



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PSICOTERAPIA INFANTIL BAJO EL
ENFOQUE GESTALT.
FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

RUBÉN MANUEL RIVERA MONTIEL

JURADO DE EXAMEN

**TUTORA: MTRA. GUILLERMINA NETZAHUATL SALTO
COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA
LIC. JOSÉ LUIS ESCORCIA JIMÉNEZ
MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO
LIC. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ**



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM y la FES - Z

Quiero extender mi más sincero agradecimiento a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por abrirme sus puertas por primera vez en 2006 y a la **Facultad de Estudios Superiores Zaragoza** y a sus excelentes profesores que desde 2009 me formaron como un psicólogo capaz de trascender y ayudar a la población.

A mis asesores de tesina

Agradezco sinceramente a la **Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto**, al **Dr. Rodolfo Corona Miranda** y al **Mtro. José Luis Escorcía Jiménez**, por su apoyo y dedicación. Muchas Gracias por brindarme sus conocimientos, su orientación y su paciencia que fueron de suma importancia a lo largo de este proceso. Son cada uno de ustedes merecedores de mi respeto y reconocimiento.

Al H.I.M.F.G.

Le doy las gracias al **Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**, por permitirme realizar allí mi servicio social y en especial al depto. de psiquiatría y psicología por adentrarme en el camino de la psicoterapia Gestalt y por enseñarme que el bienestar y la sonrisa de los niños es el tesoro más grande que tenemos que salvaguardar.

DEDICATORIAS

*Esta Tesina, así como todo el camino que he recorrido a lo largo de mis años de vida no serían posibles sin la voluntad y permisión de **mi Dios y Señor**. Bendito seas Padre Mío por haberme permitido poder culminar este trabajo.*

*Dedico esta tesina **a mis Padres**. A ti Papá y a ti Mamá por ser los dos pilares que Dios puso en mi camino para darme fuerza y a quienes les doy mi veneración y respeto. Los amo mis ositos.*

***A** mis hermanas **Tania y Brenda**; a ustedes Ñaña y Mena que son mis 2 grandes amores ya que sin su apoyo no llegaría hasta donde estoy. Gracias por estar en mi camino y no alejarse nunca de mí.*

***Al** amor de mi vida para ti **Gustavo**, por acompañarme, por abrirme tu corazón, animarme a seguir y no dejarme derrumbar en este camino. Te amo "Gusgus". Juntos por siempre.*

***A** la gran persona y por quien tomé agrado por la terapia Gestalt, al **Dr. José Antonio Páez de la Cruz** por brindarme sus conocimientos y su dedicación, por no permitir que me derrumbara y por enseñarme a ser un mejor universitario y una mejor persona. Le otorgo "dotore" mi más sincero respeto, reconocimiento y afecto.*

***A** cada uno de ustedes que me acompañaron a lo largo de mi camino. A los presentes y los ausentes, a mis amigos de la facultad y a quienes cruzamos palabra alguna durante el proceso de mi investigación.*

Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
<u>CAPITULO I. LA PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL</u>	4
Antecedentes	4
Existencialismo	5
<i>Soeren Kierkegaard</i>	8
<i>Martin Heidegger</i>	9
<i>Martin Buber</i>	9
<i>Karl Jaspers</i>	10
<i>Jean Paul Sartre</i>	10
Fenomenología	11
<i>Edmund Husserl</i>	13
El Surgimiento de "La Tercera Fuerza"	14
Principales Escuelas y Autores	16
<i>Abraham Maslow</i>	16
<i>Carl Rogers</i>	18
<i>Fritz Perls</i>	19
<u>CAPITULO II. PSICOTERAPIA GESTALT</u>	24
Aportaciones y Criticas a la Psicoterapia	24
Conceptos	27
Gestalt	28
Homeostasis y Autorregulación Organísmica	29
El Darse Cuenta " <i>awareness</i> "	30
<i>La Zona Externa</i>	31
<i>La Zona Interna</i>	31
<i>La Zona Intermedia (ZIM)</i>	32
<i>Continúo de Conciencia</i>	32
Los Estratos del Yo	32
<i>Estrato del Falso Yo</i>	33
<i>Estrato del "Como si"</i>	33
<i>Estrato Fóbico</i>	33
<i>Estrato implosivo</i>	34
<i>Estrato Explosivo</i>	34
<i>El Yo Verdadero</i>	34
El Ciclo de la Experiencia	34
Reposo	36
Sensación	36
Formación de la Figura	36
Energetización	37
Acción	37
Pre-contacto	37
Contacto	37

Post contacto	37
Bloqueos del Cilco de la Experiencia	37
Postergación	38
Desensibilización	38
Proyección	38
Introyección	39
Retroflexión	39
Deflexión	39
Confluencia	39
Fijación	40
Principios de la psicoterapia Gestalt	40
El "Aquí" y el "Ahora"	40
Las Polaridades	41
Relación "Yo-Tú"	42
Oración de la Gestalt	42
Proceso de la Terapia	43
Entrevista	43
Contrato	44
Técnicas Usadas en la Terapia	44
<i>Técnicas Supresivas</i>	45
<i>Técnicas Expresivas</i>	46
<i>Técnicas Integrativas</i>	47
Alcances y Aplicaciones	48
<u>CAPÍTULO III. LA PSICOTERAPIA GESTALT EN NIÑOS</u>	49
Desarrollo Psicosocial y Cognitivo en los Niños	50
Psicopatología Infantil	55
Aportes de la Psicoterapia Gestalt en Niños	60
La Terapia Gestalt en los Trastornos Mentales	62
<i>Depresión Infantil</i>	64
La Terapia Gestalt en Enfermedades Crónico-degenerativas	67
<i>Diabetes Mellitus</i>	68
La Terapia Gestalt en la Escuela	69
<i>Acoso Escolar "Bullying"</i>	71
La Familia como parte de la Terapia	72
Técnicas Aplicadas en la Terapia Infantil	73
El Juego y la Fantasía	74
Expresión Oral, Escrita y Corporal	79
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

En la actualidad el asistir a psicoterapia es una necesidad emergente ante los sucesos de la vida diaria de cada individuo, asimismo la población infantil es un sector importante de la sociedad que requiere de una atención psicológica especial, puesto que si se trata sobre el cuidado de la salud mental, los niños se ven seriamente desprotegidos. Por otra parte, cabe destacar que existe poca investigación teórica relacionada con la práctica de la psicoterapia de tipo humanista y más en el ámbito infantil.

La tesina aquí expuesta presenta una visión amplia de lo que es la psicoterapia Gestalt, ubicándola como parte de la psicología humanista-existencial. Partiendo de la filosofía humanista que define al ser humano como un ser en libertad, responsable de sus actos y que es capaz de autotranscender para lograr ser una mejor persona. Todos estos planteamientos son los que dieron forma y solidez a la gestalt como proceso terapéutico, equipándola de una metodología sólida y que al aterrizar todo este conocimiento al campo de la psicoterapia infantil, se propone como principal meta que con la sensibilización y la expresión de la conciencia a través de sus técnicas, se logre un óptimo desarrollo emocional en el menor; evitando así futuros conflictos internos que afecten su proceso de maduración bio-psico-social.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a Sánchez (2012), actualmente la psicoterapia en nuestro país está atravesando un momento crítico debido a la división y fragmentación teórica en cada terapeuta, del mismo modo menciona que son las universidades las responsables de dicha fractura, sin embargo esta serie de cambios también han servido para posicionar al terapeuta como parte angular de la práctica profesional en cuidado de la salud mental al poseer diversas técnicas útiles y bajo respaldo de un marco teórico y metodológico las que ayudan a cada paciente que acude a consulta.

Castanedo (2012) hace mención de la poca investigación al respecto en psicoterapia gestalt, es decir, carece de productividad teórica, afirmando que muchos profesionistas se van directo a la práctica, mediante la ejecución de múltiples dinámicas pero van desconociendo la teoría. Es por esto que se requiere fortalecer las habilidades metodológicas en investigación por parte de los psicoterapeutas dado que con esto se beneficiarían notablemente durante sus intervenciones clínicas. (Sánchez, 2012).

Lafarga (2012) establece que México requiere formar profesionistas que promuevan el crecimiento y desarrollo personal, y que las instituciones educativas requieren actualizar currículos encaminados a recuperar la dimensión humanista de la profesión del psicólogo; es por esto que propone cinco ejes rectores en la formación de psicólogos y terapeutas, que fueron útiles para la realización de esta tesina. Dichos ejes son:

1. Conocimiento de la teoría psicológica.
2. Familiaridad con la metodología científica, mas no con una metodología reduccionista y positivista.
3. Práctica profesional supervisada.
4. Reflexión sobre la ética previa, durante y posterior a la práctica.
5. Desarrollo personal a través de las experiencias y las relaciones interpersonales.

Siguiendo la propuesta ya mencionada, el capítulo I de esta investigación se relaciona con el primer eje, donde se hace referencia a la historia de la psicología humanista, partiendo de sus bases filosóficas que son el existencialismo de

Kierkegaard, Heidegger, Sartre y Buber respectivamente y la fenomenología de Husserl como método empleado por todos los psicólogos humanistas (Maslow, Rogers y Perls). Recalcando la importancia de ver al hombre como una totalidad inmersa dentro de un contexto, y que para comprenderlo nos servimos de la experiencia del mismo individuo.

Los capítulos II y III, siguiendo a Lafarga (2012) se sitúan dentro del eje 2, puesto que se hace alusión al reconocimiento de la metodología de la gestalt y su aplicación en el campo de la terapia con niños. En el segundo capítulo de esta investigación se detalla cada uno de los conceptos, los principios y las técnicas que rigen al proceso terapéutico de la gestalt y se examinan cada una de las influencias que recibió Fritz Perls para la creación de la psicoterapia.

Finalmente, en el capítulo III se pretende posicionar toda la metodología descrita en el capítulo anterior dentro del margen de la terapia infantil, destacando la importancia de la familia, del juego y la fantasía como herramientas que promuevan el despertar de la conciencia en el niño y que este se descubra así mismo. Previamente se hace una breve descripción de dos teorías del desarrollo, la primera planteada por Erik Erikson sobre el desarrollo psicosocial y la segunda del desarrollo cognitivo planteada por Jean Piaget, así como una revisión del papel que juega la psicopatología infantil en México y que será un medio en el que se desarrolle la gestalt.

Una vez analizado, comprendido y asimilado cada uno de los apartados de esta investigación, el terapeuta gestáltico o cualquier profesional encargado de la salud mental puede ya situarse en los ejes 3, 4 y 5; al ejercer su profesión, actuando bajo principios y valores para lograr así un desarrollo y satisfacción personal.

CAPITULO I. LA PSICOLOGÍA HUMANISTA - EXISTENCIAL

*“Si la filosofía [y la psicología], han de renovarse
Deben volver a las cosas mismas”
-Edmund Husserl-.*

Actualmente para poder hablar sobre la psicología humanista y existencialista, es preciso retroceder hasta sus raíces epistemológicas, en otras palabras saber el ¿por qué? del ¿cómo? Teniendo así un mapa que indique el camino por el cual un terapeuta humanista-existencial se conducirá a lo largo de su vida. Primeramente, se debe discernir entre el existencialismo como corriente filosófica y la psicología existencialista. Posteriormente se hará una revisión biográfica sobre aquellos exponentes que abriendo fueron un parteaguas a la psicología clásica y que a partir de sus nociones y conceptos lograron competir con el psicoanálisis y el conductismo, llamando “Tercera Fuerza” a esta naciente forma de abordar el psiquismo humano.

Antecedentes

Se considera como humanismo a toda teoría, enfoque o doctrina que tiene como fin al ser humano y a su desarrollo. Surgió en el siglo XV durante el Renacimiento con el fin de devolver al hombre su dignidad y su derecho a trascender; características que se encontraban pérdidas en los clásicos ideales grecolatinos. Posteriormente durante el siglo XIX y XX establecería que el hombre se construye y se dirige hacia su propia meta (Quitmann, 1989).

Dentro de la literatura psicológica se reconoce que el paradigma humanista es un complejo conglomerado de facciones y tendencias, pues entre sus diversos

seguidores se pueden encontrar diferencias de tipo teórico-conceptual y metodológico (Hernández, 2010).

De acuerdo a Ginger (1993, en Perdomo 2012), el humanismo abandona el pensamiento objetivista propio de la ciencia y se interesa por la individualidad de la conducta, dejando de lado la categorización entre lo normal y lo patológico y la premisa cartesiana causa/efecto; logrando situarse como un enfoque global y totalizante con una orientación transpersonal.

Por otra parte Quitmann (1989) señala que las corrientes filosóficas que se desprenden del humanismo son el existencialismo y la fenomenología, si bien ambas no se desarrollaron paralelas en el tiempo, lo hicieron en un principio independiente una de la otra; cruzándose por vez primera en la persona de Martin Heidegger y fueron los cimientos sobre los cuales se edificaría este estilo de comprensión de la mente humana pues ambas se han preocupado por entender la naturaleza y la existencia del ser humano.

Existencialismo

La filosofía existencialista surgió a finales del siglo XIX y se extendió hasta la segunda mitad del siglo XX. Se basa principalmente en el análisis de la condición de la existencia humana, la libertad y la responsabilidad individual, las emociones y el significado mismo de la vida, así mismo se muestra crítica respecto al pensamiento objetivista de la filosofía aristotélica y contra el pensamiento esencialista Kantiano. Es decir *“Para el existencialismo primero existo, después pienso y luego soy”* (Flores, 1977 y Perdomo, 2012).

Del existencialismo se ha retomado la concepción de que el ser humano se va creando como persona a través de las elecciones que día a día va tomando ante diversas situaciones que se presenten en su devenir, y que el hombre es un ser en libertad independientemente de las condiciones en las que viva. Esta corriente filosófica discute y propone soluciones a los problemas propiamente inherentes a la condición humana; como el absurdo de vivir, la relación dios-hombre, la vida y la muerte entre otros dilemas de *la "estupidez humana"* (Castillo, 2014).

Perdomo (2012) señala que la filosofía existencialista toma como centro y punto de partida a la persona existente; asimismo aclara que la palabra "existencia" proviene de la raíz latina *ex/sistere*, que significa literalmente "*surgir, estar afuera*".

No obstante, Quitmann (1989), considera como forma de ser típica del hombre: desamparado, solo ante la nada, marcado por el miedo, arrojado a una realidad incomprensible y absurda. Es por eso que el existencialismo a través de la descripción del medio abstracto y concreto en el que vive el individuo busca obtener la justificación de su existencia.

Sartre (1998) establece que la filosofía existencialista enuncia algunos atributos propios de la naturaleza humana, los cuales son:

-Finitud: es la muerte misma, esto implica que así como el hombre posee la capacidad de darse cuenta que existe, es capaz de saber que puede dejar de existir. (Perdomo, 2012).

-Libertad: partiendo del supuesto de la finitud, el hombre está condenado a la libertad; es decir, puedo elegir como vivir antes de dejar de existir. (Ibíd.)

-Responsabilidad: se refiere a la capacidad de “responder” no desde un sentido moral, sino a las consecuencias de elegir el estilo de vida. Por otra parte, al estar el hombre en total desamparo, es responsable de elegir si continuar ante la incertidumbre o vivir de distinta manera (ibíd.). “Soy responsable de lo que decida y de lo que deje en manos del destino” (Martínez en Perdomo, 2012).

-Soledad: es la cualidad que procede a la individualidad, reconociendo y aceptando mi soledad, surge mi individualidad e intimidad con el otro. Al ser únicos e irrepetibles, nos lleva por consiguiente a separarnos de los demás; es decir; a la realidad existencial de la soledad (Ibídem.).

-Absurdo: al aceptar que la vida no tiene sentido alguno, tenemos la oportunidad de crear un sentido propio a nuestra existencia. (Ibídem).

El ser humano se construye una vez siendo consciente de su existencia, que la muerte es una realidad inminente pero además se percata de que es libre y responsable de su elección de vivir en la angustia total poniéndose en manos del destino ó definir y emprender un camino.

Por otra parte Perdomo (2012), establece que en la actualidad la psicología humanista ofrece métodos y enfoques terapéuticos reconocidos bajo el nombre de “*movimiento del potencial humano*” que tiene como objetivo, respetar y restaurar la dignidad del individuo a través de la satisfacción de sus necesidades, el ser único y autorrealizarse conforme a los valores individuales, sociales y espirituales.

Del mismo modo Maslow (1988), establece que si se estudia el existencialismo desde el punto de vista de lo que puede ofrecerle al psicólogo, se encontrará gran

cantidad de cosas excesivamente vagas y difíciles de comprender desde una perspectiva científica, pero también encontraremos muchas cosas de utilidad. Por esta razón es importante aclarar que los existencialistas que a continuación se mencionan dotaron a la psicología de una fuerte base filosófica.

Søren Kierkegaard

De acuerdo a Cervantes (2006), Søren Kierkegaard es conocido como el padre del existencialismo, nació en Dinamarca en 1813, y se considera que todas las desgracias que vivió a lo largo de su vida, dieron a su existencia un carácter melancólico; sin embargo al estar dentro de un ambiente universitario supo abrirse camino en las relaciones con los intelectuales de época, donde discutían los argumentos de la filosofía racionalista y sobre cuestiones de teología luterana.

Sus obras, más importantes fueron *Temor y temblor* (1843), *Diario de un seductor* (1843) y *Etapas en el camino de la vida* (1845). Todos sus escritos expresan esta concepción del hombre angustiado y arrojado hacia la angustia de la soledad, asimismo expone al hombre que es poseedor de una absoluta libertad para decidir su destino.

Finalmente los ataques y la crítica filosófica de sus escritos por parte de otros escritores de su época, le provocaron una parálisis y la muerte a la edad de 42 años.

Martin Heidegger

Originario de Alemania, nació en 1889, fue discípulo y asistente de Husserl en la Universidad de Friburgo, donde hizo uso del método fenomenológico (May, 1963).

De acuerdo a Quitmann (1989), si a la existencia de Dios se refiere, Heidegger se mostró con una actitud agnóstica en sus escritos, como lo son *El ser y el tiempo* en 1927, y *La esencia del fundamento* en 1929, entre otras más.

De acuerdo a León (2009) el mayor interés en Heidegger fue entender lo que significa ser una persona o el ser absoluto el “*Dasein*” como lo nombró y cómo comprende el mundo. Por otra parte partió del concepto de la “angustia” al preguntarse -¿*Qué es la nada?*-, ¿qué sentido tiene? y ¿cómo se relaciona con la experiencia?. Del mismo modo el hombre es definido por Heidegger como un “Ser en el Mundo”, un mundo físico e instrumental que el mismo hombre construye. También es un ser que al mismo tiempo deja de ser, y desde que nace empieza a morir; es decir, se dirige hacia la nada (Xirau, 2008)

Martin Buber

Nació en Viena Austria en 1878. Durante 1896 cursaba sus estudios en filosofía e historia del arte en la Universidad de Viena. Para 1923, inició su planteamiento teórico, que posteriormente publicaría y sería su obra más conocida “*Ich un du*” (*Yo y Tu*) donde planteó la relaciones dialógicas entre el Yo, el Yo-Tú y el Yo-Ello, es decir, otorgó un carácter dialogal en la vida y la conducta de los seres humanos.

