

29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

“Propuesta de Intervención en Crisis
a familiares de pacientes terminales
por medio de la terapia Gestalt.
Un estudio exploratorio.”

TESIS

que para optar por el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
presenta

JOSE LUIS CANALES MORALES



Director de Tesis: Lic. Yolanda Bernal A.

Cd. Universitaria, México D.F., Enero 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

270531



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

U N A M

Facultad de Psicología

**“Propuesta de Intervención en Crisis a familiares de
pacientes terminales por medio de la terapia
Gestalt. Un estudio exploratorio.”**

**Tesis que para optar por el título de
Licenciado en Psicología presenta**

Joseluis Canales Morales

Ciudad Universitaria, México D.F., Enero de 1999

Agradecimientos:

A mi padre, por el incondicional apoyo económico que me ha brindado a lo largo de mi vida y sin el cual nunca hubiera podido alcanzar esta meta.

A la UNAM, por darme todo el apoyo y las herramientas para identificar, aprender y desarrollar las habilidades para desempeñar mi verdadera vocación.

A los trabajadores de la Facultad de Psicología, ya que lo único que recibí de ustedes en estos años fué atenciones, cariño y apoyo. Gracias especialmente a Reyna de la Biblioteca por siempre tener tiempo y una sonrisa para mí, a Marce, Eva, Sofi, Laura y Mina del SUA por todo lo que me ayudaron, gracias.

A ti Yolanda, por creer en mí y en mi proyecto y por todo el apoyo y el cariño que me has brindado. Gracias por todo.

A mis hermanos Rodo, Ignacio y Güera, por el gran cariño que nos une.

A mis amigos que han creído en mí y en mi proyecto de vida. A tí Pau por todo tu apoyo de tantos años.

Joseluis

Dedicatoria

A tí, Mamá, por ser siempre un apoyo tan especial para mí. En los momentos mas importantes y difiles de mi vida has estado ahí, conmigo.
No tengo palabras para agradecerte el que hayas respetado y valorado mi vocación de psicólogo y el que creas tanto en mí.
Te dedico este trabajo con todo mi cariño y admiración.
Eres además de todo, la mejor de las amigas.

A tí Araceli con todo mi amor. Eres quien me ha impulsado y ha estado conmigo en este proyecto tan importante en mi vida.
Gracias por acompañarme, apoyarme y darle un sentido nuevo a mi vida, eres ahora el pilar de mi proyecto de vida.
Este logro lo alcanzo contigo... te amo

A tí Javier, con quien he encontrado una amistad que rebasa cualquier obstáculo.
Eres más que mi hermano y me siento muy orgulloso y afortunado en tenerte tan cerca de mí.

D a d o

No he muerto

No te detengas ante mi tumba ni llores;
no estoy allí, no duermo.

Soy mil vientos que soplan,
soy el brillo diamantino de la nieve;
soy la luz del sol sobre el grano maduro;
soy la lluvia de un suave otoño.

Cuando despiertes por la mañana,
soy el movimiento veloz de los pájaros
que vuelan en circulares;
soy el suave brillo de las estrellas por la noche.

No te detengas ante mi tumba ni llores,
no estoy allí... no he muerto.

Joseluis

Indice

* Introducción.....	5
* Planteamiento del problema y justificación.....	6
* Objetivo general del trabajo.....	7
* Objetivos específicos.....	7
* Hipótesis.....	7
* Marco teórico.....	8
* Metodología de la investigación.....	8
* Capítulo 1. Fundamentos y elementos teóricos de la terapia Gestalt.....	11
1 1.La terapia Gestalt.	
1 1.1 ¿Qué es la terapia Gestalt?	
1 1.2 El propósito de la terapia Gestalt.	
1.2. Elementos teóricos de la terapia Gestalt.	
1.2.1 Homeostasis.	
1.2.2 La doctrina holista.	
1.2.3 Ver lo obvio	
1.2.4 Neurosis.	
1.2.5 Figura - Fondo.	
1 2.6 Impasse.	
1.2.7 Contacto.	
1.2.8 Límites del contacto.	
1.2.9 Presente: el aquí y ahora.	
1.2.10 Self (sí mismo).	
1.2.11 Darse Cuenta.	
1.2.12 Importancia del cómo sobre el porqué.	
1.3. El ciclo de la experiencia.	
1.3.1 Etapas del ciclo de la experiencia.	
1.3 2 Representación gráfica del ciclo de la experiencia.	
1 4. Las Resistencias o Mecanismos de defensa.	
1 4.1 Retención	
1 4.2 Desensibilización	
1.4.3 Proyección	

- 1.4.4 Introyección.
- 1.4.5 Retroflexión.
- 1.4.6 Deflexión.
- 1.4.7 Confluencia
- 1.4.8. Fijación.
- 1.4.9 Representación gráfica de los bloqueos en el ciclo de la experiencia.
- 1.4.10 Manejo específico de las resistencias.

1.5. Reglas básicas de la Psicoterapia Gestalt.

*** Capítulo II. Intervención en Crisis..... 44**

2.1 Antecedentes históricos de la Intervención en Crisis.

2.2 La Crisis

2.2.1 Concepto de crisis.

2.2.2 Fundamentos teóricos.

2.2.3 Tipos de crisis.

2.3. Fases por las que pasa una persona en crisis según el profesor Caplan

2.4 Elementos importantes en una crisis.

2.5 Tipos de Intervención en crisis.

2.6 La crisis bajo los ojos de la Psicoterapia Gestalt.

2.6.1 ¿Qué es una crisis para la Psicoterapia Gestalt?

2.6.2. Temores y necesidades no resueltas que pueden dar origen a una crisis.

2.6.3. Puntos clave para identificar una crisis.

2.6.4. Manifestaciones que puede tener una crisis según la Psicoterapia Gestalt.

2.6.5. Metas de la Intervención en Crisis Gestalt.

2.7 Ventajas de la Intervención en Crisis.

2.8. Psicoterapia Breve.

2.8.1. Fundamentos teóricos de la Psicoterapia Breve.

2.8.2. Objetivos de la Psicoterapia Breve.

2.8.3. Procedimientos básicos de la Psicoterapia Breve.

2.8.4 Tipos de Psicoterapia Breve

2.8.5. Técnicas utilizadas en Psicoterapia Breve.

2.8.6 Límites de la Psicoterapia Breve.

*** Capítulo III. El enfermo terminal, el proceso doloroso y la muerte..... 65**

3 Introducción

3.1 Concepto de muerte.

3.2 Psicología de la muerte.

3.2.1 Teoría psicoanalítica

3.2.1.1. Sigmund Freud.

3.2.1.2. Melainie Klein.

3.2.2. Psicología de la tercera fuerza.

3.2.2.1. Igor Caruso.

3.2.2.2. Victor Frankl.

3.2.2.3. Erick Fromm.

3.2.2.4. Elisabeth Kübler-Ross

3.3. El enfermo terminal.

3.4 El momento de morir del enfermo terminal.

3.4.1 La persona que muere.

3.4.2 Las personas que acompañan a quien fallece.

3.4.3. Lugar donde ocurre la muerte.

3.4.4. Tiempo en el que sucede el deceso.

3.5. El duelo

3.5.1. Componentes del duelo.

3.5.2. Proceso de duelo.

*** Capítulo IV. La crisis ante la pérdida, el doliente y la Psicoterapia Gestalt..... 82**

4. Introducción

4.1 Pérdidas y miedos que se viven en la enfermedad terminal.

4.2 Necesidades psicológicas que se experimentan en la enfermedad terminal.

4.3 Apoyo psicológico para el familiar del enfermo terminal.

4.4 Elaboración del duelo, único camino para decir “adiós”.

4.4.1 Elaboración de la despedida desde el punto de vista Gestalt.

4.4.2 Trabajando con la despedida y el asunto inconcluso por medio de técnicas de la Psicoterapia Gestalt.

4.5 Psicodiagnóstico Gestalt. Primer paso para la Intervención en Crisis.

4.5.1 ¿Cómo se realiza el psicodiagnóstico en la situación de crisis?

- 4 5.2 Otros puntos básicos que se deben tomar en cuenta al momento de hacer el diagnóstico Gestalt.
- 4.5 3 Mapa de una crisis según la Psicoterapia Gestalt.
- 4 6 Técnicas de intervención en crisis por medio de la terapia Gestalt en familiares de pacientes terminales.
- 4 6 1 Lograr un “darse cuenta” en cada fase del ciclo de la experiencia.
- 4 6.2 Incremento de la autoestima.
- 4.6 3 Catarsis
- 4.6 4 Favorecer la expresión de la retroflexión.
- 4 6.5 Favorecer el contacto con las tres zonas de relación.
- 4 6.6 Sensibilización a la angustia.
- 4 6 7 Técnicas específicas para solucionar la fijación.
- 4.7 Las sesiones necesarias de intervención en crisis por medio de la Psicoterapia Gestalt.
- 4 8 Conclusión.

* Conclusiones finales.....	112
* Bibliografía.....	116

Introducción

Es evidente que la muerte es una experiencia humana que con toda certeza cada uno de nosotros experimentará. Es una de las reglas básicas de naturaleza y el miedo a la muerte es un fenómeno humano casi universal.

No fue hasta los últimos años que ha adquirido fuerza el interés en los aspectos psicológicos de la muerte y han surgido sobretodo dos tópicos interesantes de estudiar. El primero de estos se refiere al estado psicológico del paciente deshauciado y las emociones que experimenta, al igual que sus familiares cercanos y amigos y el otro tópico importante ha sido el miedo a la muerte.

Para cada cultura la muerte es un hecho de gran importancia ya que el sentido de la vida muchas veces depende del sentido que se le da a la muerte.

Lepp (1967) afirma que dentro de la vida social primitiva los ritos funerarios ocupaban un lugar primordial. Los primitivos, a diferencia del miedo a la muerte que manifiestan las culturas occidentales de la actualidad, mostraban un gran miedo a los muertos, ya que a éstos no importa quienes fueran, les atribuían sentimientos hostiles y capacidades para perjudicar a los vivos. Así pues, procuraban conjurar la malevolencia del difunto mediante procedimientos mágicos, llantos y lamentaciones cuyo fin consistía en demostrar al difunto el dolor de su partida.¹

En nuestra cultura, la cultura occidental, los temas relacionados con la muerte tratan de evitarse, como si la muerte fuera una maldición que se va a cumplir por hablar de ella y así, según Ziegler (1976), el hombre de occidente no reconoce conscientemente su propia muerte, sino que la experimenta en los demás. El hombre no sólo ha rechazado la muerte sino también la ha rehusado y ha tratado de superarla, buscando constantemente controlar la naturaleza y detener el paso del tiempo por medio de la tecnología.²

De acuerdo con la que se considera la primera tanatóloga como tal, Kübler-Ross (1972), algunas de las razones para no aceptar ni afrontar la muerte son que las formas de morir en occidente son horribles, ya que conforme pasa el tiempo se llevan a cabo en hospitales, el moribundo está conectado a máquinas y respiradores automáticos que le impiden tener contacto humano y son "muertes mecánicas y deshumanizadas".³

Es importante hacer notar que la muerte como hecho universal, ha sido estudiada desde diferentes puntos de vista; en especial por los filósofos existencialistas, entre los que se encuentran Heidegger, Sartre, Kierkegaard y Camus y con sus ideas han influido notablemente el campo de la Antropología y la Psicología. Sin embargo, la muerte es un hecho que se vive de manera individual, que sólo se puede experimentar una vez y que por mucho que se haya estudiado y explorado acerca de ella, causa miedo, desequilibrio

¹ Lepp I. Psicoanálisis de la muerte. Ed. Lohlé Argentina 1967

² Ziegler Los vivos y los muertos. Ed. Siglo XXI México D.F. 1976

³ Kübler-Ross Elizabeth La muerte un amanecer Ed. Luciérnaga México D.F. 1995

y confusión para aquellos que viven un proceso de muerte (enfermedad terminal) o a quienes viven el proceso de muerte de un familiar cercano.

La cercanía ante la pérdida de un ser querido es un impacto emocional severo para los miembros restantes de la familia. La crisis que ésta ocasiona se incrementa cuando la pérdida se da en forma súbita o cuando ha sido resultado de una enfermedad prolongada que ha originado dolor y sufrimiento tanto al paciente como a sus seres queridos. La crisis que experimenta el familiar o la familia como sistema, ante la pérdida es tan aguda, que en algunos casos llega a alterar la estructura de la personalidad de los miembros de la familia, ocasionando que se vea afectada notoriamente la vida de la persona y de la familia.

La mayoría de los pacientes en fase terminal experimentan la pérdida de capacidades, tanto físicas como mentales, en un período relativamente corto (un año o menos) y sus familiares viven con sentimientos de coraje, tristeza, impotencia y culpa estas pérdidas, llevándolos a una sensación de vacío existencial, desesperanza y pérdida del sentido de la vida.⁴

En la mayoría de los casos cuando existe un enfermo terminal en la familia, los miembros restantes buscan ocultar su dolor, pretendiendo mostrarse fuertes y activos, como si en realidad nada extraordinario estuviera sucediendo, con el objetivo de motivar al enfermo a seguir adelante y evitar que “sufra, al ver sufrir a los demás”. Sin embargo, esta medida no evita que la persona en fase terminal muera o sufra, ni tampoco alivia el sufrimiento de los deudos

Planteamiento del problema y justificación.

Es ante esta problemática de muerte, donde la psicoterapia Gestalt aunada con algunos principios y técnicas tanatológicas puede intervenir y quizás ayudar al familiar en crisis para disminuir el sufrimiento y darle un sentido en su vida a la pérdida que está experimentando.

Con la intervención en crisis no se permite eliminar el sufrimiento, pues la pérdida que está vivenciando el deudo es muy grande, sin embargo, pretende apoyarlo para elaborar un duelo “sano”, para poderse despedir y desprender del ser amado y para que pueda elaborar pérdidas pasadas aun no superadas.

Es por eso que en el presente trabajo se pretende describir cuales son algunos principios y técnicas que se pueden seguir cuando el psicólogo clínico se enfrenta con un caso de crisis por la enfermedad terminal de un familiar, cuales son las reacciones y emociones con las cuales es probable que se va a encontrar y algunos objetivos que puede

⁴ Quintanar Felipe Muere un familiar significativo. Tesis de Maestría de Desarrollo Humano Universidad Iberoamericana México D.F. 1996 Pág - 3

tomar como propios para facilitar, en la medida de lo posible, el crecimiento personal de su paciente.

Ya que la persona está en crisis y está sufriendo, el modelo que se presentará pretende apoyar al paciente, en aproximadamente 6 sesiones, para que se pueda reincorporar a su vida cotidiana y pueda tomar decisiones tomando en cuenta que es lo que él quiere y lo que mas le conviene tanto a él como al resto de su familia.

Objetivo general del trabajo.

El objetivo de este trabajo es ofrecer un apoyo para los psicólogos clínicos que buscan ofrecer a sus pacientes una alternativa positiva ante la crisis como resultado de la pérdida, o inminente pérdida de un familiar cercano víctima de una enfermedad terminal. Pretende dar una respuesta humanista, como lo es la Psicoterapia Gestalt, ante el sufrimiento agudo que vive el familiar del enfermo terminal, aliviándolo y si no es posible, dándole un sentido positivo de crecimiento personal.

Objetivos específicos.

- Dar a conocer las fases del proceso doloroso por las que pasa el doliente.
- Dar a conocer las emociones que experimenta tanto el enfermo terminal como sus familiares, con el objetivo de que se pueda facilitar su expresión y se pueda favorecer la despedida y la aceptación de la pérdida.
- Brindar un modelo de diagnóstico Gestalt, para identificar una situación de crisis y sugerir como intervenirla.
- Conocer algunas de las herramientas que ofrece la psicoterapia Gestalt para intervenir en crisis y que pueden ser aplicadas en familiares de pacientes terminales.
- Describir algunas técnicas que se pueden utilizar con familiares de pacientes terminales para la elaboración de un duelo sano.

Hipótesis.

Ha: La terapia Gestalt ofrece una base terapéutica para ofrecer intervención en crisis a personas que vivieron o están a punto de vivir la pérdida de un familiar significativo, víctima de una enfermedad terminal.

Marco teórico.

La psicoterapia Gestalt es una práctica que enseña una sólida forma de vivir. Es una filosofía, una forma de percibir la vida que tiene su base en la filosofía existencialista.

Se desprende de la Psicología de la Forma se sitúa dentro de la Psicología Humanista.

La terapia Gestalt busca incrementar el potencial humano a través del proceso de integración de las fuerzas que tiene en su interior. Esto lo logra apoyándose en los intereses, deseos y necesidades genuinas del individuo.

Muchas de las necesidades del individuo se contraponen con las necesidades de la sociedad. La competitividad, la necesidad de poder, las exigencias de la vida cotidiana y la inmadurez son características de la vida en nuestra sociedad. En un ambiente así, es muy difícil que el ser humano logre una introspección y se de cuenta de cuales son sus verdaderas necesidades, capacidades y limitaciones.

El ser humano busca conocerse y vivir en base a sus principios, sin embargo, busca también ser aceptado por una sociedad cuyas expectativas neuróticas disocian al individuo de su propia naturaleza.

La terapia Gestalt se centra en el "aquí y ahora" del individuo, debido a que es el único momento donde éste puede actuar. La experiencia sólo se vive en el presente y, conforme a los principios existencialistas, sólo conforme a la experiencia podemos conocernos a nosotros mismos y el mundo que nos rodea.

Mediante el "darse cuenta", el hombre se conoce a sí mismo, reconoce sus limitaciones y deja de satisfacer las expectativas de los demás para centrarse en su propia vida, proponiéndose metas realistas, y responsabilizándose de su propia existencia.

Metodología de la investigación.

El presente investigación es un estudio exploratorio que busca indicar las propiedades básicas de la terapia Gestalt para aplicarlas a la solución de conflictos interpersonales dentro de una familia que vive un proceso de muerte en uno de sus miembros y predecir, con base teórica, cuáles serían las ventajas de aplicar esta terapia a este tipo de familias.

Escogí un estudio exploratorio debido a que es el tipo de estudio ideal para realizar conexiones entre variables, que en este caso son la intervención en crisis con base en la psicoterapia Gestalt, el proceso de muerte en una familia y la crisis que esto implica y, por que es el estudio que permite cimentar las bases para estudios posteriores más profundos

En este estudio sólo abordaré la intervención en crisis que vive un familiar significativo de un enfermo terminal que vivió o vive actualmente un proceso de muerte, sin embargo, existen muchas otras áreas en las que se podrían aplicar los principios y técnicas gestálticas con éxito, tanto en la vida familiar como en trabajos tanatológicos.

El presente estudio no pretende abarcar un proceso de terapia familiar, únicamente se centrará en proponer intervención en crisis a familiares de enfermos terminales de manera individual.

“ Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones.”⁵

“ Los estudios exploratorios por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el ‘tono’ de investigaciones posteriores más rigurosas.”⁶

La terapia Gestalt, al igual que el existencialismo, tiene como método de investigación a la fenomenología, que se basa en la descripción de los hechos.

“El método fenomenológico de entendimiento, por medio de la descripción, implica que todas las acciones implican selección, todos los criterios de selección también son escogidos y las explicaciones causales no son suficientes para explicar nuestras acciones o selecciones. La confianza fenomenológica, en la intuición, es comparable a la inteligencia o sabiduría del organismo.”⁷

Con base a lo anterior, se revisará bibliografía basada en temas de psicología, terapia Gestalt, intervención en crisis y tanatología. Este estudio es fenomenológico, ya que toma en cuenta la experiencia como una fuente de información fidedigna

La terapia Gestalt parte de la filosofía existencial, la cual acepta como única manera de conocer el mundo a la experiencia. Un estudio Gestalt que no toma en cuenta a la experiencia no es fenomenológico y por lo tanto no es existencialista, y al no serlo, deja de ser un estudio Gestalt.

Fritz Perls, fundador de la Psicoterapia Gestalt escribió:

“...el mundo experiencial de un individuo solamente se puede comprender a través de la descripción directa de la situación propia y única de dicho individuo. Asimismo, el encuentro del terapeuta con un paciente constituye un encuentro existencial entre dos personas, más que una variante de la tradicional relación de médico-paciente.”⁸

⁵ Hernández Sampieri Metodología de la investigación. Ed Mc Graw Hill. México D.F. 1994 p-59

⁶ *Ibidem* p-60

⁷ Fadiman James y Frager Robert. Teorías de la personalidad. Ed Harla México D.F. 1994 p. 177

⁸ Fadiman James y Frager Robert. *Op-cit* pag 176

Es por eso que en caso de ser considerado como conveniente, mi experiencia dentro de la psicoterapia gestalt y la consejería tanatológica será descrita, con objeto de hacer mas claro y práctico los temas expuestos en los diferentes capítulos.

Ante el dolor que se experimenta en un proceso de muerte de un familiar cercano y ante la crisis que ésto puede ocasionar, pretendo ofrecer una propuesta de modelo de intervención en crisis en base a la psicoterapia Gestalt, con el objetivo de disminuir en la medida de lo posible el sufrimiento, para que se pueda favorecer la despedida y la elaboración de la pérdida.

Capítulo I

Fundamentos y elementos teóricos de la terapia Gestalt

Nadie, nadie, nadie de verdad vive en la tierra,
sólo hemos venido a soñar.

Fluyen las palabras lejos del valle, a un mar lejano,
a donde van a parar los ríos silenciosos de la vida.

Tendremos, dice la voz náhuatl, que ir al lugar del misterio y,
entonces, como portado por un viento que disipa los humos pestilentes,
apaga las luces crueles y silencia los rumores estridentes...
el canto termina sin terminar.

No acabarán mis flores,
no acabarán mis cantos,
Yo los elevo, soy tan solo un cantor...

Nezahualcóyotl

* Capítulo I. Fundamentos y elementos teóricos de la terapia Gestalt.

1. Introducción.

La teoría de la Gestalt se presentó por primera vez hacia finales de 1800 en Alemania y Austria. Surgió como una protesta contra los intentos de entender la experiencia por medio del análisis atomístico, análisis en el cual los elementos de una experiencia se reducen a sus componentes más simples; se analiza cada componente por separado y se entiende la experiencia sencillamente como la suma de tales componentes. La noción de "Gestalt" contradice la validez de este tipo de análisis atomístico.

La palabra alemana "Gestalt", que se ha vuelto universal, se traduce al castellano en términos como "forma", "figura" o "configuración", debido a que no hay un término específico que encierre todo su significado.

El principio fundamental del enfoque gestaltista es indicar que un análisis de las partes nunca puede proporcionar una comprensión del todo, puesto que éste se define por las interacciones e interdependencias de las partes. Las partes de una gestalt no mantienen su identidad cuando son independientes de su función y de su lugar en el todo.

Marx Wertheimer publicó en 1912 el ensayo que generalmente se considera como la obra fundamental de la escuela gestaltista. Este ensayo contenía los resultados de un experimento realizado por Wertheimer y dos de sus colegas, Kohler y Koffka. Su experimento tenía por objeto explorar ciertos aspectos de la percepción del movimiento. Los resultados de este experimento obligaron a hacer algunos replantamientos importantes en el estudio de la percepción y durante las décadas de los veinte, los treinta y los cuarenta, la teoría de la gestalt se aplicó al estudio del aprendizaje, a la solución de problemas, a la motivación y hasta cierto punto a la teoría de la personalidad.⁹

La Psicología de la Gestalt tuvo un impacto enorme en todo el campo de la Psicología. Una contribución importante de los seguidores de esta teoría, incluía la investigación de la forma en que las partes constituyen y se relacionan con el todo. Por el otro lado, la teoría proporcionaba algunas sugerencias en relación con las diferentes maneras que los organismos tienen para alcanzar una organización óptima y lograr su equilibrio.

A pesar de que ya en 1940 la teoría de la Gestalt se había aplicado en muchas áreas de la Psicología, la gran mayoría había pasado por alto el realizar principios básicos de una psicoterapia gestaltista y el hecho de ofrecer la posibilidad de un cambio en la personalidad.

Fritz Perls (1946) es el creador de la Psicoterapia Gestalt y es el que integra de manera práctica los conceptos de la psicología de la gestalt, con el desarrollo personal del individuo.

⁹Salama Héctor El enfoque gestalt Una psicoterapia humanista Ed. Manual Moderno. México D F 1992 pag 17

“Cada órgano, los sentidos, los movimientos, los pensamientos, se subordinan a esta necesidad urgente y están prontos a cambiar su lealtad y su función tan pronto como la necesidad haya sido satisfecha, para regresar después al fondo...Todas las partes del organismo se identifican en forma temporal con la gestalt naciente.”¹⁰

Fritz Perls (1946) consideraba que la terapia que había desarrollado era “existencialista”, pues se basó en la filosofía existencial, que surgió debido a la depresión general que se vivió en Europa después que terminó la Segunda Guerra Mundial para crearla.

Perls (1946) se oponía a la idea de que el estudio del ser humano podía encerrar un enfoque absolutamente racional, mecanicista y científico natural. A raíz de esto, Perls se unió a la mayoría de los existencialistas e insistió en que el mundo experiencial de un individuo solamente se puede comprender a través de la descripción directa de la situación propia y única de dicho individuo. Asimismo, Perls sostenía que el encuentro del terapeuta con un paciente constituye un encuentro existencial entre dos personas, más que una variante de la tradicional relación de médico-paciente.

Perls (1946) como la mayoría de los existencialistas, no soportaba la idea de que mente y cuerpo constituyeran dos aspectos de la existencia distintos y totalmente separables. A partir de este punto, Perls dió a la teoría gestáltica, para entender a la personalidad, un enfoque que no separaba la mente del cuerpo e inclusive, que no separaba al organismo del medio ambiente.

En lugar de considerar que cada ser humano encuentra un mundo que experimenta como algo totalmente separado de él, Perls creía que la gente crea y constituye sus propios mundos; el mundo existe, para un individuo determinado, como su propia revelación del mundo.

Hay dos temas importantes dentro del pensamiento existencialista: la experiencia de la nada y la preocupación por la muerte y el temor. Perls (1969), al examinar el concepto de neurosis y su estructura, incluyó estos temas como elementos fundamentales dentro de su teoría del funcionamiento psicológico.

“...todas las acciones implican selección, todos los criterios de selección también son escogidos y las explicaciones causales no son suficientes para explicar nuestras acciones o selecciones. La confianza fenomenológica, en la intuición para el conocimiento de la esencia, se parece a la confianza de Perls, en lo que él llama la inteligencia o sabiduría del organismo.”¹¹ (Perls 1969, citado por Fadiman y James)

Frederick S. Perls, Fritz como mejor se le conoce, nació en Alemania, en Berlín en 1893. Fue hijo de una familia judía de clase media baja de la cual él mismo se decía “la oveja negra” debido a que fue expulsado de la escuela después de repetir dos veces el séptimo grado escolar.

¹⁰ Perls Fritz El enfoque gestáltico Testimonios de terapia. Ed. Cuatro Vientos. Santiago, Chile 1976 p-122

¹¹ Fadiman James y Frager Robert Teorías de la personalidad Ed Harla México D.F. 1994 p-176

Se las arregló para terminar sus estudios y se graduó de Medicina en la Universidad de Viena e hizo su especialización en Psiquiatría. Cuando estaba terminando sus prácticas de Medicina se unió al ejército alemán y prestó sus servicios como médico durante la Primera Guerra Mundial.

Una vez terminada la guerra regresó a Berlín donde empezó a postular algunas de sus ideas filosóficas que después serían la base de la Terapia Gestaltista.

En 1926 trabajó junto a Kurt Goldstein en el Instituto para Soldados con Lesiones Cerebrales y juntos, con base a las observaciones en esta institución, plantearon la importancia de considerar al organismo como un todo más que como un conglomerado de partes que funcionan desorganizadamente.

A partir de 1927 trabajó en Viena y fue analizado por Reich cuando empezó sus estudios sobre Psicoanálisis.

Cuando Hitler subió al poder, Perls huyó a Holanda y después a Africa del Sur donde fundó el Instituto Sudafricano de Psicoanálisis. En 1936 regresó a Alemania para presentar su trabajo sobre "Resistencias Orales" y conocer a Sigmund Freud, pero el encuentro con él sólo causó una gran decepción en Perls y poco a poco, Perls rompió con el movimiento psicoanalítico.

En 1946, Fritz se mudó a los Estados Unidos donde desarrolló su terapia y en 1952 fundó el Instituto para la Terapia Gestalt.

Vivió en Los Angeles, California, en el Instituto Esalen en Big Sur, donde impartió seminarios, dió clases y empezó a darse a conocer ampliamente como el exponente de una nueva filosofía de vida y una nueva técnica psicoterapéutica.¹²

Murió en 1970, en Vancouver, después de terminar su autobiografía titulada, "Dentro y fuera del tarro de la basura".

" Dentro y fuera del tarro de la basura
coloco mi creación,
sea vivaz, sea rancia,
tristeza o animación.

Alegrías y tristezas como las que tuve
serán realizadas de nuevo
sintiéndome cuerdo o siendo loco,
engañado o rechazado.

Roña y caos deténganse.
En vez de leve confusión
formen una ggestalt significativa
al final de mi larga vida."¹³

¹² Salama H Op-cit pag -13

¹³ Perls Fritz Perls Fritz Dentro y fuera del tarro de la basura. Ed. Cuatro vientos.Santiago, Chile 1993 p-8

1.1. La terapia Gestalt.

1.1.1 ¿Qué es la terapia Gestalt?

La psicoterapia Gestalt no es sólo una teoría o un método terapéutico, sino una forma de vida, una filosofía, un arte de vivir.

La terapia Gestalt se define como la relación que se produce entre un sujeto y un objeto, el cual puede ser otra persona, un sentimiento o cualquier otra cosa. Dicha relación está basada en una necesidad personal que busca su realización y una vez lograda su satisfacción, desaparece la relación. Por eso son fundamentales los conceptos de necesidades corporales y de situaciones inconclusas. Al quedar satisfecha la necesidad del individuo, al dar y tomar del medio ambiente, la gestalt se completa y la situación se termina, como termina el hambre al ingerir alimento

La conciencia de una necesidad al ser satisfecha disminuye y después desaparece, pudiendo surgir nuevas necesidades. Entonces el organismo queda dispuesto a la aparición de otra situación inconclusa y a recibir la energía procedente de esa nueva demanda

La terapia Gestalt sirve como una orientación para vivir, es un recordatorio de que el “darse cuenta” es siempre útil ya que proporciona técnicas y estrategias para responsabilizarnos, mediante la plena conciencia, de nuestros actos.

1.1.2 El propósito de la terapia Gestalt.

Muchas de las necesidades del individuo se contraponen con las necesidades de la sociedad. La competitividad, la necesidad de control, la exigencia de la perfección y la inmadurez son características de nuestra sociedad actual. De este trasfondo, emerge la causa de nuestra conducta social neurótica. Es por ésto que el individuo es incapaz de disolver sus propios conflictos internos y lograr una integración personal.

El verdadero problema del individuo es el integrarse por dentro y, con todo lo que ésto implica, ser aceptado por la sociedad.

La terapia Gestalt se centra en el “aquí y ahora”, logrando que el paciente se centre en su esencia y que empiece a entender su cultura neurótica, para que recupere las partes perdidas de su personalidad y logre así, apoyarse en sí mismo y no depender del apoyo y la autorización de la sociedad.

