enfermedad, más prefieren saber de ella en términos médicos. Esto se da a partir de que se vive la enfermedad como una batalla con una parte de sí mismo, con síntomas que agobian a la persona y de los cuales quiere verse libre.

La persona no sabe ni cree que aquello que duele, o que se expresa de un modo tan inaceptable, es parte de sí mismo; eso que duele es simplemente una *enfermedad*.

Al aumentar la sensación de impotencia y de desvalimiento, los pacientes quedan reducidos a una casi total incapacidad de darse cuenta de que eso que duele o molesta es parte de ellos. Tal vez el horror del maltrato al que puede ser sometido el cuerpo humano nos lleve a considerar que ese cuerpo nos pertenece, no debemos tratarlo como si fuera una máquina.

El trabajo con los síntomas o las enfermedades parte de una idea en común: el estar de acuerdo en que “algo” tienen que ver los conflictos de la persona con su enfermedad.

De acuerdo con A. Schnake cuando no hacemos ningún esfuerzo por recordar, porque tal vez ni siquiera tenemos presente que lo aprendimos, vamos a las profundidades de nosotros mismos y ahí encontramos respuestas insospechadas.

Los síntomas son avisos de que algo no está bien; pero la mayoría no es capaz de escuchar y mucho menos de entender este aviso, se ha abandonado el cuerpo a la escucha del otro, que nos ve como informantes poco confiables.

Llega un momento en que la persona enferma ya no es dueña ni siquiera de su propio cuerpo, ha quedado presa del discurso médico y lo que habla por ella es su “cuadro clínico”. Los terapeutas hacen su aporte a la comprensión de la enfermedad, y se acercan al enfermo completamente insertados en el discurso médico, buscando otras “etiologías”, entonces la enfermedad es la que reina.

Buscar por separado las causas físicas y psíquicas es el resultado de la mirada cartesiana; no era este el enfoque que Hipócrates pretendió dar al pensamiento médico.

Como pensaba Groddeck (1983, en Schnake 1995) cada célula de este cuerpo tiene conciencia de la totalidad. Pese a las insistencias de Groddeck, Freud describió todo un aparato psíquico apartado de lo somático, cultivando más aún la separación entre soma y psique.

Perls se preocupó por combatir la enajenación del propio cuerpo, denunció ese hablar en tercera persona que se usa para referirse al propio cuerpo o a sus partes. Desde el lenguaje propone reposeernos.

Schnake empezó a trabajar con el diálogo con los órganos a partir de las técnicas de silla vacía utilizadas en Gestalt, “Cuando la Gestalt me enseñó a hablar con los personajes u objetos de los sueños y a darme cuenta de las polaridades o aspectos de mi misma que ponía en otros, empecé a hablar con los diferentes órganos, especialmente con aquellos que eran acusados de enemigos por las personas que venían a terapia” (1995).

El psicoterapeuta tiene que no temerle al cuerpo, tiene que saber que se puede contar con él, porque está hecho de tal modo que es óptimo para lo que de él esperamos.

Es preciso que las personas realmente sean tomadas como tales y esto no se consigue agregando más datos a la información que la persona está dando sobre su cuadro clínico o sus síntomas. Lo que hace falta es que la persona pase a ser “el actor principal” y no el “informante”. Es al paciente que tiene los síntomas al que hay que ver, no a la enfermedad.

En los talleres que Schnake ha realizado para facilitar el contacto y la relación de las personas con su cuerpo, se descubren las más increíbles negaciones, es lo que Perls llamó “huecos de la personalidad”.

Lo enriquecedor de estos talleres es que facilitan el poder identificarse con los órganos propios, caracterizarlos, dramatizar en grupo los diferentes sistemas y poder sostener un diálogo entre los diferentes órganos.

Cada vez que uno se logra reconciliar con un personaje que representaba a aquella parte en la que se encontraba el conflicto, es como si se recuperara un espacio, es recuperar una parte que nos pertenece y que se tenía olvidada o maltratada y a la que nos negábamos a oír.

Claramente se puede ver cuáles características privilegian unos y cuáles otros y con qué frecuencia aquellos órganos cuyas características causan rechazo desde la definición, son los mismos que han estado causando problemas y tienen sobre ellos la amenaza constante de ser eliminados.

En el organismo, frente a la primera señal de disconfort que da un órgano, con gran facilidad las personas lo declaran no “indispensable”; así es como este órgano queda severamente amenazado y más tarde amenaza toda la totalidad.

No es tarea fácil aprender a vivenciarnos y escuchar los mensajes del cuerpo, ni salirse de la visión que divide mente y cuerpo.

Cuando se ve a las enfermedades como enemigos, no se puede saber cuál es el mensaje que tienen. La obligación del terapeuta es dar instrumentos positivos para ayudar a que la persona tenga elementos eficientes de autoayuda y que no vaya aumentando su enajenación. Que no se entreguen como objetos desarmables.

El órgano o la parte enferma hablan de muchos modos y mientras el sujeto no entienda el mensaje, son enemigos. La persona no está haciendo nada que favorezca su cura; sino que está tratando de deshacerse de una parte de sí que jamás comprendió o aceptó del todo. Una parte que tenía en sí características rechazables para el sujeto.

En muchos casos, si a la enfermedad se le trata como a una verdadera mensajera de la salud, la enfermedad se retira luego de cumplir con su objetivo.

Con esa finalidad se han desarrollado numerosos ejercicios cuyo objetivo es familiarizar en primer lugar a los terapeutas, con el cuerpo vivo que somos.

El enfoque propuesto por Schnake no pretende que el terapeuta se quede explorando y tratando de curar cualquier cuadro clínico con la sola ayuda de la persona y prescindiendo de cualquier aporte de la medicina. Reconoce que esto es lo que hacen con frecuencia con gran omnipotencia diversas terapias o medicinas alternativas, las cuales prohíben a las personas todo contacto con cualquier otro modo de tratar el cuadro clínico que ellos proporcionan.

Lo que si se pretende en este enfoque es ayudar a que el ser humano se haga responsable de su enfermedad y entienda el mensaje que esta le trae a toda su persona, aprovechando una vía regia para trabajar con toda la estructura caracterológica de quien consulta.