Buber afirmaba que el hombre no existe por sí solo, sino que existe únicamente cuando está en una relación con el otro (Tu) y con lo otro (Ello). "*Cuando el hombre dice Yo, quiere decir uno de los dos*". (Buber, 1982).

Karl Jaspers

Fue un psiquiatra y filósofo alemán; nacido en 1883. Estudio medicina en la Universidad de Berlín, donde se dedicó a trabajar como voluntario y asistente en una clínica psiquiátrica. Posteriormente su interés se inclinó hacia el estudio de la filosofía.

Es importante analizar el pensamiento de Jaspers debido a que recibió gran influencia de la ideología fenomenológica. Jaspers consideraba que el hombre, debería ser analizado como una cuestión del ser, en cuanto este se mantenga existente; ser comprendido como un ser concreto en el mundo, es decir, lo que "es para sí y como se encamina hacia su propia trascendencia".

-“El hombre asume su libertad que lo compromete en su existencia, toma decisiones libres que guardan armonía con su desarrollo personal buscando su propio destino”-.

(Jaspers en Horn, 1993)

Jean Paul Sartre

De acuerdo a Mora (1982), Sartre fue un filósofo y escritor francés que nació el 21 de junio de 1905 en la ciudad de Paris, De joven se inició con los clásicos franceses, leyó a Henri Bergson así como a Kant, Hegel, Husserl, Kierkegaard y Heidegger. En 1943 publicó *El Ser y la Nada*, considerada como su obra filosófica más conocida,

donde expone desde su punto de vista la filosofía existencialista de Heidegger, afirmando que *-el ser humano existe físicamente como materia “en sí” y como conciencia “para sí”, que sabe de la existencia de las cosas sin ser ella misma-*. Tres años después publicó *El existencialismo es un humanismo*; reafirmando su teoría existencialista.

Para Sartre a diferencia del carácter esencialista de Husserl *“la existencia procede a la esencia”*; es decir, solo en tanto afirmamos nuestra existencia poseemos alguna esencia. Asimismo Sartre afirmaba que *“somos lo que elegimos”* (May, 1963).

Fenomenología

La fenomenología es aquella rama filosófica surgida en Europa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, por Edmund Husserl. Al tratarse de una corriente más de la filosofía, es imposible asignarle una definición absoluta a tal movimiento. Sin embargo para gran cantidad de conocedores [y para la psicología humanista] es definida como el análisis descriptivo de la experiencia (Xirau, 2008).

Su objeto de estudio es la autopercepción de las vivencias; es decir la subjetividad de los hechos vividos y de aprehender los fenómenos tal y como se presentan. Así mismo es el método científico de otra escuela filosófica paralela a la fenomenología: el existencialismo, donde se considera la apariencia del objeto ó fenómeno; y esta a su vez es dividida en una apariencia exterior, aquella que es captada corpóreamente a través de los sentidos y una apariencia interior canalizada por medio de las vivencias personales intrapsíquicas, formando así un momento psicológico.

“La fenomenología pura o trascendental se fundó no como una ciencia de hechos, sino como una ciencia de esencias, que quiere llegar a Conocimientos Esenciales y no establecer hechos como absolutos” (Husserl, 1962).

Xirau (2008) afirma que la palabra fenómeno ha sido empleada en diversos sentidos por filósofos de distintas tendencias. Para Husserl el fenómeno se refiere a todo lo que se ofrece a la conciencia; es así que la actitud fenomenológica es aquella actitud del espectador.

La fenomenología señala que el ser humano es conducido por sus propias percepciones y sus experiencias, interactuando dentro de un ambiente no objetivo. Para estudiar un proceso psicológico o fenómeno dentro del margen de la fenomenología se debe seguir su postulado, el cual dice que para describir un fenómeno, debe comprenderse su problemática desde el punto de vista de quien lo describe y el observador no debe plantear juicios de valor objetivos respecto al fenómeno (Bolio, 2012).

Castanedo (2005) dice que los fenomenólogos son radicales al afirmar que para comprender científicamente el fenómeno se debe estudiar cómo se presenta directamente al sujeto. Del mismo modo las investigaciones fenomenológicas van adquiriendo una mayor aceptación dentro de la ciencia, dado que se centran en como la persona se percibe desde el punto de vista interno y toma su experiencia como marco de referencia.

En contraste con la fenomenología, el positivismo genera y acepta hipótesis que no son más que presuposiciones por parte del investigador. La fenomenología surgió

como un enfoque opuesto al método lineal positivista de las ciencias naturales, con planteamientos causales y cuantitativos.

El deseo de Husserl fue el aproximarse lo más cerca posible a la esencia de la conciencia humana, sin embargo notó que existe un grado de complejidad en la descripción de un fenómeno, cuando es fácil de describir, la observación será directa, sin embargo cuando el análisis del fenómeno adquiere una mayor complejidad en la descripción e incluye cuestiones inexplicables, Husserl diseñó su “reducción fenomenológica” o “*Epojé/Epoché*” la cual consiste en poner en práctica lo anteriormente mencionado; suspender en tanto como sea posible las conjeturas surgidas del fenómeno observado y dejando a un lado aquellos fenómenos que no tengan una explicación (Xirau, 2008).

Edmund Husserl

Nació el 8 de abril de 1859 en el Imperio Austriaco, actual República Checa. En 1876 ingresó a la Universidad de Berlín donde estudió física y matemáticas y en 1884 decidió trasladarse a Viena para estudiar filosofía con el sociólogo Franz Brentano quien influyó en su formación filosófica (Bolio, 2012).

En 1891 Husserl publicó *Filosofía de la Aritmética*, su análisis abarcó dos perspectivas: la psicológica y la lógica con el fin de fundamentar las matemáticas. No obstante Husserl reconoció y otorgó una cierta validez a las ciencias de su tiempo, como la física, las matemáticas, la química y la biología, sin embargo no confiaba en la reducción positivista de la ciencia a una “ciencia de hechos” (Husserl, 1984 en

Bolio, 2012). Y junto con su segundo texto, *Investigaciones Lógicas*, publicado en 1901; fueron la base de su constructo que llamo fenomenología trascendental.

Husserl definió a la fenomenología como la “visión de la esencia”, dada a través de la comprensión de los actos psíquicos que comprenden dicha esencia y es a su vez el no reconocimiento de las ciencias tradicionales. Asimismo criticó fuertemente el pensamiento positivista del psicologismo que imperaba en la época. Atribuyendo que la lógica estaba asociada a la psicología, con demostraciones cuantificables y postuló que para comprender la conciencia humana se debe entender desde la propia experiencia.

Husserl percibía a su época hundida en una severa crisis cultural, política y moral. El humanismo estaba trastornado por el racionalismo, enfermando a la ciencia con su pretencioso “objetivismo”. Afirmando que el filósofo científico debe detenerse y centrarse en las razones que hicieron posible la ciencia y no solo en la ciencia misma. (Bolio, 2012).

El Surgimiento de “La Tercera Fuerza”

A mediados del siglo XX, la psicología era dominada por dos enfoques: el conductismo y el psicoanálisis; el primero asumía el estudio de la conducta bajo determinantes ambientales, mientras que el psicoanálisis poseía una propuesta idealista y pesimista basada en el análisis de los desajustes dentro del inconsciente dándole peso a los instintos biológicos, es así que nace el humanismo como nueva disciplina dentro del estudio del psiquismo humano planteando principios anti-

reduccionistas para explicar los procesos psicológicos, colocando al humano como una totalidad dinámica en relación con su contexto interpersonal.

De acuerdo a Perdomo (2012), el termino existencialista es para la psicología una actitud, no se trata de un sistema de terapia, sino una actitud hacia la terapia donde la preocupación esta por comprender la estructura y la experiencia del ser humano.

Martínez (1982), sostiene que la postura humanista es una reacción a la psicología de la primera mitad del siglo XX, a la cual se ha calificado de atomista, reduccionista y mecanicista; y es surgida en los Estados Unidos a raíz de la horrible impresión que tenia la humanidad de si misma posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Del mismo modo Yalom (2011), explica que la psicología humanista, contempla las capacidades y potencialidades humanas que el psicoanálisis ni el conductismo pueden explicar; como el amor, la autorrealización, la autonomía, los valores entre otros más tomando en cuenta su mundo interior y su conducta dentro del ambiente en el que decide moverse. Es decir el ser humano es una totalidad (Quitmann, 1989).

Fusionando las premisas de la fenomenología y del existencialismo Dentro del contexto de la psicología humanista existencial, el ser humano es considerado como un todo que va más allá de la suma de sus partes, es decir adopta un pensamiento *holista*, asimismo el ser humano es poseedor de un núcleo central denominado "*self*" y que es responsable de generar la estructura y fuerza de todo proceso psicológico que surja. El "*self*" fue visto como un agente activo implicado en resolver conflictos existenciales con el fin de sobrevivir y crecer óptimamente.

En resumen, la psicología humanista-existencial o fenomenológica percibe al hombre como: *“un todo integrado y a la conducta humana como intencional asimismo se percibe al hombre como autónomo que vive en un contexto interpersonal y que tiende a la auto-realización. Por otra parte se afirma que se tiene que ver el modo en cómo una persona vive su experiencia interior fundamental para poder comprenderlo”*- (Maslow, 1988 y Perdomo, 2012).

Principales escuelas y autores

Para que fuera establecida esta moderna rama de la psicología encargada de la salud integral y el desarrollo del potencial humano para una buena calidad de vida, debió haber un grupo de psicólogos cuya necesidad era la de integrar en la disciplina aquellos atributos positivos inherentes al ser humano, y que fueron descartados en el psicoanálisis y el behaviorismo. La tercera fuerza nace a través de movimientos de contracultura dados a partir de la segunda mitad del siglo XX principalmente en Norteamérica; son conocidos como máximos exponentes a muchos expertos, sin embargo Abraham Maslow y Carl Rogers son en E.E.U.U. los fundadores y por otra parte en Europa se haya Fritz Perls; este último será revisado con mayor detalle para próximos capítulos. (Sahakian, 1990).

Abraham Maslow

De acuerdo a Hoffman (2009), Maslow, nació el 1º de abril de 1908 en Brooklyn Nueva York, estudió psicología en la *Wisconsin University Madison*. Sus estudios fueron bajo un enfoque meramente conductista, asimismo asistía a clases de

filosofía, donde aprendió bases teóricas como el estructuralismo, gestalt, psicoanálisis entre otros, las cuales lo impulsaron a escribir sus propios textos.

Castanedo (2005), menciona que Maslow conoció a psicólogos alemanes como Max Wertheimer, Alfred Adler, Erich Fromm y Karen Horney, la mayoría exiliados que llegaron a Nueva York, en ese entonces como la nueva capital intelectual del mundo; pero fue Kurt Goldstein quien introdujo en él, el concepto de la autorrealización; entendida como: *“la tendencia al crecimiento así como la obtención de la satisfacción de necesidades progresivamente superiores y junto a esto, la satisfacción de la necesidad de estructurar el mundo a partir de sus propios análisis y valores”* (Maslow, 1988).

Partiendo de esta idea, estableció su jerarquía de necesidades, mejor conocida y entendida como pirámide de Maslow que abarcaba los siguientes niveles:

- 1.- Necesidades fisiológicas: Tales como la comida, agua, y sueño que a pesar de situarse en un nivel tan básico tienen un componente de individualidad.
- 2.- Necesidades de seguridad. Al satisfacer las necesidades fisiológicas de manera considerable, el individuo se siente protegido.
- 3.- Necesidades de aceptación social. Incluye la necesidad de amistad, pertenencia y amor. La frustración en este nivel es la principal causa de los problemas humanos de ajuste.
- 4.- Necesidades de estima. Incluye la necesidad de sentirse competente, de ser reconocido por los propios logros y de lograr el éxito.

Finalmente, al cumplir todas estas necesidades, el proceso culmina en la “*experiencia cumbre*”, donde el hombre se abre a las necesidades de desarrollo y autorrealización. Sin embargo cuando el proceso hacia la autorrealización se corta, aparenten reacciones desanimadoras, ó neuróticas y la conducta se focaliza hacia la evitación impidiendo el desarrollo autónomo (Maslow, 1988).

Del mismo modo se distinguen dos tipos de personas; a) aquellas que se autorrealizan, y que están psicológicamente sanas; y b) aquellas que no se realizan y se encuentran impotentes a las adversidades existenciales. El y otros psicólogos humanistas comparten el rechazo del uso de un método único para el estudio de esta diversidad.

Carl Rogers

Nació en 1902 en Oak Park en el estado de Illinois, de padres ingleses y criado bajo una estricta atmosfera ética y de religión cristiana-protestante.

Castanedo (2005) menciona que Rogers se interesó por los estudios sacerdotales, mismos que le sirvieron para crear su propia filosofía. Paralelamente a sus estudios de teología y filosofía, estudio psicología en la Universidad de Columbia eligiendo abandonar su profesión sacerdotal.

Para 1927 al laborar dentro del Centro de Apoyo a Niños en Rochester Nueva York, estableció su nuevo estilo de psicoterapia a la que denominaría “Terapia Centrada en el Cliente” publicando en su libros “*Counseling and Psychotherapy*” en 1942 y posteriormente “*Client Centered Therapy*” en 1951 la hipótesis formal de su innovador estilo de terapia la cual explica que: *-La relación terapéutica, debe*

delegarse al cliente, no al terapeuta, refutando así las premisas de la relación en terapia, en la que el terapeuta lo sabe todo.- (Cloninger, 2003).

Para Rogers el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si la infancia no la estropea, puede dar como resultado una persona plena: abierta a nuevas experiencias, reflexiva, espontánea y que valora a otros y a sí mismo. Asimismo insistió en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia: las tres principales son la empatía, la autenticidad y la congruencia.

Fritz Perls

Para conocer más del principal exponente del enfoque humanista existencial de la terapia Gestalt quien fue Fritz Perls debemos remontarnos a su biografía y sus influencias que recibió de otros autores.

Fue el mismo Perls (2006), quien escribió su autobiografía que el 8 de julio de 1893 en *Ansbacher Strasse 53* en Berlín Alemania, nació dentro de una familia judía Friedrich Solomon Perls, mejor conocido como Fritz Perls, hijo de Nathan y Amelie Perls, quienes eran vendedores de vino; fue el último de sus tres hijos, al ser el único hijo varón, se distanció de sus hermanas mayores Grete y Else, y asimismo al llevar una mala relación con sus padres, a quien los tachaba como judíos “asimilados” decidió volverse ateo desde su juventud.

Su padre Nathan Perls fue una persona agresiva y ambiciosa, quien engañaba y agredía físicamente a su esposa, y esto provocó en Fritz un resentimiento hacia él,

motivo por el cual no asistió al funeral de su padre. Por otra parte con su madre fue similar ya que ella era una mujer muy dominante sobre los varones de la familia.

A pesar de la tensión en la relación con su madre, Fritz reconoció que ella le impulso el gusto por el arte en especial por el teatro. Un acontecimiento importante en la vida de Perls, fue que conoció a Max Reinhardt, que en ese tiempo era el director del *Deutsches Theater* de Berlín, quien influyo al formular las bases de su psicoterapia al hacer referencia de la importancia que tiene el lenguaje corporal.

Fue alumno destacado dentro del colegio, sin embargo no trabajaba en clases, y tenía una mala conducta. Realizo sus estudios básicos en el *Mommsengymnasium* en un ambiente de estudio castrante por su antisemitismo en la educación, posteriormente inicio sus estudios de medicina en el *Askaniches Gymnasium*, mismos que fueron truncados al enlistarse para prestar servicios médicos durante la Primera Guerra Mundial en el batallón alemán.

Una vez terminada la guerra y después de haber presenciado miles de muertes, entre ellas la de su único amigo Ferdinand Knopf, reconoció que esto lo llevo a una crisis, sin embargo decidió continuar estudiando medicina, pero ahora en la Universidad Fredrich Wilhelm en Berlín. Para 1920 obtuvo el título como psiquiatra y decidió trabajar como neuropsiquiatra en el mismo lugar.

Tres años después realizo su primer viaje fuera de Alemania hacia los Estados Unidos, sin embargo al contemplar el alto grado de racismo decidió regresar a Berlín decepcionado de la humanidad.

Para el año de 1926 al sentirse atraído por temas psicoanalíticos, inicia su análisis junto con Karen Horney, con quien mantuvo una estrecha relación durante su vida. Posteriormente viajó a Frankfurt y continuó su formación dentro del psicoanálisis con su segunda analista que fue Clara Happel, discípula de Horney.

Perls, (2006) hace referencia que durante su estancia en Frankfurt conoció a dos personas que fueron de gran importancia en su vida. Kurt Goldstein quien fue de sus máximas influencias; trabajó a su lado como su asistente y lo adentró a través de sus investigaciones a la psicología de la Gestalt. La segunda fue a Lore Posner, una joven 12 años menor que él, que estaba iniciándose en la psicología y de quien se enamoraría, y fue hasta 1929 que pasaría a ser su esposa y colega.

El trabajo clínico de Fritz fue supervisado por gestaltistas tales como Reich y Harnick quienes le impulsan a través de sus ideas a estructurar conceptos como el de las resistencias, Gestalt completa y situación inconclusa. Para 1933 con la llegada de la segregación judía por parte de los nazis en Alemania, Fritz, su esposa y su hija Renate huyeron de allí y decidieron alojarse en Sudáfrica, donde fundaron el Instituto Psicoanalítico en la ciudad de Johannesburgo y continuaron ejerciendo ambos su profesión psicoanalítica, apoyados por el primer ministro sudafricano Jan Christiaan Smuts quien los apoyó y protegió de la segregación racial "*Apartheid*" en dicho país e influyó en Perls con su concepción del holismo. Un año más tarde nació su segundo hijo Steve (Martínez, 1982).

En 1936 se reunieron en Checoslovaquia diversos ponentes afines a la teoría freudiana para el Congreso Mundial de Psicoanálisis. Fritz elaboró un trabajo sobre

resistencias orales, que presento en dicho congreso pues para Perls, la oralidad englobaba la personalidad a través de toda la vida de la persona (Fleming, 1999); sin embargo esto no fue del agrado de muchos psicoanalistas argumentando que todas las resistencias son anales y fue el mismo Freud quien se mostró frío ante Perls y lo descalifico, este hecho cambio en Fritz su perspectiva respecto al psicoanálisis ortodoxo.

En 1942 Fritz publicó su primer obra, “Yo hambre y agresión”, teniendo 49 años de vida, bajo la influencia del psicoanálisis dicho escrito no cobró importancia en su primer momento a pesar que contenía nuevos conceptos que el propio Perls había introducido, mismos que servirían para fortalecer las bases de la naciente terapia.

Iniciada la segunda mitad del siglo XX, el matrimonio Perls decidió salir de Sudáfrica y con la ayuda del sociólogo y activista norteamericano Paul Goodman deciden mudarse a los Estados Unidos, donde publica su segundo escrito "Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento en la Personalidad Humana" libro clave que marco el origen de dicha terapia y asimismo fundo en la ciudad de Nueva York el primer instituto para la enseñanza de la Terapia Gestalt, y que estaría bajo la dirección de Fritz hasta 1964, año en el que se mudo a California debido al ofrecimiento de una estancia en el Instituto Humanista Esalen, dejando a su esposa la dirección de su Instituto (Perls, 2006).