Como afirma Baumgardner (1975):

“El propósito de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestra experiencia y nuestro funcionamiento rechazados. Estos procesos de recuperar, reintegrar y experimentar de nuevo, pertenecen pues a la psicoterapia. El terapeuta se dedica con el cliente al proceso de recuperar sensaciones y conductas que el cliente ha desechado y que ahora considera que no le pertenecen, hasta que empieza y continúa por su propia cuenta a afirmarse y a obrar como lo haría la persona que realmente es.”¹⁴

El punto fundamental del que parte la psicoterapia Gestalt para conseguir su propósito, es que sólo un fenómeno puede ocupar el primer plano de la conciencia cada vez. Así, sólo se tiene que descubrir el proceso que ocurre en el momento, lo que la persona ha colocado en primer plano y trabajar con ello. No se pueden trabajar varias gestalts abiertas al mismo tiempo, el paciente escoge una, la que considera más importante y hasta que hay un cierre se puede trabajar otra, la que en ese momento se considere más importante. Así Fritz Perls (1969) dice:

“No hay una jerarquía de ‘instintos’; la jerarquía está en que la gestalt más urgente es la que surge primero y con más fuerza.

Una vez completada o cerrada esta gestalt, retrocederá al fondo, vaciando así el primer plano dándole lugar a la gestalt siguiente que quisiera emerger o a otra emergencia. Luego que una gestalt es satisfecha, el organismo puede ocuparse de la frustración más apremiante que sigue.

Lo primero es lo primero, siempre.”¹⁵

1.2. Elementos teóricos de la terapia Gestalt.

A continuación explicaré los elementos teóricos que conforman la teoría del enfoque gestáltico, pero quiero subrayar que todos los conceptos que mencionaré pertenecen a un todo en el que se encuentran interrelacionados y por lo tanto, ninguno es más importante que otro. La preponderancia de los elementos teóricos gestálticos, así como la de sus técnicas, es dada por el contexto y el momento en el que se esté dando el encuentro paciente-terapeuta. Me basé en los conceptos sugeridos por el Dr. Salama en el libro “El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista” debido a que él es el representante más reconocido de la terapia Gestalt en México.

1.2.1 Homeostasis o autorregulación orgánica.

Con este término se designa al proceso por el cual el organismo mantiene su equilibrio y su salud, existiendo una interrelación con el medio ambiente en condiciones que varían.

¹⁴ Baumgardner Patricia Terapia gestalt. Una interpretación. Ed Arbol editorial México, D.F. 1994 pp 20

¹⁵ Perls Fritz Dentro y fuera del tarro de la basura p- 85

Por lo tanto, homeostasis es el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades y, como las necesidades son muchas y cada necesidad altera el equilibrio, el proceso homeostático se lleva a cabo todo el tiempo.

Así, toda la vida transcurre con un constante desbalance y balance en el organismo.

Cuando el proceso homeostático falla en alguna medida, es decir, cuando el organismo permanece en un estado de desequilibrio durante demasiado tiempo y es incapaz de satisfacer sus necesidades, está enfermo. Cuando el proceso homeostático falla, el organismo muere.

Un ejemplo de esto, es el contenido de agua en la sangre que tiene que mantenerse en cierto nivel para el buen funcionamiento del organismo. Al disminuir ese nivel, tanto la transpiración como la salivación y la producción de orina se ven disminuidas y al mismo tiempo, los tejidos entregan agua a la sangre. De modo que cuando se presenta la falta de agua en la sangre, el cuerpo se ocupa de la conservación de tan preciado líquido; pero cuando el contenido de agua en la sangre disminuye demasiado, el individuo siente sed, y al tomar agua se recobrará el nivel adecuado.

Cuando el contenido de agua es excesivo, todas estas actividades se invierten, asegurando el control del nivel adecuado de agua en la sangre.

En el organismo podemos encontrar muchos ejemplos como éste, como la regulación del azúcar, de las hormonas o de la energía que necesitamos para llevar cualquier proceso y que proviene del alimento.

Por lo tanto, bien podemos llamar al proceso homeostático, “el proceso de autorregulación”, pues es el proceso por el cual el organismo logra su propia regulación consiguiendo supervivir y mantener su salud.

El organismo además de experimentar necesidades fisiológicas tiene también necesidades psicológicas que se experimentan cada vez que el equilibrio psíquico se perturba, aunque no pueden divorciarse los procesos fisiológicos y psicológicos pues cada uno contiene elementos del otro.

Cuando el equilibrio psicológico se perturba, el organismo respetando su homeostasis, busca conseguir nuevamente el equilibrio.

El organismo sano opera dentro de lo que podríamos llamar una jerarquía de valores, pues como es incapaz de hacer adecuadamente más de una cosa a la vez, se dedica a atender la necesidad que considera primordial, para después pasar a otra necesidad

1.2.2 La doctrina holista.

Uno de los hechos más importantes del ser humano es que es un organismo unificado.

Desde que la medicina psicosomática tomó fuerza, se ha aceptado la estrecha relación entre la actividad mental y la fisiológica, unión que antes se trataba como de imposible, al postularse la clara separación de la mente y el cuerpo.

Al concebir la vida humana como un todo y no como una suma de partes, se permite ver el lado mental y el físico del comportamiento humano en constante interdependencia, reconociendo que los pensamientos y los hechos son producto del mismo material, pudiéndolos traducir y transponer de un nivel a otro.

En psicoterapia gestalt, este concepto nos da una herramienta más en el proceso terapéutico para que el paciente se “de cuenta” de su realidad; pues su cuerpo y su mente están unidos entre sí, manifestando el cuerpo mucho de lo que se está sintiendo.

Entonces, ni el paciente ni el terapeuta se tienen que limitar a tomar en cuenta únicamente lo que se dice o se piensa; ambos pueden considerar lo que se manifiesta corporalmente. La expresión corporal da una clave de lo que se piensa y de lo que se quisiera hacer.

El paciente, por medio de la experiencia de sí mismo en tres niveles que son la fantasía, la representación de roles y el hacer, llegará a un entendimiento de su propio yo. Con esta forma de visualizar la vida, el paciente aprende por sí mismo cómo integrar sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones, ya no únicamente en la sala del terapeuta, sino en el transcurso de su vida cotidiana.

Además del holismo a nivel intraorgánico, Perls (1969 Op-cit) subrayaba la importancia de considerar al individuo como parte de un campo más amplio que incluye al organismo y a su medio. También estaba en contra de la división interior-exterior, como lo estaba de la división mente-cuerpo. Sin embargo, existe una frontera de contacto, entre el individuo y su medio, siendo esta frontera la que define la relación entre ellos. En un individuo sano, esta frontera es fluida y permite siempre el contacto o aislamiento del medio.

1.2.3 Ver lo obvio.

Por lo general, tomamos a lo obvio como un hecho establecido; pero al examinarlo, vemos que tras lo que llamamos “lo obvio” hay una cantidad de prejuicios, distorsiones y falsas creencias. Para realmente llegar a lo obvio y entenderlo, antes que nada tenemos que captarlo y ésto es lo más difícil. Todos nosotros manejamos cierto grado de neurosis, unos más que otros, y un neurótico simplemente es aquel que no es

capaz de ver lo obvio, por lo tanto, no es fácil aprender a verlo cuando llevamos mucho tiempo con una existencia neurótica.

Para tratar de ver lo obvio primero hay que captarlo. Ahora bien, el factor más obvio que encontramos en nuestra esfera de acción, es el hecho de que tenemos dos niveles de existencia: un mundo interno y un mundo externo. El mundo interno, que a menudo es denominado como la mente, parece algo distinto y opuesto al mundo externo. Una de las características de este mundo interno, es que tiene la capacidad de fantasear. Por ejemplo, si quiero adquirir un dulce, antes que ir a la tintorería, o antes de ir a la plomería, ensayo mentalmente todas las posibilidades y decido que lo mejor es ir a la tiendita cerca de mi casa y comprar el dulce. Este rápido y sencillo ensayo de fantasía me ahorra mucho trabajo y tiempo, pues no se necesita constatar en la realidad todo lo que se ensayó en fantasía.

Ahora bien, la mente sana es una representación de la realidad; pero ambas van juntas, deben ser idénticas, pues la figura que se forma en nuestra fantasía debe coincidir con la presente en el mundo exterior para poder llegar a una alternativa que sirva para satisfacer una necesidad real, pudiendo así concluir una determinada situación. Cuando no hay conexión entre ambas, entonces nos enfrentamos a la persona que vive constantemente con expectativas demasiado optimistas o bien demasiado catastróficas y desgraciadamente, muchas de las verdaderas catástrofes de la vida de un ser humano tienen que ver con la falta de constatación entre su fantasía y lo real.

Lo que busca la terapia gestáltica, es integrar todas las partes dispersas, alienadas y desposeídas del sí mismo y hacer de la persona un todo entero, una persona que funciona bien, que se ha despojado de sus rasgos neuróticos y que es capaz de ver lo obvio, que confía en sus propios recursos y que puede procurar su propio crecimiento.

Para Perls (Op-cit), el método fenomenológico de entendimiento por medio de la descripción es básico. Todas las acciones implican selección, todos los criterios de selección también son escogidos y las explicaciones causales no son suficientes para explicar nuestras acciones o selecciones. No todo se puede explicar racionalmente.

La confianza fenomenológica, que se basa en la intuición para el conocimiento de la esencia, va muy de la mano del concepto de sabiduría del organismo o homeostasis en el cual Perls creía firmemente. Ver lo obvio y creer en la intuición, en vez de basarse en lo esperado por la sociedad, son el principio de una vida psicológica sana.

1.2.4 Neurosis.

“Y aquí viene el neurótico, amarrado a su pasado y a sus modos anticuados de actuar, vago acerca del presente porque lo ve oscuramente a través de su cristal, torturado por el futuro, porque el presente está fuera del alcance de sus manos. Al consultorio llega ya sea con cara de vergüenza o de desvergonzado, tímido u osado, arrastrando sus pies o seguro de andar...”¹⁶

¹⁶ Perls Fritz Dentro y fuera del tarro de la basura., p-53

Las conductas neuróticas, según la terapia gestalt, son ajustes creativos a un campo en el que existen represiones. Y esta creatividad, operará con espontaneidad en cualquier presente. Por eso, la conducta neurótica es autorreguladora, es una forma distorsionada de percibir y de actuar en el mundo que se percibe como avasallador y aplastante.

La homeostasis del neurótico no funciona adecuadamente; se debate, se contradice y muchas veces permanece estática; sin capacidad de ver lo obvio y sin poderse dar cuenta de que es lo que le sucede.

El neurótico no es estúpido, tiene que ser lo bastante hábil para sobrevivir, ya que carece en gran medida de una de las cualidades esenciales que promueven la supervivencia: el autoapoyo. Literalmente, tiene un impedimento y se necesita bastante habilidad para poder entenderlo.

La capacidad de manipular es el mayor logro del neurótico, es su punto fuerte, siendo su incapacidad para enfrentar su crisis existencial su punto flaco. Por lo tanto, sólo desde sus puntos fuertes se podrá comenzar a construir. Sólo cuando el paciente se da cuenta que está manipulando su ambiente de una manera que, aunque es autorreguladora, es una derrota de sí mismo y cuando se da cuenta de sus técnicas manipulativas, se podrán hacer cambios positivos y se podrán recuperar los huecos de la personalidad

1.2.5 Figura - Fondo.

La Terapia Gestalt toma sus raíces de la psicología de la Gestalt. La palabra "gestalt" es de origen alemán. Significa "forma", "estructura", "totalidad".

En su origen, el término "gestalt" se refería a las conclusiones de una serie de experiencias referentes a la percepción que postularon Wertheimer (1931), Koffka (1932), Goldstein (1934) y Koehler (1932), que fueron los principales partidarios de la psicología de la Gestalt.

Con base a esto se demostró que la percepción, contrariamente con lo que se pensaba a principios de siglo, no consiste en la respuesta de un determinado sentido, como lo es la vista o el oído, a un estímulo específico que puede ser un sonido o un objeto, sino que se organiza espontáneamente en estructuras bien definidas, figuras, constituidas por una forma (el objeto percibido) y un fondo, que es el campo de percepción en el que está situado el objeto, es decir, su entorno.¹⁷

Por lo tanto, la percepción depende de la forma en que el sujeto organiza su campo perceptivo de acuerdo a sus necesidades. De hecho, la cualidad de la percepción depende de las relaciones dinámicas entre la forma, el objeto percibido y el fondo.

¹⁷ Ginger Serge & Anne La Gestalt. Una terapia de contacto. Ed Manuel Moderno. México D.F. 1993 pp-40-41

Si la forma capta con fuerza la atención del observador, la figura será fuerte y bien constituida, teniendo el fondo una presencia casi imperceptible. Luego, cuando el objeto pierde su interés por el observador, se confundirá con el fondo, del que podrá emerger otra entidad de percepción, otra Gestalt.

Un ejemplo de lo anterior es la asistencia de una persona al cine a ver una película. Si la película es interesante y logra captar su atención, el espectador se olvidará que está en un cine, que tiene gente a su alrededor y que lo que está mirando no es más que una película. Toda su atención se centrará en lo que sucede en la pantalla y experimentará sentimientos al irse desarrollando la trama. La figura será muy bien definida y casi no percibirá lo que sucede junto a él, el fondo.

Si la película es aburrida, o no le parece interesante, su atención se dirigirá a las personas que están en el cine, quizás irá a comprar unas palomitas, caerá en la cuenta que el cine está muy encerrado y que hace calor, o tal vez simplemente decida que tiene cosas mejores que hacer y salirse del cine. La película entonces deja de ser la figura y se convierte en el fondo, aunque a ratos pueda volver a ser la figura, cuando por ejemplo hay una escena que al espectador le llama la atención.

Así, cuando el objeto pierde el interés para el observador, se confundirá con el fondo, del que podrá emerger otra entidad de percepción, otra figura.

En el individuo se forma una configuración o gestalt, siendo la figura lo que organiza la necesidad dominante, y el individuo hace frente a esta necesidad contactando el ambiente con alguna conducta sensoriomotora.

Cuando una necesidad es satisfecha, la gestalt organizada se completa, hay un cierre, y deja de ejercer influencia, quedando libre el organismo para formar una nueva gestalt.

El poder identificar claramente que es lo que nos sucede, es decir, “el darse cuenta”, depende mucho de la correcta visualización de lo que es la figura y lo que es el fondo. Acerca de esto, Salama (1992) escribe:

“Cuando una persona se está *dando cuenta realmente*, la figura que se forma es clara, de percepción vivida y ésta puede manifestarse en una imagen o en un *insight*; cuando la conducta motora (lo que se está haciendo) es congruente con la figura entonces se aprecia un movimiento rítmico, energético, gracioso, que continúa, etc. En ambos casos, la necesidad y la energía del organismo más las posibilidades del ambiente son incorporados y enfocados en la figura.”¹⁸

El proceso de formación figura-fondo es dinámico, determinando que es la figura, la necesidad más apremiante que exista en el ser humano en ese preciso momento. La razón de que exista a veces una figura débil en lugar de una determinante o bien formada, se debe a que no hay adecuado contacto, hay un bloqueo de la energía y por lo tanto, en el área en que está siendo bloqueada existe una necesidad organizativa que no se está expresando o tomando en cuenta.

¹⁸ Salama Héctor. Op-cit p-34

Como en la psicoterapia Gestalt se trabaja con la unidad de “organismo + ambiente” además del “aquí y ahora”, es posible rehacer la relación dinámica de formación figura-fondo para lograr fortalecer el contacto, así el “darse cuenta” se hace brillante, se puede ver lo obvio y la conducta se llena de energía. Para ésto, lo más importante es lograr una figura fuerte, pues ahí está en esencia la cura, ya que es en sí misma la integración creativa de la experiencia.

1.2.6 Impasse.

Es la situación en la que el apoyo exterior no se está obteniendo y la persona cree que no se puede apoyar en sí misma. En gran medida, la razón de que la persona se sienta así se debe a que su propia fuerza está dividida entre el impulso y la resistencia. Como ya lo mencioné en la neurosis, la manera de sobrevivir en esta división es manipular neuróticamente a los demás.

Una persona que conoce su propia regulación orgánica y se apoya en ésta, es una persona sana, capaz de intercambiar energía con el ambiente pero cuyo soporte básico proviene de él mismo. Si la persona es neurótica, entonces no sabe que el apoyo externo sólo es un reemplazo eventual y lo busca como un nutriente indispensable para sí.

Lo que se busca en terapia es recuperar las partes perdidas de la personalidad, logrando un autoconocimiento y un autoapoyo, para no recurrir a los demás en busca de algo que está en nosotros mismos.

Sobre ésto, J.O. Stevens (1975) menciona:

“Muchas personas piensan que apoyar a alguien es útil y benéfico. Lo único que se consigue con esto es perpetuar la búsqueda de la base existencial fuera del individuo. No puedo dar apoyo real a otra persona, como tampoco puede alimentarme yo por él. Lo que sí puedo hacer es ser yo mismo y mostrar a través del ejemplo lo que es el auto-apoyo y puedo rehusarme a participar en sus intentos de encontrar apoyo fuera de él mismo. Cada persona tiene que encontrar su propio apoyo.

El verdadero apoyo para tu vida es tu experiencia tal como la encuentras, y no es necesariamente ‘buena’, ‘simpática’ o ‘útil’. Puedes encontrar que te apoyas mucho en la rabia, en la desesperación, en temblar, en la pena, etc. El apoyo viene del contacto con tu presente, con el vivenciar que transcurre, cualquier cosa que esto sea. Incluso, si es desagradable, es nutritivo.”¹⁹

¹⁹ Stevens John. Apoyo y equilibrio De la colección de artículos sobre terapia y estilos de vida guesálticos recopilados por John Stevens Esto es guesalt. Ed. Cuatro vientos Santiago, Chile 1993 pp. 275

1.2.7 Contacto.

En Gestalt, se utiliza la palabra "contacto" para explicar el "darse cuenta" sensorial aunado a una conducta motora.

En términos generales, se puede decir que un organismo es sano cuando se mantiene en contacto con él mismo y con su ambiente.

Así, el contacto implica el crecimiento del organismo, pues satisface sus necesidades de una manera real y práctica. Esto significa obtener comida y comerla, amar y expresarlo, entrar en conflicto con alguien y confrontarlo o necesitar un abrazo y saberlo pedir.

Gracias al contacto puedo tomar de mi entorno aquello que es necesario para mi crecimiento, tanto en el plano biológico como en el mental.

El contacto siempre implica una conciencia activa, pues es ésta la que me permite definirme como una entidad única en mi percepción de mi mismo, de mi cuerpo, de mis sentimientos, de mis sensaciones, es decir, de mi ser.

El contacto me permite definir al otro, ya sea un objeto, una persona, una imagen o un pensamiento, como una entidad separada con la que puedo establecer una relación.

Petit (1987) afirma:

"Hay contacto cuando dos figuras bien diferenciadas, definida cada una por sus propios límites, están unidas en su periferia por una relación dinámica".²⁰

Fritz Perls (1969 Op-cit) propuso que podemos entrar en contacto con tres zonas diferentes: la Zona Externa, la cual representa todo lo existente de la piel hacia afuera, la Zona Interna que incluye todo lo que existe de la piel hacia adentro, y la Zona de la Fantasía, en la cual están los pensamientos, los conceptos, las abstracciones, las imágenes y los sueños.

Tanto si el contacto tiene lugar con un elemento del mundo exterior, como si lo tiene con un elemento del mundo interior o de la fantasía, necesita de la intervención de la conciencia activa que sitúe los límites, las fronteras de uno y otro objeto.

Estaré en contacto con mi tristeza o con mi dolor de estómago solamente en la medida en que lo haya localizado, identificado y aceptado conscientemente su existencia.

1.2.8 Límites del contacto.

En este punto, se entiende por "límites" el mismo significado que fronteras, es decir, una realidad que permite el paso de nuevos elementos, pero de manera limitada.

Los límites del contacto son un resultado del conjunto de las experiencias vividas por una persona. Estas experiencias determinan la gama finita de respuestas que dicha persona puede aportar a una situación dada, así como el tipo de contactos que a sí misma se permite y que constituyen la mayor parte de su personalidad.

²⁰ Petit Marie La terapia gestalt Ed Kairós. Barcelona, España. 1987 pp.13

Así, la historia de cada uno determina con que se es capaz de entrar en relación y que clase de contacto puede establecerse.

Por medio de los límites del contacto se mantiene el sentido de separación y de esa manera, las uniones que establece la persona con otros objetos no amenazan su integridad ni la pueden destruir.

Los límites del ser humano son los límites de contacto que permite. Ellos definen las acciones, ideas, valores y relaciones con otros objetos con los cuales puede comprometerse libremente. Incluyen también el sentido del riesgo y cuales son los riesgos que se pueden y se quieren tomar, dependiendo de las oportunidades de crecimiento personal con los que se ven involucrados.

Cuando los límites son rígidos, el individuo puede experimentar miedo, pues la simple idea de expandirse hacia nuevos horizontes le produce la sensación de perder el control. Sin embargo, también puede tener miedo de contraer sus límites porque corre el riesgo de sentirse vacío y sin recursos capaces de enfrentar la presión del medio ambiente.

Por lo tanto, los límites del ser humano deben ser flexibles, para que puedan contribuir a la adecuada satisfacción de las necesidades. A su vez, como ya lo expliqué, los límites se encontrarán determinados por la experiencia del individuo y por la capacidad desarrollada para asimilar nuevas experiencias.

1.2.9 Presente: el aquí y ahora.

“Es una profunda filosofía. Aquí y ahora significa estar enteramente en lo que se hace y no pensar en el pasado o en el futuro, olvidando el instante presente. Si no sois felices aquí y ahora, no lo seréis jamás... Cuando se tiene que pensar, se piensa. Se piensa aquí y ahora, se trazan planes aquí y ahora, se recuerda aquí y ahora.”²¹

El punto de vista holístico llevó a Perls (Op-cit) a subrayar la importancia del presente de un individuo, de la autopercepción inmediata de su medio. Los neuróticos son incapaces de vivir en el presente porque siempre llevan consigo situaciones sin terminar, gestalts inconclusas, que pertenecen a su pasado. Su atención está, por lo menos en gran medida, absorbida por estas situaciones incompletas y por eso no tienen ni el conocimiento ni la energía para ocuparse del presente. Como la naturaleza destructiva de tales situaciones incompletas aparece en el presente, los individuos neuróticos no se adecuan a vivir exitosamente en él.

Así, el enfoque gestalt no consiste en remontarse al pasado y escudriñar los recuerdos de traumas o situaciones incompletas, sino en pedir al paciente que se concentre simplemente en situarse en su experiencia presente, con la idea de que todas esas partículas y porciones del pasado que no están resueltas, saldrán inevitablemente como parte de la experiencia presente.

²¹ Deshimaru T. La práctica del Zen y cuatro textos canónicos Zen. Ed. Kairós. Barcelona, España. 1979 pp 45-46

Cuando aparecen esas situaciones inconclusas, se pide al paciente que las vuelva a activar, que las vuelva a experimentar, que las viva en su presente, con el objeto de completarlas y asimilarlas en su aquí y ahora.

Perls (1969 Op-cit), definió la ansiedad como el abismo, la tensión entre el "ahora" y el "entonces". El dice que como las personas se sienten incapaces de tolerar esa tensión, llenan el abismo con planes, esfuerzos y sueños para que el futuro sea seguro. Obviamente, ésto distrae del presente la energía y la atención de la persona, volviendo a crear más situaciones incompletas.

La terapia gestalt, antes de ser una terapia verbal o interpretativa, es una terapia vivencial, basada en la experiencia. Así, al pedirle al paciente que no hable de sus traumas en forma pretérita y que en cambio los reviva, se promueve que contacte sus situaciones incompletas en el aquí y el ahora. Se le pide que se concientice de sus gestos, de su respiración, de sus emociones, de su voz, de sus expresiones, así como de sus pensamientos más apremiantes.

Entre más se de cuenta de sí misma, más aprenderá acerca de lo que francamente es una persona. A medida que vivencia los modos en que evita su "ser" ahora, también comenzará a vivenciar el "sí mismo" que ha interrumpido.

Es por eso que la frase central con la que se le pide al paciente que inicie su terapia, debiéndola mantener durante todo su transcurso es la de: "ahora me doy cuenta de .."

El ahora se manifiesta en el presente y recalca el hecho de que ninguna experiencia o vivencia es posible a menos que sea en el presente; siendo el presente, desde luego, una experiencia siempre cambiante.

Una vez que se usa el ahora, le es muy fácil al paciente el usar el tiempo presente todo el tiempo.

Perls (1969 Op-cit) nos dice:

".. toda la realidad transcurre en el ahora, y que tan pronto como dejamos la seguridad del estar en contacto con el presente y saltamos en fantasía hacia el futuro, perdemos el apoyo de nuestra verdadera orientación"²²

1.2.10 Self (sí mismo).

Con este término se conoce al sistema de contactos necesarios para la adaptación del organismo, es decir, es el proceso integrador de todas las funciones o fenómenos que ocurren dentro del organismo.

El self es nuestra esencia, es quien evalúa las diferentes posibilidades de acción, las integra y aprovecha las que pueden satisfacer necesidades propias del organismo, de acuerdo a la situación actual de cada ser humano.

²²Perls Fritz Op Cit, p-154

En cuanto al estilo, el self, puede funcionar de dos maneras diferentes, que son: al modo del id, y al modo del ego.

El id es una experiencia, en la cual nos sentimos como perdidos en el campo o abandonados a nuestros sentimientos. Los límites entre nosotros y los demás, y los de nosotros y el medio ambiente, parecen diluirse por completo. Aquí, todo es un fluir completo y espontáneo con el flujo organísmico.

Latner (1974) afirma:

“El id es el aspecto del proceso del Self en el que se enfatizan la energía, la excitación y el movimiento”.²³

El modo del ego, en cambio, enfatiza la discriminación de elementos, fomenta la percepción de diferencias e implica deliberación y voluntad. Actúa como censor de los elementos del campo o del organismo, que son evaluados como peligrosos para la figura que se está formando y protege al organismo al hacer más claros los límites entre el organismo y su medio.

Por supuesto, casi nunca encontramos un estilo puro en el funcionamiento organísmico, pues lo que encontramos más bien, es un grado mayor en uno de los estilos de funcionamiento.

La idea del “sí mismo” o “yo” no es una idea estática y objetiva para Perls (1969 Op-cit). El “sí mismo” es simplemente el símbolo de una función de identificación. El “yo” se identifica con todo lo que le corresponde ser a la experiencia de la figura de primer plano que surja.

Todos los aspectos del organismo sano (sensorial, motor o psicológico), se identifican temporalmente con la gestalt que se suscita y la experiencia del “yo” es esta totalidad de identificaciones.

1.2.11 Darse cuenta.

Es uno de los puntos más importantes en la terapia gestalt. Perls (1969), centró todo el proceso de la terapia en este punto, como él lo mencionó en su autobiografía:

“Yo hecho de *el darse cuenta (awareness)* el eje de mi enfoque reconociendo que la fenomenología es el paso primario e indispensable para saber todo lo que hay que saber.

Sin *awareness* no hay nada.

Sin *awareness* hay vaciedad.”²⁴

El darse cuenta es el sentir espontáneo que aflora en la persona, en lo que esté realizando, pensando o fantaseando. No es lo mismo que la introspección, que es dirigir

²³ Latner J. The Gestalt therapy book. Ed. Bantman Books New York, Estados Unidos. 1974 pp. 38

²⁴ Perls Fritz Op Cit, p- 66

deliberadamente la atención a cualquiera de estas actividades de manera evaluadora, controladora o correctora

El darse cuenta siempre es una experiencia, como una experiencia es darse cuenta; y una experiencia es un fenómeno que se da en el aquí y en el ahora, es un presente que significa certeza, realidad.

El darse cuenta o *awareness* está siempre caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una figura. El contacto por lo tanto es indispensable, ya que éste puede existir sin el darse cuenta, pero el darse cuenta no puede existir sin el contacto.

El sentir determina la naturaleza del darse cuenta, ya que nos informa sobre la cercanía o lejanía del objeto, es decir, nos indica si la sensación que se nos presenta proviene del interior del cuerpo, como los sueños o el pensamiento, o si viene de afuera, como lo es el sentir frío o calor.

La actitud del darse cuenta responde a las cuatro preguntas clave que Perls propuso para el trabajo terapéutico, las cuales mencionaré a continuación:

¿Qué estás haciendo ahora?

¿Qué sientes tú en este momento?

¿Qué estás tratando de evitar?

¿Qué quieres tú, qué esperas tú de mí?

Lo que se busca en terapia es que el paciente aprenda la técnica del darse cuenta por él mismo, para dar seguimiento o para mantenerse en contacto con una situación cambiante con el fin de que su excitación, interés y crecimiento continúen, evitando así las conductas neuróticas que impiden entrar y mantener el contacto con las gestalts abiertas.

Con un *awareness* pleno, uno puede darse cuenta de la autorregulación orgánica, permitiéndole al organismo hacerse cargo de lo que sucede, sin interrupciones ni interferencias, ya que se confía en su sabiduría. (Perls 1969):

“Si producimos nuestro propio darnos cuenta, sin tener que depender de artefactos, si lo hacemos nosotros mismos, tenemos todos los elementos para crecer.”²⁵

Como estudiante de Psicoterapia Gestalt, creo que la mejor manera para entender el pilar del proceso terapéutico, el darse cuenta, es el experimentarlo en carne viva.

La regla fundamental de la terapia gestalt es siempre empezar el proceso terapéutico con un “Me doy cuenta de...”, pues es la mejor manera de establecer contacto y de mantenerlo. El terapeuta debe, por medio de las diferentes técnicas, facilitar al paciente el darse cuenta, pero la responsabilidad no recae totalmente sobre él, al contrario, el paciente también tiene la responsabilidad de cooperar con las propuestas y preguntas del terapeuta para fomentar su *awareness*.

²⁵ Perls Fritz Op Cit, p-131

1.2.12 Importancia del cómo sobre el porqué.

Un resultado natural de la orientación fenomenológica de Perls y su enfoque holístico, es el énfasis que da a la importancia de entender la experiencia en forma descriptiva y no causal. La estructura y la función son idénticas, ésto es, si un individuo entiende cómo hace las cosas está en posición de entender la acción misma. La determinación causal, el porqué de la acción, carece según Perls (1969 Op-cit) de importancia para su comprensión total, ya que cada acción tiene una causa múltiple y cada causa tiene otra causa múltiple y las explicaciones de tales causas lo llevan a uno cada vez más lejos de entender la acción misma.

Además, como cada elemento de nuestra existencia sólo se puede entender como parte de una o de muchas gestalts, dicho elemento nunca puede ser entendido como 'causado' separadamente de la unión total de causas en las que participa. Una relación causal no puede existir entre elementos que forman un todo, pues todo elemento causa y es causado por otros. De esta manera, en la práctica de la terapia gestáltica, el énfasis del darnos cuenta fomenta constantemente el conocimiento sobre como nos comportamos más que en dedicar nuestra energía a explorar sobre por qué nos comportamos de tal o cual manera.

1.3. El ciclo de la experiencia.

El ciclo de la experiencia es el proceso que sigue una persona para encontrar la respuesta adecuada a una necesidad específica, sea biológica o emocional. Es muy importante por que nos indica la dirección a seguir en el trabajo terapéutico. Si una necesidad no ha sido satisfecha, es porque se ha detenido en algún lugar del ciclo de la experiencia, ha tropezado con un obstáculo, con una resistencia. La misión del terapeuta es guiar al paciente para que éste descubra el curso natural de su ciclo y pueda lograr la satisfacción de esa necesidad.