El primer trabajo organizado por escrito en relación con este tema fue presentado en el congreso de psicología clínica de Cuba, en 1987.

Vivenciar y conocer de un modo diferente al propio cuerpo, puede contribuir a transformar completamente el sentido de la enfermedad, y con ello contribuir también a reducir la alta frecuencia de enfermedades invalidantes y mutilatorias, así como la incidencia de suicidios.

Uno de los talleres impartidos por Schnake consistió en una representación de los diferentes órganos, en el suelo se conformaba un cuerpo entero; entonces se empezó a dialogar, los órganos se fueron presentando y solo se les interrumpía si alguien decía algo obviamente

errado. Se pasó de la competitividad al reconocimiento de sus funciones, así como a la identificación de los sentimientos que las personas tenían con respecto a los diferentes órganos.

El rol del terapeuta es tener una escucha total, no solo a las palabras si no también a los gestos del cliente. Su función es darse cuenta de aquellas cosas que enfatiza la persona y que no necesariamente corresponden a las funciones del órgano que está hablando. Debe atender especialmente a aquella característica o función que el paciente menciona.

En general se le pide a la persona que empiece por ser la parte “acusada”; que se describa frente a sí misma. El diálogo se da entre ellas, no con el terapeuta de intermediario, es entonces cuando se empiezan a notar las dificultades que la persona tiene para mencionar en presente y en primera persona alguna de las características que está describiendo.

Puede ser que se resista a nombrar funciones evidentes o esenciales o no logra hacerlo a pesar de que el terapeuta insista en preguntarle para qué sirve dicho órgano. Es entonces cuando el terapeuta colabora en el diálogo poniéndose en el lugar del órgano acusado para describir algunas características importantes que la persona omitió.

Es evidente que las características evitadas o no reconocidas de la función de un órgano, son la clave de un conflicto que la persona está negando, eludiendo o no aceptando por algún motivo.

En ocasiones, no es lo negado lo que aparece como motivo central del malentendido, sino las características que la persona atribuye al órgano y la exigencia de que las cumpla, frente a la rebeldía del acusado, al que no se le acepta como es. Esta situación se da con llamativa frecuencia en el aparato digestivo especialmente en el estómago y colon.

En los diálogos se hace patente el sentido que puede tener esa enfermedad para esa determinada persona. Por supuesto es obvio que si ya se ha iniciado un proceso que la medicina conoce y puede revertir adecuadamente, debe continuarlo; solo se pretende que la persona se dé cuenta de que la medicina está ayudando solo a un aspecto de su cura.

La cura radical ocurrirá en la medida en que la persona sea capaz de ir dándose cuenta de que el cuerpo y la vida que lo animan son algo más que su propia casa: son un universo en sí que contiene todas las preguntas y respuestas de todo aquello que buscamos fuera.

TALLER: EL DIÁLOGO CON EL CUERPO, UNA OPCION DE BIENESTAR

Justificación

En la actualidad la visión positivista y los avances de la ciencia médica han llevado a las personas a tratar a su cuerpo como si fuese un objeto que se descompone y que se lleva a arreglar, esta actitud conlleva a un bloqueo de la sana interacción entre la mente y el cuerpo, llevándolo al punto en que mente y cuerpo se ven como dos instancias separadas, la persona ya no se percibe a sí misma como una totalidad, sino como partes escindidas.

Lo que se considera relevante es la enfermedad y no el enfermo. En esta situación no se consigue una verdadera mejoría ya que se atiende solo lo físico y no se toma en cuenta la intervención de los factores psicológicos en el desarrollo o transcurso de la enfermedad, incluso se puede llegar a presentar la reaparición o complicación de la enfermedad así como la sustitución de síntomas en caso de que no se identifique el mensaje de del síntoma o padecimiento.

En muchos casos si se trata a la enfermedad como una mensajera de la salud, esta se retira después de cumplir su objetivo, es decir cuando la persona descubre el mensaje del síntoma y el para qué de la enfermedad.

El reconocimiento de las necesidades del individuo a partir del síntoma expresado por la enfermedad lleva al conocimiento y aceptación del sí mismo, así como a la integración de las partes escindidas. Cuando la persona aprende a reconocer sus necesidades, conflictos se puede generar un cambio en pro de la salud tanto física como mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que más del 90% de las enfermedades tienen un origen psicosomático, de hecho, las características de la personalidad, el manejo que tenemos de las emociones y la manera de manejar el estrés, conflictos, fracasos y frustraciones pueden potenciar o desarrollar diversas enfermedades.

Se ha descubierto que las emociones negativas, como la ira, la ansiedad o la depresión, y también el estrés debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas.

Estudios confirman que las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados periodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad o cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardiacos.

Un estudio realizado en Noruega con 862 sujetos de 13 a 15 años buscó detectar el riesgo de padecer síntomas psicósomáticos a través de regresión logística; Natvig, et al. (1999, en González, 2011). Encontraron que el riesgo de tener síntomas psicósomáticos se incrementaba con el grado de alienación escolar y que la autoeficacia se asociaba significativamente con el riesgo de padecer síntomas psicósomáticos.

En España, en un estudio realizado por Matad y Bethencourt (2000, en González, 2011). Con 180 mujeres cuya edad promedio fue de 46.6 años, se encontró correlaciones significativas entre síntomas somáticos y otras variables; las más relevantes resultaron ser con autoestima ($r=-.40$), estilo de afrontamiento emocional ($r=-.39$), satisfacción con el rol de ama de casa ($r=-.30$), apoyo social ($r=-.29$), y estrés ($r=.19$).

Orejudo y Froján (2005, en González, 2011), en un estudio realizado en España con 501 padres de estudiantes de psicología donde se utilizó análisis de regresión lineal, encontraron que las variables psicológicas, principalmente el neuroticismo e indicadores de estrés, explicaban el 16.8% de la varianza de los síntomas somáticos.