De acuerdo a Velásquez, (2001), una vez como directora del Instituto Gestalt neoyorquino, Lore arma un equipo de trabajo donde participan el mismo Goodman, Isadore From, Paul Weiss y Elliott Shapiro, bajo la tarea de ir capacitando a nuevos

terapeutas Gestalt, mientras que del otro lado en la costa Oeste de los E.U., Fritz lo hacía en Esalen. La dirección del Instituto en Nueva York estuvo a cargo de Lore hasta 1980, que diez años más tarde moriría a la edad de 85 años en Alemania.

Cuando Fritz estuvo residiendo en California, contaba ya con 70 años de edad, se dedicó también a viajar por el mundo para dar conferencias sobre la Gestalt y adquirió fama y renombre él y su terapia. Fritz convivió con sus colaboradores Jim Simkin y Claudio Naranjo quienes fueron los sucesores de su teoría al mudarse Perls a Canadá en 1969.

Los últimos años de su vida, residió en Canadá, y fundó el Instituto de Lago Cowichan en Vancouver. Convivió con sus seguidores entre ellos Barry Stevens. Allí escribió dos más de sus escritos: "Sueños y existencia" y su autobiografía denominada "Dentro y fuera del tarro de basura".

Fritz murió por un paro cardiorrespiratorio el 14 de marzo de 1970 al volver a los Estados Unidos, debido a un cáncer de páncreas (Flores, 1977).

De acuerdo a (Naranjo, 1991 en Fleming, 1999); la terapia Gestalt fue muy criticada por su carencia de fundamentos adyacentes a sus técnicas terapéuticas, sin embargo Perls se vio fuertemente influenciado por autores y escuelas psicológicas diversas, tales como el psicoanálisis freudiano y de Reich respectivamente, la psicología de la Gestalt y el humanismo. Asimismo adoptó terminología empleada en las artes tal es el caso de la dramaturgia, y de filosofías orientales como el budismo zen y el taoísmo y occidentales como es el caso de la fenomenología y el existencialismo.

CAPITULO II. PSICOTERAPIA GESTALT

*“la terapia Gestalt es un permiso para ser creativo,
para jugar con nuestras más bellas posibilidades
durante nuestra breve vida”
-Joseph Zinker-*

En el capítulo anterior se abordaron los cimientos filosóficos que dieron un sustento a la psicología humanista, y cómo fue que se ganó el título de “La tercera fuerza”, asimismo se retomó a los principales exponentes y fundadores de esta nueva forma de abordar el psiquismo humano destacando a Perls como personaje clave de esta nueva concepción teórica y sus aportes que ofreció a la psicoterapia. En este capítulo se pretende abordar más sobre la terapia que planteó Perls a mediados del siglo XX denominada psicoterapia Gestalt; analizando sus elementos y su evolución a través del tiempo.

Aportaciones y Críticas a la Psicoterapia

La principal influencia que recibió Perls, provino del psicoanálisis freudiano, pues ambos enfoques emplean técnicas terapéuticas basadas en una teoría de la personalidad (Fleming, 1999). A pesar de que Fritz criticó severamente la personalidad y el trabajo del médico austriaco después de haber estado sumamente interesado en su obra. Decidió retomar algunos de los conceptos teóricos de él para crear las bases que fundamentaron la práctica terapéutica.

A fin de realizar un análisis comparativo entre la clásica técnica analítica de Freud y la desafiante e innovadora terapia gestáltica; se mencionan a continuación algunos

factores que ambos autores plantearon en sus respectivos métodos y que convergen entre sí.

Fleming, (1999) afirma que Freud planteó desde el inicio del psicoanálisis que su método habría de ser de carácter auditivo e interpretativo, que “el mal” reside en los procesos psíquicos inconscientes del pasado. Perls por su parte planteó que a diferencia del psicoanálisis ortodoxo, su terapia es observable y vivencial, que el terapeuta actuara como un facilitador del paciente para que este llegue al “*awareness*” o el “darse cuenta” y que la neurosis se vive en el “*aquí y en el ahora*”, que el pasado no es más que el reflejo de la experiencia del paciente.

Elementos como la neurosis, la represión, las resistencias, las polaridades, los mecanismos de defensa, y los sueños son propios del lenguaje psicoanalítico; sin embargo fueron retomados años más tarde por Perls, quien decía que la neurosis es la dificultad del individuo de jerarquizar sus necesidades; que sus interrupciones lo llevan a la incapacidad de establecer una figura-fondo bloqueando la conciencia y no llegar al *awarness*.

“El neurótico es por definición, desde el punto de vista de la gestalt, un individuo que cuyas interrupciones, hacen que su vida presente sea un fracaso.”(Perls, 1976).

A pesar de las diferencias entre Freud y Perls respecto a sus ideas y sus postulados hubo también opiniones en común, principalmente ambos establecieron que dentro del análisis o de la terapia, el individuo debe ser auténtico en su relación y sobretodo debe haber respeto hacia la persona y su proceso. (Fleming, 1999).

Dejando por un momento el psicoanálisis de lado, cabe mencionar que Fritz Perls recibió gratuitamente la teoría y algunos de los postulados por parte de la psicología Gestalt y la psicología humanista. De autores como Kôhler y Koffka, acoge términos como el de “*gestalten*” (plural de *gestalt*) abiertas y cerradas, aplicándolas a el ciclo de situaciones conclusas e inconclusas; por otra parte Fritz hizo referencia de que el ser humano es un ser holista: término acuñado por Smuts, primer ministro sudafricano que ayudo a Perls durante su estancia en el país africano, además definió al hombre como un ser dinámico, capaz de autotrascender y que es influido mas no determinado por el entorno, nociones que plantearon autores como Maslow y Rogers pioneros fundadores de la psicología humanista, mismos con los que convivió Perls cuando se mudó al Instituto californiano de Esalen.

Husserl y la fenomenología fueron pilares importantes en la construcción de la epistemología de la psicoterapia gestalt, fue Perls quien articuló la psicoterapia con el método fenomenológico y la idea de “volver a las cosas mismas”, con el fin de que el facilitador gestáltico, se centre en la exploración vivencial de la experiencia inmediata del paciente y sin prejuicios posibilitando así la ampliación del darse cuenta (Quitmann, 1989).

Por otra parte dentro de la epistemología de la terapia Gestalt, se encuentra fuertemente arraigada la filosofía del existencialismo, con sus principales exponentes tales como Kierkegaard, Heidegger y Buber, quienes incorporaron la idea de que el ser humano coexiste y va creando su personalidad a través de las libres elecciones o decisiones que toma día a día en las diversas situaciones que se le presentan y asimismo es responsable de las mismas. Aunado a estos principios, se encuentra el

aporte de Buber, otro existencialista quien estableció su postulado de la “relación yo-tú” y las tres esferas en las que se mueve el hombre; que son la de reciprocidad en la relación, la interacción *Hombre-Hombre* y la del centrarse en el *Aquí y el Ahora*. Afirmando que “*Aquel que experimenta auténticamente la unidad, la experimenta como dualidad*” (Buber en Velázquez, 2001).

Las filosofías orientales como el Taoísmo y el Zen tuvieron un fuerte peso para formular las bases de la terapia Gestalt, Perdomo (2012) menciona que al terapeuta Gestalt en su visión holista no le interesa el individuo como un signo aislado, sino que quiere conocer las conexiones entre el sujeto y su medio. El Tao demuestra que en el mundo existen opuestos y establece los principios del Ying que es la estabilidad y el Yang que representa el movimiento; Perls retomó el pensamiento establecido por Lao-Tse y lo trasladó a la teoría Gestalt al hacer mención de las polaridades. De la filosofía Zen, Fritz absorbió la idea del dejarse llevar, el no pensamiento y el aceptar la realidad, ideología que se asemeja al practicar el awareness y el vivir en el aquí y ahora.

En resumen, la psicoterapia Gestalt solo se puede percibir a través de la totalidad de su iniciador y de las diversas influencias que la formaron (*ver Anexo 1*) así como de su importante legado para generaciones posteriores.

Conceptos

A partir de la revisión de la vida y obra de Fritz Perls y el abordaje de la filosofía y la epistemología de la psicoterapia Gestalt, se puede ahora analizar la descripción de todos aquellos elementos teóricos de los que está formada la terapia. De acuerdo a

Salama y Villareal (1992) resulta una tarea difícil elaborar una teoría sobre un enfoque humanista-existencial, ya que la teoría encasilla y vuelve rígido al enfoque cuando se establecen las definiciones. Sin embargo se explicaran todos aquellos constructos útiles para comprender y manejar de forma adecuada la terapia Gestalt.

Gestalt

La palabra *Gestalt* de origen alemán, no tiene traducción directa al español pero posee diversos significados, como forma, figura, modelo, estructura, etc, fue acuñada al campo de la psicología por Wertheimer, Kôhler y Koffka en su psicología de la forma, donde explicaron que el hombre no percibe a los hechos como factores aislados, sino que los organiza en totalidades significativas a partir de un proceso perceptivo. Fritz Perls introdujo como la base de su teoría la noción de “Gestalt” para hacer referencia a dos cosas: la primera sugiere algo íntegro o a una figura y también como a la unidad definitiva de experiencias (Baumgardner, 2006).

Salama (2007) emplea este vocablo para referirse a *-una necesidad a ser satisfecha-* y se anexa la palabra abierta o cerrada a la gestalt para señalar si dicha necesidad se ha completado o en su defecto sigue sin resolverse. Del mismo modo el autor menciona que desde el punto de vista biológico, diario abrimos y cerramos *gestalten* (plural de gestalt) puesto que es esencial para nuestra supervivencia.

Por otra parte dentro de la terapia se observa que en la vida de todos los individuos una de las funciones primordiales es la formación de gestalten (*figuras*) y que al ambiente se le denomina campo o fondo; es decir, una Gestalt o necesidad va a

sobresalir de una parte del ambiente o fondo hasta que sea destruida a través de su satisfacción.

Homeostasis y Autorregulación Organísmica

La palabra homeostasia fue empleada por el fisiólogo americano Walter B. Cannon en 1928 para referirse al conjunto de fenómenos de regulación, constancia y mantenimiento del medio interno del organismo. Por otra parte Latner (1994) hace referencia a una homeostasis psicológica definiéndola como el equilibrio que se da a partir de la satisfacción de las necesidades.

Según el punto de vista de la Gestalt todo organismo dirige su atención a aquellas cuestiones importantes y que son vitales para este, asimismo genera necesidades que tienen que ser satisfechas para lograr un equilibrio u “Homeostasis” para su supervivencia, al ser una serie infinita de necesidades, es decir al surgir una tras otra, este proceso cíclico de satisfacer múltiples necesidades, se le llama “autorregulación organísmica” pero por el contrario si el organismo es incapaz de satisfacer las necesidades este falla, se enferma y muere.

A este proceso de equilibrio homeostático se le denomina autorregulación organísmica, aclarando así que todo esto ocurre en un nivel no consciente, debido a que acontece día a día en el devenir del hombre.

Por otra parte Salama y Villarreal (1992) mencionan que Perls planteó otro proceso aunado a la regulación organísmica, denominado *regulación debeística*, y se basaba en la satisfacción de las necesidades de acuerdo a lo que debería o no debería ser:

“todo control, incluso el control externo exteriorizado (*debeísmos*), interfiere con el sano funcionamiento del individuo” (Perls, 1976).

El Darse Cuenta “awareness”

El darse cuenta o “*awareness*” es un proceso estrechamente relacionado con el sentir y el contacto, es una percepción no racional y permite que una experiencia sea asimilada de manera integral. Para lograrlo se solicita que la persona entre en contacto consigo misma. Salama (2007) expresa que la conciencia es la base de la metodología en psicoterapia gestalt.

Sinay y Blasberg (2002) mencionan que el *awareness* es un precalentamiento durante el encuentro terapéutico y que deja aparecer situaciones inconclusas anteriores. Asimismo parte de la respuesta a cuatro preguntas:

1. *¿Qué estás haciendo?*
2. *¿Qué sientes aquí y ahora?*
3. *¿Qué tratas de evitar en este momento?*
- 4 *¿Qué quieres y esperas de la terapia y terapeuta?*

Diversos autores (Baumgardner, 2006; Latner, 1994; Muñoz, 2008; Petit, 2010; Martin, 2011) mencionan que dentro de la experiencia se pueden distinguir tres niveles del darse cuenta:

- a) darse cuenta del mundo exterior
- b) darse cuenta de sí mismo o del mundo interior
- c) darse cuenta de la zona de la fantasía o zona intermedia

Para Quitmann (1989) un *awareness* a diferencia del proceso de la atención, el individuo está en contacto consigo mismo y con el entorno. Para lograrlo en la terapia, se debe comenzar por el “qué” es y percibir el contexto o situación y poder relacionar la figura o la experiencia con el fondo que es el contenido o la situación. Para lograr configurar la gestalt Fritz Perls planteó que podemos entrar en contacto a partir de tres zonas de contacto: La Zona Externa (ZE), La Zona Interna (ZI) y La Zona Intermedia o de la Fantasía (ZIM)

La Zona Externa

El mundo externo se relaciona, con todo aquello que percibimos a través de nuestros sentidos y que proviene del exterior es decir, es el contacto que se mantiene con los objetos y fenómenos que existen en el mundo que nos rodea.

Todo aquello que se siente, se escucha, sabe, huele, y se ve, está en función de la forma de percibir y de ser del individuo, asimismo se ha ido configurando a través de la genética, el aprendizaje y la personalidad (Martin, 2011).

La Zona Interna

Este darse cuenta incluye a aquellos acontecimientos, sensaciones, sentimientos y emociones que ocurren dentro del cuerpo. Este tipo de *awareness* está en función de la manera de sentir y de la experiencia; del mismo modo es independiente de cualquier juicio o argumento por parte de alguien más. Es decir absolutamente nadie, puede expresar que tan desagradable o placentero es el sabor de un alimento al ser degustado por el propio individuo (Petit, 2010).

Ponerse en contacto con uno mismo, y darse cuenta de lo que realmente siente y desea, es el primer paso para la integración. Dentro de la psicoterapia para lograr el darse cuenta del mundo interior es hacer que el paciente cambie el “¿por qué? por el ¿cómo? sin embargo Müller y Müller (2010) mencionan que no todo contacto ocurrido en el organismo implica un darse cuenta, pero para lograr el awareness el contacto es indispensable.

La Zona Intermedia (ZIM)

Se le llama zona intermedia (ZIM) a toda actividad mental que va más allá de lo que ocurre en el presente, es también denominada zona de la fantasía. De acuerdo a Sinay y Blasberg (2002) en ella habitan todas aquellas ideas imaginarias del futuro y los procesos mentales como la memoria que se manifiestan a través de los recuerdos. Fritz sostenía que las personas recurren a ensayar su futuro a través de la fantasía para evitar vivir en el; intelectualizando así la neurosis.

Continúo de Conciencia

Salama (2007) establece que se denomina continuo de conciencia a la integración de las tres zonas de relación en el organismo, también se refiere a aquel momento en el que el paciente posee la capacidad de permanecer en el presente y verbalizar su darse cuenta.

Los Estratos del Yo

Fritz (en Salama 2008) señala que la persona neurótica a través del juego de roles necesita destruir las capas que ella misma creó para vivir plenamente. Por otra parte

Sinay y Blasberg (2002), mencionan que dentro de la terapia gestáltica, se habla de los estratos del Yo, refiriéndose a todas aquellas capas que recubren al *Self* y lo protegen del entorno dado su vulnerabilidad. Se habla de seis estratos:

Estrato del Falso Yo

Es aquella cara que mostramos al mundo, es un estrato lleno de calificativos y muestra lo que pretendemos ser, principalmente para lograr la aceptación. Salama (2007) dice que es aquí donde se congregan aquellos formalismos sociales que son dados por la cultura y por lo tanto impiden que haya una relación interpersonal.

Estrato del “Como si”

En concordancia con Perls (1975) es aquí donde nos mostramos al mundo a partir de roles y papeles comportándose “como si” tuvieran interés en algo, se presentan los juegos a partir de los cuales manipulamos a los demás. Es aquí reside nuestro carácter y nuestra forma habitual de actuar. La rigidez evita que haya un sano crecimiento personal.

Estrato Fóbico

Dentro de este estrato se ubica nuestro ser oculto; es decir, aquellos sentimientos de pánico, tristeza y vergüenza, nuestras inseguridades y nuestros secretos, el dolor y la desesperación, así como aquellos roles opuestos del dominador (*top dog*) y el dominado (*under dog*) descritos por Perls (1976), quien los definió como aquellos papeles que usamos para mantener el control del sí mismo a partir de mensajes directivos “tu debes” y de pasividad “no puedo”.

Estrato Implosivo

Llamado también estrato del Atolladero, debido a que el individuo se halla sin salida alguna, se siente vacío cuando no encuentra apoyo en una fuente ajena a él y cuando no ha descubierto como confiar en sí mismo. El atolladero es producto de la fantasía (Baumgardner, 2006).

Estrato Explosivo

Es el paso del estado neurótico a la fluidez y bienestar, es decir la resolución de aquellas fuerzas iguales opuestas por medio de un sentimiento espontaneo, ocurre también una adaptación a nuevas conductas. La explosión dependerá de la energía invertida en el estrato de la implosión. Perls (en Martin 2011) señala que la explosión tiene cuatro formas distintas de manifestarse: la alegría, el llanto, el orgasmo y la rabia; sin embargo el final de este estrato vaticina el comienzo de un fase de apertura, libertad y de sentirse vivo por fin (Martin, 2011).

El Yo Verdadero

Es el ultimo estrato, aquí se hallan rotas las barreras que daban al paciente la sensación de angustia y miedo. Aquí el paciente experimenta sentimientos ya de confianza y creatividad, de ocupar un mayor espacio en el mundo, sentirse pleno y poderoso.

El Ciclo de la Experiencia

El ciclo de la experiencia es la representación gráfica de la autorregulación orgánica u homeostasis, fue retomado del conductismo como un modelo

psicofisiológico, e incorporado a la psicoterapia gestáltica por Zinker, para posteriormente ser modificado por Salama en 1990 (Salama y Villarreal, 1992). Asimismo, el ciclo de la experiencia pretende reproducir como los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismos. Explica también el proceso de la formación figura/fondo y como una vez satisfecha la necesidad, el organismo vuelve al reposo y surge una nueva figura (Benavides, 2005).

Castillo (2014) afirma que el desarrollo de la experiencia es un recorrido en espiral, que atraviesa diversas etapas que van articulando el modo en como el organismo parte de una fase de equilibrio o también llamado indiferenciación poniéndose en contacto con su ambiente para satisfacer sus necesidades hasta retornar nuevamente al reposo, asimismo aborda como los bloqueos se presentan a lo largo del desarrollo de la experiencia.

De acuerdo a Salama (2007) el diseño del ciclo es un espiral que al ser representado de manera gráfica, se plasma como un círculo; dividido primeramente en dos de manera horizontal, la mitad superior es denominada *Parte Pasiva* y la mitad inferior como *Parte Activa* (ver Anexo 2), la parte superior representa la actividad que sucederá dentro del organismo, y la segunda mitad hace referencia a la energía del organismo que entra en acción dentro del campo y el contexto.