A continuación mencionaré y explicaré las diferentes etapas del ciclo de la experiencia, para después explicar las posibles interrupciones que se presentan entre cada etapa y que detienen el flujo normal de energía.

1.3.1 Etapas del ciclo de la experiencia. Según Salama (1994).

Lo que a continuación se describirá fué obtenido del libro "Test de Psicodiagnóstico Gestalt" del Dr. Héctor Salama Penhos (1994).

1) Reposo.

En este momento el individuo ya ha resuelto su necesidad o gestalt anterior y no presenta ninguna necesidad apremiante. La conducta en esta fase suele ser de total relajación o concentración. El extremo patológico de este estado es representado por el autismo.

2) Sensación.

La persona siente algo físicamente que lo distrae de su estado anterior, pero no puede definir exactamente que es lo que le pasa.

Sentir es el punto de partida necesario en todo proceso terapéutico; siempre primero se siente y después se piensa. De aquí se desprende todo lo demás. ¿Qué sientes en este momento?

Un ejemplo de ésto es cuando sentimos la boca seca.

3) Formación de la figura.

Después de sentir en el cuerpo, la persona está preparada para tomar conciencia de su necesidad, de su sufrimiento o de su problema. Aquí se sitúa el darse cuenta. A veces ocurre de repente, pero generalmente se alcanza tras un gran recorrido y se tienen que vencer obstáculos, que se conocen con el nombre de bloqueos.

Cuando una persona se da cuenta que no ha satisfecho alguna de sus necesidades, puede o hacer algo para satisfacerla o bien cruzarse de brazos y no hacer nada, creyendo que basta con saberlo para cambiar la situación.

Es importante que la persona tome conciencia por ella misma y que no adquiera como propios los pensamientos del terapeuta. El terapeuta puede sugerir o aconsejar al cliente, pero éste tiene la última palabra y debe aceptar o rechazar del terapeuta lo que él crea conveniente, haciéndole caso a la sabiduría de su propio organismo.

Siguiendo con el ejemplo del punto anterior, es cuando nos damos cuenta de que lo que tenemos es sed.

4) Movilización de la energía.

La persona moviliza energía, es decir, reúne la fuerza necesaria para llevar a cabo lo que su necesidad le demanda. Es cuando la persona se cuestiona como encontrar una respuesta satisfactoria a una determinada necesidad.

Nos preguntamos donde podremos conseguir un vaso con agua o cualquier otro líquido que nos quite la sed.

5) Acción.

El individuo moviliza su cuerpo y hace lo que sea necesario para satisfacer su necesidad.

Es cuando nos dirigimos a la cocina, sacamos un vaso del trastero y lo llenamos con agua fresca.

6) Pre-contacto.

Es la fase en la que se identifica el objeto relacional para contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella.

7) Contacto.

Es la culminación del proceso y es cuando la persona encuentra satisfacción y disfruta de haber alcanzado lo que se propuso. El individuo experimenta bienestar, tranquilidad y está listo para comenzar otro ciclo diferente.

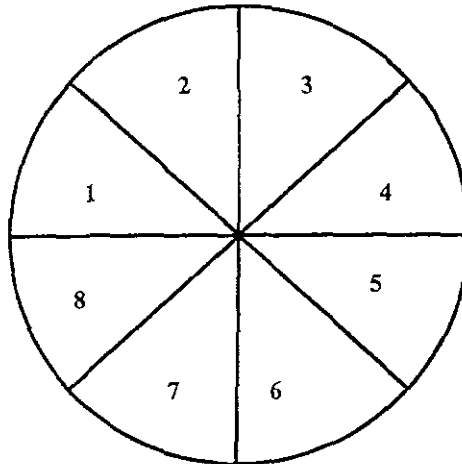
Es cuando nos acercamos el vaso a los labios y dejamos que el agua nos refresque la boca y sacie nuestra sed.

8) Post-contacto.

En esta etapa se inicia la desenergetización, buscando el reposo junto con los procesos de asimilación y de alienación de la experiencia, dentro del continuo de conciencia.

Se obtiene el estado de equilibrio momentáneo llamado también indiferenciación creativa y el organismo se encuentra listo para iniciar la satisfacción de una nueva experiencia o gestalt.

1.3.2 Representación gráfica del ciclo de la experiencia.



Ciclo de la experiencia de Salama (1994)

- 1.- Reposo
- 2.- Sensación
- 3.- Formación de figura
- 4.- Movilización de la energía
- 5 - Acción
- 6.- Pre-contacto
- 7.- Contacto
- 8 - Post-contacto

Representación gráfica del ciclo de la experiencia según Héctor Salama (1994)
Fuente: Salama Héctor Test de Psicodiagnóstico Gestalt 1994

1.4. Los bloqueos en el ciclo de la experiencia.

Son obstáculos en el proceso hacia la satisfacción de una necesidad. Este concepto va mucho más allá del término tradicional en el que la persona tiene una meta determinada y el bloqueo es un obstáculo que la hace desviarse o cambiar de dirección.

Joseph Zinker (1977), nos brinda una definición fenomenológica de bloqueo que encierra tanto lo que se puede observar como espectador, como la experiencia interna del que se resiste.

“Resistencia es un término que más bien connota la observación externa de la renuencia que experimenta la persona. Y aunque se observe alguna de mis ideas, conductas o actitudes como resistencia, mi experiencia es que estoy actuando para preservar y mantener mi integridad.”²⁶

Estos bloqueos o evitaciones de contacto, pueden ser tanto biopositivos o patológicos, según su intensidad, su flexibilidad y el momento en el cual intervienen. El señalamiento de estos mecanismos es indispensable para el terapeuta Gestalt, aunque contrariamente a algunos otros enfoques, no tiene como fin atacar, vencer o sobrepasar las resistencias, sino sobre todo volverlas más conscientes, más adaptadas a la situación del momento. El terapeuta debe buscar entonces con frecuencia señalarlas a fin de volverlas explícitas.

Está claro que estos bloqueos pueden ser necesarios para el equilibrio psicosocial, siendo muchas veces una reacción sana de adaptación. Sólo su presencia constante y exagerada, pero sobre todo su persistencia rígida en momentos inapropiados, constituyen un comportamiento neurótico fijado.

Los principales bloqueos o formas de desviar la energía evitando el contacto, son las que a continuación mencionaré, encontrándose a veces combinados entre sí.

1.4.1 Retención.

Se halla localizado dentro de la fase de Reposo. Impide la continuidad natural de cada momento, evitando el proceso de asimilación - alienación de la experiencia e impidiendo el reposo.

La persona tiene miedo de triunfar ya que cree que no merece estar bien.

El individuo rechaza iniciar una nueva experiencia.

²⁶ Zinker Joseph El proceso creativo en la terapia Gestáltica. Ed Paidós. México D.F 1995 pp-49

1.4.2 Desensibilización.

Se halla localizado en la fase de Sensación. Aquí se presenta una negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente.

La persona siente la necesidad de negar cualquier sensación que pueda producir malestar a nivel de zona interna. Es común en las personas que han pasado por momentos traumáticos y su necesidad es evitar que se repitan. (Salama 1994 Op-cit)

1.4.3 Proyección.

Se encuentra en la fase de Formación de figura. La proyección consiste en conferir al medio la responsabilidad que tiene origen en el sí mismo, en otras palabras, mientras en la introyección el sí mismo está invadido por el mundo exterior, en la proyección es al contrario, el sí mismo es el que se desborda e invade al mundo exterior.

Es el mecanismo más utilizado por el ser humano y nuevamente la proyección puede ser funcional mientras no sea sistemática, habitual y estereotipada.

La proyección permite el contacto y la comprensión del otro. No puedo, en efecto, imaginar lo que el otro siente, sino poniéndome más o menos en su lugar. La empatía se nutre en cierta medida de la proyección.

En cuanto a los planes para el futuro, no son sino proyecciones de lo que la persona se está imaginando.

Cuando la proyección es patológica, hay un reagrupamiento arbitrario de la percepción de los demás bajo un término genérico:

Sobre esto Ginger Serge y Anne (1987) afirman:

" 'ustedes no me escuchan...' o 'nadie me comprende nunca...', en lugar de 'yo creo que tú no me has comprendido bien ahora', o también 'nadie puede darle confianza a nadie...', en lugar de 'yo tengo la impresión de que tú has querido engañarme esta vez.'

Así, en la proyección, 'el mundo exterior se vuelve el campo de batalla sobre el cual se enfrentan los conflictos internos del sujeto'. Se trata entonces ahí también de una perturbación del sí mismo, es decir, de la frontera-contacto, ya que atribuimos a otro lo que pasa en realidad al interior de nosotros: 'estoy viendo que están fatigados', dice el profesor a sus alumnos que él mismo no tiene un gran estado de ánimo."²⁷

La intervención terapéutica se facilita con un trabajo de grupo. Cuando se trabaja en un grupo, es posible confrontar las posiciones del interesado con las de los otros miembros del grupo; así mientras que una persona declara, por ejemplo, "sé que me rechazan porque soy homosexual", lo que se hace es fomentar que esclarezca quien exactamente lo rechaza y sobre que signos precisos se apoya para constatarlo. Quizás,

²⁷ Ginger Serge y Anne Op-cit pag- 157

nadie lo rechaza y él mismo no acepta su condición de homosexual, rechazándose a él mismo

1.4.4 Introyección.

Se encuentra en la fase de Movilización de la Energía. La introyección está en la base de las prohibiciones, de los tabúes, de los deberes, de las obligaciones, de las normas, del conformismo y de las ideologías. Es la prohibición, o su contrario, la orden, la limitación, el “tienes que ser o hacer...” que lleva grabado dentro la persona. La introyección encierra todo un proceso encadenado y secuencial: la emisión de la prohibición, su grabación y, finalmente, su aceptación.

Las órdenes son obligaciones o murallas que proceden de los mayores y que normalmente fueron ancladas de una manera violenta, como lo es la ira del padre, golpes o amenazas o que bien fueron transmitidas con mucho incapié de manera oral, como “tienes que...no puedes... eso no se hace...” Los introyectos adquieren un dominio sobre el niño y éste no puede escapar de ellos. Finalmente, se convierten en su propia “decisión” y, a partir de este momento el comportamiento del niño es teledirigido, programado y esquemático, sin que él se dé cuenta

Un ejemplo de esto son todas las normas de “educación” que nuestros padres nos brindaron cuando éramos pequeños y que acabamos por aceptar. (Moreau 1987)

“No tengas intimidad con otros, no expreses tus sentimientos, no pidas nada para tí, piensa en los demás, no te diviertas, no debes estas como te apetezca, el mundo es peligroso, no te fíes de la gente, no decidas por tí mismo, etc.”²⁸

1.4.5. Retroflexión o retorno a sí mismo.

Se encuentra en la fase de Acción. La retroflexión consiste en hacerse a sí mismo lo que quisiéramos hacer a los demás o lo que nos gustaría que nos hiciese otro.(Salama 1994 Op-cit)

Sobre la retroflexión, Moreau (1987) nos dice:

“La persona abandona todo intento de influir en su entorno y se hace a sí misma lo que querría hacer a los demás: privarse de algo, morderse las uñas, masturbarse en vez de buscar la ternura del compañero deseado, echar sobre sí la agresividad destinada a los demás. El suicidio es la retroflexión extrema.”²⁹

²⁸ Moreau A La Gestalterapia Ed Sirio. Barcelona, España. 1987 p- 173

²⁹ Moreau A Op Cit, p- 205

Como en los ejemplos anteriores, también hay una retroflexión biopositiva, ya que manifiesta la educación social, la madurez y el control de sí; yo no puedo permitirme expresar de manera espontánea todas mis agresiones, ni todos mis deseos eróticos, ni mi cólera o tristeza.

Un ejemplo claro de esto, es la madre que no se permite ningún descanso o diversión debido a que está consagrada al cuidado de sus hijos, ya que tiene la fantasía que si lo hace, no la perdonarán y se lo reprocharán algún día. O el hombre que vive dedicado a su trabajo y no se permite la más mínima vacación, ya que siempre tiene que darle un mejor nivel de vida a su familia.

La retroflexión crónica es el origen principal de las somatizaciones diversas. Es que el paciente tenga por ejemplo dolores de estómago o una úlcera, a fuerza de dominar la cólera o el rencor. O padecer comúnmente de gripa y resfriados, debido a tristeza o angustia que retienen el flujo normal de la energía orgánsmica.

La terapia gestalt propone animar cualquier expresión de las emociones, amplificándolas para lograr una catarsis liberadora, gracias claro está, al recurso de los "objetos neutros" simbólicos que representan al padre o a la pareja amada u odiada, a quien se podrá expresar los sentimientos sin inhibiciones, a su máxima intensidad.

Un ejemplo de resentimiento hacia el padre se podría trabajar en terapia invitando al paciente a pegarle a un cojín que lo represente, o en una sesión grupal se le invita a que escoja a otro miembro del grupo que jugará el papel del padre y el paciente podrá expresar su enojo y todo el resentimiento que ha guardado contra de él.

1.4.6. Deflexión.

Se encuentra en la fase de Pre-contacto. La deflexión es una manera de evitar el contacto directo con alguna persona o con algún otro objeto mediante el enfriamiento del contacto real.

La deflexión permite evitar el contacto, desviando la energía de su objeto satisfactor. Se trata de una actitud de huida, de evitación. (Salama 1994 Op-cit).

Como en todos los bloqueos, hay deflexiones biopositivas, pues al darle algunos rodeos a las cosas se puede dar una adaptación eficaz a cierta situación, pero la deflexión sistemática e inapropiada prohíbe cualquier contacto verdadero y puede también, en casos límites, llegar a la escisión donde el sujeto no se involucra nunca con los demás y vive totalmente alejado del mundo real.

Un ejemplo de deflexión es cuando en una reunión se habla de temas frívolos y de poca importancia, como lo son los viajes, el clima, o el buen o mal sabor del café; donde hay intentos de iniciar un trato pero sin llegar a tenerlo en realidad.

1.4.7. Confluencia.

Está localizada en la fase de Contacto. Se trata de una situación de no contacto, que se produce cuando el individuo no siente ningún límite entre él mismo y el ambiente que lo rodea, cuando siente que no hay diferencia con él. Las partes y el todo se hacen indistinguibles entre sí. Con este bloqueo, el sí mismo no puede ser identificado. (Salama 1994 Op-cit).

Cuando se da este caso, se reduce la diferencia entre uno mismo y los demás. El ejemplo ideal es la simbiosis que se da entre el recién nacido y la madre, que se convierte en patológica cuando se prolonga más de lo necesario.

El primer riesgo de simbiosis excesiva lo corren el niño sobreprotegido y sus padres. El niño se aferrará a su familia y será incapaz de tomar decisiones por él mismo, dependiendo siempre de los suyos y cuando falte su familia se aferrará a otros, a su cónyuge o quizás a sus amistades.

Sin embargo, la confluencia también tiene una parte biopositiva que consiste en permitir la cooperación y la unión a un grupo o una persona específica. Es ceder y buscar el bien común y no aferrarse a tener la razón, aceptar la opinión o la proposición de alguien más y unirse en un trabajo común.

En el plano social, la confluencia prohíbe cualquier confrontación y cualquier contacto verdadero, el cual implica la diferenciación entre dos personas distintas, y por consiguiente, cualquier evolución social. Esto se ve reflejado en la persona que nunca es incapaz de oponerse a alguna decisión y que con tal de no tener problemas en su grupo, hace lo que "todos quieren".

La actitud terapéutica consiste principalmente en trabajar sobre las fronteras del sí mismo, sobre el territorio de cada uno, sobre su especificidad y su autenticidad. Al conocer su situación de "ser único e irrepetible", recobrará la confianza en sí mismo y la seguridad suficiente para emanciparse sin el temor de sentirse abandonado o destruido.

Es precisamente para denunciar la confluencia, que Perls (1969 Op-cit) compuso su "Plegaria de la Gestalt", donde expresa la importancia de ser uno mismo y no lo que los demás quieren o esperaran de nosotros.

"Yo sigo mi ruta y tú sigues la tuya.

Yo no estoy en este mundo para responder a tus expectativas.

Y tú no estás en este mundo para responder a las mías.

Tú eres tú y yo soy yo...

Y si por suerte nos encontramos,

¡entonces, es maravilloso!

¡Si no, no podemos hacer nada!"³⁰

³⁰ Ginger Serge y Anne Op Cit, p-155

1.4.8 Fijación.

Se encuentra dentro de la fase Post-contacto. Consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lo lleva a rigidizar los patrones de conducta.

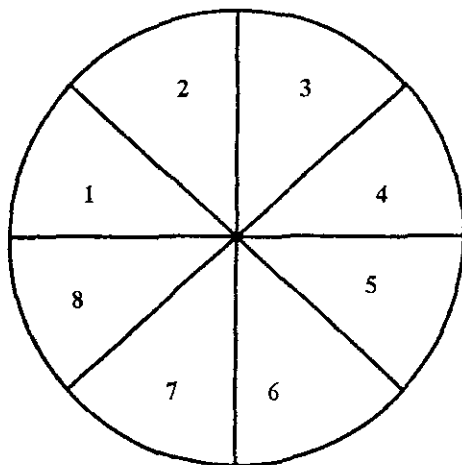
La persona huye a la posibilidad de ser libre y es una manera de anclarse a lo que ha pasado, con el propósito de no enfrentarse al momento presente y correr riesgos. Es una forma de no comprometerse, perdiendo energía para no continuar el proceso de crecimiento.

La persona no toma en cuenta ni sus necesidades ni las necesidades de los demás.

La parte biopositiva de la fijación es la tenacidad y el no darse por vencido fácilmente. Esto permite que la persona consiga las metas que se ha propuesto y que siga adelante a pesar de las dificultades que le presenta la vida.

Un ejemplo de esto puede ser el acabar una carrera y el obtener un título profesional. Hay veces que la persona se puede sentir desesperanzada y cansada, sin embargo, si tiene clara su meta y es suficientemente tenaz, logra sobreponerse a estos sentimientos difíciles y conseguir su objetivo.

1.4.9 Representación gráfica de los bloqueos en el ciclo de la experiencia.



Ciclo de la experiencia de Salama (1994)

Fase del ciclo

- 1 - Reposo
- 2.- Sensación
- 3.- Formación de figura
- 4.- Movilización de la energía
- 5.- Acción
- 6.- Pre-contacto
- 7.- Contacto
- 8.- Post-contacto

Bloqueo que se puede presentar

- Retención
- Desensibilización
- Proyección
- Introyección
- Retroflexión
- Deflexión
- Confluencia
- Fijación

Representación gráfica del ciclo de la experiencia y sus bloqueos según Héctor Salama.

Fuente: Test de Psicodiagnóstico Gestalt (1994)

1.4.10 Manejo específico de las resistencias.

A continuación, se mencionarán algunas maneras específicas de trabajar con las resistencias, tanto en terapia individual como en trabajo grupal.

a) Manejo de la retención.

Se puede comenzar facilitando a que la persona defina lo que es un problema y lo que es un problema imaginario con el objetivo que el paciente descubra que es lo que realmente tiene que solucionar y que aspectos en su vida simplemente son situaciones incómodas.

Es importante que el paciente se de cuenta de las soluciones intentadas, ya que por lo general estas soluciones promueven mas de lo mismo y no resuelven la retención. Es muy positivo que el paciente aprenda a fijarse metas realistas y que luche por ellas, con el objetivo que descubra que si puede conseguir lo que quiere y que merece estar bien.

Es importante también facilitar el cierre de experiencias pasadas a través de la despedida, asimilación y separación para que el paciente aprenda la diferencia entre tener una experiencia y estancarse en ella.

b) Manejo de la Desensibilización.

Es importante que el paciente se empiece a hacer consciente de su comunicación no verbal y ésto lo puede facilitar el terapeuta. Así mismo, el terapeuta puede fomentar que el paciente utilice "Ahora me doy cuenta de..." para llevar al paciente a zona interna y descubra cuales son sus sensaciones.

Si el paciente no puede descubrir que siente o cuales son las sensaciones mas primarias que lo rodeas, se le puede pedir que describa lo que lo rodea desde muy lejos hasta muy cerca para poder empezar a buscar sus propios sentimientos.

c) Manejo de la Proyección.

Lo que se busca al trabajar una proyección, es que la persona se de cuenta y se responsabilice de lo que ella siente, quiere y piensa de sí misma y de los demás, evitando así que lo saque y lo ponga en otro objeto.

Para lograr ésto, el paciente puede llamar en la fantasía a una persona con la que tenga conflicto o, si tiene conflicto con algun miembro del grupo confrontarlo directamente.

Le dirá, sea en la fantasía o directamente, lo que le gusta y le disgusta de ella, diciendo lo que puede y lo que no puede aceptar de su personalidad.

Cuando el paciente ha terminado de hablar, el terapeuta le pregunta: ¿Qué tanto de lo que acabas de decir que te molesta de "X" es parte de tu misma personalidad? La persona así se dará cuenta de lo que no le gusta y no puede aceptar de su propia personalidad, dándose cuenta que tiene mucho en común con la persona con la cual tiene conflicto.

d) Manejo de la introyección.

Uno de los ejercicios consiste en decir a la persona que haga varias frases con yo, "yo pienso...", "yo siento...", "yo creo...", "yo valoro" y que vaya analizando sobre qué experiencias ha llegado a vivir lo que dice que siente, cree, piensa y valora. Se propicia así que la persona se de cuenta que hay aspectos de su vida que no son de ella, que son de alguien más y que ha adoptado como propios, estando en la posibilidad de vomitar, de devolver todo lo que no es de ella, para nuevamente tener un contacto real con el mundo, en el cual, al tener una nueva experiencia, dejará atrás todos los prejuicios y las ideas introyectadas, asimilando la experiencia como propia.

En el trabajo terapéutico, es muy bueno que el paciente se disguste, pues el disgusto representa el deseo de "vomitar" todo lo que no es propio de su esencia.

Otro ejercicio consiste en que el paciente se concentre en comer, que se concentre en los sabores y los olores que experimenta, que sienta el morder, el masticar y el tragar. Cuando se da cuenta de la importancia de disfrutar y conscientizar todos los pasos del comer, se le pide que trate de hacer lo mismo en otras áreas de su vida, como lo son el leer una novela, el dar un paseo por el parque, el vestirse, el hablar con un amigo, el relacionarse con su familia o con los compañeros de trabajo. Lo que se busca en este ejercicio, es que la persona se de cuenta que hay mucho de su personalidad que ha sido "tragada sin ser masticada", es decir, que hay aspectos de su vida que nunca han sido cuestionados y que quizás nunca han sido propios y que no permiten un contacto auténtico y real con el mundo.

e) Manejo de la retroflexión.

Lo que se busca en el manejo de la retroflexión es que la persona no sea tan estricta consigo misma y que se de cuenta hacia quien está dirigida la energía que tiene contenida, aceptando que siente odio, rencor o ira hacia otras personas.

Para lograr la inversión de la energía, se pueden hacer los siguientes ejercicios:

Cuando alguien en el grupo dice: "Cuando sientes miedo..." o "Cuando odias a alguien...", refiriéndose a un miedo u odio propios, lo que busca el terapeuta es que la persona se responsabilice de sus sentimientos, entonces le pregunta al grupo: ¿Quién siente miedo? o, ¿Quién siente odio? De esta manera la persona empieza a hablar en primera persona y se da cuenta verdaderamente de lo que siente. "Yo le tengo miedo a...", "yo odio a mi padre porque..."

Cuando una persona se exige mucho a sí misma, lo que se hace es preguntar al grupo. ¿Quién espera que "X" sea perfecta? o ¿Quién cree que "X" no tiene el derecho de equivocarse? Así, la persona se da cuenta que por alguna razón se exige demasiado a sí misma y no se da la oportunidad de cometer un error sin sentirse culpable.

Cuando una persona está enojada consigo misma, en realidad está enojada con alguien más pero no puede verlo así, entonces se le pregunta: ¿Con quién estás enojada?

La persona poco a poco se dará cuenta hacia quien está dirigida toda la ira contenida. Lo mismo puede hacerse cuando una persona desconfía o siente lástima de ella misma.

Cuando alguien al hablar se pega a sí mismo, lo que se hace es preguntarle ¿A quién le quisieras pegar?, y de esta manera se logra identificar el objeto a quien la agresión está dirigida.

f) Manejo de la deflexión

Algo que ayuda mucho al trabajo con esta resistencia, es pedirle al paciente que mire a los ojos cuando habla y que utilice un lenguaje natural y espontáneo. Por ejemplo, se le pide al paciente que se imagine que habla de sexualidad a un grupo de jóvenes y se le pide que lo haga de manera concreta, que se acerque a ellos, que hable de sus experiencias para que realmente pueda establecer contacto.

Otro ejercicio puede ser el pedirle al paciente que imagine que está junto a su mejor amigo y sugerirle que le diga que lo quiere mucho o, que lo abrace y le diga lo que siente por él. Lo mismo puede hacer con un compañero de trabajo o con su jefe.

g) Manejo de la confluencia.

El paciente debe aprender a tomar decisiones, a experimentar el elegir sin temer en todo momento renunciar a algo, a tener contacto con sus propias necesidades. Es por eso que un ejercicio muy útil consiste en que el paciente declare fuertemente sus necesidades, sus expectativas y sus miedos al terapeuta o al grupo inicialmente, para que después lo pueda hacer con los demás o con alguna persona en especial. Así, el paciente experimenta que es diferente a los demás, que tiene necesidades únicas y que merece satisfacerlas, como cualquier otro individuo, sin buscar satisfacer siempre las necesidades de los demás.

El terapeuta constantemente ubicará al paciente mediante las siguientes preguntas:

- * ¿Qué sientes ahora?
- * ¿Qué quieres ahora?
- * ¿Qué estás haciendo ahora?

Esto ayudará al paciente a centrarse en sí mismo y en su aquí y ahora.

h) Manejo de la fijación.

Es importante que la persona identifique para que le sirve no dejar de pensar en algo y cuando ya lo ha identificado, se facilita que la persona aprenda a decir adiós, maneje duelos y desprendimientos.

1.5. Reglas básicas para el trabajo en Psicoterapia Gestalt.

Todas las reglas y las técnicas que se utilizan en Gestalt, se pueden agrupar en tres conceptos clave en los cuales se encierra todo el trabajo de la psicoterapia. Estos conceptos básicos son:

- * Actualización (aquí y ahora).
- * Darse cuenta.
- * Responsabilidad.

Las reglas de trabajo básicas, según la formación del Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt son:

1) El principio del ahora. Consiste en usar el presente en todas las expresiones verbales como si todo estuviera ocurriendo aquí y ahora.

2) Yo y tú. Con este principio se insiste en mantener en todo momento una comunicación directa, como lo propuso Martín Buber, buscando alcanzar de esta manera relaciones interpersonales íntimas y con un grado alto de empatía. Así, se promoverá que en todo momento se mantenga el contacto, el hablar a los ojos y predominando la honestidad.

3) Lenguaje en términos del yo. Con este principio se busca evitar el uso de lenguaje impersonal y poco comprometido.

"Se dice..." cuando el mensaje verdadero es: "Yo digo..."

"Me desespera..." cuando el mensaje es: "Yo me desespero..."

"Todo el mundo cree..." cuando el mensaje es: "Yo creo..."

Perls (1969 Op-cit) afirmaba que cada vez que se utiliza adecuadamente el lenguaje yoico, se expresa el verdadero sí mismo y se da un crecimiento de la personalidad.

4) No chismear. Aquí se entiende por "chismear" el hablar acerca de una persona que es parte del grupo pero que no está presente. Así, se busca que si hay un conflicto en el grupo se confronte y las dos personas entren en contacto.

5) No preguntar. Las preguntas son evitadas porque normalmente encierran en sí mismas una afirmación. Por lo tanto, se invita a los miembros del grupo a que hagan directamente la afirmación

Un ejemplo de esto es cuando alguien pregunta:

¿No sé si terminar con mi pareja? Cuando el mensaje real es: Pienso terminar con mi pareja

¿Estoy siendo demasiado agresivo? Cuando el mensaje es: Me doy cuenta que estoy siendo demasiado agresivo.

¿Ustedes creen que me equivoqué? Cuando el mensaje es: Me doy cuenta que me equivoqué.

“La idea de la terapia guesáltica es convertir a las personas de cartón en personas de verdad Y además conseguir que el hombre de nuestro tiempo vuelva a la vida y enseñarle a usted su potencial innato, que pueda ser un líder sin ser un rebelde, que tenga un centro en lugar de vivir apoyándose en cosas.”³¹

1.6 Conclusión.

La psicoterapia Gestalt es una práctica que enseña una sólida forma de vivir. Es una filosofía, una forma de percibir la vida que tiene su base en la filosofía existencialista.

Se desprende de la Psicología de la Forma se sitúa dentro de la Psicología Humanista.

La terapia Gestalt busca incrementar el potencial humano a través del proceso de integración de las fuerzas que tiene en su interior. Esto lo logra apoyándose en los intereses, deseos y necesidades genuinas del individuo.

Muchas de las necesidades del individuo se contraponen con las necesidades de la sociedad. La competitividad, la necesidad de poder, las exigencias de la vida cotidiana y la inmadurez son características de la vida en nuestra sociedad. En un ambiente así, es muy difícil que el ser humano logre una introspección y se de cuenta de cuales son sus verdaderas necesidades, capacidades y limitaciones.

El ser humano busca conocerse y vivir en base a sus principios, sin embargo, busca también ser aceptado por una sociedad cuyas expectativas neuróticas disocian al individuo de su propia naturaleza.

La terapia Gestalt se centra en el “aquí y ahora” del individuo, debido a que es el único momento donde éste puede actuar. La experiencia sólo se vive en el presente y, conforme a los principios existencialistas, sólo conforme a la experiencia podemos conocernos a nosotros mismos y el mundo que nos rodea.

Mediante el “darse cuenta”, el hombre se conoce a sí mismo, reconoce sus limitaciones y deja de satisfacer las expectativas de los demás para centrarse en su propia vida, proponiéndose metas realistas, y responsabilizándose de su propia existencia.

³¹ Perls Fritz. Op Cit, p-117

Capítulo II.

Intervención en crisis.

No quiero decir nada,
porque no sé, porque no puedo,
porque no quiero decir nada.

Quiero hablar, barbotar, hacer ruido,
como una olla con su escándalo de agua.

Si grito, van a venir las gentes
a socorrerme. No tengo ganas.

Una boca discreta, desdentada,
que no diga nada.

Parla parlaba.
Igual a la del tío agonizante
glogloteando sin palabras.

Aquí lo enterraron. ¡Basta!

Jaime Sabines

Capítulo II. Intervención en crisis.

2. Introducción.

El origen de la intervención en crisis moderna se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores (1944 cit. por Caplan 1964) , después que se dieron los hechos del incendio del centro nocturno "Coconut Grove", en la ciudad de Boston el 24 de noviembre de 1942. Nunca antes se había registrado un incendio de un solo edificio en el cual hubieran fallecido más víctimas, ya que 493 personas fallecieron mientras las llamas abrazaban al inmueble.

Lindemann y colaboradores del Massachusetts General Hospital, desempeñaron un papel activo y eficiente en la ayuda de los sobrevivientes y también en la asistencia de quienes habían perdido a un ser querido en el desastre. Su informe clínico (Lindemann, 1944), sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, el cual encierra una serie de etapas por las que el doliente tiene que pasar para llegar a aceptar y resolver la pérdida.

Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían llegar a tener un papel fundamental en la ayuda a las personas desoladas durante el proceso doloroso para que pudieran vencer dificultades psicológicas actuales y posteriores. Este concepto fué explotado ampliamente cuando se estableció el Wellesley Human Relations Service en Boston , en 1948, el primer centro comunitario de salud mental. Este centro enfocó muchos de sus recursos a la creación y al servicio de la psicoterapia breve y su utilización como una herramienta eficaz en la práctica del tratamiento psiquiátrico y como medio preventivo.

Partiendo de los principios dados por Lindemann, Gerald Caplan, también asociado con el Massachusetts General Hospital y Harvard School of Public Health, formuló primero el significado de crisis en la vida de los adultos psicopatológicos. El manifestó su principio en forma breve:

" Una investigación de la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos períodos de crisis, el individuo parece enfrentar sus problemas de una manera inadaptada y se observa que surge un deterioro en la salud antes de la crisis." (Caplan, 1964)³²

La teoría de la crisis de Caplan se formó a partir de la estructura de la psicología de Erikson (1963 cit. por Caplan 1964), en la que el ser humano se ve provisto de un mecanismo para entender el crecimiento o desarrollo a través de una serie de ocho etapas claves.

El interés de Caplan fué el descubrir como las diferentes personas logran hacer frente a la transición de una etapa a otra y pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales en el desarrollo y resolución de las crisis.

³² Caplan G Principles of preventive psychiatry. Ed. Basic Books. Nueva York, E.U. 1964 pag- 23

La psiquiatría preventiva de Caplan y su enfoque sobre la intervención en crisis durante las etapas críticas de la vida, resalta la importancia de la consulta de salud mental que promueva un crecimiento positivo y aminore el riesgo de un deterioro psicológico crónico.

Muchas de las crisis pueden ser pronosticadas antes de que aparezcan, lo que es indispensable en el trabajo preventivo, y su conocimiento permite adiestrar a diversos practicantes comunitarios que se dedican a atender personas o comunidades con algún tipo de deficiencia o desorganización.

Caplan, centró gran parte de su esfuerzo en el adiestramiento de maestros, enfermeras, clero, asesores y padres de familia en la detección, prevención y tratamiento de crisis en ambientes comunitarios.

Otro movimiento que creció con rapidez fue el de la prevención del suicidio. Se apoyó en la teoría de la crisis de Caplan y se crearon centros como el de Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Angeles, California, (1960) el cual ofrecía durante las 24 horas y los 365 días al año, líneas telefónicas directas para que aquellos que tenían en mente ideas suicidas o que estaban atravesando por un momento crítico, pudieran expresar sus emociones y encontrar nuevas soluciones a los problemas que estaban experimentando.

Paralelamente al crecimiento de los centros de prevención para el suicidio se presentó la urgencia de formar centros y movimientos comunitarios de salud mental integral en Estados Unidos. Así, la intervención en crisis y los servicios de urgencia de salud mental en cualquier comunidad extensa poco a poco se fueron integrando a la vida de los centros de salud.

Mediante la práctica profesional y la necesidad de maximizar los recursos, se fueron perfeccionando los tratamientos breves, además de conseguir aminorar el sufrimiento y la desolación por la que pasa la persona en un momento crítico. (Slaikeu 1988)³³

2.1 La crisis

2.1.1 Concepto de crisis.

Un análisis semántico de la palabra crisis, en diferentes culturas e idiomas, revela conceptos que son ricos en significados psicológicos y que nos dan un marco de referencia para el tema que estamos tratando.

El término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, que ocurren al mismo tiempo. (Reich 1967)³⁴

³³ Slaikeu Karl Intervención en crisis. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1996 pp 6-9

³⁴ Fadiman James Teorías de la personalidad. Ed. Harla México d.F. 1981 p-119

La palabra castellana surge del griego *krinein* que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto crucial durante el que habrá necesariamente un cambio para mejorar o empeorar.³⁵

Lindemann (en Mc Combie, S.L. 1980) fué el primero en describir el proceso de desgracia o crisis en un nivel psicológico. El punto central de su descripción acerca del curso natural del estado de crisis, es la aparición de los síntomas agudos y su resolución exitosa dentro de un trabajo específico temporal.

“La crisis, es un desequilibrio psicológico, en una persona al enfrentar una circunstancia peligrosa, la cual constituye un problema importante, que por el momento no se puede escapar de ella, ni puede solucionarla con sus recursos habituales para resolver problemas” (Lindemann, en Mc Combie, S.L.1944)³⁶

Slaikau, A. (1988), define una crisis como:

“Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.”³⁷

2.1.2 Fundamentos teóricos.

Una crisis es un estado amenazante para el individuo en el que las habilidades anteriores para enfrentar las situaciones amenazantes le resultan insuficientes y por tanto la tolerancia a la frustración disminuye, pero al mismo tiempo, es una oportunidad para crecer ya que las personas en el momento de las crisis están en un estado de ambivalencia y al mismo tiempo abiertos a sugerencias por parte de otros individuos que pueden ayudarle a modificar su conducta en el momento de la crisis y mas aun el que el individuo adquiera nuevas herramientas para enfrentar situaciones amenazantes y lo haga eficazmente.

Según Lindemann (Cit. Slaikau 1988) nos dice que un individuo antes de la crisis se encuentra en un equilibrio psicológico que puede balancear sin un gran desgaste de energía entre las tensiones internas y las presiones externas, manteniendo los patrones habituales de conducta dentro de la relación con su entorno, pero cuando enfrenta problemas que no puede resolver favorablemente o de la manera acostumbrada, entra en una situación crítica acerca de su solución final, esto es sumamente amenazante para su situación psicológica.

³⁵ Diccionario Enciclopédico Quillet Ed. Argentina Artístides Quillet 1960 p-97

³⁶ Mc Combie, S.L. The rape crisis intervention handbook a guide for victim care Ed Plenum press New York, E.U. 1980 pag- 4

³⁷ Slaikau Karl Op-cit pag- 16

Una crisis encierra un peligro potencial muy grande para la estructura de la personalidad del individuo. La gravedad de la primera depende del estilo de vida y carácter del individuo; calidad y naturaleza de situaciones previas con las cuales se ha confrontado; cantidad de apoyo que le es proporcionado y capacidad de la persona para responder a las situaciones críticas sin desintegración.

2.1.3 Tipos de crisis.

A grandes rasgos, Slaikeu (1988) divide a las crisis en dos tipos:

1. Crisis circunstanciales.- son aquellas que se presentan repentinamente en la vida de un individuo, se presentan como algo inesperado, se apoyan en algún factor ambiental, o sea, externo al individuo. Como ejemplo tenemos la pérdida de un ser querido, un desastre natural, la pérdida del empleo, un accidente o alguna otra situación imprevista que ocasione un desequilibrio emocional en el individuo.

2. Crisis de desarrollo.- Como su nombre lo indica, tienen que ver directamente con el desarrollo personal del individuo, se tratan de los diferentes cambios que experimenta al pasar de una etapa de desarrollo a otra y tienen que ver con las circunstancias que enfrenta en cada una de ellas. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas de crecimiento y cuando hay interferencia en su realización hay probabilidad de experimentar una crisis. Como ejemplo tenemos la crisis de identidad en la adolescencia, la crisis al escoger carrera al terminar la preparatoria, la crisis de los 40's.

Conocer lo anterior es fundamental pues las crisis de desarrollo son predecibles y se pueden prevenir o se pueden aminorar, preparando al sujeto emocionalmente para lo que experimentará en sus diferentes etapas de desarrollo.

Erik Erikson (1982 cit. en Slaikeu 1988), formula las ocho etapas de desarrollo en el ciclo de vida del ser humano y provee las bases teóricas para analizar como en base al ajuste y la adaptación, el ser humano crece y supera las crisis normales de desarrollo.

Erikson conceptualiza el desarrollo de la personalidad como una sucesión de fases diferenciadas tales como la infancia, la niñez, la adolescencia y la adultez y enfatiza la relación entre el desarrollo social de la persona y su entorno social.

Las ocho crisis que a las que el hace referencia se pueden resumir hablando de las tareas que se deben resolver en cada fase y son.

1. Primer año de vida (0 a 1 años) Confianza básica versus Desconfianza Básica

Busca obtener estabilidad emocional, busca satisfacer sus necesidades primarias de alimento, vestido y afecto, desarrollar el sentido de independencia, ser digno de confianza por parte de los proveedores, confiar en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias de la vida diaria y desarrollar un rudimentario sentimiento de identidad yoica.

Esto lo logra mediante las tareas de alimentación, al experimentar la relación entre sí mismo y la otra persona y cuando permite que su madre se aleje sin sentir ansiedad. Así, el niño aprende a sentir esperanza, de que aunque su madre se vaya, va a regresar y el estará bien.

2. Segundo año de vida (1 a 2 años) Autonomía versus Vergüenza y duda

El organismo busca madurar muscularmente, se da el desarrollo del sentido de independencia y busca generar un sentimiento de autocontrol sin perder la autoestima.

Esto se logra mediante las tareas de experimentar lo que es aferrar y soltar, al empezar a caminar y hablar y al adaptarse a las demandas de socialización.

Así, el niño descubre lo que es su voluntad y la voluntad de los demás y se da cuenta que a veces no consigue algo que desea y que tiene que realizar acciones que desea alguien más.

3. Infancia temprana (2 a 6 años) Iniciativa versus Culpa

El sujeto necesita desarrollar habilidades de aprendizaje y control muscular, busca desarrollar conceptos corporales y aprende diferencias sexuales, desarrolla el sentido del bien y del mal, y adquiere conceptos de realidad física y social.

Esto lo logra mediante las tareas de experimentar el sentido de responsabilidad (en la escuela o en las actividades del hogar), al identificar las funciones y los roles (cuando participa en algún juego comunitario) y cuando incrementa sus habilidades interpersonales (cuando comienza a relacionarse profundamente con personas que no viven en su núcleo familiar).

4. Infancia media (6 a 12 años) Capacidad de desarrollar virtudes versus Inferioridad

La persona busca dominar las materias escolares, necesita desarrollar habilidades para el aprendizaje y la solución de problemas, necesita desarrollar el sentido de independencia dentro del entorno familiar y necesita desarrollar el autocontrol y la tolerancia a la frustración.

Esto lo logra al aplicar los conceptos aprendidos en la escuela a problemas prácticos de la vida diaria, cuando tiene su propio grupo de amigos lejos de su casa, y cuando aprende a establecer una rutina de disciplina en la escuela, realización de tareas o cuando pertenece a algún equipo deportivo.

5. Adolescencia (12 a 18 años) Identidad contra Confusión de roles

La persona necesita adaptarse a cambios corporales y nuevas emociones nunca antes experimentadas, necesita independizarse más del grupo primario, se cuestiona sus valores y necesita desarrollar una filosofía propia de vida, necesita crear expectativas propias de desarrollo vocacional, empieza a tener relaciones más íntimas.

Esto lo logra al empezar una relación amorosa, al discernir si lo que hacen sus amigos comulga o no con su sistema de valores, al tener que escoger área de estudio en la

preparatoria, al viajar solo o con su grupo de amigos y al descubrir que para sí puede querer algo diferente de lo que sus padres o amigos esperan de él.

6. Adulthood temprana (18 a 34 años) Intimidad versus Aislamiento

La persona selecciona y aprende a vivir con un compañero o una pareja y toma la decisión de formar una familia o no hacerlo. Si así lo decide, desarrolla habilidades paternas. En el área profesional, decide su camino y su actividad laboral, descubre la experiencia de ser proveedor y así desarrolla un estilo de vida personal propio en un entorno social determinado.

Esto lo hace al adquirir un compromiso con una pareja específica (casarse o tomar la decisión de vivir juntos), al estudiar una carrera y/o comenzar su vida laboral y al tener descendencia.

La persona tiene la capacidad de experimentar el amor verdadero y aprender el valor de la fidelidad.

7. Adulthood media (35 a 50 años) Generatividad versus Estancamiento

La persona tiene que adaptarse a los nuevos cambios físicos que son resultado del desgaste corporal, necesita adaptarse a los cambios de desarrollo de sus hijos y necesita ocuparse de nuevas responsabilidades.

En esta etapa se da la creciente productividad o el estancamiento profesional y se da la consolidación socioeconómica.

Esto se da cuando comienzan los "achagues de la edad" (necesidad de usar lentes por vista cansada, cuando salen canas y las mujeres deciden pintarse el pelo, cuando empiezan problemas de varices o caída de pelo en los hombres), cuando hay que tener cuidados especiales con los padres que ya son ancianos y cuando hay que proveer más a los hijos (pago de la universidad, estudiar fuera de casa, darle algún automóvil o medio de transporte).

8. Madurez (50 a 65) y Vejez (65 en adelante) Integridad del yo versus Desesperación.

La persona necesita planear su jubilación, debe adaptarse a la vejez fisiológica (cambios en la salud y en la fuerza), desarrollar relaciones adultas con los hijos ya crecidos, reevaluar y consolidar las relaciones con el cónyuge, aprovechar el tiempo libre en actividades que le interesen, evaluar el pasado y alcanzar un sentido de realización de satisfacción con la propia vida y disfrutar una cantidad razonable de comodidad física y emocional.

Esto lo hace cuando tiene tiempo libre gracias a la jubilación o porque decide ya no trabajar con igual intensidad y decide aprender nuevas tareas (artísticas o intelectuales), cuando sus hijos ya se han ido de la casa y tienen a su vez descendencia, cuando pasa nuevamente mucho tiempo con la pareja debido a que los dos tienen tiempo libre y cuando descubre que ya no tiene la misma vitalidad y que el momento de la muerte poco a poco se acerca.

2.2 Fases por las que pasa una persona en crisis según el profesor Caplan.

El profesor Caplan (en Slaikeu 1988) describe como una crisis ocurre en tres fases sucesivas:

1 - Impacto.- Los acostumbrados mecanismos de enfrentamiento del individuo fallan y los signos de estrés y de tensión aparecen. La persona puede experimentar sentimientos de aturdimiento y confusión. Puede intentar alejar el evento que le produce la tensión, pretendiendo sentir que nada ha pasado o que realmente no está sucediendo. Puede tener varios intentos de guiar su vida normalmente, sin embargo, éstos resultan ineficientes.

2.- Retroceso.- Esta fase está caracterizada por incrementos en la desorganización. El sujeto está reteniendo las emociones desagradables (ira, culpa, resentimiento, vergüenza) y su atención no está puesta en lo que le interesa de la vida diaria. La actividad sin sentido y el funcionamiento incompetente sirven para incrementar la tensión y lo llevan a sentimientos de impotencia. Las manifestaciones psicossomáticas aparecen con muestras de fatiga, insomnio, apatía, trastornos en los hábitos alimenticios, falta de aliño personal.

3.- Ajuste y adaptación.- Si los recursos propios y del entorno del individuo pueden ser movilizados, el problema se resuelve. En lugar de darse por vencido, el sujeto puede descubrir una visión diferente del problema, es decir, una visión de cambio y posibilidad de crecimiento, más que una visión tormentosa y amenazante.

Ciertas circunstancias pueden ser alteradas o las fuerzas del medio pueden ser modificadas.

Es importante que los aspectos que no pueden cambiarse se acepten como inevitables y que se aprenda a vivir con ellos.

2.3 Elementos importantes en una crisis.

Según Caplan (1964 cit en Small 1978) existen cuatro elementos importantes en una crisis:

1.- Existe un incremento en la tensión, actividad y desorganización del individuo intentando resolver la situación utilizando las maniobras acostumbradas con la esperanza de retornar al punto de equilibrio.

2.- Al fracasar utilizando los mecanismos conocidos de defensa la tensión y la desorganización aumentan.

3.- El estado crítico fuerza al individuo a la utilización de recursos extras tanto internos como externos para intentar resolver el problema.

4.- Si el problema persiste, una mayor desorganización de la personalidad ocurre, aumentando la frustración.³⁸

2.4 Tipos de intervención en crisis.

Slaikeu (1988) señala un modelo sobre intervención en crisis el cual divide según el tipo de trabajo en:

1.- Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica.- Es la ayuda inmediata que se le da a la persona y que dan las personas que observan primero la necesidad. Es una intervención breve tomándose desde algunos minutos hasta horas o días después de la crisis, dependiendo de la gravedad de la desorganización.

Consiste básicamente en dar apoyo, escuchar y permitir la catarsis y la demostración de emociones y vincular a la persona en crisis con otros recursos de ayuda.

2.- Intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis.- Se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se dirige a la elaboración y resolución de la crisis. Requiere de la participación de un terapeuta que esté debidamente entrenado y que cuente con las habilidades y la experiencia necesarias para hacerlo.

Hablando de esto, Slaikeu (1988) señala los principios que debe seguir el terapeuta en la intervención y son:

° Hacer contacto psicológico. En este primer contacto básicamente lo que se debe buscar es que el paciente sienta empatía por parte del terapeuta, que lo escucha atentamente y que sienta que es importante para él. El objetivo es que el paciente se sienta escuchado y comprendido.

° Examinar las dimensiones del problema. Se estiman los parámetros del problema según quien lo está viviendo, se investigan el pasado, presente y futuro inmediatos a la situación que desembocó la crisis.

Esto se hace porque el aspecto de reunión de información tiene un valor terapéutico inmediato para el paciente y beneficia al terapeuta para conocer mecanismos de defensa y áreas de conflicto del paciente.

° Explorar las soluciones posibles. Se identifica un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas, se explora lo que puede hacer ahora y se estimulan otras alternativas

° Ayudar a tomar una acción concreta. Involucrar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis dependiendo de la capacidad que tiene el paciente para mover energía y su capacidad para actuar en su propio beneficio. Si el riesgo de

³⁸ Small. L. Psicoterapias breves Ed Gráficos. Barcelona, España 1978

mortalidad es alto, se recomienda una actitud directiva por parte del terapeuta y si es bajo, se recomienda únicamente acompañarlo.

Esto es con el objetivo de lograr que el paciente se convierta en actor y no únicamente espectador del desarrollo y resolución de su crisis.

° Seguimiento. Se especifica el procedimiento para el paciente y el terapeuta. Debe haber un seguimiento, para concluir el trabajo terapéutico.

° Todo lo que hace el terapeuta está enfocado a acompañar al paciente en la resolución de su crisis y lo hace revisando cuatro tareas principales que son: supervivencia física, expresión de sentimientos relacionados con las crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia y adaptaciones conductuales e interpersonales requeridas para la vida futura del paciente.

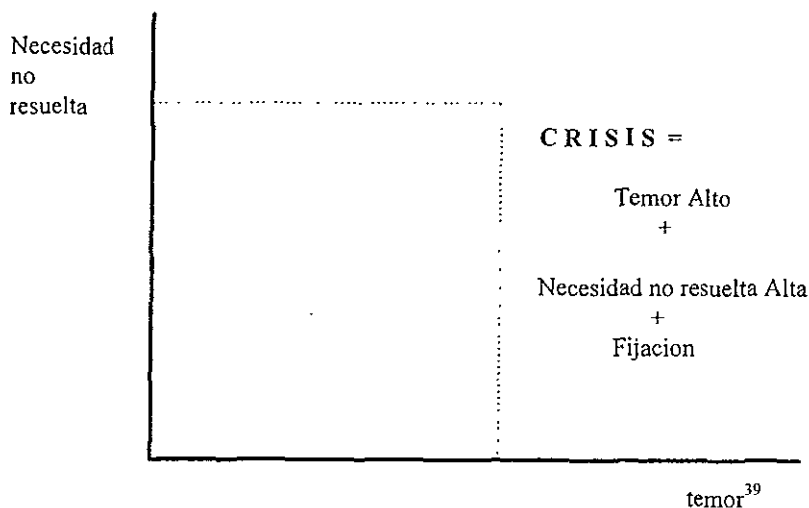
2.5 La crisis bajos los ojos de la Psicoterapia Gestalt.

Es importante señalar que todavía no hay nada formal escrito sobre la Intervención en Crisis y la terapia Gestalt. Todo lo que a continuación se leerá está basado en el “Manual de Trabajo de la Especialización en Intervención en Crisis en Psicoterapia Gestalt”, que ofrece el Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt (I.M.P.G.) en la Especialización en Intervención en Crisis.

2.5.1 ¿Qué es una crisis para la Psicoterapia Gestalt?

Para la Psicoterapia Gestalt, la crisis es una necesidad de cambio y un estado de desequilibrio que es el resultado de tres elementos que interactúan entre sí.

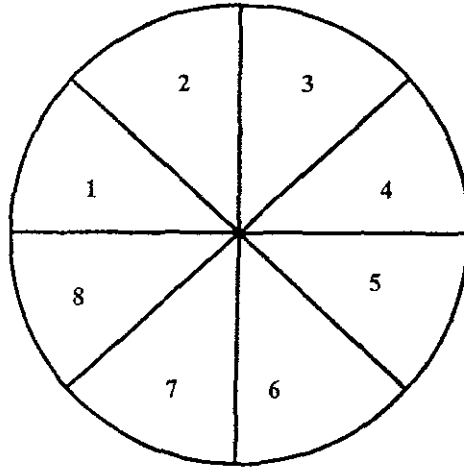
- 1.- Temor.
- 2.- Necesidad no resuelta.
- 3.- Fijación: no puedo dejar de hacer... no puedo dejar de pensar... no puedo dejar de sentir..



³⁹ Coggiola Yolanda Manual de Trabajo de la Especialidad en Intervención en Crisis, Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt México D.F. 1995

2.5.2. Temores y necesidades no resueltas que pueden dar origen a una crisis.

Tomando en cuenta que toda crisis trae consigo un temor y una necesidad no resuelta, a continuación se señalan los temores y las necesidades no resueltas que pueden dar origen a una crisis, descritos según se encuentran situados en cada una de las fases en el ciclo de la experiencia de Salama. (1994)



Ciclo de la experiencia de Salama (1994)

Fase en el ciclo, temor y necesidad no resuelta que se pueden localizar:

F a s e	T e m o r	Necesidad no resuelta
1.- Reposo	Al éxito	De relajación
2.- Sensación	A sufrir	De placer
2.- Formación de la figura	Al castigo	De reconocimiento
3.-Movilización de la energía	Al rechazo	De aceptación
4.- Acción	A enfrentar la propia agresión	De expresar
5.- Pre-contacto	A enfrentar	De identificación
6.- Contacto	Al abandono	De pertenencia
7.- Post-contacto	A la libertad	De independencia

* Es importante recordar que en toda crisis además de un temor y una necesidad no resuelta, hay siempre un componente de fijación

2.5.3. Puntos clave para identificar una crisis.

- ° Dolor emocional agudo.
- ° Circunstancias seriamente destructivas.
- ° Hay auto-destrucción.
- ° Situación que pone en peligro la vida del paciente o a otras personas.
- ° Demostraciones peligrosas de emoción.
- ° Inmovilización del paciente (caso de un accidente que lo tenga físicamente inmovilizado)⁴⁰

2.5.4. Manifestaciones que puede tener una crisis según la Psicoterapia Gestalt.

El paciente, ante una crisis determinada puede reaccionar de tres diferentes maneras:

1. Problemas Intrapersonales.- Problemas consigo mismo y pueden tener manifestaciones de depresión, angustia y confusión.

La zona afectada es la Zona de la Fantasía

2. Problemas Interpersonales.- Problemas con los demás.

Tiene manifestaciones como crisis en el matrimonio, crisis en la vida familiar, en la vida laboral o con los amigos.

Las zonas afectadas son la Zona Externa y la Zona Interna.

3 Problemas Psicósomáticos.- La persona expresa su crisis por medio de su propio cuerpo.

La zona afectada es la Zona Interna y puede tener manifestaciones como la neurodermatitis, gastritis, cáncer y cualquier otro tipo de enfermedades psicósomáticas.⁴¹

2.5.5 Metas de la Intervención en crisis para la psicoterapia Gestalt.

Como metas, la Psicoterapia Gestalt en su trabajo de intervención en crisis, propone.

- ° Manejar los síntomas, sobre todo los de naturaleza destructiva para canalizar esta energía a acciones que lleven al crecimiento y no a la destrucción de la persona.

⁴⁰ Coggiola Y. Op-cit

⁴¹ Coggiola Y. Op-cit

- ° Reducir el síntoma lo más posible y reestructurarlo para que el paciente descubra que puede tener el control sobre de él.
- ° Darle apoyo al paciente para que después el pueda darse autoapoyo.
- ° Conseguir que el paciente supere su crisis y crezca de ella en menos de 20 sesiones. Un buen manejo de crisis gestalt se debe dar en 6 sesiones.
- ° Ayudar a la persona a que aprenda de su crisis y así pueda hacerle frente a nuevas crisis con las que se topará en su vida

2.6 Ventajas de la intervención en crisis

Según Slaikeu (1988 Op-cit) las ventajas se pueden resumir en los siguientes puntos:

- ° Disminuye el riesgo de trastornos severos de la personalidad e incluso la posibilidad de cometer suicidio.
- ° Si al resolver las crisis se utilizan recursos y fuerzas del individuo, el énfasis puede colocarse en los aspectos positivos de la personalidad sobre su habilidad para trabajar en ellos de forma constructiva, dándole la oportunidad a que haya un incremento en su autoestima.
- ° La intervención durante la crisis proporciona al individuo la posibilidad de verbalizar el problema enfrentado primero en este nivel para después poderlo hacer de manera conductual. Esto permite tener una idea mas objetiva de la situación que se está viviendo.

Es importante recalcar que la intervención en crisis no es una psicoterapia común. Se trata de una psicoterapia breve, que busca que la persona alivie su dolor y pueda hacer frente a los problemas de su vida de manera objetiva, utilizando los recursos que hasta ahora consideraba nulos o que no había descubierto.

Es por eso que en el apartado siguiente se hablará de lo que es la Psicoterapia Breve y cuáles son sus fundamentos y principios básicos.

2.7 Psicoterapia Breve.

Debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica ya que sus autores como Freud y Ferenczi en su época llegaron a utilizar métodos rápidos de curación con sus pacientes.

Según Small (1973), los problemas en cuanto a la duración de la terapia surgieron a medida que se amplió la comprensión de la teoría de Freud acerca del desarrollo de la personalidad y de la formación neurótica.

El concepto de psicoterapia breve surge después, como resultado de la demanda del público hacia los servicios de salud mental, la cual fue aumentando de tal forma que los servicios que existían resultaban insuficientes para dar apoyo a toda la comunidad. De ahí surgió la iniciativa de realizar una intervención a nivel comunitario para frenar tal demanda además de servir como una prevención psiquiátrica en la comunidad.

En Estados Unidos, la psiquiatría comunitaria empezó a surgir a partir de los años 40's. Es una disciplina que entiende al sujeto en su condición de ente social que se desenvuelve bajo múltiples circunstancias: la familia, la casa en que habita, su barrio, su ciudad, el tiempo histórico en el que vive, dándole especial atención a la promoción de la salud mental y a la protección de la población en riesgo de enfermar mentalmente. La intervención temprana en esta población es de vital importancia.⁴²

Uno de los principales pioneros interesados en crear una clínica de urgencia para atender problemas emocionales fue Bellack. (Cit. en Aguilera 1974), y según él mismo, esta disciplina surge al unirse con muchas otras al estar ligada al desarrollo de la teoría psicoanalítica de las ciencias sociales y del comportamiento.⁴³

2.7.1. Fundamentos teóricos de la Psicoterapia Breve.

La psicoterapia breve se llama así por oposición a otro tipo de psicoterapia de larga duración (Knobel 1987). Se trata de una psicoterapia de tiempo y objetivos limitados

Para Bellack (1970):

“Es la interpretación verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.”⁴⁴

Los fundamentos teóricos de la psicoterapia breve tienen su origen principalmente en dos corrientes que son el psicoanálisis y la teoría estructural.

1.- La teoría psicoanalítica posee un marco teórico sólidamente estructurado y que constituye un método específico de tratamiento y es de este enfoque del cual la psicoterapia breve toma la estructura de la personalidad y su desarrollo psicológico.

⁴² Small L. Op-cit

⁴³ Aguilera & Messik Control de los conflictos emocionales Ed. Interamericana 2a Edición México D.F. 1994

⁴⁴ Bellack S.L. Psicoterapia breve y de emergencia Ed. Pax México D.F. 1975

2.- Por su parte, el enfoque estructural es importante en la psicoterapia breve, ya que en dicho enfoque el individuo está estudiado desde dentro de su contexto social, donde sus manifestaciones de conducta remiten a entender el “para qué” del síntoma que presenta y de qué forma le sirve en sus relaciones interpersonales, esto es, se trata principalmente de sustituir o eliminarlo para lograr una mejor adaptación y no simplemente buscar las causas inconscientes del mismo.

La psicoterapia Gestalt comulga con este enfoque.

Para tener un mejor resultado terapéutico en un corto tiempo se exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del tratamiento. La psicoterapia tiene que ser directiva, puesto que el tiempo así lo requiere y por lo tanto, las capacidades del terapeuta deben estar encaminadas a una mayor perspicacia para percibir toda comunicación significativa y de este modo formular el tipo de intervención que el paciente requiere. Es necesario identificar las áreas de conflicto en el menor tiempo posible y esto sólo se logra cuando el terapeuta juega un papel activo en la terapia.

Para Bravo (1983) son muy importantes los siguientes conceptos:

- El nivel de análisis está dirigido fundamentalmente hacia las funciones adaptativas del Yo y no a hacer “consciente lo inconsciente”.
- Se focaliza el momento de crisis y la forma de como está interfiriendo en las funciones adaptativas del Yo. Lo anterior se justifica por la brevedad de la terapia y porque en un momento de crisis hay un fenómeno regresivo en las funciones yoicas.
- Es importante valorar la angustia, ya que de ésta se sabe la capacidad de respuesta del individuo ante diferentes situaciones conflictivas. Es importante identificar el factor desencadenante de la angustia y ver si coincide el factor con la magnitud de la angustia.
- Valorar en todo momento el contacto con la realidad y cuáles son los mecanismos de defensa que está utilizando la persona ⁴⁵

2.7.2 Objetivos de la psicoterapia breve.

Wolberg (1967 cit. por Bravo 1988) recalca los objetivos de la psicoterapia breve:

- Aliviar los síntomas dolorosos.
- Reestructuración del nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad.
- Cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno.

⁴⁵ Bravo W.N. Psicoterapia breve. Aportación de un modelo teórico clínico de aplicación, Tesis de Licenciatura en Psicología U.N.A.M. 1988

- ° Reconocimiento de algunos de los problemas de personalidad que obstaculizan la mejor adaptación a la vida.
- ° Comprensión parcial del origen de estas circunstancias en experiencias pasadas.
- ° Cierta grado de advertencia de la relación entre los problemas de personalidad predominantes y la actual enfermedad.
- ° Comprensión de aquellas medidas que pueden remediar las presentes dificultades ante el medio.⁴⁶

2.7.3. Procedimientos básicos en psicoterapia breve.

Para Bravo (1983) existen tres procedimientos básicos en la psicoterapia breve que tienen que ver con la teoría psicoanalítica y son:

1.- La comunicación.- Dada la brevedad del tiempo ésta debe ser activa, además que cualquier conducta manifiesta del paciente debe ser tomada como comunicación, aunque ésta sea no verbal. Es imposible que el paciente deje de comunicar.