Teóricamente, Lipowski (1988, en González, 2011) menciona que el neuroticismo, junto con la hipocondriasis y características de personalidad, pueden funcionar como factores de mantenimiento de la somatización. Por su parte, en estudios empíricos el neuroticismo ha sido asociado a los síntomas somáticos por autores como Fernández y Fernández (1998), y Santed et al. (2003, en González, 2011), entre otros.

En estudiantes mexicanos, se encontró que los síntomas psicósomáticos correlacionaban significativamente con el estrés ($r_s=.41$) (González y Landero, 2006). En el estudio realizado por Lipsane et al. (2004, en González, 2011) demostraron que el estrés era el único predictor en un modelo de regresión logística para síntomas medicamente inexplicables (OR= 1.2; $p<.001$).

Objetivo

Que los participantes aprendan cómo mantener sano su organismo a través del diálogo con su propio cuerpo o con el órgano afectado con el fin de reconocer las necesidades que se expresan por medio del síntoma y los recursos con los que cuentan o que necesitan desarrollar para satisfacer dichas necesidades; así como también lograr la integración de la mente y el cuerpo como una totalidad.

Método

Se realizó un taller vivencial el cual se enfocó primeramente en el reconocimiento del propio cuerpo, sus sensaciones y su expresión física a manera de sensibilización y

posteriormente se llevó a cabo el diálogo entre los diferentes órganos con la participación de todos los integrantes para hacer énfasis en el cuerpo como totalidad, en las siguientes sesiones se aplicó el diálogo con el órgano o el síntoma de cada uno de los integrantes con el fin de promover la responsabilidad que uno tiene hacia su propio cuerpo y fomentar la elección y la libertad para decidir sobre nuestro organismo de una manera activa en pro del equilibrio físico y mental.

Población

El taller está dirigido aquellas personas de edad adulta que tengan alguna enfermedad o síntoma físico y deseen conocer más sobre las necesidades de su cuerpo y lo que su organismo expresa. En él también podrán participar quienes deseen entender mejor la relación cuerpo-mente.

Escenario

Se llevó a cabo en una de las aulas del centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” la cual está destinada a la terapia con enfoque Gestalt.

Numero de sesiones y duración

El taller se impartió en 10 sesiones con 2 horas de duración.

SESIÓN	1	OBJETIVO	<i>Hacer un primer contacto con el cuerpo en el aquí y el ahora así como reconocer sus funciones y sensaciones</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación	Que los participantes se conozcan	Cada participante dirá su nombre y por qué se interesó por el taller	Pondrán en una ficha bibliográfica su nombre para facilitar que se empiecen a conocer.	Fichas bibliográficas y plumones	10'
Presentación del Taller	Dar a conocer el objetivo del taller, así como los temas que se abordarán y conocer las expectativas hacia el taller.	Presentación en PowerPoint	Se pondrá una presentación por computadora en la que se describirá el objetivo, temas y las reglas del taller. Se hablará sobre las enfermedades psicosomáticas y los objetivos de la terapia Gestalt en cuanto a su tratamiento.	Computadora	20'
Reconocimiento del cuerpo y sus sensaciones en el aquí y ahora	Que los participantes se ubiquen en el aquí y el ahora experimentando su cuerpo y sus sensaciones a través del movimiento. Promover el contacto intrapersonal.	Movilización, concentración y relajación	Los participantes se moverán por el salón dándose cuenta de las sensaciones de su cuerpo y sus movimientos en el aquí y el ahora.		15'
Romper el hielo	Que los participantes empiecen a interactuar entre sí y se fomente el contacto interpersonal.	Establecer contacto de diferentes maneras	Dentro de la movilización los participantes establecerán contacto visual y físico con los diferentes integrantes con el fin de realizar un intercambio comunicacional (perceptual, emocional y corporal) para que se promueva la confianza en un marco de seguridad.		15'
Compartir experiencias	Los participantes expresarán lo que vivieron anteriormente	Diálogo grupal	Cada persona dirá como fue su experiencia en cuanto a la interacción con los demás miembros del grupo.		15'
Presentación del cuerpo	Que la persona se identifique a si misma tomando en cuenta las partes y órganos de su cuerpo e identifique que papel han tenido en su vida	Dibujo de las partes del cuerpo	Se les pide a los participantes que en una hoja blanca se dibujen y que en las diferentes partes del cuerpo anoten que características tiene dicha parte y que ha tenido que vivir esa parte del cuerpo así como las sensaciones que ha podido percibir en los ejercicios anteriores	Hojas blancas lápiz y colores	20'
Compartir y Reflexionar	Compartir experiencias	Diálogo grupal	Las personas compartirán su experiencia en los ejercicios anteriores		15'
Cierre	Hablar sobre lo que pudimos apreciar en la sesión	Diálogo grupal	Los participantes hablarán sobre cómo se sintieron y que se llevan de la sesión		10'

SESIÓN	2	OBJETIVO DE LA SESIÓN	<i>Sensibilizar a los participantes ante las experiencias que han constituido su cuerpo y su percepción hacia el mismo.</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Estado corporal y emocional	Identificar el estado emocional y físico en que se encuentran actualmente (aquí y ahora).	Reflexión sobre el estado físico y emocional	Los participantes hablarán sobre cómo se sienten física y emocionalmente en el presente.		10'
Relajación	Que las personas sientan las sensaciones de su cuerpo y las relajen	Técnica de relajación	Con los ojos cerrados se iniciará un recorrido por las diferentes partes del cuerpo prestando atención a todas aquellas sensaciones, si hay alguna incomodidad cambiar de posición para satisfacer las necesidades del cuerpo.		10'
Actitudes del carácter y actitudes físicas	A través de la representación física los participantes identificarán como viven corporalmente las emociones y sentimientos	Técnica expresiva mediante la representación corporal de sentimientos y emociones	A cada integrante se le dará un papel con cuna emoción, sentimiento o actitud y tendrá que representar como se manifiesta en su cuerpo mientras que los demás dirán que se está representando	Papeles de colores	35'
Lo que la postura corporal expresa	Darse cuenta de cómo se manifiestan los sentimientos y actitudes nuestro cuerpo.	Técnica expresiva Gestáltica	Se trabajará en parejas, la primer persona identificará en el otro ciertas características en su postura corporal y le pedirá a su compañero que exagere dicha postura para posteriormente darse cuenta de que está expresando su cuerpo en base al ejercicio anterior, posteriormente se cambia el rol.		35'
Coraza corporal	Percatarse de los bloqueos que se encuentran en su cuerpo y fomentar la elección para realizar cambios.	técnica expresiva	Las personas recorrerán cada uno de los 7 segmentos identificados por W. Reich, identificarán que es lo que hace falta modificar y le agregarán movimiento para permitir la expresión emocional y abandonar la tensión		20'
Cierre	Compartir las experiencias y finalizar la sesión	Diálogo grupal	Se comunicara la experiencia y en 1 o 3 palabras los integrantes del grupo dirán que se llevan de la sesión		10'