Posteriormente una vez definidas la partes pasiva y activa en el círculo es trazada una línea perpendicular a la primera para así segmentarlo en cuatro partes, (Ver Anexo 3) cada cuadrante señala las zonas de relación del individuo; el primer cuadrante (superior izquierdo) señala la Zona Interna, es decir aquellas reacciones

somatosensoriales así como la expresión emocional, el segundo cuadrante (superior derecho) es destinado a la Zona ZIM, allí se ubican los procesos mentales y la fantasía, en el tercer cuadrante (inferior derecho) reside la Zona Externa donde se ubica todo contacto con el medio ambiente a través de los sentidos y por último el cuarto cuadrante (inferior izquierdo) alude a la integración de las tres zonas anteriores también denominado Continuo Conciencia.

Nuevamente cada cuadrante será dividido en dos, para que finalmente el ciclo quede segmentado en ocho partes iguales, (*Ver Anexo 4*) cada una destinada para representar una fase y un bloqueo, que se explican a continuación:

Reposo

Es la fase inicial o punto cero del ciclo, en esta fase el individuo ya ha resuelto una gestalt, asimismo puede percibirse como una total relajación, equilibrio o concentración del organismo.

Sensación

Es el surgimiento de la necesidad y que genera un síntoma en el cuerpo, y que a su vez provoca una tensión no identificada, se relaciona con la con la zona interior,

Formación de la Figura

Es la detección inmediata de la necesidad, dada en la zona intermedia o de la fantasía, es aquí donde se va a concientizar el objetivo de la sensación.

Energetización

Se lleva a cabo la movilización de la energía interna del individuo para que llegue a cumplir su necesidad, al situarse dentro de la ZIM, se van a procesar y plantear diversas alternativas para ponerla en práctica durante la fase siguiente.

Acción

El organismo se moviliza hacia el objeto, y se establece ya un contacto con la zona externa (ZE). En otras palabras se va a exteriorizar la conducta que se visualiza.

Pre-contacto

Durante esta etapa el organismo identifica la fuente de satisfacción de la necesidad y se dirige hacia ella.

Contacto

El sujeto obtiene placer ante la necesidad que está satisfaciendo.

Post-contacto

Aquí ocurre la desenergetización en busca del reposo para así obtener el equilibrio denominado “indiferenciación creativa”. Este proceso ocurre dentro del continuo de conciencia.

Bloqueos del ciclo de la Experiencia

De acuerdo a Sinay y Blasberg (2002) se consideran mecanismos neuróticos, a aquellas resistencias que impiden y/o evitan un contacto; que de acuerdo a su intensidad con la que se manifiesten, pueden ser sanos o patológicos. Por otra parte

el psicoterapeuta gestalt no busca vencer estos mecanismos, sino al contrario desea evidenciarlos para que el paciente se haga consiente de estos y llegue a darse cuenta de cómo estos mecanismos afectan su situación en el presente.

Del mismo modo la gestalt establece que este tipo de bloqueos pueden ser útiles bajo ciertas circunstancias, ya que son necesarias para la adaptación.

Fritz Perls, denominó a estos bloqueos como mecanismos neuróticos y consideró cuatro principales: confluencia, introyección proyección y retroflexión, pero otros tantos han mencionado más tipos de bloqueos, entre ellos se encuentra Héctor Salama (en Salama y Villarreal, 1992) terapeuta gestáltico mexicano discípulo de Lore Perls, definió 8 bloqueos. Los cuales son:

Postergación

Es la acción de interrumpir la acción del cierre de una Gestalt y dar inicio a otra. Se recurre a utilizar la frase: -“*después lo hago*”-

Desensibilización

Es la negación de la comprensión del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente; es decir, se experimenta pero no se interioriza. Utilizando la frase: -“*no siento*”- (Salama, 2008).

Proyección

Es aquel mecanismo a través del cual, el individuo le otorga a los demás aquellos atributos que rechaza de sí mismo, se muestra crítico e intolerante hacia esas características. Asimismo el proyector a través de la frase “por tu culpa” otorga al

mundo la responsabilidad de lo que el mismo causa, dejando intangible el límite entre el individuo y el ambiente.

Introyección

A través de la introyección, el paciente hace propios aquellos mensajes que le son provistos del exterior. Los introyectos como son denominados a aquellos mensajes que no son asimilados por el individuo impiden que la persona se desarrolle debido a que son opuestos e incompatibles provocando en el paciente confusión y una desintegración de la personalidad. Las frases que distinguen son: “*debo de*”, “*no puedo*” y “*tengo que*”.

Retroflexión

A través de la retroflexión el paciente dirige la energía hacia sí mismo, y se hará a sí mismo lo que le gustaría hacerle a los demás, va autoagrediendo para evitar dañar a aquellas personas que son significativos para él. Recurren a la frase –“*me aguanto*”-.

Deflexión

A través de la deflexión, se evita el contacto impidiendo que la energía se dirija hacia el blanco, como puede ser una persona u objeto y puede utilizar un objeto sustituto no significativo.

Confluencia

Es aquí donde la función del Yo se pierde debido a que el individuo no registra ningún límite entre el ambiente que le rodea y el sí mismo. El paciente vive en una

confusión total y no distingue entre lo que quiere, lo que es y lo que siente. Se vuelve intolerante ante las diferencias y la confrontación. La frase que maneja es “tu mandas” o “como quieras”, despojándose de su responsabilidad en sus decisiones.

Fijación

Consiste en impedir la retirada de la energía evitando así la desenergetización. El paciente desea permanecer en contacto, debido a que el proceso para la satisfacción de la necesidad no fue placentero. Generalmente utilizan la frase –“no puedo dejar de...”- lo que lleva a una rigidez en los patrones de conducta.

Principios de la Psicoterapia Gestalt

Martin (2011) propone que dentro de la terapia existen pocas reglas o principios, pero que son indispensables para que la relación *paciente – terapeuta* sea más directa, honesta y transparente.

El “Aquí” y el “Ahora”

“El *aquí y el ahora* definido como el estado en el que la persona está consciente únicamente de su experiencia sensorial generada en un preciso instante, amén de lo que está sintiendo en lo kinestésico” (Huneeus en Martin, 2011).

Quitmann (1989), menciona que el hombre, comúnmente prefiere mantenerse ya sea de pensamiento o emocionalmente, en el futuro o en el pasado que estar en el presente. La psicoterapia Gestalt, trabaja desde *el aquí y el ahora*, es decir, pone énfasis en el ámbito sensorial, con el objetivo de que el paciente se dé cuenta de lo que hace para sabotear sus necesidades y cierre su gestalt (Sinay y Blasberg, 2002).

Del mismo modo Martin (2011), menciona que el material del pasado como lo son los recuerdos también tiene importancia siempre y cuando lo incorpore a la experiencia presente y no profundizar tanto en ellos.

De acuerdo a Quitmann (1989) el terapeuta gestáltico tiene como tarea ubicar al paciente en el presente con sus pensamientos y sus sensaciones. Si esto se logra el paciente aportará por sí mismo todo el material para concluir su gestalt y lograr así un equilibrio en su organismo.

Las Polaridades

Las polaridades son extremos de identificación, es decir, en la medida en que uno se identifica con un polo, suprime el otro polo y lo percibe como extraño a sí mismo. Para lograr la integración se requiere de la aceptación de ambos como propios. Zinker en Salama y Villarreal (1992) propone trabajar las polaridades entendiéndolas como la base sobre la que se originan gran cantidad de conflictos tanto intrapersonales como interpersonales.

Las polaridades se hayan dentro y alrededor de los individuos desde que el hombre ha poblado la Tierra. Todo elemento de la naturaleza y dentro de cualquier organismo tiene su opuesto; existiendo la noche y el día, la luz y la oscuridad, la bondad y la crueldad entre muchos casos más. Milenios atrás algunas culturas orientales a través de la filosofía del Taoísmo condensaron este supuesto mediante la idea del Ying y el Yang o la dualidad presente en el Universo, Perls retomó esta noción en su obra *Yo, Hambre y Agresión* (1975) al hablar de opuestos y añade que debe de haber un punto de indiferenciación o punto cero para lograr un equilibrio.

El trabajo de polaridades dentro de la terapia permite el contacto con diferentes partes de uno mismo, y ayuda a la persona a ampliar la visión y el concepto que se tiene de sí e integrar las diferencias del conflicto y así con una toma de conciencia de los opuestos hace que la persona maneje sus propios recursos.

Relación “Yo-Tú”

La verdadera dialéctica o comunicación se establece cuando el emisor y el receptor se dirigen el uno al otro, mirándose y expresándose abiertamente lo que sienten cada uno (Martin, 2011).

En la relación entre el terapeuta con el paciente se encarna aquella relación establecida por Martin Buber y posteriormente aplicada por Rogers, una relación entre *un Yo y un Tú*. El terapeuta actúa como un vehículo y se presenta como parte del entorno para lograr que el paciente logre un contacto consigo mismo. Asimismo el paciente tiene como objetivo lograr un autoapoyo, es decir que pueda proseguir, confrontarse y bajo su propia responsabilidad sin ayuda alguna (Quitmann, 1989)

Oración de la Gestalt

Fritz Perls bajo un movimiento sociocultural en medio de la posguerra, escribió una oración, plasmando en ella la esencia de su psicoterapia, fue adoptada por muchos y criticada por otros, asimismo dentro de la oración, se hace una clara denuncia hacia la confluencia y la invitación a que la persona sea responsable de sus actos. Dicha oración dice así:

-“Yo soy Yo,
 Tú eres Tú,
 No estoy en este mundo para cumplir tus expectativas
 Y tú no estás en este mundo para cumplir las mías.
 Yo soy Yo,
 Tú eres Tú.
 Si en algún momento o punto nos encontramos
 Sera maravilloso
 Si no, no puede remediarse.
 Falto de amor a mí mismo
 Cuando en el intento de complacerte me traiciono.
 Falto de amor a Ti
 Cuando intento que seas como yo quiero
 En vez de aceptarte como realmente eres.
 Tú eres Tú y Yo soy Yo.”-
 (Fritz Perls, 1976).

Proceso de la Terapia

Es importante aclarar que el terapeuta Gestalt, tiene como tarea fundamental no sentenciar un diagnóstico al paciente, pues una etiqueta es un introyecto que le asignamos a la persona, empero de acuerdo a Zinker (en Salama 2007), el terapeuta puede hacer uso de herramientas mnémicas o gráficas y tener al alcance un panorama general y las características de personalidad de cada paciente y no es necesario que el paciente lo sepa.

La terapia se centra en las actitudes, los sentimientos, la fenomenología y la congruencia que exista entre las conductas y la figura.

Entrevista

Como en todo proceso psicológico, dentro de la terapia gestáltica, la entrevista consiste en realizar una serie de preguntas al paciente. Sin embargo es importante

remarcar que previo a iniciar una relación terapéutica debe existir un ambiente de cooperación, confianza, respeto y bienestar entre el paciente y el terapeuta. Asimismo señalar que si no se establece un buen contacto entre ambas partes, es recomendable remitir al solicitante con otro terapeuta si así se desea, investigando cual fue el motivo por el cual no se sintió a gusto.

Toda entrevista se debe adecuar al ritmo que marque el paciente, Salama (2007) dice que la entrevista se debe estructurar para que sea no estructurada, todos los elementos significativos brotarán en el momento apropiado.

Contrato

Al tratarse una relación interpersonal donde se conjugan un solicitante y un prestador de algún servicio, debe plantearse un contrato que muchas veces es verbal, basado en la confianza, del mismo modo debe estipularse los criterios que se involucran en dicho convenio:

- Objetivo de la terapia
- El tiempo y lugar
- Duración y honorarios

Técnicas Usadas en la Terapia

La terapia Gestalt ocupa un amplio contenido de recursos a utilizar, muchas son interpersonales o introspectivas, otras requieren de un lenguaje verbal, otras no, etc. En el libro "*La Vieja y Novísima Gestalt*" (Naranjo, 1991), el autor señala que no debe calificarse a la terapia gestáltica como una mezcla de enfoques o bien como un

enfoque ecléctico, si bien Perls adoptó técnicas de otros autores, fue con la finalidad de forjar en sus pacientes la toma de conciencia y la responsabilidad.

En la terapia Gestalt se trabaja con tres variantes de técnicas, útiles para hacer que el paciente se viva y tenga un contacto con su propia experiencia. La primera forma de crear conciencia es de impedir que se evite la experiencia misma. La otra manera es que se exterioricen todas las energías internas para que se logre llegar a una toma de conciencia. Y la última forma es mediante la incorporación de estas dos anteriores y lograr que la persona reintegre todas aquellas partes que siente ajenas a su personalidad.

Técnicas Supresivas

El objetivo de las técnicas supresivas es dejar de hacer lo que sea necesario, para descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad, es decir, *“el vivenciar ya no es algo que tenemos que buscar, sino algo que no podemos evitar”* (Naranjo, 1991).

Es importante recordar que el *awareness* se vive en el presente, en el aquí y el ahora, y que muchos de los pacientes se alojan en el futuro o en el pasado para no vivenciar su experiencia y cuando logran hacer contacto o evidenciar su necesidad experimentan sentimientos negativos hacia sí mismos. A continuación siguiendo a Salama (1992, 2007, 2008), menciona algunas técnicas supresivas dentro de la psicoterapia

a) *Experimentar el vacío*: Salama (1992, 2007) explica que esta técnica favorece a que el paciente enfrente sus sensaciones desagradables o vacíos existenciales.

Pues una neurosis no se resuelve si se evita reconocer lo que es desagradable. Para llevarla a cabo se le pide al paciente que reviva la situación desagradable para descubrir cada uno de sus componentes para que posteriormente lo convierta en alguna situación agradable. *“se debe transformar un vacío estéril, en un vacío fértil”* (Perls, 1976).

b) No Hablar Acerca de...: en la sesión terapéutica cuando emerge una gestalt que requiere completarse, es conveniente facilitar el contacto con la experiencia y no intelectualizarla, es decir, se debe evitar ofrecer explicaciones respecto al diagnóstico, explicaciones a discusiones que no tienen cabida en la terapia, entre otros clichés. Fritz a través de la frase *“Abandona tus pensamientos y vuelve a tus sentidos”* plantea que debe evitarse la racionalización del problema.

c) Descubrir los Debeísmos: la tarea del facilitador gestalt no es la de eliminar los introyectos de su paciente, sino que los asimile; la regla para llevar a cabo esta técnica es lograr que el individuo cambie el “Debo” por el “Quiero” y lo internalice en su Yo.

d) La Manipulación: la seducción, la intelectualización, la deflección o el silencio son juegos manipulativos que el paciente usa para evitar el cambio. El evidenciarlos y enseñar a evitarlos ayuda al paciente que esta alienado a que obtenga un contacto y se libere.

Técnicas Expresivas

Es la invitación que se le hace al paciente a expresarse, alimentar su energía y que logre un *awareness*. *“El expresarse es parte de la persona plenamente desarrollada,*

es decir es realizarse” (Naranjo, 1991). El sujeto ahora se mira como alguien nuevo, sin que sus pensamientos catastróficos o fobias le impidan apreciar su Yo verdadero y todo esto se logra a partir del siguiente principio:

a) *Expresar Lo No expresado*: el terapeuta debe poner en práctica la fenomenología y observar aquello que el paciente no puede decir. Muchas veces durante la sesión los pacientes hacen pausas limitando sus oraciones, su cuerpo expresa aquello que las palabras no lo dicen o vienen comentando que no pudieron expresar algo a alguien, pare esto el uso de técnicas como la silla vacía propuesta por Fritz, completar la expresión y/o la exageración entre otras más ayuda a liberar la energía implotada. (Naranjo, 1991).

Técnicas Integrativas

Al combinar la técnicas supresivas con las expresivas se busca que el paciente integre aquellas partes alienadas, despierta el darse cuenta de lo que estaba disociado de sí mismo (Naranjo, 1991 y Salama, 1992, 2007). Se va a lograr la integración de las partes internas en conflicto a partir de El encuentro intrapersonal y la Asimilación de proyecciones.

a) *El Encuentro Intrapersonal*: se lleva a cabo mediante el encuentro y el contacto de la persona con las partes que conforman su Yo y mediante la representación de cada una de esas partes logrará que se relacionen y se conjuguen. Evitando siempre la racionalización.

b) *Asimilación de Proyecciones*: de acuerdo a Naranjo (1991) muchas veces el paciente proyecta su Yo en el Ello debido a la preferencia que tiene por minimizar el

compromiso y evitar la responsabilidad de sus acciones. Para esto la persona debe incorporar aquello que ha rechazado y que deposita en algo o alguien más.

Alcances y Aplicaciones

Las psicoterapias tradicionales abordan a los conflictos como un trauma que el sujeto presencia en el pasado. Y muchos terapeutas pretenden resolver aquellos conflictos al “husmear” o hacer un análisis en el pasado del paciente. Empero el facilitador gestáltico pretende acompañar al sujeto en su proceso con el fin de que se logre un darse cuenta al emerger la figura que es más fuerte. Asimismo el enfoque de la gestalt, asume que un neurótico vivencia día a día la problemática que trae a consulta y el objetivo es que el paciente se dé cuenta de todos los bloqueos que emplea y como sabotea su contacto con el ambiente.

Los alcances y aplicaciones de la gestalt son amplios pero aun poco explorados. Si bien se inició como un proceso dirigido únicamente a la población adulta, se ha llevado todo este bagaje de conocimientos al campo de la psicoterapia infantil que es uno sector descuidado por muchos agentes de salud (Fernández, 2014).

CAPITULO III. LA PSICOTERAPIA GESTALT EN NIÑOS

“La intervención mágico-religiosa en la terapéutica infantil, debe juzgarse como una idea de curar alegremente a los niños, que como un recurso racional de los profesionales.”
(Arellano, 2000)

Un sector importante de la sociedad es la niñez, por muchos años los niños fueron excluidos e ignorados por aquellos que se encargaban su salud. La psicología se ha ido introduciendo a su mundo y se ha ocupado de analizar y estudiar aquellos problemas que padecen y los aquejan.

Durante la época grecolatina los niños eran ignorados por los adultos, únicamente vistos como guerreros en preparación, y aquellos niños que se mostrasen débiles o enfermos eran desterrados y arrojados a su suerte. Después durante la edad media se les consideró como portadores del pecado, tratados como “adultos pequeños” y que merecían también ser castigados inclusive por la inquisición.

Por otra parte Salado (2013) menciona que en Mesoamérica, culturas precolombinas como la mexica tenían a *Ixtlilton*: deidad dedicada a la sanación y protección de los niños sanos y enfermos. El a diferencia de los demás dioses era un ser visible y humano, representado como un niño con su rostro ennegrecido. Al enfermar un niño se acudía a su templo para solicitar al dios que el niño fuera sanado y fue considerado como un pediatra mitológico si se toma en cuenta su dedicación exclusiva a curar niños en su templo (Arellano 2000).

La UNICEF (2009) menciona que fue hasta el siglo XV en el renacimiento cuando se preocuparon por la salud físico mental y emocional de los niños y las niñas, al argumentar que existen padecimientos propios de la niñez. Sin embargo el verdadero

avance sucedió durante el siglo XIX y XX; mediante la formación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (*UNICEF* por sus siglas en inglés) en 1946 y la Declaración Universal de los Derechos de los Niños en 1959.