2.- El insight.- Es la percepción intelectual y emocional de los comunes denominadores en el patrón de la experiencia. Es importante aquí que la interpretación sea realizada en el momento adecuado y que la persona reflexione sobre lo que descubre de sí misma.

3 - La elaboración: es el proceso en el que la persona aplica un recién insight adquirido a una serie de situaciones que anteriormente no tenía conocimiento, por lo tanto, se aumenta su conocimiento de la conducta manifiesta y de sus causas, se elabora cuando el paciente ha entendido o aprendido a percibir algunos comunes denominadores en su comportamiento y comienza a aplicar ese conocimiento a su vida práctica. En Gestalt se conoce como darse cuenta del patrón repetitivo de conducta.⁴⁷

2.7.4 Tipos de Psicoterapia Breve

Al hablar de las diferentes corrientes y bases psicoterapéuticas en las que se puede basar la psicoterapia breve, podemos afirmar que hay tantos tipos de terapia breve como terapeutas, es decir, cada terapeuta puede utilizar diferentes herramientas y técnicas, ofrecidas por varias corrientes psicoterapéuticas y combinarlas con el objetivo de conseguir los propósitos que persigue la psicoterapia breve.

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Ibidem

Algunos autores que han planteado modelos específicos y técnicas para brindar psicoterapia breve son:

- Paul Watzlawick (1981): Plantea como punto de partida fundamental la utilización de la paradoja para encontrar un cambio positivo. Este modelo está basado en los estudios realizados por el antropólogo Gregory Bateson y en los efectos conductistas que el encontró en la utilización de la paradoja en las relaciones humanas.

Concretamente al hablar de la paradoja en el comportamiento y en la comunicación humana, nos referimos a los callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados.

Watzlawick (1981) define a la paradoja como:

“ Una contradicción que sigue una deducción correcta a partir de premisas congruentes”⁴⁸

El enunciado paradójico está estructurado de tal manera que crea en sí mismo una reflexión, o sea que hace un comentario acerca del significado del enunciado.

- Keller y Elliot (1982): Propusieron el modelo de reestructuración y redefinición del problema para lograr un cambio conductual. La reestructuración del problema, según estos autores, envuelve al terapeuta en la alianza con la tendencia homeostática de la persona, el objetivo es hacer posible que ésta sea la protagonista de su propio cambio en la situación terapéutica. El terapeuta acompaña al paciente a descubrir que la situación de crisis o la situación problemática puede verse de diferentes puntos de vista, no todos negativos, para que el paciente se enfoque a delinear precisamente el problema presente y aprenda a diferenciar lo que es un problema de lo que no lo es.

- Erickson Milton (1964): Se basó primordialmente en la hipnosis, la cual no constituye una teoría particular, sino varios tipos de terapia, cuyo denominador se encuentra en que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Así, por medio de la hipnosis, se puede encontrar el verdadero origen de la crisis y se puede influir directamente en la reducción de la ansiedad.

La psicoterapia breve basada en la Terapia Gestalt, puede utilizar técnicas (y de hecho si las utiliza) de estos autores y de varias disciplinas más, por ejemplo Programación Neurolingüística y Bioenergética, siempre con el objetivo de aminorar la tensión y la ansiedad que produce la situación de crisis, mediante la identificación del temor y la necesidad no resuelta que existe en el paciente y buscando la manera de eliminar el temor y satisfacer la necesidad.

⁴⁸ Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana Ed Cuatro vientos Barcelona, España 1985 pág- 173

2.7.5 Técnicas utilizadas en psicoterapia breve.

En cuanto a las técnicas que se usan en psicoterapia breve, están sujetas a la elección del terapeuta según sea su habilidad y su experiencia. Sin embargo es importante que la brevedad de la terapia no se confunda o se mal entienda como superficialidad.

Para Knobel (1987) las técnicas en psicoterapia breve se deben apoyar en los cuatro principios siguientes:

1. Son no transferenciales. La transferencia se acepta y se debe conocer pero no se debe estimular, es decir, se descubre el papel que juega la transferencia, pero ésta no se usa con fines terapéuticos.
2. Son no regresivas. Lo primordial es que el sujeto reestablezca la adaptación a su vida cotidiana y no hacer una reestructuración profunda de su personalidad. Por eso, no se revisa la vida pasada del sujeto, a menos que sea indispensable para lograr la rápida adaptación
3. Deben ser de predominio cognitivo. Como se trata de una terapia de tipo directivo, se debe poner mucho énfasis al conocimiento de las causas que desencadenaron el problema y para poder darle solución rápida y eficaz.
4. Deben buscar modificación objetal. Se busca que la persona reemplace información falsa por otra verdadera, creando así una vivencia real, en la que la persona pasa a ser un sujeto activo de su propia historia. Esto es facilitar el juicio de realidad, es decir, conocer información verdadera de la situación.⁴⁹

2.7.6. Limitaciones de la psicoterapia breve.

Knobel (1987), menciona algunas de las limitaciones:

- ° No puede producir cambios en la estructura de la personalidad, aunque si modificaciones dinámicas no despreciables y con expectativas de mejora en situaciones particulares de crisis.
- ° La psicoterapia breve fracasa cuando el terapeuta como su representante sostiene expectativas que el propio paciente estima poco realista o cuando el paciente tiene expectativas mayores a las que ofrece la psicoterapia breve, como por ejemplo, la resolución a una adicción.

⁴⁹Knobel M Psicoterapia breve Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina 1987

° Se logra menor beneficio en pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos para los cuales se encuentra indicada una terapia de largo plazo con componentes farmacológicos.⁵⁰

2.8 Conclusión.

El cambio necesariamente implica un riesgo pues existe la posibilidad de perder lo que se tiene y hay el peligro de no conseguir una situación mejor. Sin embargo, el cambio a su vez también implica la oportunidad de crecer, encontrar nuevas maneras de satisfacer necesidades insatisfechas y alberga la posibilidad de establecer una relación más sólida con uno mismo y con los demás. Esta ambivalencia de riesgo - oportunidad se ve reflejada en la necesidad de tomar decisiones en momentos difíciles en los que el individuo se siente amenazado y desprotegido, sobre todo cuando la crisis tiene su origen en un hecho inesperado, como puede ser la muerte de un familiar significativo.

El llevar una vida ordenada y el fomentar relaciones sanas uno mismo y con los demás no implica que todas las crisis se pueden evitar. Las crisis del desarrollo son normales y saludables en la vida psíquica y familiar de todo individuo y tienden a presentarse de manera predecible. Ericson (1982), formuló las ocho etapas del desarrollo del ser humano en las que se espera que se experimente una crisis.

Es importante recordar que cualquier crisis se presenta básicamente en tres fases: el impacto, que es cuando los mecanismos defensivos del individuo fallan y aparecen el stress y la tensión, el retroceso, que es cuando aumenta considerablemente la desorganización y la persona retiene las emociones desagradables y el ajuste o adaptación, que es cuando se encuentra una nueva solución basada en una concepción diferente del problema.

Cuando se vive una crisis se experimentan síntomas muy dolorosos que no permiten que el individuo pueda darle un sentido al problema y se de la oportunidad de intentar nuevas soluciones. Es por eso que una intervención oportuna puede ayudar a que los síntomas de la crisis se alivien y el paciente pueda visualizar su problema de manera diferente y pueda encontrar soluciones realistas y eficaces a su problema.

Para la Psicoterapia Gestalt una crisis es una necesidad de cambio y un estado de desequilibrio que es el resultado de tres elementos que interactúan entre sí: un temor, una necesidad no resuelta y un componente de fijación. Las manifestaciones que puede tener la crisis son o bien mediante problemas intrapersonales, problemas interpersonales o bien mediante problemas psicósomáticos.

Lo que pretende la Psicoterapia Gestalt al realizar una intervención en crisis es canalizar la energía que se produce por la tensión y el stress en acciones que lleven al crecimiento y no a la destrucción de la persona, logrando que el paciente pueda descubrir su autoapoyo.

⁵⁰ Ibidem

Una intervención en crisis exitosa no resuelve o no termina con el problema (ya que muchas veces el problema es irresoluble), sin embargo, alivia el dolor agudo y permite que el problema sea visualizado desde otro punto de vista en el cual se encuentren soluciones.

Cuando se encuentra una manera creativa para solucionar problemas y cuando se resuelve una crisis de manera exitosa, el individuo aprende a ver en el cambio una oportunidad y a entender que la verdadera fortaleza del ser humano se consigue al sobreponerse a los momentos difíciles. Es entonces cuando el individuo madura y pierde el miedo a crecer y a buscar lo que necesita para ser feliz.

Capítulo III.

El enfermo terminal, el proceso doloroso y la muerte

¿Cómo compaginar
la aniquiladora
idea de la muerte
con este incontenible
afán de vida?

¿cómo acoplar el horror
ante la nada que vendrá
con la invasora alegría
del amor provisional
y verdadero?

¿cómo desactivar la lápida
con el sembradío?
¿la guadaña
con el clavel?

¿será que el hombre es eso?
¿esa batalla?

Mario Benedetti

Capítulo III. El enfermo terminal, el proceso doloroso y la muerte.

3. Introducción.

En la actualidad, el número de personas que padecen una enfermedad que llega o llegará a una fase terminal ha ido aumentando. Esto se debe a que la tecnología y los avances científicos en el campo de la medicina han permitido que la vida de un paciente con una enfermedad mortal se conserve por más tiempo, aletargando la llegada de la muerte.

Esta situación ha motivado el trabajo y la investigación para fomentar el que el enfermo terminal viva los últimos momentos de su existencia con el máximo bienestar posible y que se prepare de una manera digna para el momento de su deceso.

Vivir con una enfermedad fatal no es cosa fácil. El enfermo y su familia atraviesan por momentos muy críticos, en los cuales muchas veces no se encuentran respuestas al sinnúmero de preguntas que llegan sobrevienen. Tanto el enfermo como sus familiares son seres humanos que sienten, piensan y que pueden tener temores y fantasías catastróficas sobre la muerte.

En presencia de una enfermedad terminal, la vida de cada uno de los familiares sufre cambios de forma drástica. Los intereses, preocupaciones y planes de vida son transformados en incógnitas, coraje, angustia, sufrimiento, dolor e incertidumbre.

Es muy importante recordar que la vida de cualquier ser humano que padece una enfermedad terminal es tan valiosa como la de cualquier otro que goza de una salud favorable.

Los familiares de estos pacientes comúnmente atraviesan por momentos de gran desesperanza, de abandono de los intereses propios y por momentos depresivos importantes al percatarse que la vida del ser querido no se puede retener.

Por tanto, todos aquellos responsables del tratamiento del enfermo terminal, deben sensibilizarse sobre la importancia que tiene la enfermedad en las vidas de los familiares cercanos que aunque no la padecen en carne propia, la sufren al vivirla por un ser querido de manera muy cercana.

Ya que sería imposible abarcar el tema de la muerte desde sus diferentes aspectos, la presente investigación se centra únicamente en el campo de la Psicología y como la presencia de la muerte (propia o de un familiar) puede ser un desencadenante de crisis.

Para este estudio es importante conocer los aspectos psicológicos de la muerte, más que los factores biológicos y legales. Es por eso que en este capítulo se presentarán una síntesis sobre algunas teorías de la personalidad que abordan el tema de la muerte.

3.1 Concepto de muerte.

A partir de lo leído sobre el tema, se ha descubierto que los diferentes conceptos que pueden ser considerados respecto a la muerte, se pueden clasificar en una forma objetiva y una subjetiva.

La muerte es objetiva ya que de hecho ocurre, se da independientemente de la intervención de la voluntad y decisión del sujeto.

Sin embargo, al ser experimentada por un individuo, la vivencia del hecho se convierte en subjetiva.

Y es en este carácter de subjetividad donde la experiencia se convierte en un hecho existencial, en el que se descubre que la muerte es un hecho:

- Individual.- Experimentado por cada individuo en un momento preciso de su existencia.
- Inenarrable.- No es posible que la persona que lo está viviendo pueda simultáneamente irlo relatando en su totalidad.
- Intimo.- Ocurre abarcando hasta el nivel existencial más profundo de la persona.
- Irrepetible.- Sólo se da una vez en la vida de una persona.

A pesar de lo anterior, el hecho de la muerte, si bien ocurre en cada una de las personas como individuos, con las características anteriormente señaladas, de igual manera, es un hecho que es experimentado también por las personas que rodean al moribundo. Es por eso que hay tantos conceptos de muerte y actitudes frente a ella como personas haya en el mundo.

El concepto de muerte tiene un gran componente de aprendizaje. Se aprende a nivel cultural, modificándose con ello la concepción particular de la muerte. El medio en el que se desarrolla la persona introyecta gran parte del concepto y de la actitud que el sujeto tiene acerca de la muerte.

Para términos de este trabajo, tomaremos en cuenta el concepto de muerte como:

“ Cesación de la vida que se da cuando se suspenden las funciones vitales, que no permiten ya emplear los procedimientos médicos de resucitación.”⁵¹

3.2 Psicología de muerte.

Ya que no existe un marco teórico específico que hable sobre el concepto de muerte, es importante revisar tres diferentes corrientes dentro de la psicología que de una u otra forma han hablado de muerte y que abarcan tres diferentes aspectos: la muerte como instinto biológico, la concepción de muerte como producto de la maduración del proceso cognitivo y la concepción de la muerte como algo que le da sentido a la vida.

⁵¹ Quintanar Felipe Muere un familiar significativo. Tesis de Maestría de Desarrollo Humano. Universidad Iberoamericana México D.F. 1996 pag-11

3.2.1 Teoría psicoanalítica.

Bajo este apartado se expone la teoría de Freud y después la de Melainie Klein.

3.2.1.1 Sigmund Freud.

En 1890, Freud menciona que los sueños en donde los padres, hermanos o algún otro familiar cercano muere, son muy comunes. Menciona que estos sueños suelen provocar gran angustia ya que en realidad existe el deseo inconsciente de que esa persona muera y esta angustia representa los deseos infantiles penosos y reprimidos.

Nos hace ver que aparentemente parecemos estar dispuestos a afirmar que la muerte es el fin de la vida, pero que en realidad actuamos de manera contraria, haciéndola a un lado e ignorándola. (Freud 1915)

"... Porque en nuestro inconsciente no existe la idea de la muerte, por eso nos creemos inmortales y no podemos imaginar nuestra propia muerte."⁵²

Encontró que de la muerte de los demás no se habla libremente y son los niños quienes únicamente tienen la libertad y la naturalidad de hablar del tema cuando tienen dudas o cuando sienten ansiedad.

Para entender mejor el tema de la muerte, Freud revisó la actitud del hombre primitivo ante ella y la actitud que se conservó por lo menos hasta la sociedad vienesa de su tiempo. Según él, el hombre primitivo veía a la muerte como un hecho que da fin a la vida, aunque también experimentaba una extraña sensación agradable hacia la muerte ajena, ya que se complacía en matar o ver morir y ésto era considerado como algo normal.

Supone que existe un sentimiento de culpabilidad que queda inmerso entre nosotros que pesa sobre la humanidad desde la época primitiva y es lo que algunas religiones conocen como "pecado original".

Para el primitivo su muerte era inverosímil; sentía dolor al experimentar la muerte de un ser querido, pero a final de cuentas la muerte le era grata ya que aún las personas amadas representaban algo ajeno y extraño a él. (Freud 1915)⁵³

Una vez que el hombre primitivo aceptó su propia muerte, le negó la significación de aniquilamiento de la vida. Ante el cadáver de un ser amado, inventó los espíritus y sus sentimientos de culpabilidad debido a la satisfacción que se mezclaba con su duelo, hizo que estos espíritus fueran perversos demonios a los que había que temer.

La transformación de la muerte y las consecuencias que esto acarrea, lo llevaron a la disociación del hombre entre un cuerpo y un alma.

⁵² Freud S La literatura científica sobre los problemas oníricos. en "Obras completas de Sigmund Freud." Ed Biblioteca nueva 1973 Vol 3 pag-2110

⁵³ Ibidem pag 2111-2112

Así, indica que el miedo que sentimos hacia la muerte es debido a sentimientos de culpabilidad por aceptar gustosamente la muerte ajena y hasta la deseamos a quienes nos estorban, entonces al juzgarnos por nuestro impulsos instintivos, aparecemos como los primitivos: como una horda de asesinos.⁵⁴

En 1920, sostuvo que un instinto es una característica propia de la materia viva, cuyo fin es el regreso o la reconstrucción de un estado anterior que tuvo que abandonarse debido a la influencia de fuerzas exteriores.

Creía en una obsesión orgánica por la repetición. Esto surgió al observar la historia de la herencia y la embriología y por esta razón hipotetizó que todos los instintos tienden a la reconstrucción de un estado anterior. Explicó que ya que el estado de partida fue lo inanimado que se hizo animado gracias a las fuerzas exteriores y debido a la naturaleza conservadora de los instintos, entonces el fin de la vida debía ser un estado anterior, ya antes alcanzado, es decir, un estado inanimado.

En 1920, a los instintos que tienden a la muerte los llamó instintos de muerte y a los que tienden a la vida los llamó instintos sexuales; como es lógico, sus metas se oponen y no quedan nunca satisfechos.

“La procedencia de los instintos del yo se remonta a la vivificación de la materia inanimada y debido a que la meta de estos instintos es volver a establecer un estado inanimado (porque antes de lo animado estaba lo inanimado). Una de las razones más fuertes para creer en la existencia de los instintos de muerte es la tendencia de la vida psíquica a disminuir o , a mantener constante o desaparecer la tensión de las excitaciones internas.”⁵⁵

En 1929, señala que a pesar de que la felicidad significa una satisfacción de los instintos, por lo general, el mundo exterior nos priva de esta felicidad, provocándonos un gran sufrimiento. Menciona que una forma de evitar tal sufrimiento es influyendo sobre estos impulsos instintivos mediante la dominación de la fuente interna de nuestras necesidades. Esto se consigue mediante la aniquilación de los instintos, lo cual equivale al abandono de la actividad, es decir, sacrificar la vida para volver a ganar la felicidad del reposo absoluto.

Así, además de reconocer un instinto de vida y uno de muerte, que va dirigido hacia el exterior en forma destructiva, pensó que el de muerte estaba puesto al servicio del eros, instinto de vida, pues en lugar de una auto-destrucción se destruye algo del mundo exterior.

Al hablar del duelo (1917), lo propone como un estado de ánimo muy doloroso, pérdida de interés hacia el mundo exterior, disminución en la capacidad de amar y la inhibición de funciones yoicas.

⁵⁴ Ibidem pag 2113-2115

⁵⁵ Ibidem en Mas allá del principio del placer Vol 3 pag 2540

En la melancolía sucede algo similar, pero en ésta el amor propio disminuye, se hacen autorreproches, se espera ser castigado y no siempre este estado va acompañado de una pérdida real.

En el duelo no se perturba el amor propio y siempre está relacionado con una pérdida real y por eso, el duelo es considerado como un proceso normal no patológico.⁵⁶

3.2.1.2 Melainie Klein

Klein (1965) sostiene que los niños nacen en estado de pulsiones sexuales y tanáticas que constantemente están en pugna. Mientras que el impulso de vida empuja a vivir y a desarrollarse, el de muerte se opone y se aferra a permanecer igual. Como el instinto de muerte provoca gran ansiedad, el individuo para defenderse estructura un yo primitivo que organiza fantasías inconscientes.

Cuando el niño es muy pequeño, el yo que se relaciona con la pulsión de muerte es proyectado al exterior, hacia el pecho de la madre convirtiéndose este en un objeto malo. Si por el contrario el niño siente que la pulsión de muerte se queda en él, constantemente se sentirá amenazado por un miedo a la aniquilación que es como una ansiedad psicótica ya que teme que anule tanto al objeto ideal como al "self". En esta etapa el niño establece una relación ambivalente entre el pecho (objeto), ya que el pecho también es sentido como el pecho bueno que nutre. Estos dos pechos no logran ser percibidos como partes del mismo todo.⁵⁷

Así, los de la escuela kleiniana, consideran que el niño nace con un instinto de muerte que proyecta hacia los primeros objetos con quienes se relaciona y teme ser destruido por ellos. Si la proyección no se da satisfactoriamente, ese instinto queda en el mismo sujeto provocando un miedo a la aniquilación y por eso desde que el niño nace, se siente angustiado por el temor a morir.

3.2.2 Psicología de la tercera fuerza.

Bajo este rango se encuentra el punto de vista que pretende dar una visión humanista del tema y se pondrá énfasis en la práctica de la doctora Kübler-Ross debido a su amplia experiencia con pacientes moribundos y sus familiares.

3.2.2.1 Igor Caruso.

Caruso (1982), escogió como objeto de su investigación a "la separación de los amantes" y mediante ésta conoció las emociones y los estados por los que pasa un doliente.

⁵⁶ Ibidem Duelo y melancolía, vol. 2.

⁵⁷ Meltzer, D. "The Kleinian expansion of Freud's metapsychology" International Journal of psychoanalysis, 1981, 62, 178

La separación definitiva de la persona amada es uno de los aspectos más dolorosos para el hombre. Este tipo de dolor es de tipo narcisista, ya que se vive la muerte propia en la conciencia del amado

Caruso hipotetizó que el núcleo real del problema es el experimentar la muerte conscientemente a través de la separación del ser amado. Propuso cinco mecanismos del morir:

1 - Catástrofe del yo: ya que el objeto amado es un objeto de identificación, cuando se produce una separación, se produce una pérdida de identificación y por lo tanto una mutilación del yo. El yo sufre una regresión y entonces surgen los mecanismos de defensa.

2.- Agresividad: la persona amada respondía a las esperanzas del ideal del yo, una vez que se produce la separación, surge la desvalorización del ser amado, la cual ayuda a que el yo pueda reconciliarse con su ideal. La agresividad es un mecanismo de defensa que produce una desidentificación con el objeto y transforma el amor en odio.

3.- Indiferencia: es un mecanismo de defensa que existe incondicionalmente. Sus características son: disminución del ideal del yo, debilitamiento del yo debido a la desidentificación y una inflación correlativa del narcisismo.

4.- Huída hacia adelante: para que el ideal del yo pueda conservarse, el super yo determina este mecanismo de defensa que se manifiesta generalmente en la actividad, en la búsqueda de placeres o en la búsqueda de objetos sustitutos.

5.- Ideologización. este mecanismo de defensa consiste en una racionalización que convierte las necesidades en virtudes, virtudes que en el fondo son ideologías que legitiman la muerte. La catástrofe sufrida ante la separación, después de ser superada, favorece a la actividad intelectual. Una vez después de haber idealizado la relación que sufrió la separación, se niega el significado existencial de esta relación ahora rota, se le devalúa en una forma agresiva para recuperar el auto-estima.

Al nuevo amante que reemplaza al amante separado se le verá como el verdadero, único y gran amor de la vida.

Estos mecanismos de defensa son necesarios para el desarrollo del viviente, pues lo ayudan a defenderse de los estímulos externos e internos que lo atacan. (Caruso 1982)⁵⁸

3.2.2.2 Victor Frankl.

Para Frankl (1963), la muerte es una realidad que provee de sentido a la vida; si la vida fuera eterna, si no tuviera un final, las experiencias y las acciones podrían posponerse continuamente, no habría ninguna consecuencia al dejar las cosas para

⁵⁸ Caruso Igor La separación de los amantes. Ed. Fondo de cultura económica México D.F 1992 pag 23-55

después ya que siempre existiría la oportunidad de realizarlas. De esta forma, si la muerte no existiera, el hombre no sentiría la necesidad de responsabilizarse por sus acciones y por su vida. Por lo tanto, la limitación temporal, en la vida humana, no es sólo una característica esencial de la misma, sino un factor real que le da significado.

De lo anterior, Frankl concluye que la responsabilidad puede entenderse en términos de temporalidad y de unicidad. Cuando una persona comprende y acepta que el día que está viviendo en ese momento es único en la historia del universo y además es finito, entonces puede aceptar su responsabilidad al existir ese día.

Cuando la persona comprende y acepta que su vida es única y terminable puede responsabilizarse de su conducta.

La vida no pierde su significado con la muerte, ya que el valor de la existencia no se mide por el tiempo que ha madurado, sino por los frutos que ha conseguido. (Frankl 1963)

La vida no encuentra su sentido en la aparente perpetuidad de la raza humana, sino en el propio individuo, a cada momento de su existencia. Cada momento es infinito en el momento en que se convierte en pasado, pues en ese instante, es "pasado eternamente". Ahí radica su importancia, en que cada momento es eterno sin importar si es recordado o no... es eterno, es inmutable. (Frankl, 1963)⁵⁹

3.2.2.3 Erich Fromm.

La vida y la muerte constituyen la más importante de las dicotomías existenciales para Fromm. Tanto una como la otra, son incompatibles; diametralmente opuestas. La muerte resulta ajena e incompatible con la experiencia de vivir. (Fromm, 1977).⁶⁰

Para Fromm, la muerte es la derrota de la vida; el hombre trata de negar esta realidad, por medio de creencias religiosas en la inmortalidad. Para el ser humano, el aceptar que todas sus experiencias, todos sus aprendizajes y esfuerzos van a terminar con la muerte, le resulta tan alarmante, que inventa conceptos como los del alma inmortal. (Fromm, 1974).

La muerte o la inmortalidad del hombre, provoca otra dicotomía, la de limitar las ilimitadas potencialidades de crecimiento y desarrollo del ser humano, como individuo y como raza. El ser humano tiene en sí mismo, potencialidades inmesurables de aprendizaje, de superación y de desarrollo. Sin embargo, la muerte limita trágicamente sus potencialidades y Fromm (1974), afirma que para que un individuo pueda desarrollar todas sus capacidades, necesitaría que su vida fuera tan larga como la existencia de la humanidad.

Analizando la destructividad (es una forma de muerte), Fromm menciona que es un mecanismo de defensa contra la sensación de aislamiento e impotencia. El hombre

⁵⁹ Frankl Victor El hombre en busca de sentido. (introducción a la logoterapia) Ed. Herder México D.F pag 107-11

puede aplacar su sentimiento de impotencia, destruyendo las cosas y las personas y aunque de este modo no resuelve su aislamiento, ya no puede ser aplastado por el poder de los demás.

Además para Fromm existen dos clases de destructividad: racional o reactiva e irracional. La primera está orientada a la protección del individuo y más que destructividad podría llamarse autoconservación y en este sentido no es destructividad sino constructividad. La segunda es el producto de un sentimiento de impotencia y si es destructividad como tal. (Fromm 1974).⁶¹

Cuando Fromm habla de necrofilia o amor a la muerte, menciona que en la sociedad moderna se le puede observar con facilidad por las características mismas de la sociedad en que vivimos: la intelectualización, la cuantificación, la burocracia y la cosificación. La gente que vive en ese sistema se hace indiferente a la vida y hasta es atraída por la muerte, sin darse cuenta de ello.

En el hombre moderno la posición necrófila es muy común; se observa en cómo mecaniza su vida y deja de cuestionarse el sentido de su vida y todo es muerte: las películas, el arte, la violencia en las calles, la agresión intrafamiliar... (Fromm 1977)⁶²

3.2.2.4 Elizabeth Kübler-Ross y el proceso doloroso

Considerada la tanatóloga más reconocida, Elizabeth Kübler-Ross, a través de observaciones y entrevistas con pacientes desahuciados ha aprendido de la muerte, del desprendimiento de la vida y lo que esto significa y del proceso de duelo que vive tanto el moribundo que se despiden de la vida, como los seres que lo rodean y lo sobreviven.

En su libro "Death and Dying" Kübler-Ross (1969), habla del proceso doloroso y de cómo lo experimenta tanto el enfermo como sus familiares. Cuando un sujeto se enfrenta a la muerte (sea propia o la de algún miembro significativo) pasa por cinco etapas diferentes que a continuación se describirán brevemente. Estas etapas se viven en general ante cualquier pérdida significativa en la vida de un ser humano (muerte de un ser querido, divorcio, cambio de domicilio, sufrir un accidente que afecta las capacidades físicas o mentales, por ejemplo).

Estas etapas por lo general se presentan en el siguiente orden, aunque no es raro que se presenten simultáneamente o que de una se pase a otra con facilidad.

1.- Negación o aislamiento. "No puede ser posible..." "A mí no me puede estar pasando esto..." "Seguramente el doctor se equivocó." "No pudo haberse muerto..."

La negación es no aceptar que hay una pérdida o que se está viviendo un proceso de muerte. Es una defensa temporal que pronto será reemplazada por una aceptación parcial. Su función es servir como amortiguador después de recibir una noticia grave que no era esperada.

⁶¹ Fromm E. *Ética y psicoanálisis* Ed. Fondo de Cultura Económica México D.F. 1987 pag 52-63

⁶² Fromm E. *Miedo a la libertad* Ed. Fondo de cultura económica México D.F. 1986 pag 203-229

La fase de negación no sólo se vive en las primeras etapas del duelo o de la enfermedad, sino que también suele aparecer más tarde, aun cuando ya se haya avanzado a otras etapas en el desarrollo de la pérdida.

2.- Enojo. “¿Por qué a mí?” “Yo no merezco estar viviendo esto...”

Cuando la etapa de negación no puede seguir manteniéndose, se reemplaza por sentimientos de envidia, coraje, rabia, resentimiento y mucho enojo.

Para el personal del hospital, en el caso de un enfermo terminal, y para la familia es muy difícil enfrentarse al sujeto que se encuentra en esta fase. Esto se debe a que estos sentimientos son proyectados al ambiente.

3.- Regateo.- “Estoy dispuesto a hacer lo que sea, con tal de sentirme mejor..”

Se presenta en intervalos pequeños de tiempo. Es característica de esta etapa el tratar de llegar a un acuerdo con los doctores, con el personal médico y sobretodo con Dios. El regateo tiene como fin el intentar posponer lo inevitable, para lo cual hay que pagar un cierto precio determinado. Por lo general, en las promesas que suelen hacer hay sentimientos de culpa asociados.

4.- Depresión.- “Ya todo está perdido...” “Así ya no tiene caso seguir viviendo...”

Cuando ya no es posible que los pacientes terminales nieguen su enfermedad debido a las múltiples intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones constantes, debilidad y pérdida de las actividades cotidianas, o bien, cuando las consecuencias de la pérdida son evidentes, se llega a esta fase.

Existe ante todo un profundo sentimiento de pérdida. La depresión es un arma que puede ayudar a la preparación para la cesación de la vida.

Se vive profunda tristeza y normalmente hay sentimientos de desolación y desesperanza.

5.- Aceptación.- “Estoy preparado para irme...” “Ya déjenme irme en paz...” “Ya no le hagan nada, no hay que hacerlo sufrir más...”

Esta fase se presenta cuando el paciente ha tenido el tiempo necesario para elaborar su muerte, o bien elaborar la pérdida correspondiente. La persona ya no está deprimida y acepta su destino sin enojo y espera el momento de la cesación de la vida con expectativa. Normalmente en casos de enfermedad terminal, el paciente atraviesa por momentos de mucha debilidad y cansancio. Necesita descanso y sueño.

Es importante no confundir esta etapa con felicidad. Esta etapa se encuentra casi vacía de sentimientos, hay momentos de gran aplanamiento afectivo, parece que el dolor se ha ido y la lucha parece haber terminado. Parece que se está preparando para el último descanso: la muerte.

Para Kübler-Ross la muerte es parte indispensable de la vida y el trabajo tanatológico consiste en aprender a ver la muerte como el nacimiento a otro tipo de existencia. La muerte, para ella, en realidad no existe.