SESIÓN	3	OBJETIVO	<i>Identificar las emociones y experiencias a lo largo de la vida y como estas han influido en el presente de su cuerpo.</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Relajación	Preparar a la persona para la sesión	Técnica de relajación	Los integrantes del grupo cerrarán los ojos, a continuación prestarán atención a su respiración, ritmo cardíaco y a su cuerpo		10'
Experiencias del cuerpo	Sensibilizar a los participantes ante los cambios que han tenido en su cuerpo y en sus emociones a lo largo de su vida y como estos han repercutido en su presente. Así como permitir un primer contacto con los supuestos existenciales reflejados en su cuerpo.	Sensibilización Gestalt	Se les pedirá a las personas que se acuesten en un espacio de la sala, que se pongan en una posición cómoda, que cierren sus ojos y posteriormente (ubicándose en el aquí y el ahora) vivencien como su cuerpo experimentaba sus emociones, como experimentaba la vida, la libertad, la responsabilidad, la muerte y la soledad empezando por la niñez, la adolescencia y finalmente la etapa actual. Se reflexionará sobre si hubo algún cambio en la expresión y que efectos tuvo sobre su forma de ser.	música para relajación	30'
Mi cuerpo y mis vivencias	Que los participantes expresen gráficamente aquellos acontecimientos que en cada etapa de su vida influyeron de manera significativa en su cuerpo y en sus emociones	Dibujo Expresivo	A cada persona se le dará una hoja blanca, lápices y colores, se le pedirá que dibuje un árbol en el cual las raíces representan la niñez, el tronco la adolescencia y la copa, la etapa actual de su vida; en cada parte escribirán aquellos acontecimientos que influyeron de manera significativa en su cuerpo y en sus emociones, así como los cambios en la expresión emocional corporal que vivenciaron en el ejercicio anterior.	Hojas, lápiz y colores	30'
Compartir experiencias	Compartir lo que vivenciaron en las dinámicas anteriores e identificar introyectos con respecto al cuerpo.	Diálogo Grupal	Cada quien compartirá su experiencia y reflexione sobre como ciertas vivencias e introyectos marcaron su relación con su propio cuerpo.		20'
Exposición explicativa	Explicar los fundamentos de lo que se ha trabajado	Exposición	Se llevará a cabo una explicación sobre el proceso de transición somática, las tensiones crónicas y la coraza corporal, la retroflexión así como los mensajes del cuerpo.		20'
Reflexión y Cierre	recapitular lo que se trabajó y cierre	Diálogo Grupal	Las personas hablarán sobre lo que vivenciaron y dirán que se llevan de la sesión		10'

SESIÓN	4	OBJETIVO	<i>Darse cuenta de las características de sus órganos e integrarse como un todo</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Movilización corporal	Disminuir la ansiedad y preparar a a persona para la sesión	Movilización	se pedirá a los integrantes del grupo que caminen por el aula sintiendo su cuerpo		10'
Descripción de los Órganos	Que el participante identifique las fusiones y características de sus órganos dando un primer paso hacia la integración de las partes escindidas.	Reconocimiento del cuerpo y sus características	Los participantes visualizarán sus órganos de cada segmento como se les indique, posteriormente los dibujarán y escribirán que características tiene cada uno.	Hojas blancas, colores y lápiz	30'
La personalidad de mis órganos	Identificar las características de su personalidad expresada en sus órganos	Identificación e integración con el propio cuerpo	En base al ejercicio anterior los participantes describirán que características de personalidad debería tener una persona que fuera como cada uno de sus órganos (según la técnica de Adriana Schnake).	Hojas blancas, colores y lápiz	30'
Compartir experiencias	comunicar a los demás miembros lo vivenciado	Diálogo grupal	Se hablará sobre la experiencia		25'
Integración y reconocimiento de las características de mis órganos	identificación con las características de los órganos	Diálogo grupal	los integrantes del grupo recordarán y comentarán si ha habido ocasiones en las que ellos actúen con las características de sus órganos o si las han negado. Al final dirán en qué medida se identifican con tales características del 1 al 10		15'
Reflexión y cierre	Comunicar experiencias	Diálogo grupal	Cada quien dirá como se siente y de que se dio cuenta durante la sesión		10'

SESIÓN	5	OBJETIVO	<i>Darse cuenta de la relación entre los distintos órganos para evitar la escisión del cuerpo. Vivir el cuerpo como un todo.</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Movilización e interacción	Fomentar la confianza entre los miembros del grupo	El lazarillo técnica de confianza en equipo	Los integrantes se pondrán por parejas, uno de ellos permanecerá con los ojos cerrados mientras el otro lo guía, posteriormente cambian papeles.		15'
Diálogo entre los órganos	Reconocer la importancia de la interacción de los órganos, vivir el cuerpo como un todo.	Técnica integrativa El diálogo con el cuerpo: conversación entre los órganos.	Los participantes se acomodarán de acuerdo a la estructura corporal y se presentaran asumiendo el papel de un órgano en específico, dirán cual es su importancia dentro del cuerpo para fomentar el debate. Si hace falta mencionar alguna característica los demás le ayudarán con el fin recalcar la relevancia de cada uno.		50'
Interacción entre los órganos	Que los participantes se den cuenta si pueden ser plenamente ellos mismos en relación con el órgano que interpretaron con anterioridad. Identificar polaridades.	Diálogo por parejas	Se trabajará por parejas de preferencia con algún compañero que haya representado a un órgano con una polaridad con respecto al haya representado. Se hablará sobre cómo se sintieron en su papel y si tuvieron alguna dificultad al interpretarlo. posteriormente se invierten los papeles y el otro compañero cuenta su experiencia		25'
Recapitulación sobre la experiencia	Se intercambian vivencias para fomentar el darse cuenta.	Diálogo grupal	Hablar sobre lo que se experimento y aprendió con anterioridad		20'
Cierre	terminar sesión	Diálogo grupal	Los miembros del grupo dirán en 3 palabras de que pudieron darse cuenta		10'