En resumen, los niños constituyen en nuestra sociedad, uno de los grupos privilegiados al que se trata de prestar toda la atención posible, de ahí la importancia que adopta cualquier disciplina que de alguna forma contribuya a este propósito de forjar un hombre nuevo, con una capacidad de vivir de manera armoniosa e integrada a este mundo. Por su parte la psicoterapia gestáltica a cargo de Violet Oaklander (1978) contempla al niño como una totalidad y establece un “modelo de terapia dirigido al desarrollo y bienestar del niño, con el fin de que aprenda a utilizar todos sus sentidos, para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo” (Fernández, 2005).

Desarrollo Psicosocial y Cognitivo en los Niños

Para lograr describir el desarrollo psicosocial de los niños se debe retomar la teoría de Erik Erikson; (en Papalia, 2009) quien fue un psicoanalista alemán dedicado a los niños, mismo que hizo una reinterpretación de la teoría psicosexual de Freud de quien fue discípulo en Viena. Del mismo modo es necesario retomar la teoría del desarrollo propuesta por Jean Piaget (1961) quien describió la evolución del funcionamiento cognitivo infantil a partir de la observación y la descripción de las estrategias que utiliza el niño para encontrar un solución a una problemática.

Bordignon (2005) establece que Erikson abarcó el crecimiento humano a lo largo de toda la vida, es decir, amplió el horizonte de la teoría psicoanalítica hacia un contexto

psicosocial, afirmando que cada etapa del desarrollo se centra en la superación de un conflicto. Por otra parte reconoció la presencia de personas significativas, para la formación cultural de la persona.

Principalmente Erikson estaba interesado en cómo los niños socializan y cómo esto afecta a la formación y sentido de la identidad personal. La teoría psicosocial eriksoniana establece ocho etapas de desarrollo, cada una de las etapas requiere que se equilibre un rasgo positivo con su rasgo negativo correspondiente (Papalia, 2009).

Las etapas del desarrollo humano planteadas por Erikson (en Papalia, 2009) son:

1. Confianza Básica vs Desconfianza (nacimiento a 12-18 meses)

La confianza es un sentimiento que requiere de una sensación de comodidad física y una mínima cantidad de temor; útiles para que en un futuro se tenga la expectativa de que el mundo es agradable para vivir.

2. Autonomía vs Vergüenza y duda. (12-18 meses a 3 años)

En esta etapa se da el descubrimiento de la voluntad; una vez establecida la confianza del niño hacia sus cuidadores, empiezan a reafirmar su sentido de independencia y autonomía. Por el contrario, el niño puede desarrollar sentimientos de vergüenza si se le limita o castiga demasiado.

3. Iniciativa vs Culpa (3 a 6 años)

Durante la edad preescolar, el niño se va a enfrentar a un mundo social mas amplio, desarrollará iniciativa al realizar actividades donde ponga a prueba su responsabilidad, evitando así el fracaso y la culpa.

4. Productividad vs Inferioridad (6 a 11 años)

Una vez que el niño se adapta a la convivencia con otros niños, surge en él la curiosidad de dominar nuevas habilidades y conocimientos culturales e intelectuales, es en la escuela donde el niño demuestra su entusiasmo por aprender y de imaginar.

5. Identidad vs Confusión de identidad (11 a 20 años)

Al llegar el ser humano a la adolescencia, le nace la curiosidad de saber quién es, que es lo que quiere y hacia donde dirige su vida. Los jóvenes durante esta edad tienden a explorar y a vivir nuevos roles para obtener elementos que conformen su identidad adecuadamente.

Las siguientes tres etapas corresponden a la teoría planteada por Erikson, sin embargo únicamente se pondrá énfasis en las primeras cinco debido a que abarcan edades propias de la infancia y la adolescencia.

6. Intimidad vs Aislamiento (20 a 30 años)

Erikson (en Santrok 2007), describe a la intimidad como el encuentro con uno mismo y la pérdida en el otro. A partir de la creación de relaciones amistosas sanas, durante la infancia y la adolescencia se dará apertura a formar una relación íntima con otro y evitar así el aislamiento.

7. Generatividad vs Estancamiento (40 a 50 años)

Se presenta durante la adultez intermedia, y consiste en satisfacer la necesidad de aportar a las próximas generaciones elementos útiles para la vida y no guardar el sentimiento de empobrecimiento personal.

8. Integridad vs Desesperación (60 años en adelante)

A través de la reflexión acerca del pasado, la persona en la adultez tardía obtiene la aceptación de la propia vida y la muerte, esta sabiduría impedirá que la desesperación y la insatisfacción inunden sus pensamientos.

Bordignon (2005) menciona que la perspectiva de Erikson comprendió una visión total del desarrollo de la vida del ser humano a través del tiempo. Cada una de estas etapas, abarcó un nivel físico, psicológico, social y ético constituido cada uno en un momento dado.

Por otra parte, el psicólogo y epistemólogo suizo Jean Piaget (1896-1980) describió la evolución del funcionamiento cognitivo del niño, estableciendo que todo organismo posee la tendencia de adaptarse a su ambiente, entre ellos el ser humano.

Piaget (en Hernández 2010) menciona que esta adaptación posee dos procesos inseparables y equilibrantes: “la asimilación” y “la acomodación”: el primero establece que todos los elementos del ambiente se incorporan a la estructura del individuo, mientras que la acomodación corresponde al proceso de mantener la continuidad al acto asimilativo.

La adaptación a la que se refiere Piaget va a comprender de cuatro periodos o estadios que indican una sucesión cronológica y poseen un carácter integrativo.

Dichos periodos son:

1. *Estadio Sensorio-motriz (0 a 2 años)* – el niño durante esta etapa tiende a activar y a ejercitar los reflejos innatos para lograr consolidar sus primeros esquemas de acción sensorial y motor por medio de la imitación.

Del mismo modo este periodo se encuentra dividido en seis subescalas (Papalia, 2009):

- a) ejercicio reflejo (0 a 1 mes)
- b) primeros hábitos (1 a 4 meses)
- c) adaptación sensomotora (4 a 9 meses)
- d) coordinación de esquemas secundarios (9 a 12 meses)
- e) reacción circular terciaria (12 a 18 meses)
- f) invención de nuevas posibilidades por medio de combinación mental (18 a 24 meses)

2. *Estadio Preoperatorio (2 a 7 años)* – se encuentra ya desarrollada la capacidad de hacer uso de esquemas representacionales mediante el uso de la función semiótica del mismo modo a través del juego, el lenguaje y el dibujo representan objetos o hechos sociales. Sandtrock (2007) y Papalia (2009) mencionan que durante esta etapa los niños poseen un pensamiento egocéntrico, es decir, por un lado se muestran incapaces de considerar el punto de vista propio y del otro simultáneamente y por otra parte no entienden ni acatan reglas. Al poseer un pensamiento intuitivo e ilógico tienden a hacer uso del animismo, dándole vida a objetos inanimados.

3. *Estadio de las Operaciones concretas (7 a 11 años)* – durante este periodo el niño es capaz de realizar operaciones de naturaleza reversible y razonar a partir del uso de conceptos, del mismo modo son capaces de establecer y desarrollar los principios de ética y moral útiles para reforzar la socialización. Por otra parte durante esta etapa se concretan en el menor las nociones de peso, volumen, distancia y velocidad.

4. *Estadio de las Operaciones Formales (11 años en adelante)* – es el último periodo propuesto por Piaget, donde el joven ya posee la capacidad y habilidad de elaborar esquemas operatorios que van más allá de situaciones concretas. El adolescente posee un pensamiento abstracto, lógico, idealista, hipotético y deductivo, es decir, plantean hipótesis, controlan las variables y posteriormente ponerlas a prueba.

Piaget acertó al afirmar que el orden de sucesión de los estadios es constante, por lo tanto no es posible pasar del periodo sensorio-motriz al periodo de las operaciones formales, y que las estructuras que vayan apareciendo adoptarán un carácter integrativo en el desarrollo humano (Hernández, 2010).

Psicopatología Infantil

Anteriormente se mencionó que el desarrollo psicológico es concebido como el resultado de un cierto número de tareas relevantes para cada edad y que aumenta la probabilidad de una adaptación exitosa posterior (Lemos, 2003).

Del mismo modo es imposible abordar el tema de la psicopatología del niño sin haber antes conocido el desarrollo psicológico infantil, y su clasificación tanto normal como

patológica. También es importante considerar que el ser humano va a jugar un papel importante en la dirección hacia donde se dirige su desarrollo, y es el factor evolutivo el que también va a establecer un criterio para decidir si el comportamiento del infante o adulto se torna “normal” o “anormal” (Marcelli y DeAjuriaguerra, 2007).

De acuerdo a Lemos (2003) y Cova (2004), actualmente el paradigma que actúa como eje rector en la investigación en psicopatología es el de la “*Psicopatología Evolutiva*”, que ha tenido un fuerte impacto en la investigación de factores de riesgo de muchos trastornos mentales. Dicho paradigma se caracteriza por el interés de comprender de manera dinámica el efecto de los factores de riesgo en el desarrollo normal ó anormal del organismo.

Del mismo modo, Cova (2004) establece que las consecuencias positivas o negativas que resultan del desarrollo en el niño dependen de procesos intrapersonales y asimismo mantienen una estrecha relación con el ambiente psicosocial. Dicho de otra forma, el objeto de la psicopatología evolutiva, consiste en integrar los complejos sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada.

Los trastornos mentales en especial aquellos que pertenecen a la categoría de “Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia” (CIE-10 y DSM-IV-TR) no reciben la atención que merecen. De acuerdo a Medina, et.al. (citado en Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009) la causa principal a este desinterés, se debe principalmente a la prioridad que se le da a la atención de la salud física olvidando la

salud mental, el desconocimiento de estas enfermedades y la estigmatización que envuelve a los trastornos mentales y a sus tratantes.

De acuerdo a la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS); se llevó a cabo en 2001 el estudio en México, estuvo a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría y se estimó que uno de cada cuatro mexicanos (23.7%) entre 18 y 65 años que habitan en zonas urbanas presentan o presentaron un trastorno mental según los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10, que la proporción de hombres era mayor que la de mujeres, asimismo se observó que el trastorno con mayor prevalencia en la población mexicana adulta es la Ansiedad, sin embargo el tipo de trastorno más frecuente en los varones es el consumo de alcohol y por otra parte la depresión es el más frecuente en las mujeres.

Pero al hablar de la prevalencia de trastornos mentales en la niñez y la adolescencia, los resultados arrojan de igual manera que la proporción de niños es mayor al de las niñas, invirtiéndose durante la adolescencia, sin embargo difiere en la frecuencia y el tipo de trastorno. Olmos (2012) menciona que son los trastornos afectivos los que representan la primer causa de atención psiquiátrica y psicológica; la depresión afecta 1-2% de los niños en edad escolar (6 a 12 años) y 4-6% de adolescentes de 13 a 17 años.

De acuerdo a la etiología de los trastornos en la infancia, existen factores genéticos, biológicos y sociales. Dentro de los factores genéticos se estima que los trastornos del estado de ánimo tienden a concentrarse en el núcleo familiar, es decir, se encuentra una incidencia mayor en niños cuyos padres padecen el mismo trastorno,

y el hecho de tener algún progenitor deprimido probablemente duplica el riesgo para la descendencia (Olmos, 2012).

Por otra parte los factores biológicos explican que la baja secreción de ciertas hormonas y la disfunción del eje hipotálamo-hipofisiario también puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de algún trastorno afectivo en algunos adolescentes (Kaplan citado en Olmos, 2012).

Por último, problemas de tipo familiar, abuso físico verbal y/o sexual, ingesta de sustancias, separación o muerte de los padres y problemas de apego comunicación y crianza son factores sociales que pueden desencadenar y mantener un trastorno de tipo afectivo en el niño ó adolescente.

El panorama actual de México respecto a la psicopatología ya no es tan incierto como lo era tiempo atrás, hasta hoy diversos organismos nacionales e internacionales, gubernamentales o privados han dirigido su mirada y han apostado por la salud mental de los niños y las niñas de México.

Es importante recordar que el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en la mayoría de los infantes incluye el tratamiento psicológico y social además del farmacológico.

Del mismo modo se habla del fomento de la salud mental a aquella acción de influir a partir de la educación, el atenuar en lo posible las tensiones a las que están expuestos los individuos, asimismo ofrecer a los niños el estímulo adecuado para garantizar su óptimo desarrollo. Esto es posible gracias a la extensa red psíquica del infante que esta constituida por dos factores importantes: las cogniciones y los

sentimientos, útiles en la aprehensión de conocimientos que promuevan su bienestar y que fortalecerán las bases del desarrollo armónico de la personalidad en la etapa adulta.

Para fines de practicidad y entendimiento, se emplean los términos “normal” y “anormal” para designar la calidad en el desarrollo. En el primer caso, el desarrollo normal hace referencia a los logros progresivos desde el punto de vista evolutivo, que permiten al niño satisfacer las necesidades que se presentan en su entorno, es decir, “*el niño aprende a vivir*” (Rodríguez, 2002). Por otra parte se habla de un desarrollo anormal cuando se presentan interferencias que obstaculicen estos logros.

Sin embargo diversos autores establecen que es difícil establecer el límite entre lo patológico y lo normal. Pues son la familia, posibles alteraciones a nivel psicosomático y algunos criterios diagnósticos en clasificaciones ya establecidas como el DSM-IV, DSM5 y/o el CIE-10, factores que sirven como puntos de corte para delimitar el desarrollo del menor.

En párrafos anteriores se habló sobre las etapas del desarrollo y psicopatología infantil, cabe destacar que estas se caracterizan por categorizar y etiquetar a los pacientes, sin embargo se decide retomar en la investigación, una parte de estos temas con el fin de establecer bases biológicas y fisiológicas útiles en la comprensión y dirección de la psicoterapia; recordando que el enfoque gestáltico no permite las etiquetas hacia los pacientes.

Aportes de la Psicoterapia Gestalt en Niños

La psicoterapia gestáltica infantil desea fortalecer el potencial de los niños y dirigir cada una de esas potencialidades hacia su crecimiento y la conciencia de su bienestar, pues considera que durante la niñez se van a suscitar todo tipo de acontecimientos que dejarán una huella significativa en la vida de cada persona, mismos que van a cimentar gran parte de su personalidad (Amescua, 1997).

Empero cuando estas vivencias generan en el infante sensaciones negativas se convertirán en un problema, y que aunado a los factores negativos del entorno en el que viva, el menor va a suprimir su capacidad de hallar la solución a su conflicto.

Asimismo, se sabe que el niño o el adolescente no es quien solicita el apoyo terapéutico, pues este es incapaz de percibir la necesidad de ayuda, y son los cuidadores (padres y/o profesores) quienes detectan un desajuste en la conducta del menor (Fernández, 2005).

Sin embargo ¿Es posible aplicar en su totalidad los principios de la psicoterapia gestalt en el trabajo con los niños y adolescentes?: esta pregunta surge a partir de que Fritz y su esposa, así como todos los pioneros en esta terapia enfocaron su aplicación hacia los adultos ya sea en su forma individual o grupal. Sin embargo han habido autores que han dirigido el curso de la psicoterapia gestáltica en niños; Oaklander (2005), retoma cada uno de los supuestos de la práctica terapéutica de la Gestalt y desarrolló un modelo de terapia dirigido al desarrollo saludable del niño. “El niño aprende a utilizar y ejercitar cada uno de sus sentidos y a expresar de manera

congruente cada uno de sus sentimientos para lograr así tener un sentido de ser en el mundo” (Oaklander, 2005).

Gran parte de los adultos consideran que los conflictos de los niños son pasajeros e insignificantes, e inclusive muchos piensan que no tienen conflictos durante esta etapa, cuando muchas veces estas situaciones afectan considerablemente la estructura psíquica del menor. Pero cuando estas situaciones se salen de control y tanto los padres como el niño no tienen la respuesta, optan por la búsqueda de un profesional.

De acuerdo a Oaklander (2005) la terapia gestáltica tiene como objetivo apoyar a los padres en favor del niño a resolver aquellas situaciones conflictivas de un modo lúdico y sobretodo creativo y sobretodo el devolver al niño la oportunidad de expresar y liberar sus emociones. Asimismo cada proceso terapéutico tiende a variar, es decir, cada proceso va a poseer la cualidad de ser único: un proceso nunca será igual a otro. Asimismo es importante aclarar cuál será la función del terapeuta durante el proceso.

Amescua y Oaklander (en Benavides, 2005), establecen que durante la terapia con niños y ante cualquier conflicto, el terapeuta debe: (1) ofrecer al menor, métodos prácticos para que pueda expresar sus sentimientos respecto a lo que sucede, (2) encontrar la figura que este sosteniendo el síntoma a través del juego y la fantasía, (3) poner en contacto al niño con sus sentimientos, (4) proveerlo de alternativas, para que en un futuro sepa canalizar sus emociones, (5) detectar la fase y los bloqueos

dentro del ciclo de la experiencia en donde se encuentre y (6) analizar y determinar la dirección de la terapia.

A continuación se presentan tres tipos de situaciones de diversa índole, que pueden suscitarse durante la infancia y que pueden causar conflictos internos y externos en el menor. La primera de ellas se relaciona con aquellas que derivan de una alteración significativa de la cognición, la regulación emocional y el comportamiento (APA, 2014). El segundo se relaciona con las enfermedades de tipo orgánico, de larga duración y que dañan la función y estructura del cuerpo, el último tipo se refiere a aquellas situaciones de índole social, y en este caso al tratarse de infantes se retoma la escuela como lugar de relación y los conflictos que en ella se presentan..

La Terapia gestalt en Trastornos Mentales

La APA (2014) en el DSM-5 define como trastorno mental al “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”

Por otra parte la psicoterapia Gestalt tiene el interés y los medios para maximizar y potencializar la mejoría de algún tipo de trastorno en infantes y adultos, haciendo que esta mejoría sea duradera y prolongada así como el generar una serie cambios en la persona y en su forma de aproximarse a su entorno, disminuyendo notablemente la posibilidad de alguna recaída. Es así que durante la sesión, el paciente experimenta las emociones y los sentimientos asociados con sus conflictos en el aquí y ahora.

Como se mencionó anteriormente cada proceso se adapta al cliente y no al revés, a fin de ofrecer seguridad y apoyo mientras se acompaña a la persona a arriesgarse a probar un nuevo estilo de comportamiento.

Sarrió (2013) menciona al hablar sobre psicopatología, la psiquiatría se hace presente la mayoría de las veces sino es que en todas, puesto que es esta quien se encarga en primera instancia de abordar tales trastornos. Pero dicha ciencia limita pensar al terapeuta Gestalt ya que choca con el ideal fenomenológico de su formación que es el pensar la experiencia del paciente.

Si se aborda el síntoma desde un enfoque médico, es descrito como una percepción subjetiva que el paciente refiere, a diferencia del signo que es visible y a veces cuantificable. Pero desde el enfoque de la Gestalt el síntoma además será indispensable para la autorregulación del organismo y la preservación de su salud, es decir actuará como una respuesta adaptativa (Sarrió, 2013). Sin embargo cuando el síntoma se intensifica y se fija en el paciente como una respuesta no adaptativa, se habla entonces de una neurosis (Perls, 1976) o un trastorno ya que la conducta se tornará inadecuada y repercutirá perjudicialmente en el individuo debido a que no existe un equilibrio entre las necesidades del sujeto y las del medio. (Mosqueda, 2011).