“La muerte, de la que los científicos quieren convencernos, no existe en realidad. La muerte no es más que el abandono del cuerpo físico, de la misma manera que la mariposa

deja su capullo de seda. La muerte es el paso a un nuevo estado de conciencia en el que se continúa experimentando, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo...”⁶³

3.3 El enfermo terminal.

Para entender lo que está viviendo un enfermo terminal, primero hay que definir lo que se considera la fase terminal en una enfermedad. Para ésto es necesario conocer que se entiende por enfermedad.

¿Qué es una enfermedad?

Es el fracaso del organismo, representado por un desequilibrio en sus funciones en el proceso de adaptarse física y/o mental y/o socialmente a las condiciones de su ambiente total.

Las enfermedades se pueden dividir en:

- Agudas. Tienen un inicio brusco, la presentación de los síntomas se presenta de manera rápida y si el organismo no logra salir adelante, el tiempo de vida es corto (menos de un año). Ejemplo. caso de leucemia aguda.
- Crónicas: Tienen un inicio lento e incidente. Hay períodos de exacerbación de la enfermedad y períodos de reincidencia, como también hay momentos de estabilidad. Este tipo de enfermedades no son curables, aunque si se pueden controlar. Ejemplo: diabetes juvenil, lupus
- Incurables: Implican muerte por necesidad. Su desarrollo puede ser crónico o agudo.
- Terminales: Ya no hay nada más que hacer con el enfermo desde el punto de vista médico. La esperanza de recuperación se pierde (médicamente hablando) y el pronóstico de vida del paciente es corto (6 meses aproximadamente).⁶⁴

“ La enfermedad terminal es aquel estado del individuo en el que fisiológicamente, uno o más órganos dejan de cumplir con su función normal, ya sea por un agente infeccioso o no, que en forma gradual deteriora el equilibrio integral de las esferas biológica, psicológica y social de la persona, donde el pronóstico es la muerte inminente y pronta de ésta ”⁶⁵

⁶³ Kübler-Ross Elizabeth On death and dying. Ed. McMillan Publishing Company. New York, E.U. 1969

⁶⁴ Información obtenida en el Diplomado en Tanatología impartido por el Instituto Mexicano de Tanatología A C Módulo VI El enfermo terminal y su familia Con sede en el Hospital Gea González. Generación 1996-1997

⁶⁵ Quintanar Felipe Muere un familiar significativo. Op-cit pag- 40

3.4 El momento de morir del enfermo terminal.

Al hablar específicamente del momento en que una persona muere se pueden identificar claramente cuatro elementos fundamentales que intervienen:

1. La persona que muere.
2. Las personas que acompañan a quien fallece (seres queridos).
3. El lugar donde ocurre la muerte.
4. Tiempo en el que transcurre el deceso.

3.4.1 La persona que muere.

Aunque este primer punto parezca obvio, es el punto de partida para que se dé un proceso de muerte. Es ella quien experimentará la cesación de la vida y quien vivirá el tránsito de dejar esta forma de vida.

Es ella el centro de este momento, es a su alrededor donde los demás experimentan la expectativa y las emociones de la pérdida inminente. Es alrededor de ella donde se vive la crisis.

Lo que se busca en el proceso terapéutico es que la persona moribunda asuma y acepte su muerte y pueda despedirse de su cuerpo, de sus seres queridos y de la vida misma. Es importante que aprenda a expresar lo que realmente siente y que comparta estos sentimientos con los demás, para que cuando llegue el momento final, se vaya tranquila y esperanzada

3.4.2 Las personas que acompañan a quien fallece.

Normalmente son seres queridos del paciente terminal, sin embargo, también hay veces que el personal médico y hospitalario presencia el momento del fallecimiento. Es muy importante entender que quienes han acompañado a alguien significativo durante la enfermedad, agonía y la muerte, necesitan procesar su propia vivencia del hecho, para poder integrarlo a su vida de una manera sana y constructiva, sin negar el dolor y permitiéndose vivir el duelo correspondiente.

El ver morir a otra persona, irremediamente nos confronta con un hecho tangible: nuestra propia muerte. No sabemos cuándo y no sabemos cómo, sin embargo, sabemos a ciencia cierta que algún día moriremos y además del dolor por la pérdida del ser querido, quien la presencia vive el miedo a su propia muerte.

3.4.3 Lugar donde ocurre la muerte.

Es importante mencionar este punto ya que el lugar donde ocurre el deceso es fundamental para el desarrollo del proceso de muerte.

La doctora Kübler-Ross (1982) hace referencia a la importancia que tiene el poder decidir (en la medida de lo posible) el lugar donde ocurrirá la muerte de la persona que ha padecido una enfermedad y que ha llegado a fase terminal.

En su experiencia con enfermos terminales narra como el enfermo y sus seres queridos aceptan de mejor grado y con una mejor disposición anímica el momento de la muerte si ésta ocurre en un sitio conocido y familiar para ellos, su hogar, donde pueden estar rodeados de objetos conocidos y donde se respira un ambiente de amor y unión.⁶⁶

3.4.4 Tiempo en el que sucede el deceso.

Si bien el tiempo es una realidad objetiva en cuanto que ocurre sin la intervención directa del sujeto, la percepción de este tiempo es una percepción de tipo puramente subjetivo. La persona vive de manera íntima dicha percepción, representando para ella un lapso que puede ser ya bien prolongado o corto, independientemente de la duración real de éste.

En el momento de estar acompañando a un familiar significativo en el momento de su muerte, el tiempo pareciera desaparecer, pues no existe una referencia clara de un "inicio" del evento, un término "medio" del mismo, ni mucho menos existe el conocimiento del momento "final" del proceso de morir.

Dicho de otra manera, el evento de la muerte "ocurre", pero ésto sucede más allá de la medición del tiempo en términos humanos, tal y como estamos acostumbrados en nuestra experiencia de vida, donde generalmente marcamos pautas definidas que enmarcan de manera más o menos precisa la duración de algún suceso (por medio de segundos, minutos, horas)

Cuando muere, o está muriendo un ser querido, pareciera que la experiencia se encuentra tocando la eternidad, el tiempo no es percibido en el momento mismo de la experiencia, sino que esta percepción temporal ocurre posteriormente al fallecimiento de la persona.⁶⁷

3.5 El duelo.

El duelo, en su sentido más estricto, se puede definir como:

"Dolor, aflicción, especialmente por la muerte de alguno."⁶⁸

⁶⁶ Kubler-Ross Op-cit pag 87-89

⁶⁷ Quintanar Felipe Muere un familiar significativo. Op-cit pag- 98

⁶⁸ Diccionario Enciclopédico Quillet Ed. Argentina Artístides Quillet 1960

El duelo conlleva en sí mismo un proceso de experiencia del dolor, que se desarrolla en diferentes etapas que pueden contener características tales como el impacto inicial de la experiencia de muerte, sentimientos de desolación y desesperanza y profundos síntomas depresivos.

Es importante partir de la base que el duelo se tiene que sufrir para elaborar la pérdida y poder regresar a la vida cotidiana. El no enfrentar el dolor no hace que éste desaparezca.

3.5.1 Componentes del duelo.

Todo duelo tiene relación con 3 aspectos: aflicción, luto y pena.

1.- Aflicción. Tiene que ver con la pérdida del ser amado y la privación de tenerlo cerca. Son los hechos objetivos que me recuerdan que el ser amado ya no está y que me producen dolor.

Ejemplo: Muere mi hijo y ya no puedo tocarlo, pierdo mi rol de padre, pierdo su voz, su sonrisa.

2.- Luto. Es el comportamiento social que asume el doliente y la comunidad después de una pérdida cercana.

El fin último del luto es codificar la tristeza y su expresión.

Hay tres objetivos principales en el luto:

a) Señalar al doliente y ayudarlo a expresar su tristeza y su culpa (es común que con el duelo se vivan sentimientos de culpa).

b) Preservar a la sociedad de la contaminación por el cuerpo en descomposición. El cuerpo se aísla de los vivos y se coloca en una caja para después ser enterrado.

c) Facilitar la vivencia de ritos que están basados en símbolos y tradiciones milenarias que ayudan a expresar tristeza y que dan esperanza de vida después de la muerte a los dolientes.

3.- Pena. Dolor, respuesta emocional de la persona afligida, desencadenada siempre por una pérdida

Hay tres tipos de pena:

a) Anticipada. El dolor se vive antes de la pérdida y es porque hay una enfermedad terminal o un proceso degenerativo importante y la muerte del ser querido ya se espera.

Los familiares empiezan a elaborar el proceso de duelo antes que la persona muera y el moribundo elabora su proceso de muerte

b) Normal. Es cuando el dolor se presenta ante una pérdida y se presenta muy intenso y poco a poco va disminuyendo conforme se recuperan las actividades de la vida cotidiana. Se dice que la pena por el fallecimiento de un ser querido y cercano se debe elaborar en un lapso cercano a los dos años.

En el caso de una pena normal y que se vive de manera sana, la persona afligida acepta la dolorosa realidad de la pérdida y acepta y vive intensamente su dolor.

Esto facilita el desprendimiento, la despedida y que gradualmente deje el vínculo con la persona fallecida.

Poco a poco el doliente organiza su vida sin la presencia de la persona fallecida y encuentra y desarrolla nuevos intereses y relaciones.

c) Patológico o "no resuelto". La pena es patológica cuando su intensidad no disminuye conforme pasa el tiempo y cuando su duración excede los dos años.

Un duelo patológico empieza con la negación de la muerte. Al negar la muerte, se niega el dolor y su expresión y por lo tanto no se da la despedida ni el desprendimiento con el difunto.

Es común que se presente un duelo patológico cuando:

- Hay desórdenes o trastornos en la personalidad.
- Se perdió alguno de los padres en la infancia.
- Existió relación hostil con el moribundo y hay sentimientos de culpa.
- La pérdida se presentó súbitamente: accidente, suicidio, asesinato.

Es importante saber que cuando se vive un duelo por la muerte de un ser querido, no sólo se vive la pena de haberlo perdido, sino además se vive la pena de reconocer que algún día perderé mi propio cuerpo y las relaciones que tengo con los demás. Vivo el duelo de mi propia muerte futura.

El que se viva un duelo normal y sano depende mucho de:

- La capacidad de expresión del doliente.
- Del tipo de familia (hay familias con introyectos de "no expresión").
- De la edad del difunto y de los dolientes (es más difícil elaborar la muerte de un adulto que la de un niño o un adolescente, y a su vez como doliente es más fácil elaborar la muerte cuando ya se es adulto que cuando se es niño).
- De la vida religiosa (la fe de una "vida eterna" puede aminorar la angustia y los sentimientos de desesperanza).
- Sexo (las mujeres tienden a elaborar el duelo con mayor éxito que los hombres).

3.5.2 El proceso de duelo.

- 1.- Toma de conciencia de la pérdida, sin ella el proceso de duelo no puede comenzar.
- 2.- Sentimientos de desagrado. La situación es dolorosa y la persona no está de acuerdo en vivirla.
- 3.- Tendencia de retornar al pasado. El doliente desea volver al pasado y recuperar a la persona desaparecida.
- 4.- Cólera. El doliente se enoja con la vida, con Dios y consigo mismo por no haber detenido la pérdida. Se presentan a su vez sentimientos de culpa.
- 5.- Sensación de mutilación. El doliente siente que ha perdido algo muy importante de sí mismo, siente que ya no puede continuar viviendo de la misma manera como lo había hecho hasta entonces.
- 6.- Identificación. Es común que el doliente se "identifique" con la persona fallecida y empiece a hacer actividades que el fallecido hacía o que utilice sus modismos.
- 7.- Desprendimiento. Es cuando el dolor poco a poco va menguando y el doliente recupera las actividades de su vida cotidiana.
- 8.- Cierre. Es cuando se recuerda a la persona fallecida con sentimientos de nostalgia y alegría, ya no duele pensar en ella.⁶⁹

"La muerte es parte de la vida, al igual que el amor. La pérdida de un ser querido puede ser el precio que pagamos por el amor... cuanto mas intenso sea éste, mayor será la pérdida y el dolor."

Nancy O'Connor

3.6 Conclusión.

Aunque el proceso de muerte y la muerte en sí sea un hecho medible y observable, no es posible describir de manera precisa que es exactamente lo que experimenta la persona que está muriendo o quienes la acompañan. Esto es debido a que en todo deceso, las emociones y la visión de la muerte están muy unidas a la fé del individuo, a su contexto social, la edad y el motivo por el cual se está dando el desprendimiento.

Cierto es que la muerte es un hecho cotidiano, que tarde o temprano todos vamos a experimentar en nosotros mismos, pero que también experimentamos al presenciar la ausencia de algún ser querido, al llevar a la conciencia el hecho que no somos eternos, que la vida es efímera y que no puede haber vida sin muerte, como no puede haber muerte sin vida.

⁶⁹ Información obtenida en el Diplomado en Tanatología impartido por el Instituto Mexicano de Tanatología A C. Módulo IV. El duelo. Con sede en el Hospital Gea González. Generación 1996-1997

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

El hombre, en su necesidad de encontrar su origen y conocer su futuro, desde siempre ha buscado apoyarse en una forma específica de pensamiento, (filosofía) para encontrar respuestas a las eternas interrogantes a las que se expone durante su vida. El hombre entonces crea sistemas de pensamiento que lo apoyan para aliviar la ansiedad que experimenta cuando sus preguntas sólo tienen a la incertidumbre como respuesta. Debido a lo anterior es que el concepto de muerte y las expectativas de una vida futura dependen mucho del momento histórico, de la religión y de la corriente filosófica de pensamiento que viven los familiares de quien vive un proceso de muerte.

El miedo a dejar de existir, a dejar de pertenecer a un grupo específico, a sufrir y el miedo a lo desconocido, implícito en la naturaleza del hombre, ocasionan que alrededor de la muerte se creen mitos y ritos que buscan aliviar el dolor y el sufrimiento y que tienen como objeto ayudar a darle paz al moribundo y a sus familiares. Sin embargo, el único camino para aliviar el sufrimiento es vivirlo, es experimentarlo hasta que poco a poco, el deudo acepta la partida del ser querido y termina por sobreponerse a ese momento de angustia, dolor y crisis que experimenta.

Capítulo IV

La crisis ante la pérdida, el doliente y la Psicoterapia Gestalt.

No es que muera de amor, muero de ti.
Muero de ti, amor, de amor de ti,
de urgencia mía de mi piel de ti,
de mi alma de ti y de mi boca
y del insoportable que yo soy sin ti.

Muero de ti y de mí, muero de ambos,
de nosotros, de ese.
desgarrado, partido,
me muero, te muero, lo morimos.

Morimos en mi cuarto en que estoy solo,
en mi cama en que faltas,
en la calle donde mi brazo va vacío,
en el cine y los parques, los tranvías,
los lugares donde mi hombro acostumbra tu cabeza
y mi mano tu mano
y todo yo te sé como yo mismo.

Morimos en el sitio que le he prestado al aire
para que estés fuera de mí,
y en el lugar en que el aire se acaba
cuando te echo mi piel encima
y nos conocemos en nosotros, separados del mundo
dichosa, penetrada, y cierto, interminable.

Morimos, lo sabemos, lo ignoran, nos morimos
entre los dos, ahora, separados,
del uno al otro, diariamente,
cayéndonos en múltiples estatuas,
en gestos que no vemos,
en nuestras manos que nos necesitan.

Nos morimos, amor, muero en tu vientre
que no muerdo ni beso,
en tus muslos dulcísimos y vivos,
en tu carne sin fin, muero de máscaras,
de triángulos oscuros e incesantes.

Me muero de mi cuerpo y de tu cuerpo,
de nuestra muerte, amor, muero, morimos.
En el pozo de amor a todas horas,
inconsolable, a gritos,
dentro de mí, quiero decir, te llamo,
te llaman los que nacen, los que vienen
de atrás, de tí, los que a tí llegan.

Nos morimos, amor, y nada hacemos
sino morimos más, hora tras hora,
y escribimos y hablamos y morimos

Jaime Sabines

* Capítulo IV. La crisis ante la pérdida, el doliente y la Psicoterapia Gestalt.

4. Introducción.

El hombre durante toda su vida se encuentra sumergido en situaciones de éxito y fracaso, de alegría y contrariedad, de seguridad y miedos. El hombre no puede controlar todo lo que sucede en su medio ambiente y es por eso que en su vida, constantemente experimenta situaciones para las cuales no estaba preparado o ni siquiera podía imaginar que podrían llegar a suceder. Sin embargo, todas estas situaciones además de representar un riesgo también implican una oportunidad de crecimiento personal.

Es más probable que el ser humano pueda encauzar hacia su bienestar los momentos que se viven con alegría y dicha, sin embargo, en los momentos difíciles, cabe la posibilidad de que la persona se sienta paralizada, que sienta que no hay ninguna salida para aliviar el sufrimiento y que la vida ya no tiene sentido. Una de estas situaciones puede ser la muerte de un familiar significativo o el proceso de muerte ante una enfermedad terminal. Cuando no se puede encontrar un sentido al sufrimiento, cuando no quedan respuestas ante el sinnúmero de preguntas, cuando el sentimiento que predomina es la desesperanza y la angustia, podemos decir que estamos ante una crisis.

Sin embargo, la crisis implica un cambio y el cambio trae consigo la posibilidad de crecer y de mejorar. Es por eso que en el presente capítulo se buscará dar un sentido al sufrimiento, se describirán técnicas para acompañar al doliente en su crisis y se dará un marco teórico para poder entender que es lo que vive tanto el moribundo como el familiar del enfermo terminal en el proceso de muerte.

En psicoterapia no hay leyes, es decir, no podemos asegurar que una determinada técnica aliviará o cesará la crisis de un individuo, sin embargo, sí podemos asegurar que para que la persona en crisis alivie su sufrimiento es necesario que le de un nuevo sentido a éste, que vislumbre la posibilidad de crecer y que adquiera una actitud de reto y de oportunidad ante lo que vive.

La psicoterapia Gestalt busca dar este nuevo enfoque, ante la realidad, cruda y fría, del proceso de muerte de un familiar significativo.

4.1 Pérdidas y miedos que se viven en la enfermedad terminal.

Hay que recordar que para la psicoterapia Gestalt, cualquier situación de crisis trae consigo algún componente de temor y necesidad no resuelta más un factor de fijación. Cualquiera que viva una enfermedad progresiva e incurable enfrenta muchas pérdidas antes de que llegue la muerte, además que anticipa su propia agonía. Hay pérdidas tanto físicas como psicológicas, que van acompañadas de cambios en las diversas áreas de la vida del enfermo.

Sherr, L. (1992) menciona las siguientes pérdidas que enfrenta una persona con una enfermedad terminal antes de su muerte: pérdida de relaciones interpersonales, de status económico y social, de sexualidad, de la autoimagen, pérdida de planes, de proyectos y la posibilidad de tener un futuro agradable y finalmente, pérdida total por la muerte.⁷⁰

En los pacientes terminales existen una amplia variedad de miedos que pueden ser reales o ficticios. En general algunos de los miedos que han sido expuestos por los diversos autores y que señala Aguilera (1989) son:

- A exponer sus pérdidas físicas e intelectuales ante los demás.
- A perder el atractivo físico.
- Miedo a la estigmatización y al rechazo social.
- A la baja de status financiero y laboral.
- Al aumento de la dependencia y a la pérdida de funciones.
- A volverse demente.
- A perder sus seres queridos.
- Al dolor y sufrimiento (a no ser capaz de soportarlo o enfrentarlo) y perder el control.
- A la incapacidad para tomar decisiones.
- Al abandono, a la soledad y a la tristeza.
- A perder la identidad teniendo un derrumbé psicológico.
- Y sobretodo, a la agonía, a la muerte y a lo desconocido que vendrá después de ella.⁷¹

Sin embargo, estas pérdidas y miedos no sólo las experimenta el que padece la enfermedad terminal, sino que los familiares también los viven, pues presencian y anticipan la agonía de su ser querido y de alguna manera, al ver morir al otro, anticipan también su propia muerte, que llegará algún día.

4.2 Necesidades psicológicas que se experimentan en la enfermedad terminal.

Para Rossi (1990), las necesidades psicológicas de las personas que sufren una enfermedad terminal son:

- Aliviar ante todo el dolor físico. Si el paciente experimenta dolor, no será posible que pueda aliviar o centrarse en el sufrimiento psicológico que vive en su enfermedad.
- Necesidad de conocer el diagnóstico, desarrollo de la enfermedad y el pronóstico esperado.
- Necesidad de sentirse totalmente involucrado con su tratamiento.
- Necesidad de que se respete su independencia.

⁷⁰ Sherr, L. (compilador) Capacitación del cuerpo médico: una necesidad no un lujo En Agonía, muerte y duelo. Ed. Manual Moderno México D.F. 1992 pag- 54-55

⁷¹ Aguilera, C Diferencia en la adaptación psicológica en homosexuales con reacción positiva o negativa a la prueba de anticuerpos contra el VIH. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana 1989

- Necesidad de cuidar en la medida de lo posible su imagen física y su dignidad personal.
- Necesidad de hablar y ser escuchado.
- Necesidad de sentirse comprendido.
- Necesidad de proyectar en el que escucha importantes cargas de agresión.
- Necesidad de darle un sentido a su sexualidad limitada.
- Necesidad de procesar sentimientos de culpa y de disminuir fantasías persecutorias.
- Necesidad de un desarrollo espiritual.
- Necesidad de sentirse amado y acompañado.⁷²

Al igual que los pacientes terminales, la familia y en general los seres queridos enfrentan muchas realidades y dificultades a las que se debe responder. Ellos también viven un proceso de ajuste psicosocial debido a la situación de enfermedad y necesitan aceptar su nueva identidad como familiares que sufren una enfermedad terminal. Sufren el estigma social y el aislamiento por parte de la sociedad, ya que normalmente los familiares del paciente terminal dejan de asistir a reuniones y eventos sociales y viven un tipo de marginación.

Se ha encontrado que en una sociedad latinoamericana como la nuestra, la familia sigue siendo uno de los sistemas de apoyo más importantes para el enfermo terminal. Así mismo, se ve que gran parte del cuidado y atención a los pacientes recae en manos de sus familiares y sobretodo la pareja, por lo que ellos enfrentan una gran gama de necesidades y de no recibir apoyo psicológico para sí mismos, pueden desgastarse tanto emocionalmente que no sean capaces de comprender o hacer frente a la negativa, el enojo o la desesperación del paciente, por más que lo deseen. Esto sucede sobretodo cuando la enfermedad o la agonía se prolongan demasiado y es entonces cuando tienden a presentarse las crisis.

Cuando se toma la decisión de llevar a un ser querido a morir en casa, debe ir acompañada de una valoración completa de cada caso, asegurándose que el enfermo y la familia posean ciertos requisitos previos básicos, como lo es el apoyo médico y psicológico. Esto se debe a que el cuidado del paciente crónico o del terminal, recluido en su domicilio conlleva una grave carga social y psicológica que recae básicamente en la pareja y en los hijos, (sobretodo en las mujeres, ya que históricamente el papel femenino incluye este tipo de responsabilidad).

En el apoyo psicológico se busca facilitar el soporte emocional, el apoyo social y el lograr que tanto el paciente como los familiares busquen su autocuidado. Este último implica animar y enseñar al paciente terminal a que haga sus propios planes en función de su vida diaria y motivarlo para que tenga continuidad y buscar que los familiares, en la medida de lo posible, hagan lo mismo, para que no vivan únicamente alrededor del que está por morir.

⁷² Rossi L. Necesidades psicológicas del paciente infectado de VIH. Boletín mensual de CONASIDA 1990 Tomo 4 (11), pp- 1005-1013

Cada uno de los familiares del enfermo terminal tiene sus propias necesidades y obligaciones, dentro y fuera de casa y es importante que puedan definirse y descubrirse como seres con vida propia, que si bien comparten el sufrimiento con el enfermo y buscan darle cuidado y atención, necesitan seguir con sus vidas propias y no descuidarse ni a si mismos, ni al resto de los seres queridos.

4.3 Apoyo psicológico para el familiar del enfermo terminal.

El apoyo psicológico a la persona que vive la enfermedad terminal de familiar se ha reconocido como una de las necesidades primordiales que hay que cubrir, ya que es necesario apoyarlo para que pueda encontrar una cierta adaptación a su situación actual. El apoyo se puede brindar desde que se conoce el diagnóstico, a través de la crisis que se vive como resultado de la noticia, durante el reajuste a un nuevo tipo de vida y en las etapas terminales.

El tomar una psicoterapia, sobretodo en los momentos de crisis, les permite a los familiares del paciente terminal elaborar poco a poco la muerte. Las etapas por las que pasan con este apoyo, les sirven para depositar toda su angustia y temor hacia la muerte y hacia la pérdida y finalmente pueden lograr su aceptación de manera tranquila, permitiendo despedirse y acompañar con dignidad al enfermo terminal hasta el final.

Según Deuchar (1984), la meta de esta intervención psicológica con familiares de pacientes terminales es habilitarlas a aceptar la enfermedad terminal y recobrar la habilidad para manejar sus vidas, ya que la psicoterapia es una reestructuración que incluye el encontrar un nuevo significado a la vida y a la relación con el paciente enfermo, adaptándose a las limitaciones que impone la situación. Es indispensable considerar los mecanismos que utiliza la persona para hacer frente a la situación y buscar otros nuevos para tratar con el problema actual.

Es importante que el familiar del paciente terminal sepa que hay alguien (el terapeuta) que está dispuesto a brindarle ayuda a él y no sólo al enfermo. Es muy importante atender los sentimientos de culpa y de negación a fin de favorecer la aceptación de la enfermedad y fomentar una despedida sana.⁷³

Es importante también que el familiar del paciente terminal aprenda a hablar con la verdad y a no sentirse culpable por hablarla aún con el mismo paciente. Es común que se experimente culpa al no ocultar el diagnóstico o el pronóstico, sin embargo, es aconsejable decir la verdad y crear un canal de comunicación honesto con el que vive la enfermedad terminal.

Cuando el familiar del paciente terminal experimenta culpa, la intervención en este momento lo ayuda a limpiarla y a sobrellevar el miedo y el coraje que experimenta al informar y hablar acerca del mal pronóstico con el enfermo.

⁷³ Deuchar, N. AIDS in New York City with particular reference to the psicho-social aspects. British Journal of Psychiatry 1984 Tomo 142 (1), 82-86

Fernández (1990), concluye que es importante apoyar al familiar del enfermo terminal para que comunique el diagnóstico y el pronóstico siempre cara a cara, en privado, sin demoras, siendo sincero y abierto, hablando con sencillez y claridad, entendiéndose que seguramente el paciente reaccionará con sufrimiento ante la noticia.

Aunque aparentemente el hablar con la verdad ocasiona sufrimiento al paciente terminal, le permitirá elaborar su propia muerte, aceptarla y desprenderse de la propia vida con tranquilidad, que es el objetivo principal de cualquier consejería tanatológica.⁷⁴

En la intervención en crisis, es importante asegurarse de que las emociones sean expresadas, que se atiendan las necesidades físicas del familiar del paciente terminal y que no se califique de "buena o mala" ninguna emoción. La orientación de la intervención, según Sherr (1992) debe contemplar la solución de problemas prácticos en cuanto al manejo del enfermo y sus cuidados y las responsabilidades de la propia vida, analizar alternativas y usar los recursos disponibles y se le ha de ayudar a desarrollar un entendimiento genuino de sus necesidades emocionales y a aceptar la realidad tal y como es.⁷⁵

Para Anderson (1991), como en toda crisis, lo primero es validar los sentimientos y dar apoyo al familiar del paciente terminal. Es importante que después se le acompañe a establecer control y a resolver problemas estableciendo metas a corto plazo. Es importante que el familiar identifique los aspectos controlables de la situación, que pueden convertirse en el foco de actividades dirigidas a metas. Así, el familiar puede comprender que la vida sigue, que el que está muriendo no es él y que el abandonarse a sí mismo por el enfermo no cambia ni el diagnóstico ni el pronóstico.⁷⁶

Así, aun en la técnica psicoanalítica, según lo afirma Kleppsch (1985), basado en la obra del Dr. Lawrence para personas que viven un cáncer terminal, la meta final de la intervención es que tanto el paciente como su familia pueda vivir, en la medida de lo posible, independencia y control de la propia vida. El terapeuta transmite al paciente terminal y a su familia la convicción de que la persona misma tiene la capacidad de enfrentar la propia vida, la enfermedad y destino. Busca que cada uno de los que viven afectados por la enfermedad terminal logren vivir una vida emocional plena y satisfactoria en los días que queden antes que muera el enfermo terminal.

Además, también este enfoque busca que el paciente y su familia se despidan mutuamente y que hagan una evaluación de todo lo bueno que vivieron juntos, con el objetivo de aminorar el miedo a la muerte, ya que según este autor, siempre tiene su origen en la convicción de que no se ha vivido lo suficiente.

El mayor énfasis en el análisis ha de ser ayudar al familiar del enfermo terminal a tener una mayor comprensión y aceptación de la enfermedad y del proceso de muerte y afirma

⁷⁴ Fernández, A. Reacciones emocionales en 2 grupos de adolescentes con tipos de cáncer diferentes: osteosarcoma y enfermedad de Hodgkin. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología U.N.A.M. 1990

⁷⁵ Sherr, L. (compilador) Op-cit pág 55

⁷⁶ Anderson AIDS and Terminal diseases. Abstracts of the Psychological and Behavioral Literature. (third edition) American Psychological Association 1991

que en ocasiones es bueno ayudarlo a intelectualizar la enfermedad para disminuir los sentimientos hostiles o de culpa.⁷⁷

Según Schwartz y Karasu (1977, cit. por Kleppsch 1985), el objetivo de la psicoterapia con pacientes terminales o sus familias es lograr un tipo de eutanasia, es decir, lograr el arte de morir fácilmente y sin dolor, donde la angustia y el miedo a la muerte deben ser aminorados, logrando que el paciente y sus familiares elaboren la despedida y "accepten lo inaceptable", el hecho inminente de la muerte. Lo que estos autores sugieren es la técnica de la revisión de la vida, la cual consiste en revivir los momentos más importantes de la vida, con el objetivo de que la persona que muere se de cuenta de los momentos intensos y llenos de vida que experimentó, para que pueda disminuir la ansiedad de no haber vivido lo suficiente y para que pueda decidir las personas de las cuales habrá que despedirse.

Por lo tanto, sea cual sea el enfoque terapéutico cuando se trabaja con una enfermedad terminal, lo que se busca generalmente es que el familiar del paciente terminal logre reincorporarse a su vida cotidiana, que supere los sentimientos de culpa y enojo que experimenta y que pueda elaborar la despedida aceptando la realidad de la enfermedad y aprendiendo a obtener de esa experiencia un aprendizaje positivo. Para conseguir lo anterior se pueden utilizar técnicas de diversas corrientes psicoterapéuticas y se considera que la psicoterapia Gestalt puede ofrecer su base teórica y sus herramientas para conseguir los anteriores objetivos.