SESIÓN	6	OBJETIVO	<i>Que los participantes identifiquen el papel del órgano o parte afectada dentro del funcionamiento total de su organismo y elaboren el mensaje que aquella parte está tratando de transmitir.</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Movilización	Relajar y poner en contacto con el cuerpo	Movilización	Se pedirá a las personas que caminen por el aula prestando atención a su respiración y a sus movimientos.		5'
Reconocimiento del órgano o parte afectada	Ponerse en contacto con la parte enferma de su cuerpo	Encuentro con el síntoma	Cada persona con los ojos cerrados tocará la parte de su cuerpo afectada y tratará de visualizarla reconociendo el conflicto que tiene con esta.		10'
Enfermedad, Síntoma y Conducta	Que el cuerpo exprese los sentimientos más profundos, recuperar la energía invertida en el síntoma, reconocer los bloqueos, el conflicto real y hacer algo con ello.	Contacto, descripción del órgano afectado y reconocimiento del conflicto	En una hoja blanca cada quien seleccionará 3 síntomas relevantes para sí, hará un dibujo de ellos y escribirá como es la parte afectada, posteriormente seleccionará un síntoma y responderá a la pregunta ¿qué es eso para ti?, buscará una escena donde estén contenidos esos elementos y la escribirá en presente. Identificará qué es lo que le están haciendo en esa escena y qué significa que le hagan sentir así. Posteriormente escribirá como hace lo mismo con las personas importantes para sí, identificará para qué lo hace y cómo se llama ser así. Al finalizar se le preguntará a cada quién de qué pudo darse cuenta, cómo se siente y qué necesita hacer.	Hojas blancas y lápiz	25'
Diálogo con el cuerpo y sentido de vida	Establecer un diálogo entre la persona y su padecimiento o parte afectada	Silla vacía/silla caliente con el cuerpo. Enfocada reconocer la actitud hacia el sufrimiento, experiencias y propósitos	Una persona del grupo decidirá pasar al frente junto con el terapeuta e iniciará el diálogo a manera de silla vacía. Al terminar otra persona decidirá pasar a realizar el ejercicio	3 sillas	60'
Compartir experiencia	compartir la vivencia	Diálogo grupal	Cada quien dirá como se sintió al realizar cada uno de los ejercicios anteriores. Si alguien no realizó el trabajo con silla vacía hablará sobre cómo se sintió al presenciarlo		15'
Cierre	terminar sesión	Diálogo grupal	cada quien dirá brevemente de que pudo darse cuenta y que se lleva de la sesión		5'

SESIÓN	7	OBJETIVO	<i>Continuación del trabajo: el diálogo con el cuerpo. Reconocer las capacidades y limitaciones del órgano afectado.</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Relajación y Movilización	Ponerse en contacto con el cuerpo y sus sensaciones	Relajación	Los participantes cerraran sus ojos y de abajo hacia arriba irán haciendo contacto con las diferentes partes de su cuerpo		10'
Posibilidades y limitaciones en mi cuerpo	Darse cuenta de las características y funciones de la parte afectada y reconocer sus limitaciones y promover la responsabilidad que uno tiene.	Dibujo expresivo	Cada quien dibujara la parte del cuerpo con la que está trabajando y escribirá a su lado izquierdo sus posibilidades y funciones y del lado derecho sus limitaciones. Al finalizar se comentará qué necesita hacer cada quien para no sobre exigir al cuerpo.	Hojas y lápiz	20'
Diálogo con el cuerpo y la libertad	Establecer comunicación con la parte del cuerpo con el fin de comprender el mensaje que trae su enfermedad	Diálogo con el cuerpo enfocado a las posibilidades y limitaciones. Silla Vacía.	Una persona del grupo decidirá pasar al frente junto con el terapeuta e iniciará el diálogo a manera de silla vacía. Al terminar otra persona decidirá pasar a realizar el ejercicio	3 sillas	60'
Compartir experiencias	que cada quien comparta su vivencia	Diálogo grupal	Cada integrante mencionará y reflexionara sobre lo que se trabajó con anterioridad		20'
Cierre	Finalizar sesión	Diálogo grupal	Cada quien mencionará de que pudo darse cuenta en la sesión en relación al trabajo realizado.		10'

SESIÓN	8	OBJETIVO	<i>Descubrir la incomprensión o rechazo hacia nuestros órganos</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Relajación	Disminuir la ansiedad	Relajación	Los integrantes del grupo cerraran los ojos se sentarán con la espalda recta y colocarán sus manos en el pecho y en el diafragma y se concentrarán en los movimientos de su respiración		10'
Mi relación con esa parte de mi cuerpo	Darse cuenta de la comunicación que se tiene con el cuerpo	Expresión escrita	Cada quien escribirá a manera de carta con su cuerpo en tiempo presente cómo se comunica con él, cómo lo trata, qué hace por él y qué hace falta hacer.	Hojas y lápiz	20'
Compartir experiencia	Escuchar las diferentes vivencias	Expresión oral	Cada integrante comentara su experiencia en el ejercicio anterior		10'
Diálogo con el cuerpo y la Soledad	Establecer un diálogo con la parte afectada	Diálogo con el cuerpo centrado a la escucha del órgano y las diferentes formas de vivir la soledad Silla Vacía/Silla caliente	Una persona del grupo decidirá pasar al frente junto con el terapeuta e iniciará el diálogo a manera de silla vacía. Al terminar otra persona decidirá pasar a realizar el ejercicio		60'
Reflexión	Externar el darse cuenta que se haya tenido	Expresión oral	Cada quien dirá como se sintió en la dinámica y de que se pudo dar cuenta		15'
Cierre	Finalizar sesión	Expresión oral	En una palabra cada uno dirá que se lleva de la sesión		5'