A continuación se expone una explicación acerca de la depresión infantil, en qué consiste un cuadro depresivo a partir de sus sintomatología y se retomará la hipótesis planteada por el enfoque Gestalt respecto a que la depresión es aquella agresión retrofectada por el individuo.

Depresión Infantil

De acuerdo a Mosqueda (2001) la depresión coloquialmente hablando se ha entendido como un largo y profundo estado de tristeza, inclusive en el contexto clínico es complicado catalogarla como un síntoma, un síndrome o un trastorno. Y es en el caso de los niños cuando la acción de clasificar a la depresión se vuelve aun mas complicada, puesto que se ha planteado y discutido si esta es una característica propia de la evolución del niño.

Los niños que están deprimidos comúnmente presentan síntomas que aparecen con menor frecuencia a medida que crecen. Esta sintomatología incluye diversos estados de ánimo, síntomas somáticos, aislamiento y baja autoestima. (Morales, 2014). Sin embargo estos rasgos depresivos tienden a ser más frecuentes en adolescentes a diferencia que en niños más pequeños que comúnmente presentan alguna anhedonia generalizada o un retraso psicomotor grave. Asimismo existen síntomas que aparecen independientemente de la edad como el insomnio, disminución de la capacidad de concentración e ideación suicida. (Kaplan & Sadock, 2004).

Actualmente la depresión infantil es reconocida como un trastorno clínico, y está clasificada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) dentro de su Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales o *DSM-5* por sus siglas en inglés, así como por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Mundial de las Enfermedades la *CIE-10* (F32.x- *para ambas clasificaciones*). Durante 2010 la Organización Panamericana de Salud estimó que en América Latina hay aproximadamente 35 millones de personas con algún cuadro depresivo y que solo el

15% de esta población esta diagnosticada y solamente el 5% reciben un tratamiento adecuado.

Tanto la APA (2014) en el DSM-5 y la OMS en la CIE-10 establecen una división del Trastorno Depresivo, del mismo modo plantean una serie criterios diagnósticos para su detección:

-Trastorno Depresivo Mayor

-Trastorno Distímico

Los criterios diagnósticos de la Depresión Infantil de acuerdo a la APA (2014) son:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL (APA, 2014).

- a. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante un periodo de tiempo de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento: (1) estado de ánimo irritable o (2) pérdida de interés y/o de placer.
 - 1) Pérdida o aumento considerable de peso y apetito.
 - 2) Insomnio o hipersomnia diaria
 - 3) Agitación o retraso psicomotor diario.
 - 4) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 5) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - 6) disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, y/o para tomar decisiones casi todos los días.
 - 7) Pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.
- b. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas del funcionamiento.
- c. El episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

American Psychiatric Association (2014) Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5.

Asimismo la depresión infantil fue un tema de gran interés que acaparó la atención de médicos psiquiatras y psicólogos; sin embargo es preciso remarcar que dentro del campo de la psicología el reconocimiento de este trastorno no unificó a los diversos

enfoques que coexisten en esta ciencia, como en el caso de algunos psicoanalistas ortodoxos quienes niegan la existencia de la depresión argumentando que no es más que un conflicto entre el yo y el superyó; y dado que en el niño aún no se desarrolla el superyó no es posible que presenten dicho conflicto (Mosqueda, 2001).

De acuerdo a Sandler y Joffe (en Mosqueda 2001), la depresión es una reacción que se asocia con una agresión no descargada, es decir desde el enfoque gestáltico se está refiriendo a la retroflexión que el niño utiliza como forma de evitación del contacto; es decir, el menor dirige su energía hacia sí mismo.

Cuando el menor retrofecta de manera activa o pasiva, es decir, cuando se hace a si mismo lo que quisiera hacerle al otro o se hace a si mismo lo que quisiera que otros le hicieran, el niño se divide, pues se convierte en sujeto y objeto a la vez. Del mismo modo el niño que se haya deprimido sobrestima al ambiente y se subestima a si mismo al contener impulsos destructivos y los dirige hacia si mismo. (Perls en Mosqueda, 2011).

Polster (en Mosqueda, 2011) establece que existen introyectos que subyacen a la retroflexión, mismos que van a reforzar la conducta depresiva. Dichos mensajes son:

- “No debo demostrar mis sentimientos”
- “No soy lo suficientemente bueno”
- “Soy un tonto”
- “Yo tengo la culpa”, etc. etc.

Cabe mencionar que el niño deprimido que llega a terapia necesita principalmente experimentar y darse cuenta de su impotencia para actuar en su mundo, que exprese

todo aquello que siente e incluso que desenergetize todos aquellos impulsos contenidos y suprimidos en él.

El objetivo en la terapia es que el menor recupere y reintegre a su Yo toda la energía perdida, que vivencie y exprese su desmotivado estado en el que se conduce, generando un awareness que lo lleve a un autoapoyo. (*Ver técnica en Anexo 5*).

La Terapia gestalt en Enfermedades Crónico-degenerativas

De acuerdo a Nelson e Israel (2008) se entiende por enfermedad a aquella condición que por sí misma es causa de efectos adversos para la salud y desajustes en la homeostasis. Según la OMS las enfermedades crónico-degenerativas son aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta. Asimismo son las principales causas de mortalidad en el mundo.

Cuando un niño padece alguna enfermedad crónica, existen consecuencias psicológicas que pueden afectar el desarrollo del menor. Por su parte, Mosqueda (2001) establece que desde el enfoque humanista y gestáltico, toda patología implica una interrupción amplia y crónica del proceso mediante el cual la persona satisface sus necesidades, y en el caso de la enfermedad infantil Oaklander (2005) menciona que un niño hará todo lo que pueda y lo que piense que es mejor para sobrevivir en este mundo y para completar la tarea de crecer.

De la misma manera Schnake (citado en Asalgado, 2007) afirma que es al paciente al que debemos tratar, no a la enfermedad, pues existe una persona que siente y vive su enfermedad, que le da un sentido y un significado que va más allá de una sintomatología descrita y conocida por el cuerpo médico.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM), es un trastorno metabólico que se caracteriza por la alteración en la síntesis, secreción y/o acción de la insulina que se asocia principalmente con alteraciones a nivel vascular. Del mismo modo la DM actualmente en nuestro país es considerada como principal causa de muerte en adultos y es el síndrome de tipo endocrino más frecuente en niños y adolescentes mexicanos. (Secretaría de Salud, 2012).

La OMS revela que actualmente en el mundo hay más de 347 millones de personas diagnosticadas con esta enfermedad y en México son 6.4 millones; es decir el 9.2% de la población nacional la padecen y se estima que para el año 2030 ascienda la cantidad a 552 millones de diabéticos a nivel mundial.

La DM se puede tipificar de acuerdo a las características que adopte; es decir, el primer tipo es la *DM tipo 1*, que es cuando existe una deficiencia absoluta en la producción de insulina, proceso dado en las células β del páncreas. Generalmente se presenta durante la niñez (6-7 años de edad). Por otro lado la *DM tipo 2* es de inicio adulto, se caracteriza por la alteración en la secreción, síntesis y acción periférica de la insulina, además de poseer un carácter hereditario. Asimismo el tratamiento varía dependiendo el tipo de enfermedad, para el primer caso requiere forzosamente de la administración permanente de insulina que permita mantener estables los niveles de glicemia en la sangre. El tratamiento que requiere la DM tipo 2 requiere en algunos casos de hipoglucemiantes orales. Sin embargo para ambos casos es necesario llevar un adecuado control alimenticio, una rutina de ejercicio,

monitorización de niveles de glucemia y así como contar con un equipo médico (endocrinólogo, dietista y psicólogo) que actué como guía y educador que garantice al paciente una adherencia permanente a su tratamiento.

Asimismo la DM es el síndrome de tipo endócrino más frecuente en niños y adolescentes mexicanos, la incidencia de diagnosticados con DM tipo1 o DM tipo 2 ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012).

Desde el punto de vista de la terapia Gestalt, la enfermedad es una interferencia que desequilibra el proceso de formación y desarrollo del organismo como totalidad (Shnake en Asalgado, 2007). El terapeuta gestáltico ofrece al diabético la posibilidad de un cambio en el estilo de vida y de sus creencias respecto a su enfermedad. Como se mencionó anteriormente, la gestalt contempla al individuo en su totalidad, en la que coexiste lo físico y lo intrapsíquico. Generalmente el paciente diabético tiende a mantenerse en un estado de alienación, es decir, negar elementos de su personalidad debido a la incapacidad de vivir plenamente.

El proceso terapéuticos tiene como objetivo aceptar la enfermedad, adherirse al tratamiento, seguir las indicaciones médicas y mantener una condición más saludable (*Ver técnica en Anexo 6*), pues son conductas necesarias para tener una calidad de vida mejor. Pero son los prejuicios, el miedo y la negación del paciente o la familia lo que impide esta adaptación a un nuevo estilo de vivir (Avitia, 2012).

La Terapia gestalt en la Escuela

La escuela es después de la familia el segundo contexto social más importante donde se desenvolverá el niño, es aquí donde se establecen las primeras relaciones con los iguales, también se asocia con el aprendizaje de normas y valores que lo guiarán dentro de la sociedad. (Rodríguez, 2002).

Oliva et. al. (2001) Señalan que una de las conductas que llama la atención de los profesores, seguida de la inatención del niño y del bajo rendimiento, es el de la agresión, haciendo referencia al niño que golpea y molesta a sus compañeros de clase y generalmente es canalizado al psicólogo como “niño problema” cuando el profesor o cuidador en la escuela no puede mantener la situación bajo control. Asimismo al haber un agresor, debe existir uno o más compañeros agredidos, mismos que presentan rasgos de inseguridad y de retraimiento y que la mayoría de las veces, no son referidos con el terapeuta.

Un fenómeno social que ha estado siempre presente entre la comunidad estudiantil es el acoso escolar, sin embargo por mucho tiempo pasó desapercibido, inclusive actualmente aun es ignorado por un gran sector de la sociedad.

Fritz Perls (1975) definió a la agresión como una energía biológica, cuya función comúnmente es la de desestructurar para luego asimilar. Es decir es un medio que sirve para encarar ciertas situaciones y así crecer como personas. Sin embargo, actualmente la psicoterapia Gestalt retoma la agresión que se suscita dentro de las aulas y como es que trasciende más allá de estas, pues se ha observado que un niño que es acosado sufre consecuencias sociales y

emocionales en la edad adulta, bloqueando su capacidad de autoapoyo y que por otra parte el niño que tiende a acosar utiliza el bloqueo de la deflexión como defensa (Oliva y cols. 2001).

Acoso Escolar “Bullying”

Este tipo de violencia entre escolares fue estudiado por primera vez en países como Suecia y Noruega por Olweus (1970), que posteriormente lo denominaría “*Bullying*”; la palabra obedece al anglicismo que proviene de los vocablos “*bull*” que significa “toro” y el sufijo “*ing*” que denota la acción de “torear”, en este caso el hecho de intimidar, del mismo modo se le llama “bully” a quien suele ser el abusivo o brabucón (Olweus, 2006).

Asimismo, cuando se toca el tema del bullying, se genera cierta controversia debido a que gran parte de la sociedad no considera este fenómeno como muestra de violencia o agresión, sino que es considerado como algo común en el desarrollo del menor y que es útil para la defensa futura en este mundo hostil. (Márquez, 2013).

La terapia Gestalt va a proporcionar una visión general de este fenómeno, pues abordar el acoso y la intimidación no se limita únicamente a tratar a la víctima o al victimario por separado. No es suficiente un tratamiento donde la agresión ocurre y luego está el intento de minimizar las consecuencias y castigar al agresor. Sino que es necesario comprender el proceso en su conjunto, es decir, como un todo ya que establece la dinámica entre el *bully* y su víctima. Es necesario que en el proceso cada uno asuma sus funciones respectivas, ya que no existe uno sin el otro, así como el asumir la responsabilidad de las acciones. (Ver técnica en Anexo 7)

Lo que difiere del agresor a la víctima no es la presencia o ausencia de la agresión, sino la forma en que se está utilizando, la disfunción de contacto presente en el individuo y cómo lo usa.

Márquez (2013), establece que las polaridades tienen un peso importante en la intervención y tratamiento de la agresión escolar, puesto que víctima y agresor se hallan en polos opuestos, de este forma gran parte de la población se inclinaría por atender principalmente a la víctima, sin embargo, el problema no reside hacia quien se decide ayudar, sino más bien que parte de uno mismo se niega ante esa elección. En otras palabras, si se decide abordar a la víctima para brindarle apoyo, se está negando esa parte de la personalidad que señala que todo ser humano tiende a ser agresor en algún momento de su vida.

La Familia como Parte de la Terapia

De acuerdo a Rodríguez (2002), la familia es el contexto más inmediato y el único que interviene durante los primeros años de vida. Muchas veces un estilo de crianza distorsionado va a ser causa de conductas no deseadas en los hijos.

Son los padres o los cuidadores primarios del menor, quienes detectan una alteración en la conducta del niño, y son los primeros en los que el terapeuta y todo el equipo de salud van a depositar la responsabilidad de la calidad de los cuidados que le otorguen. En un principio los padres se muestran renuentes y son los bloqueos de estos quienes atrasan o imposibilitan la terapia.

Oaklander (2005) y Cornejo (2003), mencionan que los padres al acudir al consultorio son los más angustiados. Sin embargo es importante mencionar que el

entorno familiar será la fuente de donde el niño se nutrirá de los valores personales y de responsabilidades, pues a través de la crianza brindada por sus padres, el menor tomará consciencia de sus acciones y de sus emociones, reconocerá sus errores y aprenderá de ellos, que en conjunto le ayudará a vincularse efectivamente con su entorno.

Finalmente es vital que el niño se sienta amado y respetado dentro de su hogar, que se sienta seguro ante la presencia de sus padres, es decir que no tenga sentimientos de indiferencia o miedo hacia ellos y a la vez que los padres no sean tan autoritarios, ni flexibles en la crianza del niño, ofreciéndole todo lo mejor mediante el diálogo y la tolerancia, ayudándoles a descubrir sus capacidades, aceptar sus limitaciones y desarrollar su individualidad.

Técnicas Aplicadas en la Terapia Infantil

De acuerdo a Cornejo (2003), todo acercamiento hacia el proceso de vinculación con el niño dentro de la sesión terapéutica podría ser catalogado como técnica. Del mismo modo, dentro de la psicoterapia gestáltica, en especial en el trabajo con niños, existe una extensa gama de técnicas útiles dentro del proceso que ayudan a integrar las partes personales del paciente y del terapeuta. Sin embargo es preciso recordar que no se debe saturar el proceso terapéutico de puras técnicas pues esto limitaría a la terapia y únicamente seguiría una serie de pasos y no se permitiría un continuo de conciencia.

En el capítulo anterior se mencionó que Naranjo (1991) clasificó dichas técnicas en Supresivas, Expresivas e Integrativas para el trabajo con adultos, sin embargo se

puede ubicar la misma clasificación dentro de la psicoterapia infantil. Las primeras serán aquellas que facilitan al niño a suprimir todo aquello que impida un contacto. Por otra parte las técnicas expresivas servirán para potencializar las emociones expresadas evitando así la intelectualización del conflicto y las integrativas es el uso de técnicas expresivas como supresivas.

Diversos autores hacen referencia de utilizar como técnicas fundamentales en el proceso psicoterapéutico aquellas en las que estén inmersos el juego, el uso de la fantasía y la expresión oral, escrita y corporal.

La intervención del terapeuta será decisiva. Por ello la importancia que tiene una capacitación consciente y especializada, en la cual es necesario que el terapeuta domine los aspectos generales de la teoría psicológica, así como el de las teorías de la psicología infantil; que haya tenido su propio proceso terapéutico a fin de conocerse a sí mismo y no "engancharse" con las problemáticas que el paciente presente; y por último haber cumplido el proceso de supervisión (Amescua, 1997).

El Juego y la Fantasía

Como se mencionó anteriormente, la psicoterapia Gestalt ofrece un amplio abanico de estrategias, y entre ellas está el *juego terapéutico*. Este es empleado para trabajar conflictos y situaciones sin concluir. Oliva, de la Medina y Martínez (2001), mencionan que la terapia de juego es lo que sostiene el síntoma, es decir, aquellos elementos que se encuentran en el fondo y que constituyen la figura como tal. Sin embargo es preciso mencionar algunos datos relacionados a la terapia lúdica y al juego como tal.

En 2008 la Asociación Internacional del Juego (*IPA* por sus siglas en inglés) estableció en su Declaración sobre el Derecho al Juego que éste junto con las necesidades básicas como el alimento, la salud, cuidados y educación son vitales para desarrollar el potencial de todos los niños. Del mismo modo en 1959 la Organización de las Naciones Unidas en su Declaración Universal de los Derechos del Niño y la Niña, en su séptimo artículo plantea los importantes beneficios que tiene una actividad lúdica sobre el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional en el menor.

Por otra parte Amescua (1997) hace referencia que en 1932 la psicoanalista Melanie Klein publicó su obra *El psicoanálisis de niños* donde detalló como utilizó los juguetes como herramienta terapéutica para personificar a los miembros de la familia e hizo una comparación entre el juego en los niños con la asociación libre en el caso de los adultos, considerando estos acontecimientos como el inicio de la terapia de juego.

Winnicott y Klein (en Olivia et. al. 2001) fueron pediatras y psicoanalistas quienes observaron que los niños tienden a jugar por cuatro importantes razones: a) por placer, b) para expresar su agresividad, c) dominar la angustia y d) establecer contacto social. En su obra publicada en 1979, llamada *Realidad y Juego*, Winnicott escribió que la excitación que se da en el menor al jugar, es debido a la evitación del displacer causado por retener pulsiones destructoras y busca satisfacerlas por medio de juegos con tendencias agresivas y llegar así a la dominación y expresión de sus emociones.

Otro autor que aportó datos interesantes relacionados con la actividad lúdica, fue Piaget (1961), quien planteó su teoría estructuralista del desarrollo humano, donde afirmaba que el juego evoluciona a la par que el niño crece, así como también este va a ser una anticipación de las operaciones formales ya que va a contribuir a la formación del símbolo en el menor.

Piaget (1961), hizo una clasificación del juego a partir de su estructura:

- Juego-ejercicio: (0 a 2 años), va acorde al periodo sensorio-motriz debido a que el menor ejecuta la acción de jugar sobre su propio cuerpo, aquí el niño agarra, agita, chupa y avienta por el mero hecho de obtener satisfacción.
- Juego simbólico: (3 a 7 años), los niños a esta edad imitan acciones modelo, actuando en un modo del “como si” para lograr asimilar y dominar su realidad. Relacionado con la etapa preoperatoria.
- Juego con Reglas: (8 a 11 años), es una incorporación de ambos juegos, puesto que las reglas preceden a la etapa senso-motora y simbólica. El practicar algún deporte o juego de destreza se relaciona con esta clasificación.

Oliva et. al. (2001) menciona que Piaget concebía que el orden de aparición de estas tres clasificaciones del juego era sucesivas y que el juego reglado era por excelencia utilizado hasta la edad adulta.