4.4 Elaboración del duelo, único camino para decir "adiós".

En la gran mayoría de las teorías de la personalidad más sobresalientes, no se ha dejado de mencionar la importancia que tiene la presencia de la muerte en la vida del ser humano, así como la necesidad de percibirla de una manera más natural y sana. La muerte se ha convertido en tabú, en algo indeseable y temido que debe ser evitado y es por eso que en nuestra cultura, el envejecer y la enfermedad son vistos como una calamidad, como una desgracia. El hombre busca detener el paso del tiempo, busca negar que cada día que pasa se encuentra más cerca del día de su muerte. Esto se ve claramente en la necesidad de ocultar el envejecimiento por medio de maquillaje, cirugía plástica y ejercicio, hasta el punto que la industria del cosmético se ha convertido en una de las más importantes a nivel mundial.

Sin embargo, el ocultar o, más bien, el "jugar a ocultar" el paso del tiempo no nos sirve de mucho, pues en ese sentido el hombre ya tiene una batalla perdida con la muerte. Hagamos lo que hagamos, tarde o temprano moriremos.

El temor hacia la muerte es tan grande que cuando muere, o está por morir un ser querido, se considera tan morboso, doloroso y cruda la situación que se inventan cuentos

⁷⁷ Kleppsch, S. La biopatía del cáncer según Reich y la organomía médica. Tesina de Licenciatura en Psicología Universidad Iberoamericana México D.F. pag 87-92

sobre el cielo, el regreso de los muertos, la inmortalidad y la reencarnación para no aceptar lo que es evidente: el ser querido se fué y nunca más va a regresar.

Como se indicó, una de las primeras personas que propuso la intervención en el proceso de duelo fué Elizabeth Kübler-Ross. En "Death and Dying" (1969) habla específicamente de como apoyar al paciente terminal y a sus seres queridos a elaborar el duelo por la muerte. Como se vió en el capítulo III (El enfermo terminal, el proceso doloroso y la muerte), Kübler-Ross afirma que el duelo sigue 5 etapas o pasos: negación, ira, negociación o regateo, depresión y aceptación y propone que el escuchar y el permitir que el enfermo terminal y sus familiares experimenten y expresen sus emociones es el arma más útil para completar el proceso.

Este proceso de 5 fases se presenta también en cualquier otro tipo de pérdidas a lo largo de la enfermedad terminal y afirma que este proceso no necesariamente se presenta en ese orden, sino que pueden regresarse a etapas anteriores aunque ya se esté experimentando una etapa más avanzada.

Lo más importante es permitir que la persona manifieste abiertamente todas sus emociones y pensamientos con el fin de ir aceptando paulatinamente la realidad de la pérdida. Cualquier persona que este en proceso de elaborar un duelo tiene la necesidad apremiante de expresar lo que siente y lo que piensa.

Al hablar del proceso doloroso, Kübler-Ross habla de los "asuntos inconclusos" que impiden que se elabore el duelo y que impiden que el doliente pueda retirar la energía depositada en el ausente.

Este es el principal punto de unión entre lo que pretende la Psicoterapia Gestalt y la consejería tanatológica, elaborar los "asuntos inconclusos" para permitir que el individuo utilice la energía que está depositando en ellos, en sí mismo y en otras personas y actividades que le permitan buscar la felicidad.

Si estos asuntos inconclusos no se elaboran, la persona estará permanentemente tratando de satisfacerlos en la fantasía, sin avanzar en el proceso de aceptación.

En el proceso de elaboración del duelo, es importante que la persona se sienta comprendida y apoyada, que sienta que sus reacciones de ira, culpa y depresión son normales y que "están bien" y que lejos de encubrir sus emociones, la salida para superarlas es el expresarlas. Esto se puede llegar a dificultar debido a la reacción de las personas que se encuentran cercanas a él y que esperan que el doliente asuma la situación sin mostrar muestras de tristeza, coraje o debilidad.

Es por eso que el espacio psicológico que puede brindar una psicoterapia es ideal para la expresión de emociones. La comprensión empática y el hacer sentir al paciente que puede manifestar sus emociones sin tener que medirse, es el medio para lograr el proceso de aceptación

El acompañar a una persona a elaborar el duelo, sea anticipatorio o sea reciente, es muy confrontante para el terapeuta que lo realiza, ya que se reviven pérdidas pasadas y duelos no resueltos. Es fundamental que el terapeuta esté consciente de cuál es su propia

actitud, sus temores y sus fantasías acerca de la muerte y las pérdidas y sobretodo que haga constante conciencia de lo que experimenta en el proceso de elaboración del duelo de su paciente. Es aconsejable que el terapeuta se de la oportunidad de tener un espacio psíquico (una psicoterapia o un grupo de supervisión), en el cual pueda expresar lo que siente, sus fantasías, sus temores y su experiencia al trabajar con pacientes terminales o sus familiares.

Después de Kübler-Ross, se han desarrollado diferentes propuestas de intervención bajo distintos enfoques y actualmente, sobretodo en Estados Unidos, existen numerosos grupos de autoayuda para personas que viven un duelo, que viven alguna enfermedad terminal (especialmente SIDA), para parejas que han perdido un hijo, para viudos, para familiares de suicidas o para personas que han perdido un ser querido por un acto imprudencial.

James Worden (1982, cit. por Pérez 1996) propuso su propio esquema de cómo se da el proceso de elaboración del duelo, señalando que se pueden seguir una serie de "tareass" que la persona debe completar antes de pasar a la siguiente.

Worden propone acciones concretas que el paciente, acompañado por su terapeuta, debe llevar a cabo con el fin de ayudar a la persona a facilitar su proceso; así el terapeuta se debe concentrar en.

- a) Ayudar al doliente a actualizar la pérdida.
- b) Ayudar al doliente a identificar y expresar sus emociones.
- c) Facilitar la habilidad del paciente para vivir sin el difunto y tomar decisiones independientes en casos concretos.
- d) Facilitar la separación emocional del difunto.
- e) Proporcionar el tiempo necesario para la elaboración del duelo.
- f) Interpretar conductas normales
- g) Permitir y evaluar las diferencias individuales.
- h) Proveer apoyo continuo.
- i) Examinar las defensas (resistencias) y la forma de enfrentarse al duelo.
- j) Identificar la existencia de una patología y si es necesario referir a quien pueda brindar ayuda específica.⁷⁸

⁷⁸ Pérez E. Ma. Elena La formación terapéutica del pedagogo para el trabajo interdisciplinario en la educación de niños con cáncer Tesis de Lic en Pedagogía. Universidad Panamericana México D.F. 1996

4.4.1 Elaboración de la despedida desde el punto de vista Gestalt.

Específicamente en Psicoterapia Gestalt, Stephen Tobin (1975) en su artículo “El proceso de despedirse”, afirma que en general la mayoría de las personas fracasan de algún modo en el proceso de despedirse o concluir alguna relación. A esta reacción la llamó “agarrarse”.

Habla de que la reacción adaptativa a la pérdida de una persona amada es un período bastante largo de pena y dolor, seguido por un renacer del interés por las personas vivas y las cosas en general.

“La reacción de ‘agarrarse’ tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía.”⁷⁹

Una vez más, Tobin afirma que una de las causas de la reacción de agarrarse la constituye la presencia de gran cantidad de asuntos incompletos entre las dos personas, con anterioridad al término de la relación. Al hablar de “asuntos incompletos” se refiere a una emoción vivenciada una o más veces durante la relación, pero que por diversos motivos no fué expresada. Al hablar de por qué una persona permite ir acumulando situaciones inconclusas Tobin dice:

“ La gran mayoría de las personas comienzan desde la infancia a suprimir emociones dolorosas o arrolladoras mediante la contracción crónica de la musculatura lisa y esquelética y la inhibición de la respiración. Esto produce el entumecimiento de sus cuerpos y cuando llegan a ser adultos, su sensibilidad corporal está seriamente disminuida. Y como todos los sentimientos están localizados en el cuerpo, no logran percatarse de ellos. Esta falta de capacidad de darse cuenta les imposibilita concluir situaciones emocionales. Incluso, si llegan a percatarse de sus emociones, su tendencia es suprimirlas; desde sus mentes reciben órdenes que dictan que no deberían enojarse, que no deberían expresar amor, que no deberían sentirse tristes. Así entonces van silenciando los mensajes que su cuerpo les entrega y van transformando la excitación emocional en dolor físico, tensión y ansiedad.”⁸⁰

Tobin también habla de una segunda modalidad que las personas utilizan para evitar concluir determinadas situaciones y que consiste en otorgar un gran valor a alguna de las ganancias secundarias que se obtienen al “agarrarse”. Cuando el presente no les resulta excitante o se sienten incapaces de comprometerse con otras personas, pueden dar alivio a sus sentimientos de soledad pensando en sus relaciones pasadas.

Pueden haber asuntos inconclusos entre padre e hijo, entre esposos, entre amantes, entre amigos o entre cualquier otro par de personas que hayan tenido una relación intensa y duradera. Cuando no se han expresado las emociones, el individuo se halla aún cargado

⁷⁹ Tobin S. El proceso de despedirse, en Stevens J. Esto es Gestalt. Editorial Cuatro Vientos. Santiago, Chile 1975 pag- 121

⁸⁰ Ibidem pag -123

con mucha emoción acumulada y no expresada y la presencia de estas emociones inexpressadas dificulta poner término a la relación, sencillamente debido a que la otra persona ya no está cerca para escucharlas, o está demasiado enferma para sostener un confrontamiento.

Tobin sugiere que una forma de solucionar ésto es que la persona exprese sus sentimientos en fantasía a la persona que se ha alejado.

Sin embargo, es importante que se analicen cuáles son los beneficios al no despedirse. El despedirse y elaborar el duelo necesita pasar por el sufrimiento de soltar las amarras y aceptar que la relación ha terminado y que el vínculo emocional que hay o que hubo en la relación está terminado o bien, está a punto de terminar.

Al hablar de las consecuencias del agarrarse, Tobin comenta:

“ Una de las consecuencias del agarrarse son los síntomas físicos. Algunos pacientes han identificado partes de sus cuerpos como representativas de personas que se han ido... los que han rehusado despedirse generalmente presentan síntomas emocionales. Por ejemplo, aquellos que se han identificado con personas fallecidas, están emocionalmente muertos. Otro resultado emocional bastante corriente de la reacción de agarrarse es una actitud auto-compasiva y quejumbrosa hacia sí mismo; y, hacia la persona que se ha ido, una actitud quejosa y culpante. El quejumbroso a menudo usa a la persona que se ha ido como excusa para sus inadecuaciones.

Un tercer síntoma es la incapacidad para establecer relaciones estrechas con otras personas. El que está continuamente fantaseando con el pasado o con relaciones con personas que se han ido, tiene poco tiempo para los que están cerca. No ve, ni oye, ni siente lo que ocurre en el presente.”⁸¹

Mientras mayor es la capacidad de una persona para concluir situaciones en una relación, más auténtica es la relación. Sin embargo, lo que sucede en la mayoría de las relaciones íntimas es que después de un tiempo se han acumulado tantos resentimientos y desengaños inexpressados que las personas cesan realmente de disfrutar sus relaciones en el presente.

Las personas que pueden despedirse con un buen “adiós” cuando se termina la relación o está a punto de terminarse, son más capaces de comprometerse totalmente con el otro de una forma realista, genuina y significativa.

4.4.2 Trabajando con la despedida y el asunto inconcluso por medio de técnicas de Psicoterapia Gestalt.

Según Tobin (1975), el primer paso para ayudar a despedirse a un paciente que está agarrado es hacerlo tomar conciencia de su estar agarrado y de cómo hace esto. Por lo general, es algo que el paciente dice o hace en terapia, sea de grupo o individual, lo que hace sospechar es está en conflicto respecto a algún asunto incompleto. Como la mayoría

⁸¹ Ibidem pag 126-127

de las emociones, el “estar agarrado” normalmente presenta una representación corporal y el terapeuta debe estar muy conciente del lenguaje no verbal de su paciente.

Después que el paciente ha descubierto su estar “agarrado” y cuáles son las ventajas secundarias de no despedirse, necesita decidir si quiere seguir viviendo así o bien si quiere elaborar la despedida.

Cuando decide despedirse, la técnica de la “silla vacía” puede ser de gran utilidad.

Al paciente se le ubica en una silla y se le pide que imagine a la persona fallecida o que está a punto de fallecer en la “silla vacía”. Se le pregunta que está vivenciando mientras la imagina. Sea cual fuere la emoción o el pensamiento expresado se le pide al paciente que se lo diga directamente a su familiar terminal. Frecuentemente los pacientes vivencian resentimiento por no haber sido “queridos los suficiente” o bien sienten culpas por no haber sido más bondadosos con la persona antes de que muriera.

Se le puede pedir también que el paciente luego ocupe el lugar de su familiar en la otra silla y responda como él lo hubiera hecho.

“La persona fallecida imaginada por el paciente puede sentir rabia por la falta de bondad del paciente hacia él; o bien puede asumir una actitud defensiva ante el resentimiento expresado por el paciente y dar disculpas por su falta de amor. Después que la persona muerta ha dicho lo suyo, le pido al paciente que cambie de asiento y vuelva a ser él mismo en la primera silla y le pido que responda al muerto imaginado. Cuando el paciente se ha metido completamente en los dos roles, le sugiero que se cambie de sillas tantas veces como quiera.

En casi todos los casos se expresa mucha emoción - rabia, dolor, resentimiento, amor, etc.-. Cuando ya el paciente aparenta no tener más asuntos inconclusos, le pregunto si se siente preparado para despedirse. Si el paciente está dispuesto y listo para concluir la relación, por lo general se produce una explosión emocional. Lo habitual es que el paciente complete su proceso de luto y llore; sin embargo, a veces se presenta un sentimiento de gran alivio y alegría por haber eliminado un peso muerto. Lo típico es que surjan sentimientos de mayor calidez y cercanía hacia la persona.”⁸²

Tobin termina su artículo afirmando que si bien no ha hecho estudios sistemáticos sobre los efectos posteriores, su impresión es que los resultados son duraderos y lo habitual es que el paciente piense poco o nada en la persona desaparecida y adquiera un sentimiento de mayor energía y un mayor interés por la vida y las demás personas.

La situación antes descrita por Tobin, puede realizarse cuando el paciente terminal ha muerto o cuando todavía no ha fallecido. La ventaja de realizarlo cuando sigue vivo es que su familiar puede descubrir la capacidad para solucionar los conflictos entre ellos en el presente y no únicamente en la fantasía. Puede decidir que quiere despedirse de él en la realidad y sanar la relación que hay entre ambos antes de que llegue el momento de morir.

⁸² Ibidem pag 128-129

Cuando los sentimientos hacia el enfermo terminal son únicamente positivos, el familiar puede descubrir la oportunidad de expresarlos y de agradecerle a él mismo los momentos que vivieron juntos, acercarse a él y comunicarle como se siente y se puede dar un lazo de amor y apoyo mutuo mucho mayor.

La ventaja del espacio terapéutico es que el familiar del paciente terminal puede "ensayar" como expresar sus emociones y decidir como quiere acercarse al moribundo.

4.5 Psicodiagnóstico Gestalt. Primer paso para la intervención en crisis.

Como lo indica el Cuaderno de Trabajo de la Especialización en Intervención en Crisis (único material existente sobre intervención en Crisis por medio de la Terapia Gestalt), del Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, el objetivo de realizar un psicodiagnóstico del paciente que acude en una crisis (en este caso por tener a un familiar terminal) no es otro que contribuir a que psiquiatras, psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales que conozcan la Psicoterapia Gestalt, se familiaricen con el particular punto de vista de este enfoque humanista.

Lo más importante es partir de la base que la Psicoterapia Gestalt no entiende a una persona en crisis como a un enfermo, sino que se busca entender su propio contexto y existencia, tomando en cuenta antes que nada su "darse cuenta" y como está experimentando la situación dolorosa. Así, desde su punto de vista, se buscará una reorganización total, una reconfiguración que no se centrará únicamente en quitar los síntomas de la crisis, sino en lograr que el paciente se descubra a sí mismo como un ser lleno de capacidades a explotar y recursos nuevos que no han sido utilizados, con el objetivo de buscar lo que para él es la felicidad.

El diagnóstico nos brinda el "aquí y el ahora del paciente", aquello que conoce de sí mismo y es la base de la cual el terapeuta puede partir. Si se desea entender a un paciente es necesario que se comience por entender su queja, y la relación que existe entre la situación actual que produce dolor y los antecedentes. Se busca entender al individuo de manera total, integral

Coggiola (1995), Coordinadora de la Especialización en Intervención en Crisis en el I.M.P.G., asegura que cuando un afecto o una necesidad no han sido satisfechos o completados, la *gestalt* sigue incompleta. Esto causa sufrimiento y angustia, y para disminuirlas, el yo deforma el cierre de la situación inconclusa y una nueva forma de cierre se crea, pero al estar deformada, el verdadero cierre no se logra y el malestar prevalece.

Al seguir presente el malestar, una nueva deformación ocurre y así sucesivamente y es la forma en que se nos presenta la queja o el síntoma, que en realidad no es la razón por la cual el paciente acude a terapia, sino que su sufrimiento es producto de una verdadera deformación, una alteración de la forma original que busca el cierre.

El síntoma es la adaptación insatisfactoria a una determinada situación. No basta conocerlo, sino que es necesario descubrir cuál es el origen de que el sujeto no se haya podido adaptar satisfactoriamente a su medio.

El diagnóstico debe ser parte del Darse Cuenta del terapeuta y permitir así comprender al paciente, comprender su percepción de sí mismo y del medio ambiente y entender, desde su punto de vista, como está viviendo la enfermedad terminal de su ser querido.

Se necesita detectar al paciente, percibirlo para comprenderlo y así poder establecer una relación con él. Se debe tomar en cuenta cualquier dato que nos brinda el paciente, sea verbal o por medio del lenguaje del cuerpo, el terapeuta deberá prestar atención al relato, a la apariencia, energía, forma en que habla el paciente, las demostraciones de sufrimiento, enojo, tristeza o ira y su capacidad para expresar sus emociones.

Desde la perspectiva Gestalt, hablar de pensamiento diagnóstico no es pensar en salud o patología, en un funcionamiento normal o anormal del paciente, sino que es buscar conocer cómo está manejando el mundo que lo rodea y su autoconcepto. Esta manera individual de percibir el mundo e interactuar con el se ve reflejada en:

- Repeticiones. Tendencia a hablar constantemente de una persona o un tema específico, tendencia también a tener un mismo patrón de relaciones interpersonales.
- Asociaciones: El flujo asociativo del diálogo del cliente al brincar de un tema a otro revela hechos que quizás el paciente no considera importantes pero que en realidad son señales de afecto.
- Omisiones: Cuando se evita hablar de una persona o situación, o cuando ciertas fases de la vida son excluidas al hacer un recuento de la propia vida, podemos encontrar claras áreas de conflicto.

Es fundamental que el terapeuta no “cristalice la figura”, es decir, que al haber creído encontrar la figura se olvide hacer un diagnóstico en cada sesión. Aunque la persona esté en crisis por la enfermedad terminal de un familiar, o tal vez esté en crisis por el fallecimiento, es importante que el terapeuta realice un diagnóstico constante, ya que quizás la misma situación que ocasionó la crisis puede dar lugar a varias necesidades no resueltas y puede generar distintos temores.

Lo que un paciente necesita hoy puede no ser lo que necesite mañana. Es importante que si el terapeuta busca que el paciente se centre en su presente, en su “aquí y ahora”, el terapeuta también lo haga y no “etiquete o estigmatice” al paciente con un diagnóstico rígido.

Hay que recordar nuevamente que el único objetivo del diagnóstico gestalt es ubicar al paciente dentro del Ciclo de la Experiencia y localizar los bloqueos en que se encuentra, con el objetivo de liberar la energía bloqueada y que el paciente encuentre recursos nuevos que no está utilizando para sentirse mejor.

4.5.1 ¿Cómo se realiza el psicodiagnóstico Gestalt en la situación de crisis?

Aun cuando el paciente esté en crisis, si está en condiciones para resolver un test, lo ideal es que para descubrir que fases del Ciclo de la Experiencia están bloqueadas se aplique el Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (TPG, 1994).

Este test, creado como una prueba que mide el momento existencial de una persona respecto a algún tema específico (en este caso la enfermedad terminal, o la muerte de su familiar) permite que el terapeuta conozca los rasgos o actitudes que el paciente tiene respecto a su situación de crisis.

Este test consta de 40 reactivos y está diseñado para detectar la presencia de los 8 bloqueos en el Ciclo de la Experiencia. Con este test se conoce el “aquí y el ahora” de la persona que lo responde, en relación con un tema específico.

“El TPG de Salama incorpora en su concepción, los elementos fundamentales y característicos del enfoque Gestalt. Es un instrumento centrado en el proceso más que en el contenido. De hecho, se le pide a la persona a quien se le presenta, que responda a los ítems en relación con un tema específico. Se toma en cuenta la variabilidad de las actitudes en cuanto a los diferentes temas que le importan al ser humano en el momento presente de su existencia.

Concebido como una prueba situacional, sus reactivos van dirigidos a la investigación y medida de los ‘rasgos o actitudes repetitivos en el momento de cumplimentación del test’. Se toma en cuenta el Aquí y el Ahora de la persona que lo responde.

Basado en el ciclo de la experiencia de Joseph Zinker, posteriormente actualizado por Salama y Castanedo, las puntuaciones que se obtienen en el TPG permiten detectar los niveles de cada bloqueo que la persona presenta en relación con el tema elegido.”⁸³

Una vez que se detectan estos bloqueos se hace evidente para el terapeuta donde se encuentra bloqueada la energía y cuáles son los patrones repetitivos de conducta del paciente. Se conocen los temores y las necesidades no resueltas de los que esos bloqueos son un reflejo, los valores que están presentes o ausentes en la experiencia del sujeto y hasta los juegos manipulativos que llevan a cabo.

En el manual del TPG, se hace una correlación entre los bloqueos aparecidos y los trastornos de la personalidad recogidos por el DSM III y DSM IV. Salama (1994) afirma que esta correlación es indispensable, pues hoy más que nunca un profesional de la salud no sólo requiere contar con su talento innato, sino que además, su formación debe incluir una base amplia de fundamentación teórica, supervisión programada continua y poner en práctica sus conocimientos mediante serias investigaciones.

⁸³ Ramos Gascón Manuel. Prólogo al Manual del test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (TPG). Ed. I M P.G. México D.F. pag 23-24

Cada uno de los 40 reactivos ha sido formulado para ser respondido en términos de “no” (falso) o “sí” (verdadero), teniendo en cuenta que la elección de cualquier respuesta por el sujeto debe ser reflejo de un patrón repetitivo de conducta que se manifiesta en su “aquí y ahora”.

Cuando los síntomas de la crisis que experimenta el paciente no permiten que resuelva el test, el diagnóstico será realizado empíricamente, por medio de la percepción y conocimiento previo del terapeuta del Ciclo de la Experiencia y sus bloqueos específicos en cada fase.

El diagnóstico lo realiza el terapeuta escuchando, observando la comunicación no verbal del paciente, cuándo coloca más emoción en su relato y analizando la manifestación de los síntomas de la crisis.

Aunque este tipo de diagnóstico no es el ideal, permite que el terapeuta ubique de manera general al paciente en el Ciclo de la Experiencia y se de una idea de donde la energía del paciente está bloqueada y no permite la elaboración de la situación de crisis.

El Psicodiagnóstico Gestalt se representa de la siguiente manera:

I. Parte con Bloqueos.

- * Tema específico: Situación de Crisis (Enfermedad terminal de un familiar)
- * Area: Intrapersonal o Interpersonal (En este caso pueden ser ambas, interpersonal al tener conflictos o temores ligados a la relación con el familiar enfermo e intrapersonal al experimentar sentimientos hostiles o de temor relacionados con la propia muerte o con la próxima muerte del familiar).
- * Fases Bloqueadas: (Se ubican en el Ciclo de la Experiencia según cada individuo).
- * Ejes de Valores Bloqueados (Honestidad, Responsabilidad, Respeto y/o Autoestima)
- * Temores en las Fases Bloqueadas
- * Características negativas de estos bloqueos.
- * Juegos manipulativos que utiliza el paciente.
- * Psicopatología asociada.

II Parte sin Bloqueos.

- * Fases libres de Conflicto (Se ubican en el Ciclo de la Experiencia)

* Ejes de Valores libres (Honestidad, Responsabilidad, Respeto y/o Autoestima)

* Características positivas de estas fases libres y ejes de valores lejos de conflicto.⁸⁴

Toda la información anterior se puede conocer por medio del Test de Psicodiagnóstico de Salama (TPG) de Salama (1994).

Una vez obtenido el diagnóstico y conociendo las fases bloqueadas en la situación de crisis, se puede comenzar a realizar la intervención.

4.5.2 Otros puntos básicos que se deben tomar en cuenta al momento de hacer el diagnóstico Gestalt.

El conocimiento de cómo reacciona el paciente ante situaciones de crisis y ante la enfermedad terminal de su familiar y la capacidad para evaluarlas rápidamente partiendo de los datos que podemos registrar, son armas fundamentales para el terapeuta. Por ello, es importante que se tomen en cuenta algunas funciones como marco de referencia para realizar el diagnóstico.

1. Relación con la realidad. Son tres aspectos principales:

a) Adaptación a la realidad.

La adaptación a la realidad necesariamente abarca la función de síntesis de la persona, así como la percepción, pensamiento y ejecución motora. Es conveniente evaluar si el paciente sabe quien es, donde se encuentra, que situación dolorosa está viviendo y si conoce la fecha que se vive.

Las perturbaciones en la capacidad adaptativa llevan necesariamente a tener conflictos con los demás y con las tareas y actividades del sujeto. Se manifiestan en grados variables de conducta inapropiada, acompañadas de dificultades en la percepción de la realidad.

Con una capacidad adaptativa disminuída, el individuo se perturba fácilmente con cualquier desviación de la rutina normal

b) Prueba de la realidad.

Es una parte integral del desempeño de roles por parte del paciente en su vida real. Implica el juicio común, inteligencia y capacidad de resolver problemas comunes. En este apartado también se evalúa la capacidad del sujeto para diferenciarse a sí mismo de su familiar terminal, es decir, la capacidad de diferenciar la zona externa de la interna.

Cuando el sujeto se encuentra sumamente perturbado, puede mostrar incapacidad para tomar decisiones importantes sobre sí mismo y su familia, por lo que habrá que hablar con otro familiar para informarle acerca de la situación de crisis del paciente.

⁸⁴ Coggiola Yolanda Cuaderno de Trabajo de la Especialidad en Intervención en Crisis. Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt Módulo III México D.F. 1995 pág - 6

c) Sentido del “Sí mismo”.

Cuando no se tiene buen contacto con la realidad, es muy difícil que el sujeto tenga capacidad de “darse cuenta” y para establecer los límites del yo, es decir, para diferenciar lo que es un problema real y lo que es un problema imaginario (zona de la fantasía).

Cuando las perturbaciones en el sentido del “Sí mismo” son significantes, la angustia ocasionada por las fantasías catastróficas no se puede aliviar, ya que el sujeto no puede diferenciar muchas veces lo que está ocurriendo en el momento preciso (presente) y lo que cree que va a ocurrir en el futuro.

Es importante que el terapeuta cuando observe que el paciente no tiene contacto con la realidad o su relación con ella no sea estable, lo canalice a atención psiquiátrica, pues los límites de la Psicoterapia Gestalt indican que no se puede trabajar con psicosis o brotes psicóticos mediante técnicas gestálticas, ya que ellas tienen su fundamento en la capacidad de “insight” del paciente, que bajo las condiciones antes mencionadas se encuentra totalmente inhibida.

2. Regulación y control de la Agresión.

La capacidad para regular la expresión de la agresión se desarrolla a través de patrones de conducta aprendidos que acompañan la socialización del niño y de el proceso de maduración individual que ha tenido cada individuo a través de su vida.

La capacidad para regular la agresión también depende de la intensidad de ésta.

Es importante conocer la capacidad de control de la agresión para prevenir que el paciente se haga daño a sí mismo o a quienes lo rodean al no poder controlarse ante su situación de crisis.

Nuevamente se sugiere que si el terapeuta considera que el paciente no tiene la capacidad suficiente para regular sus muestras de agresión (que haya peligro de actos destructivos hacia sí mismo o hacia los demás) que sea referido a atención psiquiátrica.

De igual manera, es común que los pacientes con un familiar terminal padezcan algún tipo de depresión. Se aconseja que si el síntoma depresivo es importante (que esté interfiriendo con las actividades cotidianas del paciente) se refiera a atención psiquiátrica, ya que puede ser necesaria la utilización de medicamentos en unión con la psicoterapia para que el paciente salga adelante.

4.5.3 Mapa de una crisis según la Psicoterapia Gestalt.

Cuando ya se ha realizado el psicodiagnóstico gestalt, ante un paciente de enfermo terminal, es aconsejable que el terapeuta, antes de empezar a utilizar las técnicas de intervención, realice lo que se conoce como “ el mapa de la crisis”, que le permitirá entender con que tipo de problema se está enfrentando y cual será su estrategia a seguir.

Para realizar el mapa de la crisis, el terapeuta debe revisar 6 puntos importantes:

1. Tipo de manifestación de la crisis: Interpersonal
Somática (manifestaciones psicósomáticas)
Intrapersonal

El conocer este punto da al terapeuta una idea de cómo se manifiestan los bloqueos en el ciclo de la experiencia del sujeto en su vida cotidiana y cuáles son las áreas más importantes de interrupción de energía.

2. Definir el problema. Ante la enfermedad terminal, el terapeuta y el paciente necesitan definir los problemas reales de los que no lo son. Esto se realiza con el objetivo de crear una meta, una expectativa común, para que juntos empiecen a trabajar para obtener un mismo resultado.

Es importante definir el problema para que el paciente se de cuenta que el hecho de tomar terapia no va ayudar a su familiar a sobreponerse a la enfermedad terminal, por lo que la terapia no deberá ser tomada como apoyo a él, sino como una búsqueda del propio sentido y auto-apoyo.

3. Soluciones intentadas. Hay que conocer las soluciones que ha intentado el doliente para aliviar su dolor o sus sentimientos hostiles y que no han funcionado. Esto se hace con el objetivo que el terapeuta no busque ofrecer soluciones que ya han sido intentadas y que no han dado buenos resultados.

4. Patrón repetitivo de conducta. Cuando se enumeran y se describen las soluciones intentadas por el paciente, el terapeuta puede intentar descubrir cuál es el patrón repetitivo de conducta del paciente que no le permite encontrar soluciones nuevas. El patrón repetitivo de conducta esta íntimamente relacionado con la necesidad no resuelta del paciente y es un intento fallido por satisfacerla.

5. Técnicas de intervención. Al intervenir con las diferentes técnicas es importante que el terapeuta tenga muy claro cuál es su objetivo de intervención. Es importante recordar que el terapeuta debe centrarse en la necesidad de su paciente y no en lo que el terapeuta necesitaría si el estuviera en los zapatos de su paciente.

Por eso es importante que paciente y terapeuta lleguen a encontrar metas comunes en el tratamiento.

6. Lograr un Darse Cuenta. El terapeuta, además de aliviar el sufrimiento por la crisis ante la enfermedad terminal, buscará también que el paciente descubra la parte positiva que le trajo el haber vivido la enfermedad terminal de su familiar. También buscará que su paciente aprenda a solucionar sus duelos pasados (situaciones no cerradas) y que encuentre su autoapoyo para nuevas situaciones de crisis.