SESIÓN	9	OBJETIVO	<i>Que los participantes se den cuenta de las polaridades e introyectos existentes en su cuerpo y su personalidad</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Relajación	Disminuir la ansiedad y preparar para la sesión	El suspiro	Cada integrante se pondrá cómodo en su asiento, respirará profundamente y emitirá un suspiro al momento de exhalar el aire, repetir el ejercicio.		10'
Descubriendo Polaridades	Retomar las características del órgano y reflexionar sobre en que grado nos identificamos con ellas o las rechazamos.	Dibujo con expresión escrita	Los participantes dibujaran la parte de su cuerpo con la que están trabajando y entorno a ella escribirán que cualidades han descubierto en él y en sí mismos y con cuáles se sienten inconformes	Hojas y lápiz	20'
Compartir reflexiones	Hablar sobre las polaridades que se encontraron	Expresión oral	comentará cada uno su experiencia		10'
Diálogo con el Cuerpo y Responsabilidad	Establecer comunicación con el cuerpo	Silla vacía/ silla caliente. Centrado a polaridades y al desarrollo de la responsabilidad hacia el propio cuerpo	Una persona del grupo decidirá pasar al frente junto con el terapeuta e iniciará el diálogo a manera de silla vacía. Al terminar otra persona decidirá pasar a realizar el ejercicio		60'
Compartir experiencias	hablar sobre las vivencias	Diálogo grupal	Hablar sobre lo que cada uno sintió y reflexionó en la sesión		15'
Cierre	Finalizar sesión	Diálogo grupal	En una palabra decir que se llevan de la sesión		5'

SESIÓN	10	OBJETIVO	<i>Realizar acuerdos con el cuerpo e integrar las partes escindidas en el "yo" como totalidad</i>		
Tema	Objetivo	actividades/técnicas didácticas	Descripción/procedimiento	Materiales	Tiempo
Relajación	Disminuir ansiedad y preparar para la sesión	Respiración e imaginación positiva	Hacer una respiración profunda y en cada expiración ir sintiendo como desaparecen todas las tensiones y con cada inspiración ir sintiendo como uno se llena de paz y tranquilidad. Repetir el ejercicio y sentir como la energía se queda almacenada dentro del cuerpo y fluye por todas partes		5'
Acuerdos con el cuerpo	reconocer las partes de la personalidad escindidas e integrarlas a la totalidad del cuerpo	Diálogo a través del cuerpo	Cada participante expresará desde el papel del órgano como de si mismo los acuerdos a los que llegó.		20'
Mi cuerpo y los supuestos básicos existenciales	tomar conciencia de la importancia y el papel que nuestros diferentes órganos han tenido en los diferentes aspectos de nuestra existencia	Expresión escrita	Retomando la división del cuerpo que hace W. Reich cada participante irá anotando como cada parte del cuerpo indicada por el terapeuta ha contribuido en: el sentido de la vida, la libertad, la responsabilidad, la muerte y la soledad.	Hojas y lápiz	40'
"Yo" como totalidad	retomar los supuestos existenciales del ejercicio anterior y reflexionar como los vive su "yo" como totalidad	Expresión escrita	Cada participante expresará como experimenta el sentido de la vida, la libertad, la responsabilidad, la muerte y la soledad.	Hojas y lápiz	20'
Recapitulación sobre los supuestos existenciales	Dar una explicación sobre los diferentes formas de vivir cada uno de los supuestos existenciales	Explicación oral por parte del terapeuta	Con respecto al sentido de la vida, la libertad, la responsabilidad, la muerte y la soledad; se explicará cuáles son las diferentes formas de vivirlos refiriéndose a cuándo existen bloqueos y cuándo se presenta la autorregulación, así como también se hablara de los sentimientos que nos generan y su función.		20'
Reflexiones finales y Cierre del Taller	Reflexionar, opinar y compartir sobre las vivencias de la sesión y del taller en general	Expresión oral	Cada participante comentara sus experiencias tanto en la sesión como en el Taller, hablara sobre lo aprendido, lo que pudo descubrir y que se lleva de su participación en el Taller.		15'

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A medida que la medicina fue avanzando se empezó a dicotomizar al ser humano en “soma” y “psique”. Esta misma dicotomía aparece en muchas teorías psicológicas, al separar lo verbal y lo corporal e incluso lo emocional.

Esta división en parte proviene de la misma dicotomía con que se expresa la persona, donde incluso el lenguaje verbal no siempre corresponde al lenguaje corporal.

Es por esto que la palabra “Psicosomática” se introdujo en Medicina para denotar las profundas influencias que experiencias vitales, estados emocionales, e incluso procesos cognitivos, tienen en la salud y en el funcionamiento del cuerpo humano.

Hoy en día, el pensamiento psicossomático, así como la psicoterapia Gestalt, tratan de superar visiones parciales y abstracciones reduccionistas, buscando la integración de manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales en una comprensión unitaria del ser humano.

Existen diversos padecimientos y enfermedades que no se resuelven solo con la intervención médica y que requieren una intervención multidisciplinaria para su tratamiento.

Mientras la medicina, limitada a los síntomas y a la enfermedad, continua buscando *remedios* (es decir, medios para retornar al enfermo a su estado anterior), esta propuesta psicossomática Gestalt no se aparta de su visión holística. Permanece permeable a todas las corrientes del pensamiento que abordan esta redefinición de salud y la comprensión de la totalidad de la persona que padece la enfermedad.

Esta propuesta nos muestra que no solo debemos de abandonar la idea de curación como un volver a un estado anterior, sino que aún si lo logramos, estaríamos desperdiciando la maravillosa oportunidad que nos ofrece la enfermedad para cambiar, para completarnos, para crecer, para ser más humanos, más armónicos con nosotros y con el mundo que nos rodea. En resumen, para ser más felices.