De acuerdo con Amescua (1997) dentro de la psicoterapia Gestalt lo importante no es que el paciente hable sobre sus problemas, sino que los vivencie, y en el caso de los niños el juego como técnica expresiva es el medio para reproducir aquellas situaciones del mundo externo así como del interno. En otras palabras “*Se puede*

descubrir más cosas de una persona en una hora de juego, que en un año de conversación” (Platón en Khermann, 2013).

Del mismo modo Oaklander (2005) refiere que va a ser a través del juego como el niño proyecta, pone a prueba su mundo y aprende más sobre él, que puede ensayar sus nuevas formas de ser y que el juego funciona como un lenguaje lleno de simbolismo que le ayuda a expresar al menor aquello que se le dificulta con las palabras. Asimismo Winnicott (en Amescua 1997) menciona que para que exista una terapia de juego debe existir un terapeuta que sepa jugar; es decir, la tarea del terapeuta es ayudar al niño a comprender el significado del juego, esto no quiere decir que deba interpretarse dicha actividad, sino que al participar significativamente en la terapia lúdica se lleve al niño a que logre el darse cuenta de cada uno de sus conflictos. Sin olvidar que un rasgo característico del juego será la espontaneidad, tanto en el niño como en el terapeuta pues les va a permitir desarrollarse plenamente y establecer un contacto.

Un ejemplo de terapia de juego es el de la *caja de arena*, establecida en por Lowenfeld (1929), pediatra pionera en la psicoterapia infantil, su técnica es descrita como: *una caja de madera y/o algún material impermeable que contenga arena y agua a fin de modelar dentro de la bandeja alguna escena que será acompañada con pequeños juguetes (humanos, animales, barcos, cochecitos, etc.) Una vez representada la escena, se le pide al niño que la describa y que narre una pequeña historia sobre ella* (Oaklander, 2005 y Kherman 2013). Lowenfield (en Mora, 2013) afirmaba que el juego en el niño tiene cuatro propósitos: El primero es que el juego sirve como herramienta para establecer un contacto con el ambiente, también como

un puente entre la consciencia del menor y la experiencia emocional, el tercero cumple la función de expresión de la vida emocional (arte) y por último el juego brinda diversión y relajación al infante.

Por otra parte, la fantasía es una de las zonas mediante el cual el humano logra tener un contacto con el mundo, pero en el caso de los niños esta zona posee mayor relevancia puesto que el pensamiento infantil en la mayoría del tiempo se rige a partir de la imaginación, propiciando así que se establezcan mayor número de acontecimientos decisivos en el desarrollo intrapsíquico del niño. Asimismo el uso de la fantasía brinda al paciente pediátrico la posibilidad de proyectar elementos que el terapeuta le propone, para que una vez efectuada la estrategia se produzca el *awareness* y sea verbalizada la situación presente. Es decir, “la fantasía pasa a ser un espejo que refleja lo proyectado por uno mismo” (Martín y Vázquez, 2005).

Klein (citado en Amescua 1997) consideraba que la fantasía es una función del yo, que es inconsciente y que existe desde el comienzo de la vida misma, puesto que tiene un aspecto defensivo contra el mundo externo; es decir, la fantasía sustituye a la realidad que no es deseable.

Dentro de la terapia Gestalt y en especial en el trabajo con niños, la fantasía tiene un doble uso: en primer lugar actúa como indicador de lo que sucede en el niño y alrededor de este y por otra parte es una modo de comunicación para expresar todo aquello que siente y piensa. En resumen: justamente a través de la fantasía se puede examinar los reinos interiores de la existencia del niño (Oaklander, 2005).

Oaklander (2005) y Cornejo (2003) establecen que las fantasías dirigidas son aquellos juegos que dentro del contexto de la psicoterapia gestáltica son útiles para la resolución de conflictos o *gestalten* inconclusas, pues a través de dichas herramientas se le brinda a la persona la posibilidad de proyectar aquellos elementos o situaciones que son el motivo de la consulta y que posteriormente se ira develando su relación con el aquí y el ahora.

A continuación se muestran algunos ejemplos de fantasías dirigidas a partir del trabajo realizado por Oaklander (2005), todos con la finalidad de ayudar al niño a darse cuenta de sí mismo y de su existencia en el mundo, dichas técnicas son:

- El rosal
- El garabateo
- Cuadros de ira
- Dibujando mi vida
- Dibujo libre
- Dáctilo pintura, entre otras.

Expresión Oral, Escrita y Corporal

Kherman (2013) menciona que en el momento en el que los niños se desconectan de su cuerpo, pierden sentido del yo así como fuerza física y emocional. Por eso son importantes las técnicas que les ayuden a conocer su cuerpo, a restablecer un contacto con él y a reaprender a usarlo. Algunos ejercicios serían: moverse al ritmo de un tambor, caminar tiesos o como si estuvieran sobre arenas movedizas, moverse como un animal, moverse con telas, etc.

Asimismo la expresión corporal se manifiesta por medio de la dramatización pues actuar ayuda a los niños a acercarse a sí mismos, les permite salirse de ellos mismos. Y es que cuando actúan, en realidad no dejan de ser ellos mismos. Además, ayuda a aumentar la autopercepción. La dramatización se convierte en una herramienta para encontrar y dar expresión a las partes ocultas y perdidas de sí mismos, y desarrollar una mayor fortaleza e individualidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La psicoterapia Gestalt al formar parte de las terapias humanistas, es una propuesta reciente en comparación con las terapias homólogas como lo son el psicoanálisis y el conductismo; que se ampara bajo el pensamiento de diversos filósofos del humanismo, alejándose de todo el ideal objetivista y mecanicista del positivismo. Se considera que la finalidad de la terapia es el de facilitar la autorrealización y el crecimiento del individuo. Desde Perls como su iniciador y diversos autores más han puesto mayor énfasis en el proceso de toma de conciencia en el aquí y en el ahora del paciente considerándolo también como un enfoque holístico, es decir, contempla al ser humano como una totalidad que está en contacto permanente consigo mismo y con su medio y que por medio del autodescubrimiento y satisfacción de las necesidades propias, el individuo fomenta su potencial humano.

En la actualidad la mayoría de las instituciones públicas y privadas en nuestro país, encargadas de la salud mental y el bienestar emocional de niños y adolescentes a partir de la psicoterapia, se conducen a través del enfoque biomédico; es decir, adoptan en la práctica terapéutica técnicas encaminadas a extinguir o por el contrario a reforzar conductas para lograr un funcionamiento “normal” en el menor, o en su defecto los niños y adolescentes son sometidos a largos y costosos procesos psicoanalíticos, haciendo énfasis de que en cualquiera de estas dos modalidades los terapeutas al ser directivos, al subordinar y etiquetar al paciente, omiten la visión fenomenológica y humanista que requiere la persona en su proceso. De acuerdo a Freitas, Stroiek y Botín (2010), se propone a la psicoterapia infantil gestáltica como una herramienta preventiva y como una opción ideal para ser empleada dentro de instituciones hospitalarias y en clínicas de atención y rehabilitación debido a que está

fundamentada en conceptos y principios únicos que están en constante evolución pero que permanecen sin cambiar su esencia que la distingue. Recordando que un crecimiento saludable en el niño y el adolescente se logra a través del desarrollo holístico constante y armónico de los sentidos, cuerpo, emociones e intelecto (Esquivel, 2010).

Del mismo modo se concluye que la contribución que hace esta investigación es la de aportar un nuevo elemento al reducido acervo bibliográfico sobre psicoterapia gestalt realizado dentro de las instituciones universitarias (Castanedo, 2012), pues se ha observado que dentro de las Facultades de la UNAM, no se contempla al enfoque humanista, ni al enfoque gestáltico dentro de sus planes de estudio, retrasando así la posibilidad de reforzar el contexto teórico de futuros terapeutas; considerando también que será de utilidad para otras investigaciones afines al tema y para todo aquel que esté interesado en acompañar a los niños en su camino a la autorrealización.

Por último al finalizar esta investigación, se considera que de acuerdo a los cinco ejes propuestos por Lafarga (2012), se han llevado a cabo los dos primeros, es decir hubo un acercamiento directo con las bases filosóficas y psicológicas de esta variante psicoterapéutica, así como una comprensión de cada uno de los diversos elementos que componen la metodología de la gestalt; quedando como tareas principales: llevar a cabo una practica profesional supervisada, reflexionar sobre la ética durante la práctica, para así lograr un optimo desarrollo como terapeuta y sobretodo como persona.

-MI EXPERIENCIA DENTRO DEL H.I.M.F.G.-

En el transcurso que realice mi servicio social en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” bajo la asesoría del Dr. José Antonio Páez de la Cruz, conocí y aprendí de manera práctica las bases sobre las que se posa la psicoterapia gestalt, pues a lo largo de todo el año que estuve dentro de la institución observé y analicé de manera vivencial por medio de su metodología, como la terapia gestáltica ayuda a los niños, adolescentes y sus familias a superar cada uno de los conflictos por los que eran remitidos al área de psicología.

Menores que mostraban conductas etiquetadas de tipo agresivas, conflictos en la personalidad, y algunos niños y adolescentes deprimidos e inclusive con ideación o intento suicida que eran referidos por diversos médicos del hospital fueron los pacientes con los que trabajé a partir de las técnicas planteadas por la gestalt. Fue una maravillosa experiencia la que tuve al formar parte del equipo terapéutico junto con el Dr. Páez, pues sabía que estaba interviniendo y dando apoyo de manera eficaz y profesional para cumplir el objetivo de obtener cambios significativos en las conductas de los menores que favorecieran su pronta y óptima recuperación.

Deseo que esta tesina refleje cada uno de los conocimientos obtenidos a lo largo de mi formación profesional en la licenciatura y aporte a futuro una fuente más de consulta para próximos psicoterapeutas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014) *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Panamericana.
- Amescua, V. G. (1997) *La Magia de los niños*. (2ª ed.) La Habana: Academia.
- Arellano, P. M., (2000) Ixtlilton, Dios del panteón azteca que curó a la niñez prehispánica de México. *Revista Archivos de Investigación Pediátrica de México*. Vol. 3 No. 10 pág. 338. México: Confederación Nacional de Pediatría de México.
- Asalgado, K. (2007) *El “darse cuenta” de pacientes diabéticos desde una mirada gestáltica*. Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Tesis de Licenciatura. Recuperada de: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/2377/tpsico224.pdf?sequence=1&isAllowed=y> el 4 de mayo de 2015 a las 19:30
- Avila, A. (1990) Psicodinámica de la Depresión. *Revista Anales de Psicología*. Vol. 6 Núm.1 pp.37-58 Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf el 29 de mayo de 2015 a las 22:05.
- Baumgardner P. (2006) *Terapia Gestalt*. México: Pax.
- Benavides, R. P. (2005) El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Gestalt. *Revista Procesos Psicológicos y Sociales*. Vol. 1 No. 1 México: Universidad Veracruzana. Encontrado en <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/ciclo.pdf> el 14 de marzo de 2015 a las 14:32.
- Bolio A. P. (2012) Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Revista Reencuentro*. Núm. 65 México: UAM-Xochimilco. Encontrado en <http://www.redalyc.org/pdf/340/34024824004.pdf> el 12 de enero de 2015 a las 15:25.
- Bordignon, N. A. (2005) El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación* Vol. 2 No. 2. Colombia: Corporación Universitaria Lasallista. Recuperado de: http://www.lasallista.edu.co/images/pdfs/Revistas/revista_lasallista/vol2n2/50-63.pdf el 29 de abril de 2015 a las 13:20.
- Buber, M. (1982) *Yo y Tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castanedo, C. (2005) *Psicología Humanística Norteamericana*. México: Herder.
- _____ (2012) *La investigación en Gestalt*. Conferencia Magistral del V congreso Internacional de Gestalt de la Universidad Gestalt. Recuperado de <http://mundogestalt.com/la-investigacion-en-gestalt/> el 1 de julio de 2015 a las 23:00
- Castillo, F. Y. (2014), *El dialogo del cuerpo: una visión psicosomática desde el enfoque Gestalt*. UNAM. México. Tesis de Licenciatura. Encontrada en <http://132.248.9.195/ptd2014/marzo/306049985/Index.html> el 20 de enero de 2015 a las 12:35.
- Cervantes, B. M. (2006) *En torno al existencialismo de Kierkegaard*. México: UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Cloninger, S. (2003) *Teorías de la personalidad*. México: Pearson.
- Cornejo, L. (2003) *Manual de Terapia Infantil Gestáltica* (5ª ed.) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cova, S. F. (2004) La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*. Vol. XIII Núm.1 pp.93-101 Chile: Universidad de Chile. Encontrado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413107> el 11 de mayo a las 18:05.

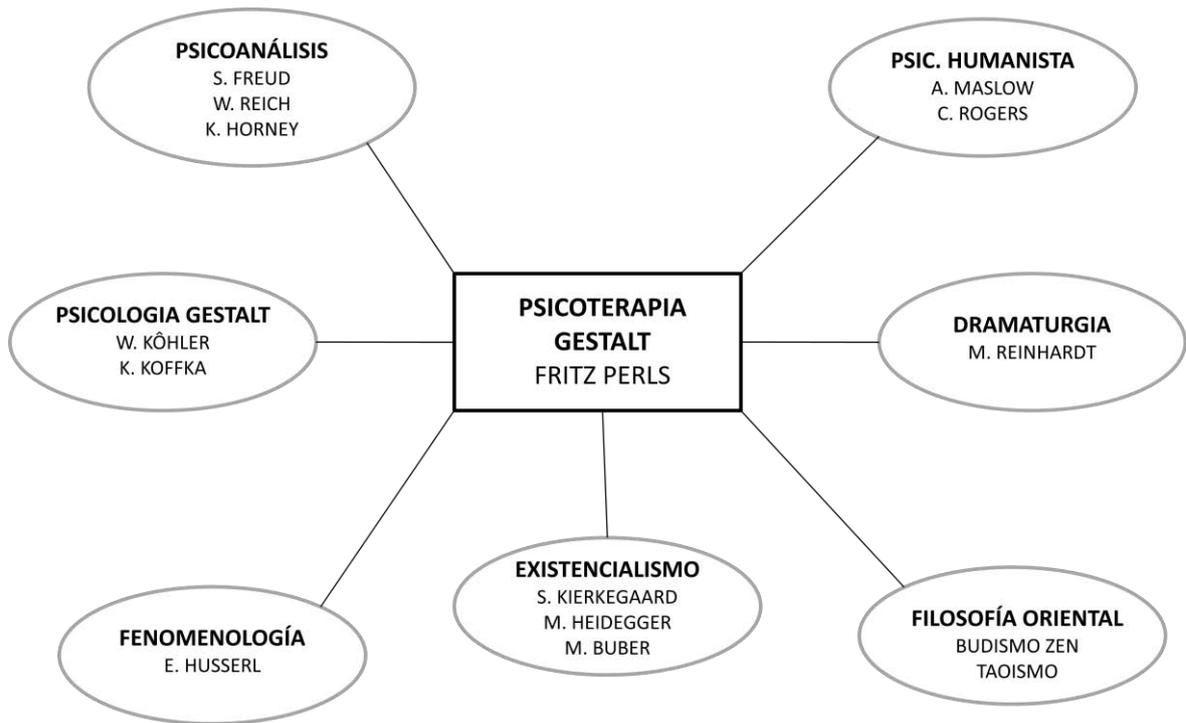
- Delgado, G. S. (2007) *Psicoterapia Gestalt aplicada al trabajo con niños*. México: UNAM. Tesina de licenciatura.
- Esquivel, A. F. (2010) *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: El Manual Moderno.
- Fagan J. & Shepherd I. L. (compiladoras) (1989) *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández, R. L. (2005) La Psicoterapia Gestalt Infantil: Una Guía Metodológica para el Terapeuta. *Revista Perspectivas Psicológicas* Vol. 5 pp. 6-17 República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo. Encontrado en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a03.pdf> el 10 de abril a las 16:20.
- _____ (2014) *Juego Psicoterapéutico para el Desarrollo Emocional*. México: Pax.
- Fleming, H. R. (1999) Las raíces psicoanalíticas de la Gestalt. *Revista Figura Fondo* núm. 5. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Tomado de <http://gestaltnet.net/sites/default/files/FF5-LAS%20RAICES%20PSICOANALITICAS%20DE%20LA%20GESTALT.pdf> el 23 de enero de 2015 a las 19:30
- Flores, A. B., (1977) *Origen, Teoría y Técnicas de la Terapia Gestalt*. México: UNAM. Tesis de Licenciatura. Encontrada en http://132.248.9.195/ptd2012/sin_sello/0677744/0677744_A1.pdf#search=%22gestalt%22 el 20 de enero de 2015 a las 13:52.
- Freitas I. J. L., Stroeik N. N., y Botín D. (2010) Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. *Revista Abordagem gestalt* Vol. 16 Brasil: Universidade Federal do Paraná. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672010000200003&script=sci_arttext el 12 de septiembre de 2015 a las 15:30.
- Hernández, R. G. (2010) *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paídos.
- Hernández, R. R. (2010) *Revisión teórica metodológica, sobre la temática del juego terapéutico desde un enfoque Gestalt*. Tesina de licenciatura. México: UNAM.
- Hoffman, E. (2009) *Abraham Maslow. Vida y enseñanzas del creador de la psicología humanista*. Barcelona: Kairós.
- Horn, H. (1993) Karl Jaspers *Revista Perspectivas*. Vol. XXIII núm. 3-4 Paris: UNESCO.
- Husserl, E. (1962) *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kherrmann, I. L. (2013) *Infancia & Gestalt*. Madrid: Instituto de Psicoterapia Gestalt. Artículo encontrado en <http://www.escuelagestalt.com/wp-content/uploads/2011/11/Gestalt-e-Infancia.pdf> el 21 de marzo de 2015 a las 12:30.
- Lafarga, J. (2012) *El psicoterapeuta que México necesita*. Conferencia Magistral del V Congreso Internacional de Gestalt de la Universidad Gestalt. Recuperado de <http://mundogestalt.com/el-psicoterapeuta-que-mexico-necesita/> el 1 de julio a las 23:15.
- Latner, J. (1994) *Fundamentos de la Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- Lemos, G. S. (2003) La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Revista Papeles del Psicólogo*. Vol. 24, Núm. 85, pp.19-28. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Encontrado en <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf> el 2 de mayo de 2015 a las 17:32
- León E. A., (2009) El giro hermenéutico de la fenomenología en Martin Heidegger. *Revista Polis*. Vol. 8 Num.22 Chile: Universidad Bolivariana. Encontrado en <http://polis.revues.org/2690> el 9 de febrero a las 18:15.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (2007) *Psicopatología del niño* (7ª ed.) Barcelona: Masson.