Pensamientos, sentimientos e ideas son parte del ser humano y tienen la capacidad de afectar nuestro organismo. Comprender al hombre en sus diferentes facetas –psicológica, social y física– permite tener una visión integral y enfrentar las enfermedades con una nueva mirada.

La terapia Gestalt aporta valiosos elementos para comprender que el sí mismo se manifiesta a través de su dimensión corporal, psicológica y social. Los malestares que el cuerpo manifiesta están relacionados con ciertos aspectos de la personalidad y con las formas en las que uno se relaciona consigo mismo y con los demás, esto le permite a la persona ampliar la vivencia y la comprensión que tiene de sí misma y de su circunstancia a través de los estados de su cuerpo y los procesos orgánicos por los que atraviesa.

Así como en cualquier célula del cuerpo está la estructura genética total del individuo, en cada órgano hay una información total de la persona. En Gestalt se le pone voz al síntoma y a la enfermedad, se presta atención a las interrupciones en el funcionamiento de la persona y en su expresión tanto física como verbal, se toma en cuenta la escucha del propio organismo y la satisfacción de sus necesidades (cerrar Gestalt emergente).

Cuando la persona toma conciencia de la manera en la que interactúa con su propio organismo, puede aprender a escuchar los mensajes que su cuerpo transmite y a reconocer que actitudes y formas de actuar pueden perjudicar su bienestar. De esta forma puede recuperar las partes negadas o alienadas de su personalidad que se manifiestan a través de su dolencia o enfermedad.

La terapia Gestalt enseña a las personas a enfocar su atención en su experiencia presente. El darse cuenta de lo que se está viviendo en el aquí y ahora permite ponerse en contacto con el cuerpo y sus sensaciones tanto las del interior como las provenientes del exterior, lo cual contribuye a que la persona reconozca como reacciona su cuerpo ante diversas circunstancias.

Según Kepner (1992) la persona va desarrollando su sentido de sí misma a lo largo de un proceso constante de experiencias y aprendizajes que determinan las formas en que se reacciona consigo misma y con el entorno. A lo largo de sus vivencias identifica aquellas cualidades que le ayudan a satisfacer sus necesidades y a lograr satisfacción y afecto, y se va separando de aquellas por las cuales es criticada o rechazada. En este proceso el yo se va separando del cuerpo, en el que quedan relegados los aspectos rechazados del sí mismo.

Además, dado que toda emoción tiene un correlato somático cuando la persona reprime o niega alguna, también interfiere con la función corporal involucrada. Debido a esto el cuerpo va perdiendo potencial para sentir, moverse y expresarse.

A partir del ciclo de autorregulación orgánica Kepner (1992) identificó los bloqueos del sí mismo en cada una de las etapas reflejados en el cuerpo. El manejo de las emociones, los introyectos y las actitudes interfieren con el cierre o cumplimiento de las necesidades que se manifiestan en el ciclo. Cuando la persona toma conciencia de sus bloqueos puede saber como está interfiriendo en su propio bienestar y que puede hacer para eliminar dichos bloqueos y dar paso a la acción que cubrirá la necesidad correspondiente.

Esta nueva comprensión del ser humano y de su organismo también nos abre nuevas puertas para comprender a nuestra sociedad y a nuestro mundo.

El taller que se realizó comienza con la resensibilización del cuerpo, pretendiendo hacer un primer contacto con el cuerpo y reconocer sus funciones y sensaciones, sensibilizando a los participantes ante las experiencias que han constituido su cuerpo y su percepción hacia el

mismo. Posteriormente se buscó que los participantes identificaran sus emociones y como estas se reflejan en el cuerpo, así como también conocer cuál fue la transición de la expresión emocional a lo largo de su vida.

Una vez que se reconoció el cuerpo y su relevancia dentro de las vivencias personales se dio el primer paso hacia la integración de las partes escindidas de la personalidad tomando en cuenta las características de personalidad de los órganos, también se prestó atención a marcar la relación entre los diferentes órganos y sistemas; a su vez los participantes identificaron el papel que su enfermedad tiene dentro de su organismo, con esto, elaboraron el mensaje que el órgano o la enfermedad estaba tratando de transmitir.

A través del diálogo con el cuerpo se dio importancia al reconocimiento de las posibilidades y limitaciones del cuerpo, y la responsabilidad que uno tiene para sí mismo y para la conservación de la salud de manera activa y a las polaridades presentes en el organismo para poder conciliarse como totalidad.

El propósito del diálogo es escuchar la voz negada del ser que se manifiesta a través del síntoma y elaborar el sentido que su presencia puede tener para la vida actual de la persona. De esta manera el individuo puede integrar a su persona un aprendizaje significativo acerca de su experiencia con su cuerpo, a través de su enfermedad.

Durante el desarrollo del taller se pudo observar como los participantes encontraron un espacio en el que podían expresarse con confianza, lo cual les permitió compartir cuáles eran sus problemáticas relacionadas con su cuerpo y su personalidad, lo primero que surgió fueron las inconformidades con el aspecto y las sensaciones incómodas que experimentaban en las diferentes partes de su cuerpo, así como también la manera en que su cuerpo comunicaba emociones aunque ellos no estuvieran plenamente conscientes de ello.

También se percataron como dicha expresión cambió a lo largo de su vida e incluso como su cuerpo había adoptado expresión y postura de acuerdo a los bloqueos experimentados en los diferentes segmentos corporales (W. Reich).

A través de diferentes ejercicios los participantes se dieron cuenta de en que concepto tenían a las diferentes partes de su cuerpo, como en los diferentes órganos se encontraban las partes negadas de su personalidad y como había polaridades entre sus mismos órganos.

Al prestarle atención al síntoma se escuchó a la persona más allá de la enfermedad, se pudieron relacionar los sentimientos que causa el síntoma con las *Gestalten* inconclusas y con las actitudes que uno toma para satisfacer la necesidad.

Al finalizar el taller se pudo notar un cambio desde la manera en que los participantes se expresaban verbalmente, ya que se vio diferencia entre el hablar del cuerpo como algo ajeno, a hablar del cuerpo como uno mismo y enfocado a la responsabilidad que uno tiene para con su propia salud.

Al escuchar al cuerpo y responsabilizarse de este se logró acceder a la libertad que uno tiene para el cambio y para participar activamente en la mejoría y en el crecimiento como persona.

Nos encontramos, además, con un modelo de prevención que, a diferencia de los programas tradicionales, que son limitativos, nos devuelve el potencial sanador con el que estamos naturalmente dotados.

En el diálogo con el cuerpo se encontró una propuesta enriquecedora, que nos ayuda a confiar en la sabiduría de nuestro cuerpo y en las posibilidades del diálogo.

Para finalizar se propone llevar a cabo el diálogo con el cuerpo dentro del trabajo en grupo terapéutico propiamente dicho o en terapia individual y no solamente como taller, ya que el hecho de que fuera un grupo abierto a todas las personas que se interesaran en el tema propició que no siempre se trabajara con las mismas personas, a pesar de que algunos participantes si se mantuvieron constantes desde la primera sesión hasta la última.

El incluir este modelo en la intervención psicológica podría ser de gran ayuda no solo al atender enfermedades psicosomáticas o padecimientos físicos, sino también a aquellos padecimientos cuya mayor carga se encuentra en el ámbito mental.

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra, J. (1984). *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson. Cuarta edición.
- Alexander, F. (1952). *La médecine psychosomatique*. Paris: Payot.
- Balint, M. (1996). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: PUF
- Boss, M. (1959). *Introducción a la medicina psicosomática*. Paris: PUF
- Dartigues, A. (1981). *La fenomenología*. Barcelona: Herdrder.
- Diez, M. (1975). *Proceso psicosomático terapéutico. Relajación dinámica concentrativa*. Tomo 1. México: Trillas.
- García, F. (2009). *Procesos Básicos en Psicoterapia Gestalt*. México, D.F: Manual Moderno. Segunda Edición.
- Ginger, S.(2005). *Gestalt, el arte del contacto*. México D.F: Oceano. Primera edición.
- Grinker, R. Robbins, F. (1959). *Cliniques psychosomatiques*. Paris: PUF
- González, M. (2011). *Síntomas psicosomáticos y estrés*. México, D.F: IMJUVE
- Hanyal, A. Pasini, W. (1984). *Manual de Medicina Psicosomática*. Barcelona: Masson.
- Huerta, M. (2010). Tesis: *Propuesta de Taller para atender enfermedades psicosomáticas ocasionadas por estrés desde la terapia gestalt y psico-corporal: "En el cuerpo están las claves para la sanación"*. México, D.F: Facultad de psicología UNAM.
- Keleman, S. (1987). *La realidad Somática: Proceso de la Persona*. Madrid: Narcea.
- Kepner, J. (1992). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el Trabajo Corporal en psicoterapia*. México, D.F: El manual moderno
- Laurent, P. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y Síntoma*. Argentina: Buena Visión.
- Martín, A. Vazquez, C. (2005). *Cuando me encuentro con el capitán garfio no me engancha*. España: Serendipity/ desclée de Brovwer. Segunda edición.
- Martínez, F. (2008). *Juan Rof Carballo y la Medicina Psicosomática: Entre la teoría y la Praxis*. Madrid: Díaz de santos ediciones.
- Marty, P. (2003). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot.
- Menassa, M. Kozak, J. González, E. Menassa, N. Villanueva, M. Goldeszer, F. (1993). *Medicina Psicosomática*. Madrid: Editorial Grupo Cero.
- Müller, M. Müller, R. (2009). *Fenomenología y terapia Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

- Muñoz, M. (2008). *La sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico, Desarrollo del Potencial humano*. México, D.F: Pax.
- Nagamine, Shoshin. (2004). *La esencia del karate do okinawense. Shorin Ryu*. Editorial: Kier.
- Nakamura, Hajime. (2000). *Gotama Buddha*. Japón.
- Nukariya, Kaiten. (2005). *La religión de los Samurai*. Buenos Aires: Paidós.
- Perls, Fritz. (2006). *Terapia Gestalt*. México: Pax.
- Reich, W. (2005). *Análisis del Carácter*. Buenos Aires: Paidos Ibérica.
- Rotbard. S. (2010). *Psicosomática y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Primera Edición.
- Rovalletti, m. (1998). *Corporalidad: La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Argentina, Buenos Aires: Lugar editorial.
- Salama, H. (2007). *Psicoterapia Gestalt, Proceso y metodología*. México, D.F: Alfaomega. Cuarta edición.
- Salama, H. (2008). *Gestalt de Persona a Persona*. México, D.F: Alfaomega. Cuarta edición.
- Salama, H. (2012). *Gestalt 2.0 Actualización en psicoterapia Gestalt*. México, D.F: Alfaomega. Primera edición.
- Sartre, J. (2008). *El ser y la nada*. Argentina: Losada.
- Sartre, J. (2008). *La nausea*. Argentina: Losada.
- Schnake, A. (1995). *Los diálogos del cuerpo: El enfoque holístico de la enfermedad*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos editorial.
- Schnake, A. (2001). *La voz del síntoma: Del discurso médico al discurso organísmico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos editorial.
- Schnake, A. (2007). *Enfermedad, Síntoma y Carácter: Diálogos Gestálticos con el Cuerpo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos editorial.
- Schneider, P. (1971). *Psychologie Médicale*. Paris: Payot.
- Serrano, V. Herrera, E. (1997). *Aportaciones a la medicina psicosomática*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Suzuki, D. Fromm, Erich. (1964). *Budismo Zen y Psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Suzuki, D. T. (1998). *La práctica del monje Zen*. Barcelona: Ediciones Abraxas.
- Winnicott, D. (1998). *El niño y el mundo externo*. Buenosaires: Horné.
- Winnicott, D. Green, A. y Cols. (1965). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- Wolff, H. (1996). *The mind-body relationship. Aoutline of man´s knowledge*. Nueva York: Doubloday.

- Winnicott, D. Green, A. y Cols. (1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Woldt, A. Toman, S. (2007). *Terapia Gestalt. Historia, teoría y Práctica*. México, D.F: Manual moderno.
- Yalom, I, (2011). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