- Márquez, Ch. (2013) *Tratamiento de maltratadores desde la Gestalt*. Madrid: Instituto de Psicoterapia Gestalt. Encontrado en <http://www.escuelagestalt.com/wp-content/uploads/2011/11/Tratamiento-de-maltratadores-desde-la-Gestalt.pdf> el 21 de marzo de 2015 a las 15:00.
- Martin, A. (2011) *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. (7ª ed.) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martín, A. y Vázquez C. (2005) *Cuando me encuentro con el Capitán Garfio...(No) me engancho*. (2ª. Ed.), Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Martínez, M. (1982) *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México. Trillas.
- Maslow, A. (1988) *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. México: Kairós.
- May, R. (1963) *Psicología Existencial*. Buenos Aires: Paídos.
- Mera, M. C. (2013) Beneficios del juego en el desarrollo integral de la niñez. *Revista Rayuela*. Núm. 8 México: Ednica IAP. Encontrado en <http://revistarayuela.ednica.org.mx/sites/default/files/Claudia%20Rebeca%20Mera%20Miranda.pdf> el 30 de mayo de 2015 a las 15:30.
- Mora, R. J. (1982) Jean Paul Sartre: filosofía, literatura y compromiso. *Revista Dialéctica*, Año VII, no. 12. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Morales, G. M. (2014) *Depresión Infantil*. Recuperado de <http://www.psiquemx.com/2014/05/depresion-infantil/> el 23 de abril a las 23:00.
- Mosqueda, M. P. (2001) Un enfoque gestáltico de la depresión infantil. *Revista figura/fondo*. Vol. 5 Núm. 1 México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Artículo encontrado en <http://gestaltnet.net/sites/default/files/Un%20enfoque%20gestaltico%20de%20la%20depresion%20infantil.pdf>. el 23 de marzo de 2015 a las 16:50.
- Müller, G. M. y Müller, G. R. (2010) *Fenomenología y terapia Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- Muñoz P. M. (2008) *La sensibilización Gestalt en el trabajo terapéutico*. México: Pax.
- Naranjo, C. (1991) *La Vieja y novísima Gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- Nelson, W. R. & Israel, C. A. (2008) *Psicopatología del Niño y del Adolescente* (3ª ed.), Madrid: Pearson.
- Nevis, E. C. (1992) *Gestalt Therapy. Perspectives and Applications*. New York: Gardner Press.
- O'Connor, K. y Schaefer Ch. (2012) *Manual de terapia de juego*. (Vol. 1 y 2) México: El Manual Moderno.
- Oaklander, V. (2005) *Ventanas a Nuestros Niños*. (10ª ed.), Chile: Cuatro Vientos.
- Oliva, Z. L., de la Medina, P. M. y Martínez, C. R. (2001) *Cómo trabajar psicoterapia Gestalt con niños*. Xalapa: Universidad Veracruzana.
- Olmos, L. M. (2012) *Características clínicas y costos de la atención en hospitalización de pacientes con trastornos del estado de ánimo en un hospital psiquiátrico infantil*. Tesis de Especialización en psiquiatría infantil y de la adolescencia. México: UNAM y Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- Olweus, D. (2006) *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. México: Alfaomega.
- Papalia, D. E., Windkos, O. S. y Duskin, F. R. (2009) *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. (11va. Ed.) México: McGrawHill.
- Perdomo, R. T. E. (2012) *El sentido de vida en el adulto joven: un taller de sensibilización en Gestalt, desde la perspectiva existencial humanista*. México: UNAM Tesis de licenciatura.

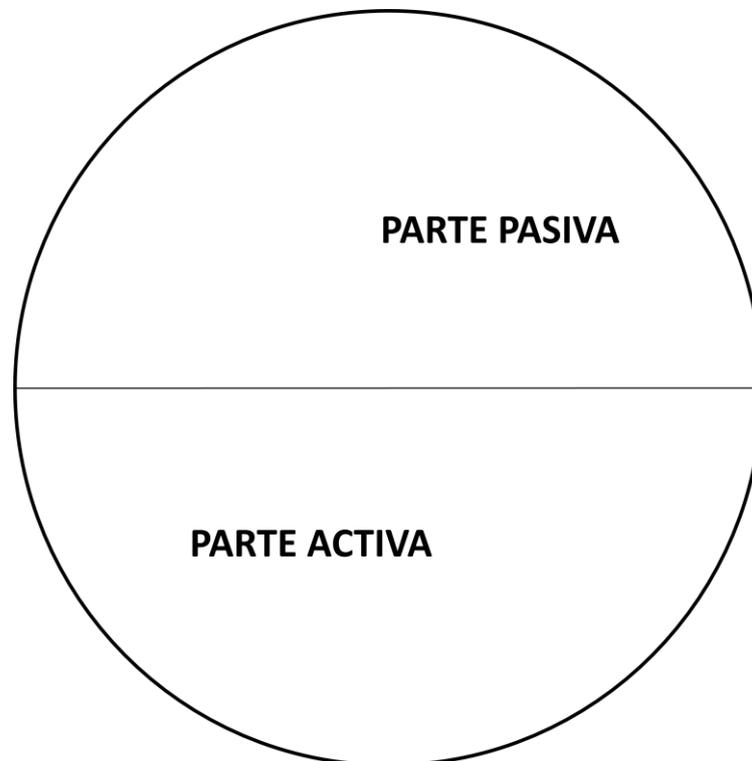
- Perls F. S. (1976) *El enfoque Gestáltico & Testimonios de Terapia*. (9ed). Chile: Cuatro Vientos.
- _____ (1975) *Yo, hambre y agresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2006) *Dentro y fuera del tarro de basura*. (15ed.), Chile. Cuatro Vientos.
- Petit, M. (2010) *La terapia Gestalt*. (3ª ed.) Barcelona: Kairós.
- Piaget, J. (1961) *La formación del Símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quitmann, H., (1989). *Psicología Humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez J., Kohn, R. y Aguilar S. edit. (2009) *Epidemiología de los trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez, S. J. (Dir.) (2002) *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sahakian, W. (1990) *Historia de la Psicología*. México: Trillas.
- Salado, M. L. (2013) El Dios Mexica del Rostro Negrillo. *Revista Ixtlilton* núm. 39 p.p. (10-11) México: Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Salama H. (2007) *Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología*. (4ª ed.) México: Alfaomega.
- _____ (2008) *Gestalt de persona a persona* (4ª ed.) México: Alfaomega.
- Salama H. y Villareal R. (1992) *El enfoque Gestalt. Una psicoterapia humanista*. México: Manual Moderno.
- Sánchez S. J. J. (2012) *Aspectos Contemporáneos de la Regulación de la Psicoterapia y el Consejo Psicológico en México*. Artículo recuperado de la página de la Asociación de Facultades, Escuelas e Institutos de Psicología de América Latina (AFEIPAL) en http://www.healthnet.unam.mx/afeipal/lecturas/AMEPsiCS_final_castellano.pdf el 7 de julio de 2015 a las 9:30.
- Santrock, J. W. (2007) *Desarrollo infantil*. (11va. Ed.), México: McGrawHill.
- Sarrió, C. (2013) *Psicopatología y psicoterapia Gestalt*. Recuperado de <http://www.gestalt-terapia.es/psicopatologia-y-psicoterapia-gestalt/> el 2 de junio de 2015 a las 15:00,
- Sartre, J. P. (1998) *El existencialismo es un humanismo*. México: Quinto Sol.
- Secretaria de Salud (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Informe de Resultados*. México: Instituto Nacional de Salud Publica.
- Sinay S. y Blasberg P. (2002) *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Velásquez, L. F. (2001) Terapia Gestáltica de Friederich Solomon Perls. Fundamentación fenomenológica-existencial. *Revista Psicología desde el Caribe*. Núm. 7 pp. 130-137 Colombia: Universidad del Norte. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300711.pdf> el 23 de enero de 2015 a las 21:15
- Villegas B. M. (1986) La psicología humanista: historia, concepto y método. *Anuario de psicología*. Núm. 34. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Winnicott, D. W. (2008) *Realidad y Juego* (2ª. Ed) Barcelona: Gedisa.
- Xirau, R., (2008). *Introducción a la historia de la filosofía*. México: UNAM.
- Yalom (2011) *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.
- Yontef, G. (2005) *Proceso y dialogo en psicoterapia gestáltica*. (5ª edición) Chile: Cuatro vientos.

ANEXOS

- *ANEXO 1. PRINCIPALES INFLUENCIAS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT*
- *ANEXO 2. ZONAS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA*
- *ANEXO 3. ZONAS DE CONTACTO EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA*
- *ANEXO 4. FASES Y BLOQUEOS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA*
- *ANEXO 5. TÉCNICA UTILIZADA EN NIÑOS CON DEPRESIÓN*
- *ANEXO 6. TÉCNICA UTILIZADA EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS*
- *ANEXO 7. TÉCNICA UTILIZADA EN NIÑOS CON BULLYING*



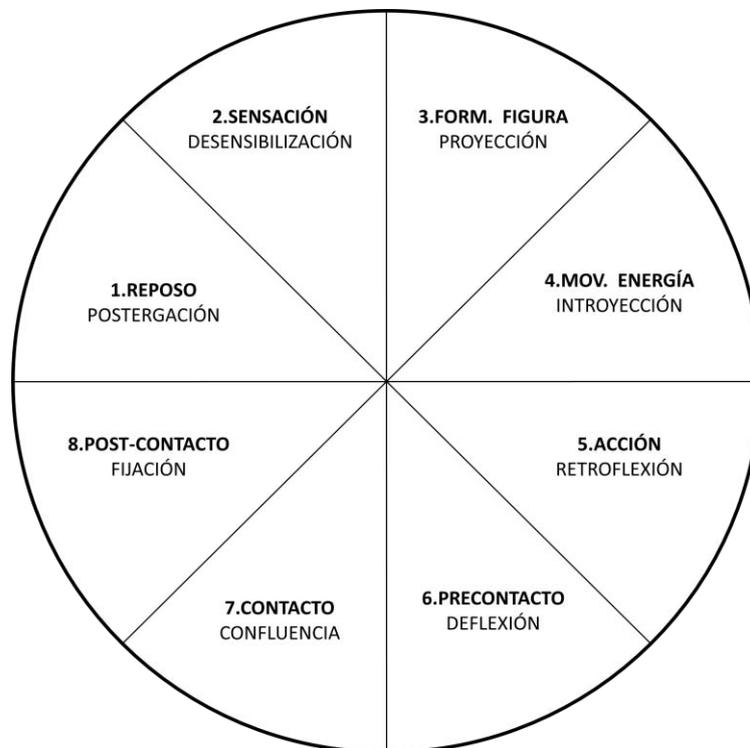
ANEXO 1. PRINCIPALES INFLUENCIAS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT



ANEXO 2. ZONAS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA



ANEXO 3. ZONAS DE CONTACTO EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA



ANEXO 4. FASES Y BLOQUEOS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA

ANEXO 5. TÉCNICA UTILIZADA EN NIÑOS CON DEPRESIÓN

A continuación se describe una técnica utilizada en niños deprimidos y que es retomada de la experiencia de Oaklander (2005). Esta técnica busca la integración del menor en su totalidad, por medio de la unión de la fantasía con el dibujo para lograr una asimilación de todos aquellos pensamientos que fueron introyectados y posteriormente proyectados por el niño.

"EL ROSAL"

Material: -Hojas ó cartulinas blancas

-Material para colorear (lápices, plumones, crayones, acuarelas, gises,etc).

Pasos:

Primera Parte

-Una vez establecido un óptimo contacto con el paciente, se le pide que cierre sus ojos e imagine que es un rosal, posteriormente se le pide al niño que describa detalladamente su rosal, indicando su tamaño, el color de sus rosas, donde se encuentra, si recibe cuidado alguno, si es el único rosal o hay otros rosales cerca, etc.

Segunda parte

-Concluido el ejercicio de la fantasía, se le ofrece hojas blancas, así como material para colorear (crayones, plumones ó pinturas), se le da la instrucción que dibuje el rosal que imaginó con el fin de que el menor proyecte a partir del dibujo su esquema y su concepción yoica.

-En ocasiones muchos pacientes argumentan que no saben dibujar, si se presenta alguna situación así, el terapeuta debe animar al menor a que logre plasmar gráficamente el dibujo.

-Terminado el dibujo, se le cuestiona al niño si se relaciona con el rosal o ¿Qué encuentra de parecido el rosal con el?, logrando con esto que el paciente exteriorice cada uno de los aspectos negativos que fueron introyectados anteriormente.

Cierre:

-al culminar se hace una reflexión y una retroalimentación respecto a los introyectos, indicando que fueron mensajes negativos adoptados por el mismo y que tiene la capacidad de continuar aceptándolos o rechazarlos.

ANEXO 6. TÉCNICA UTILIZADA EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS

A continuación se describe una técnica integrativa, a partir de un encuentro intrapersonal, utilizada en niños diagnosticados con Diabetes Mellitus atendidos por el depto. de psicología del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” debido principalmente a un descontrol en su tratamiento.

La técnica se denomina “**Hablando con mi Enfermedad**”, consiste en solicitar al niño ó al adolescente que mantenga un dialogo explicito con su enfermedad, con el fin de reincorporar a su Yo, todas aquellas partes alienadas que fueron suprimidas a partir de los bloqueos, propias de la enfermedad.

“HABLANDO CON MI ENFERMEDAD”

Material: objeto neutro (*puede ser una almohada, un cojín ó una pelota de espuma para que el niño descargue su energía*).

Pasos:

Primera parte

-Una vez sentado el paciente, se le pide que adopte una postura cómoda, que cierre los ojos y se le entrega el objeto neutro para que lo sostenga con ambas manos, indicándole que dicho objeto será para descargar la energía cuando lo crea necesario y si lo desea puede jalarlo, apretarlo y/ó golpearlo.

-Se le da la instrucción al menor que imagine a su enfermedad como sale de su cuerpo, posteriormente se le pide que imagine que puede platicar con esta, y se le indica que la describa físicamente, diciéndole *–Imagina que tienes a la diabetes enfrente de ti, que puedes verla y además puedes platicar con ella.-, -Dime como es, físicamente, ¿Qué color tiene?, ¿Cuánto mide?, ¿Cómo te hace sentir verla frente a ti?-, etc.*, para que el niño a través de la fantasía logre entrar en contacto con la patología.

Segunda parte

-Posteriormente se le indica al menor que le diga a su enfermedad todas aquellas molestias que le causa; pidiéndole que utilice la frase *–diabetes, estoy enojado(a) contigo por...-*, con cada una de las molestias que vaya a expresar.

Tercera parte

-Una vez exteriorizados todos aquellos malestares que provoca la diabetes en el niño o adolescente, se le pide que esta vez utilice la frase -“*Diabetes te doy las gracias por...*”- si es que la enfermedad ha producido algún efecto positivo en el menor, por ejemplo, el que haya mejorado sus hábitos alimenticios, ó el que realice alguna actividad física, etc.

-Al término de expresar su enojo y su agradecimiento ante la diabetes, se le indica que se despida de esta y que visualice como vuelve al interior de su cuerpo.

Cierre:

-Por último se le solicita al menor que relate en primera persona y en tiempo presente su experiencia. Auxiliándonos con la pregunta *¿Qué aprendiste?* ó *¿De que te das cuenta con este ejercicio?*, conduciendo al menor a lograr una conciencia de su enfermedad.

ANEXO 7. TÉCNICA UTILIZADA EN NIÑOS CON BULYING

La técnica aquí presentada pretende abordar el problema del bullying desde el manejo de las polaridades. la expresión de introyectos y energías agresivas implotadas.

“LOS PATITOS QUE DEJARON DE SER FEOS”

Material: -Cuento de “El Patito Feo” (*versión 1 ó 2 según sea el caso*).

Pasos:

Primera parte:

-El terapeuta leerá en voz alta al paciente el cuento de “El Patito Feo”, y será la versión 1 ó 2 dependiendo el caso; es decir. Leerá la primera versión si el menor fue víctima de acoso escolar ó leerá la segunda versión si el niño es el agresor.

“El Patito Feo” Versión 1 (Para niños víctimas de bullying)

Había una vez una familia de patos que vivía en un estanque, conformada por la mamá Pata y sus cinco patitos; sin embargo uno de ellos tenía un aspecto diferente a los demás: era un poco más grande de tamaño, era torpe al caminar y su plumaje era oscuro y no amarillo como sus demás hermanitos, por lo que era objeto de burla por parte de otros patos, algunos sapos y peces que vivían en el estanque e incluso por sus propios hermanos. Siempre le decían *-eres un pato feo, menso e inútil-* y muchas veces lo picoteaban ó lo sumergían en el agua para ahogarlo y hacerle daño.

Su mamá era la única que lo defendía de todas las agresiones que recibía, siempre y cuando ella se diera cuenta, pues en ocasiones el patito feo era molestado cuando su mamá no estaba cerca.

Fueron tantas las agresiones e insultos que recibió el patito feo, que un día se canso de ello y tomo la decisión de.... (*Que el niño estructure su final como el lo desee a partir de la pregunta: ¿Qué crees que hubiera hecho el patito feo?*).

“El Patito Feo” Versión 2 (Para niños agresores)

Había una vez una familia de patos que vivía en un estanque, conformada por la mamá Pata y su hijito; sin embargo este patito junto con otros patos, sapos y algunos peces se distinguían por ser unos brabucones que disfrutaban de molestar a otros patitos en el estanque; en especial a un patito que era distinto a los demás de su especie. Era mas grande de tamaño, era torpe al nadar y su plumaje era oscuro y no amarillo como los demás patitos. Lo molestaban diciéndole que era un pato feo, menso e inútil y buscaban la más mínima oportunidad para picotearlo y sumergirlo dentro del agua para hacerle daño. El y sus amigos brabucones disfrutaban de hacer sentir mal al otro patito.

Un día el patito al que tantas veces molestaban, se cansó de tantos insultos y agresiones que diario recibía y decidió... *(Que el niño estructure su final como el lo desee a partir de la pregunta: ¿Qué crees que hubiera hecho el patito feo?)*

Segunda parte

-Posteriormente se le pide al niño@ que estructure y diga el final del cuento como el lo desee, a fin de trabajar la polaridad con la que el menor se haya ubicado, es decir. El terapeuta realizará la pregunta: *¿Qué crees que hubiera hecho el patito feo?*

Tercera Parte:

-Para lograr un equilibrio en las polaridades, es necesario que el menor se ubique también en el papel contrario en el que se haya; para esto el terapeuta preguntará al menor *¿te identificas con algún personaje de la historia? y ¿tu que hubieras hecho en el lugar del: patito brabucón / patito feo?*

Cierre:

-Finalmente una vez que el menor estructuró y expresó su final, el terapeuta leerá en voz clara y fuerte el final del cuento a fin de comparar ambos desenlaces y compartir opiniones para lograr una retroalimentación paciente-terapeuta.

-Para lograr un cierre de la sesión, el terapeuta puede auxiliarse con preguntas como: *¿de que te das cuenta al escuchar y al finalizar tú mismo el cuento?*

Final de "El Patito Feo" (para ambas versiones)

...marcharse de aquel estanque donde era objeto de burlas y agresiones, sintiéndose solo e indefenso. Caminó y caminó por mucho tiempo hasta lograr llegar a otro estanque, y observó que había algunos patos de gran belleza y que eran diferentes a los que el conocía. Pero sintió tanto temor acercarse a ellos pues creía que volverían a molestarlo, sin embargo notó que no recibía ningún insulto e incluso aquellos patos se acercaron a el y le dijeron -¡Hey tu eres uno de nosotros acércate a nadar!- y el patito Feo respondió -Yo soy feo, tonto e inútil, no puedo ser como ustedes-

Fue hasta que decidió entrar a nadar a aquel estanque y su plumaje oscuro cambio a un color blanco intenso, y al mirar su reflejo en el agua observó que era un bello cisne y no un patito Feo como lo consideraban. *FIN.*