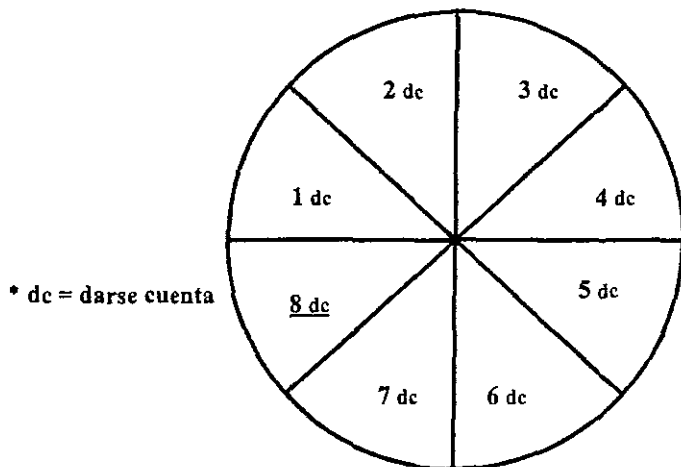
Esto se hace reforzando la parte sana de la personalidad (fases del ciclo de la experiencia que no tiene bloqueos).⁸⁵

⁸⁵ Coggiola Yolanda Op-cit paginas 7 -18

4.6 Técnicas de intervención en crisis por medio de la terapia Gestalt en familiares de pacientes terminales.

4.6.1 Lograr un “darse cuenta” en cada fase del ciclo de la experiencia.

El punto primordial, es buscar que el paciente alcance un “darse cuenta” en cada una de las fases del ciclo de la experiencia, esté o no esté bloqueada, con el objetivo de permitir que la energía fluya y que el paciente descubra que está evitando, qué está obteniendo con su crisis, con cuales de sus comportamientos se quiere quedar y cuáles quiere transformar. Esto es con el objetivo de utilizar los recursos que tiene y no emplea.



Ciclo de la experiencia de Salama (1994)⁸⁶

Fase del ciclo

- 1.- Reposo
- 2.- Sensación
- 3.- Formación de figura
- 4.- Movilización de la energía
- 5.- Acción
- 6.- Pre-contacto
- 7.- Contacto
- 8.- Post-contacto

Bloqueo que se puede presentar

- Retención
- Desensibilización
- Proyección
- Introyección
- Retroflexión
- Deflexión
- Confluencia
- Fijación**

* Es importante recordar que en toda crisis hay un componente de fijación y es indispensable que en esta fase el paciente “se de cuenta” de su bloqueo para poder sobreponerse a él.

⁸⁶ Salama Héctor Op-cit pág 36

El darse cuenta en cada fase, con respecto al tema de la enfermedad terminal, dependerá mucho de los bloqueos específicos que se presenten y con la fase del proceso doloroso según Kübler-Ross (Op-cit). Algunas de las técnicas para trabajar cada uno de los bloqueos se pueden revisar en el capítulo I del presente trabajo.

Sólo mediante un darse cuenta en cada fase se podrá liberar la energía y elaborar el duelo, sea anticipatorio o sea después del deceso y lograr que el familiar del paciente terminal pueda reincorporarse a su vida cotidiana de la mejor manera posible.

4.6.2 Incremento de la autoestima.

Es muy común que un paciente que vive la enfermedad terminal de un familiar llegue a terapia cargado de culpas y reproches hacia sí mismo por todo lo que no pudo hacer o no ha hecho por el enfermo terminal. Esto ocasiona que su autoestima sea lastimada y que únicamente sea capaz de ver lo que le faltó hacer por su familiar.

Lo primero que se puede hacer es lograr que el paciente descubra para sí en ese momento que el no es el culpable de la enfermedad que está viviendo su familiar y que el no pudo hacer nada para evitarla.

Esto se puede hacer preguntándole directamente... ¿Eres tu el culpable de la enfermedad? ¿Pudiste de alguna manera evitar que se enfermara?

Aunque puede parecer obvia la respuesta, es importante que el paciente reafirme que aunque así lo sienta él, no es responsable de la enfermedad de su familiar ni del sufrimiento y dolor que está viviendo.

Cuando se ha conseguido lo anterior, se puede proceder a que el paciente revise lo que si ha hecho por el enfermo terminal, los cuidados que le ha brindado, los sacrificios y momentos difíciles que ha vivido por su familiar, el cariño y el apoyo otorgados y es importante hacerle ver que el simple hecho de que venga a terapia significa que busca, de alguna manera, dar lo mejor de sí y procurar el bien del paciente terminal.

Esto se hace con el objetivo que descubra que aunque no sea él quien está muriendo, también tiene derecho a expresar su coraje, su angustia, sus miedos, sus resentimientos y su tristeza. Se busca que se “de cuenta” que tiene mucho que expresar y que la enfermedad terminal también afectó notablemente su vida y puede darse la oportunidad de explotar sin tener que “cuidar en todo momento los sentimientos del enfermo”.

Para reforzar que la autoestima se incremente se puede pedir también a la persona que enumere los principales logros de su vida, sus principales cualidades y cómo le han ayudado a seguir adelante durante la enfermedad terminal y también hacerle ver que sea como haya sido, hasta ese momento ha podido sobrellevar la enfermedad terminal de la mejor manera posible, según sus posibilidades.

Lo más importante es que el paciente, aunque sea en el espacio de terapia, se de la oportunidad de hablar de sí mismo y de asumir el "rol principal", dejando atrás la enfermedad terminal o a su familiar. Para lograrlo, es importante que se descubra a sí mismo como alguien valioso y que merece expresar todo el sufrimiento por el que ha pasado.

También es importante que el paciente descubra que no puede dar nada que no se de a sí mismo y revisar cuanta atención, cariño y comprensión se está otorgando. Para poder seguir adelante con la enfermedad terminal y para poder brindar amor y cuidado a su familiar, es indispensable que primero se cuide y se de amor a sí mismo y ésto no es posible si no se da cuenta de sus propias necesidades y emociones y si no tiene claro que merece recibir ayuda y apoyarse en alguien más.

4.6.3 Catarsis.

El simple hecho de hablar las cosas, el darse oportunidad de expresar el dolor, el coraje o la tristeza es una manera de aliviar la tensión emocional.

" La 'confesión', el 'hablar las cosas' y el 'abrir el pecho' con el médico son métodos comunes de aliviar la tensión. Esto es lo que se conoce como catarsis. Los efectos benéficos se deben a la liberación de los sentimientos y emociones acumuladas y a que la revaloración objetiva de estos elementos internos dolorosos. El sólo hecho de verbalizar aspectos propios de los que el individuo se siente avergonzado o temeroso le ayuda a desarrollar actitudes más constructivas hacia ellos.

La ventilación de los miedos, rencores y problemas de la persona a menudo produce alivio, principalmente si sus verbalizaciones son sujetas a la apreciación respetuosa y sin crítica de quien escucha."⁸⁷

Mucho del valor que tiene la catarsis emocional está basado en el hecho de que el paciente se desensibiliza a aquellas situaciones y conflictos que lo perturbaban, pero que la realidad le exige que soporte. Por medio de la catarsis, la persona puede expresar su frustración, su desesperación y angustia y puede desarrollar la capacidad para enfrentarse a las dificultades y experiencias dolorosas sin colapsarse.

La terapia Gestalt, ofrece varias técnicas expresivas para lograr catarsis además del diálogo terapéutico. Entre las técnicas están el golpeo de cojines, apretar una toalla o un cojín y el traer por medio de la fantasía a la persona o a la situación que originó la crisis.

⁸⁷ Wolberg Técnicas psicoterapéuticas. Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana
Cap 5 pag 16

Es muy importante que el familiar del paciente terminal exprese la agresión que trae consigo y que no ha podido exteriorizar, ésto es con el objetivo que el sentimiento de culpa se acabe o por lo menos disminuya.

“ La culpa no es más que resentimiento no expresado. Cuando el paciente se da la oportunidad de sacar su agresión y su resentimiento, la culpa desaparece. “⁸⁸

Es importante dejar hablar al paciente y que exprese lo que siente, lo que piensa y lo que imagina (sus fantasías catastróficas). Cuando se da la oportunidad de hablar y decir lo que siente como es, puede realmente aliviar la tensión.

4.6.4 Favorecer la expresión de la retroflexión.

Si recordamos que la retroflexión es “hacerme a mí mismo lo que me gustaría hacerle a alguien más”, cuando no se expresa la agresión y el coraje que el familiar siente hacia la enfermedad o hacia el mismo enfermo, es común que presente síntomas psicosomáticos, que no son mas que energía que el cuerpo está reteniendo.

Esta técnica está íntimamente ligada con la anterior y tiene como objetivo aliviar la tensión que se produce al no expresar los sentimientos hostiles que el paciente está cargando.

Es importante que el paciente descubra que tiene derecho a estar enojado y a expresar este enojo, debido a que su vida también se vió seriamente afectada a partir de la llegada de la enfermedad que después se convirtió en terminal.

Para favorecer la expresión de la retroflexión se utiliza la fantasía, es decir, traer al presente y al momento actual la enfermedad, al enfermo terminal o a los médicos que atienden el caso y permitir que el familiar exprese sus sentimientos hostiles. Puede ser únicamente de manera verbal o puede utilizar como herramientas de apoyo el golpear con cojines, apretar un cojín o una toalla y el decir mientras lo hace todo lo que le gustaría decirle al objeto de su agresión.

Nuevamente es importante recordar que cuando hay expresión de agresión o resentimiento se disminuye o se terminan los sentimientos culpígenos que son muy comunes en un proceso doloroso.

Cuando la persona se da cuenta que se está lastimando y que esa agresión en realidad no está dirigida hacia él mismo sino hacia alguien o hacia algo más y se da la oportunidad de expresarla, comienza la auto-sanación y el retorno al auto-respeto. Es así como la autoestima del paciente puede empezar a subir y puede elaborar el proceso de muerte sin necesidad de seguirse lastimando más a sí mismo.

⁸⁸ Coggiola Yolanda. Op-cit página 11

4.6.5 Favorecer el contacto con las tres zonas de relación.

Es importante que durante el proceso terapéutico el paciente aprenda a diferenciar lo que siente (zona interna), lo que percibe (zona externa) y lo que piensa o fantasea (zona de la fantasía).

Esto es debido a que la angustia se encuentra localizada en la zona de la fantasía (es una fantasía catastrófica, es decir, es cuando me imagino que algo malo me va a suceder) y hay que diferenciarla de lo que realmente está sucediendo en el presente.

En el caso de una enfermedad terminal, la angustia que se experimenta es por el miedo de que llegue el momento del deceso. Se experimenta día a día, pues los que rodean al enfermo terminal perciben como se va consumiendo poco a poco y cómo hay una pérdida constante en sus capacidades y en su vitalidad.

Sin embargo, hay que recuperar el hecho que el paciente sigue vivo, que todavía no muere y que en el momento presente aun tiene capacidad para brindar y recibir amor.

También es importante que el familiar del paciente terminal descubra si lo que conoce de la enfermedad es realmente el diagnóstico y el pronóstico que los especialistas han elaborado o mas bien es "lo que él cree". Por eso es aconsejable que en terapia se distinga entre lo que el paciente sabe de hecho, percibe del medio ambiente, siente y fantasea; ya que en varios casos, la realidad está poco apegada a lo que el familiar está experimentando.

Es por eso fundamental que siempre se hable con la verdad, tanto al paciente que está muriendo como a los familiares. El conocer la verdad, aunque ésta sea dolorosa, alivia la angustia, pues se conoce lo que está sucediendo y la incertidumbre disminuye.⁸⁹

4.6.6 Sensibilización a la angustia.

Cuando la persona descubre que siente angustia, es importante que se de cuenta cómo la siente, es decir, que descubra dónde y cómo está manifestada corporalmente, cuáles son las sensaciones que produce, qué músculos están tensos y que descubra también si hay otras sensaciones que la acompañan.

Esto es con el objetivo de favorecer la expresión de la angustia y que se de la oportunidad de manifestarla.

Es importante recordar que la angustia para la Psicoterapia Gestalt es una "fantasía catastrófica", es decir, es imaginar que en el futuro las cosas van a salir mal.

Ya que la angustia se origina en imaginar que las cosas no van a salir bien y que todavía no se puede conocer con certeza cómo se van a desenvolver los hechos (debido a que sucederán en el futuro), una "fantasía catastrófica" puede ser cambiada por una

⁸⁹ Coggiola Yolanda Op-cit pag-12

“fantasía anastrófica” que es imaginar que las cosas van a salir lo mejor posible y así se puede aliviar la tensión y disminuir la sensación de angustia.

Esto se puede realizar mediante fantasías guiadas, en las que se le pide al familiar del paciente terminal que imagine al paciente terminal tranquilo, en paz, disfrutando sus últimos días de vida.

Si el familiar ya murió y la angustia se origina en imaginarlo sufriendo, se puede acompañar a que el paciente lo imagine en un lugar hermoso, radiante y feliz, realizado por haberse desprendido del sufrimiento y haber alcanzado la felicidad.⁹⁰

4.6.7 Técnicas específicas para solucionar la fijación.

Debido a que en toda crisis hay un componente importante de fijación, es necesario que el paciente desbloquee la fase de Post-contacto para poder entrar nuevamente en Reposo y pueda surgir una nueva figura.

A continuación, mencionaré algunas técnicas específicas que se utilizan en la Psicoterapia Gestalt para apoyar al paciente a que libere la energía bloqueada en esta fase:

- Descubrir el miedo involucrado: El temor que está involucrado en la fijación es a la libertad. Es fundamental que el paciente descubra este temor y que se de cuenta de lo que pasaría si fuera libre. Es posible que exista una fantasía catastrófica involucrada por lo cual no quiere asumir su libertad. Por eso es importante encontrar los mensajes que se dice a sí mismo y que favorecen el que no se permita ser libre. Un mensaje que comúnmente se encuentra en una persona en crisis es “Estarás solo”, “Nadie te querrá”.

En el caso concreto de una enfermedad terminal, un temor común en los familiares del paciente terminal es a contraer la misma enfermedad y vivir el mismo proceso doloroso.

En este caso, se busca favorecer la individualización de los miembros de la familia, es decir, acompañar al paciente para que descubra que lo que le sucedió a un miembro de la familia no implica que los demás también lo van a vivir.

Esto se puede lograr revisando la historia personal de cada miembro y descubrir que aunque hay aspectos en común, cada uno ha vivido momentos y experiencias totalmente diferentes.

- Acompañar a que el paciente aprenda a ser un buen padre de sí mismo: En el caso de una enfermedad terminal, los dolientes viven día a día como el paciente terminal ya no es capaz de cuidarse por sí mismo y depende cada vez más de los demás. Es importante que así como cuida a su familiar enfermo, el familiar aprenda a cuidarse a sí mismo, que descubra cuáles son sus necesidades y que las satisfaga y que centre su atención en sí mismo.

Esto favorece que la energía que está invertida en la otra persona sea invertida nuevamente en sí mismo.

⁹⁰ Coggiola Y. Ibidem

Así, el paciente puede descubrir nuevamente que vale y que merece ser cuidado, querido, protegido y aceptado por sí mismo.

- Lograr que el paciente descubra qué consigue al no “poder dejar de pensar en la muerte de su familiar”. Esto es centrarse a que el paciente se dirija hacia su “darse cuenta”.

El terapeuta lo que puede hacer es simplemente cuestionarlo con un ¿para qué lo haces?...¿qué consigues al pensar todo el tiempo en eso?... ¿para qué te torturas con ese pensamiento constante?... ¿para qué piensas en esta situación que te resulta tan difícil en todo momento?

Es importante que el paciente vaya respondiendo para qué lo hace, sin embargo es común que responda con un “Porque...”

El darse cuenta está en el “para qué” y no en el “por qué”, por eso es importante interrumpirlo y hacerle la aclaración, para que descubra qué consigue con su pensamiento obsesivo.

- Prescripción del síntoma: El paciente que está bloqueado en la fase de fijación, comúnmente afirmará que “No puede dejar de pensar en...” En el caso concreto de una enfermedad terminal, hablará de que no puede dejar de pensar en la muerte de su familiar, o el sufrimiento que está viviendo. Al exponer esta situación parecería que el control del pensamiento no está en el paciente y que el control lo tiene la idea obsesiva.

Lo que se puede realizar para romper la fijación es lo que se conoce como la técnica de prescripción del síntoma, que consiste en pedirle al paciente que piense aun más en la muerte de su familiar y que no se permita pensar en nada más y que cada vez que su mente se dirija hacia otra idea, busque regresar al pensamiento de muerte.

Para el paciente, el síntoma (pensamiento obsesivo) es incontrolable, sin embargo, al pedirle que realice una conducta “incontrolable”, se vuelve en una conducta “controlable” y puede descubrir que el control del pensamiento lo tiene él mismo.

“ La prescripción del síntoma consiste en hacer que el sujeto se comporte como ya lo está haciendo. A la luz de lo dicho, ello equivale a una paradoja del tipo ‘se espontáneo’. Si se le pide a alguien que se comporte de una determinada manera que él considera espontánea, entonces ya no puede ser espontáneo, porque la exigencia hace imposible toda espontaneidad.

Si se indica a un paciente que lleve a cabo su síntoma y aquél comprueba entonces que se puede librar de él, consigue el resultado de un insight liberador.”⁹¹

Es importante tener claro que mientras el familiar del paciente terminal no descubra que es él quien puede controlar su pensamiento, la idea obsesiva retornará y el dolor y la angustia que acompañan a una crisis no se verán aliviadas.

⁹¹ Watzlawick Paul Op-cit pp 220-221

4.7 Las sesiones necesarias de intervención en crisis por medio de la Psicoterapia Gestalt.

Coggiola (1995), habla de la importancia de aliviar la tensión y el dolor en el menor tiempo posible. Por eso, habla de que una intervención exitosa se puede dar en 6 sesiones, logrando que el dolor y la angustia intensas disminuyan y que la persona consiga darle un sentido a su sufrimiento.

Aunque es imposible definir exactamente lo que se manejará en cada sesión, ya que cada persona vive su sufrimiento de manera diferente al enfrentarse a la enfermedad terminal de un familiar, lo ideal en una situación de crisis, según Coggiola (1995), es que en cada una de las seis sesiones se distribuyan de la siguiente manera:

- Sesión 1. Función diagnóstica. Conocer cuál es la situación del paciente, su capacidad de autoapoyo, su relación con el mundo, la relación con el terapeuta, su manejo y control de la agresión, sus expectativas del proceso de intervención. Es también para conocer la fase del proceso doloroso en la que se encuentra el paciente.
- Sesión 2. Trabajar culpas, ira y miedos. Para poderlos trabajar es importante que el paciente los conozca y se de cuenta que su presencia consiga que su conducta sea modificada y que sus recursos sean limitados.
- Sesión 3. Conocer de que manera se castiga el paciente por la situación que está viviendo. Es lograr que el paciente se "recobre a si mismo" y vuelva a cuidarse, protegerse y atenderse.
- Sesión 4. Manejo de resentimientos contra la enfermedad, contra el paciente terminal y contra si mismo. Expresión de todos los sentimientos hostiles para que no los siga retroflectando
- Sesión 5. Perdonar, perdonarse así mismo y aprender a pedir perdón para solucionar los conflictos interpersonales que se han arrastrado durante el tiempo y no han sido resueltos con el enfermo terminal o algún miembro significativo de la familia.
- Sesión 6. Elaborar el duelo (anticipatorio o reciente), aprender a despedirse y cierre de la intervención. Se puede evaluar la situación dolorosa y sacar un balance de cuáles son los puntos positivos que se consiguieron al vivir la enfermedad terminal.

Coggiola (1995), afirma que durante las seis sesiones se debe buscar que el paciente recobre algunas emociones que le pueden dar un sentido positivo a su dolor y que pueden apoyarlo a solucionar su crisis. Estas emociones básicas son:

- Amor y calidez hacia si mismo y hacia el enfermo terminal.

- Aprecio y gratitud hacia si mismo y hacia el enfermo terminal.
- Pasión por rescatar su vida personal y familiar.
- Determinación y firmeza, proponerse nuevas metas que impliquen el retorno al autocuidado y autoapoyo.
- Flexibilidad, para poder aprender nuevos patrones de relación y para permitirse intentar nuevas soluciones a los problemas.
- Alegría, saber disfrutar lo que si tiene en la vida y no sólo centrarse en el sufrimiento de la enfermedad terminal.
- Confianza, en si mismo, en la vida y en un Ser Supremo, para que se pueda lograr la aceptación de lo inevitable: la muerte del familiar significativo.
- Curiosidad, para tomar el riesgo de intentar nuevas soluciones y nuevas actividades que lo lleven a estar consigo mismo.
- Vitalidad, para descubrir que aunque en la familia se esté viviendo un proceso de muerte, él está lleno de vida y puede luchar por los sueños que aun no ha conseguido.
- Interdependencia con sus seres queridos, pues puede aprender a darse a los demás y a recibir de ellos apoyo, amor y calidez.⁹²

Para finalizar, quiero decir que la intervención en crisis por medio de la psicoterapia Gestalt a familiares de pacientes terminales no podrá disminuir la tristeza ante la pérdida. La realidad es que un familiar cercano y muy significativo para el paciente en crisis está muriendo y la única manera de disminuir la tristeza es vivirla, expresarla y elaborar el proceso de duelo. Esto se dará con mayor éxito cuando la persona puede utilizar mayor número de recursos y cuando puede expresar lo que siente y lo que piensa.

Como afirma Tere Tinajero (1997), Directora del Instituto Mexicano de Tanatología:

“El duelo para superarse se tiene que sufrir, se tiene que llorar, se tiene que vivir en carne propia. Es un proceso que duele, pero que alivia la cicatriz producida por la pérdida.”

⁹² Coggiola Yolanda Op-cit pag 14

4.8 Conclusión.

El dolor y el sufrimiento son una realidad que están presentes constantemente en la vida del hombre. En la vida del ser humano no puede existir una dicha permanente, ya que tarde o temprano todos experimentamos momentos difíciles, de angustia y desesperación, pues no podemos manipular a la vida como nosotros quisiéramos y no podemos alargar la vida de alguien a quien amamos y necesitamos.

La muerte es parte natural de la vida, es el final del ciclo de la vida que necesita cerrarse para que pueda volver a abrirse, sin embargo, es muy difícil para nosotros entenderlo como tal cuando estamos experimentando nuestra propia muerte o la de algún familiar significativo. En un momento de angustia, de desolación o de desesperanza, es difícil encontrar en “las leyes de la vida” un camino para aliviar el sufrimiento. Sin embargo, el expresar la angustia y el coraje, el sentirse acompañado y el compartir miedos y emociones, ayudan a que el individuo que está viviendo un proceso de muerte de un sentido positivo al sufrimiento y que pueda sobreponerse a la crisis que experimenta y pueda, poco a poco, sentir dicha, paz y esperanza.

El compromiso que tenemos los que nos dedicamos a algún ramo de la ciencia de la salud es muy grande. Implica acompañar y ser un apoyo para un ser humano en los momentos, quizás, más difíciles de su vida e implica también enfrentarnos a la desesperanza, la angustia y la desesperación más grandes que ha experimentado. Acompañar a una persona en un proceso tanatológico implica la necesidad de enfrentarnos a nuestra propia muerte, a nuestra propia angustia y también a nuestras propias pérdidas y crisis personales. Para acompañar en un proceso así, necesitamos realmente conocernos y contar con nuestra fuerza, nuestro apoyo (auto-apoyo) y la seguridad de que la muerte no es sólo amenaza y destrucción, sino que también implica oportunidad a un nuevo estado de conciencia y que es un momento de vida.

Es por lo anterior que un estudio sobre muerte debe implicar sobre todo un estudio sobre la vida, ya que sólo encontrando vida y crecimiento en un momento de muerte, en un proceso tanatológico se puede encontrar una luz de esperanza, una respuesta entre la obscuridad de la angustia, la desesperación y la desesperanza.

Conclusiones finales

A partir de la investigación aquí presentada, aunada a mi experiencia personal como terapeuta y tanatólogo, concluyo que la Terapia Gestalt ofrece una base terapéutica para brindar intervención en crisis a personas que vivieron o están a punto de vivir la pérdida de un familiar significativo, víctima de una enfermedad terminal.

La muerte es parte del día a día de cualquier ser vivo, para comprobarlo no hay mas que hojear cualquier periódico y observar las esquelas que ahí se publican, o mirar un florero con rosas que ya se han secado, o presenciar como un pez se arquea y muere cuando es sacado del agua.

La muerte es parte de la vida, es la etapa final del ciclo que cada ser vivo experimenta en su existencia y todos, absolutamente todos los que experimentan la vida tarde o temprano experimentarán la muerte.

A diferencia de todos los demás seres vivos, el hombre es un ser integral en su condición; es una unidad irrepetible, con el potencial hacia la perfección y desarrollo por medio de la capacidad de “darse cuenta” de lo que vive, piensa y siente. El ser humano es el único ser vivo dotado con la capacidad de desarrollar y experimentar la conciencia. El hombre posee conciencia de sí mismo, de su yo, y así se determina de manera voluntaria, libre y responsable, lo cual lo dignifica en su esencia misma como hombre, siendo ésta la razón por la cual el hombre posee una legítima dignidad y valor en su propia naturaleza. El enfermo terminal, al ser hombre, es tan valioso y merece tanta dignidad como cualquier otra persona, ya que la dignidad humana es algo que se encuentra inmersa en la naturaleza de cada uno de los hombres, independientemente de una mejor o peor circunstancia.

La crisis, al igual que el sufrimiento, está presente constantemente en la vida de cualquier ser humano, aunque algunas personas pasen por momentos mas difíciles que otras. De igual manera, el hombre experimenta varios desprendimientos y pérdidas importantes a lo largo de su vida, que lo llevan a madurar, aprender de su propia vida y en el mejor de los casos, a valorar los momentos de felicidad y de gozo que comparte con sus seres queridos.

Las palabras sufrimiento y muerte son difíciles de aceptar en la actualidad. Vivimos en una sociedad occidental orientada hacia la estética y el hedonismo que no permite y no perdona el deterioro físico, el dolor, el sufrimiento y mucho menos acepta la realidad inevitable de la muerte.

Es por eso que ante los ojos de las sociedades occidentales, la muerte está rodeada de sentimientos negativos, de miedos y de mitos, que han hecho que, infantilmente, tendamos a negarla y encubrirla.

Cuando el paciente y su familia descubren que es innegable e inevitable el hecho de que el momento de la muerte se acerca, sobreviene una crisis, en la cual ni el paciente ni sus familiares saben como comportarse, que sentimientos mostrar y normalmente es

común que caigan en fases depresivas que impiden la valoración de la propia vida, de los momentos felices que aún se pueden tener con el paciente terminal y sobretodo la esperanza de una vida plena después de la vida mundana.

Es por eso que desde esta noción se puede afirmar que el paciente terminal y sus familiares cercanos se encuentran ante una diversidad de necesidades médicas, sociales y psicológicas que son producto de los cambios que se viven alrededor de la enfermedad.

Una enfermedad terminal, trae consigo algunas de las tantas consecuencias, problemas múltiples en el seno familiar, afectando a cada uno de los familiares que rodean al enfermo en su constitución bio-psico-social. La psicodinamia de la familia cambia, existen severos problemas emocionales y se viven varias etapas de confusión, enojo, tristeza e impotencia antes que los familiares acepten con tranquilidad la muerte del ser querido.

El próximo deceso de un familiar cercano implica para los deudos, un gran sentido de vacío y de miedo. No sólo muere el ser querido, sino muere la relación que se tiene con él y hay una parte de los deudos que también muere: el rol familiar, que bien puede ser el de cónyuge, hijo, madre, padre o hermano.

Además, ante la muerte del ser querido, el deudo proyecta el momento de su propia muerte y el desprendimiento de esta vida que algún día llegará y que es inevitable. El sujeto siente miedo no sólo por la muerte de su ser querido, sino también por su propia muerte que tarde o temprano llegará.

Ante esta realidad, es fundamental la participación de un trabajo interdisciplinario que promueva el desarrollo y la atención integral del enfermo terminal y su familia, mediante aportaciones conjuntas de las diferentes especialidades de las ciencias de la salud, integrando los conocimientos y las estrategias para fomentar que el moribundo se vaya en paz y que los deudos acepten la separación y rescaten un aprendizaje positivo y de esperanza ante la pérdida del ser querido.

Con el trabajo interdisciplinario se pretende lograr que cada profesional o especialista proponga estrategias de intervención desde su propio campo, con el fin de promover la calidad de vida y el digno desarrollo del paciente y su familia.

El trabajo interdisciplinario exige que los especialistas médicos permitan la intervención de otros profesionales en áreas que son tan importantes para el paciente y su familia, como lo son la afectiva, la cognitiva y la espiritual.

Es también importante que tanto el paciente terminal como sus familiares hagan una evaluación de la propia vida, con el objetivo de concientizar los recursos personales y familiares con los que cuentan para aprender a encontrar cierta felicidad aunque estén viviendo un proceso terminal. El vivir el proceso de una enfermedad terminal no implica que no se pueden disfrutar momentos de alegría, de gozo y de paz; sin embargo, para lograrlo es importante darle un nuevo sentido al sufrimiento, entender la crisis personal y familiar como una oportunidad de crecimiento y no limitarse a percibir sólo las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, sino también los aprendizajes y momentos de unión y apoyo que se viven en el hogar de un enfermo terminal.

El utilizar la terapia Gestalt como herramienta en el trabajo interdisciplinario de una enfermedad terminal resulta muy productivo ya que se centra en el “aquí y ahora” del individuo, buscando reconocer sus recursos en el presente y enfocando su energía a conseguir la propia felicidad .

Además, la terapia Gestalt busca romper los “patrones repetitivos de conducta” y que no permiten al individuo intentar nuevas maneras de entender y de solucionar los problemas. El terapeuta gestalt, al acompañar al paciente a encontrar sus recursos puede facilitar el que los familiares del enfermo terminal descubran que alrededor de la enfermedad hay mucho que rescatar y mucho que recibir. Se pueden aprender maneras nuevas de expresar el afecto y expresar el amor y el apoyo hacia el enfermo, al igual que se pueden expresar los sentimientos de coraje y resentimiento sin necesidad de herirse a sí mismo o a él.

Es necesario que los familiares tengan las herramientas necesarias para aceptar y afrontar la muerte y para poder procesar el duelo de una manera sana. Esto implica la expresión de las emociones, de los miedos y de las fantasías catastróficas, para entonces poder descubrir lo positivo y lo enriquecedor de la experiencia de muerte. Para lograr lo anterior es indispensable que los síntomas de angustia y de dolor, resultantes de la crisis, sean aliviados. Una intervención en crisis, con fundamento en una base terapéutica como lo es la Gestalt brinda las herramientas necesarias para conseguirlo.

Al realizar este trabajo, surgieron varias preguntas que no pueden ser solucionadas únicamente con una intervención en crisis o por medio de un proceso terapéutico. Gran parte de la paz y la tranquilidad buscadas por el familiar del moribundo sólo puede estar sustentada en la fé, que al contrario del método científico, implica creer en algo que no se puede comprobar, como lo es la existencia de una vida eterna llena de felicidad, la existencia del paraíso o la existencia de un Dios todopoderoso y misericordioso que acoge a quienes dejan este mundo.

El terreno de la fé no es terreno del terapeuta o del tanatólogo. La fé es un don que ciertas personas y ciertas familias desarrollan y que brinda esperanza y alegría en el momento de la muerte.

También es innegable que la situación económica es otro factor importante que interfiere para que se logre una intervención integral a los familiares del paciente terminal. En la gran mayoría de los casos en México, la familia no cuenta con los recursos monetarios necesarios para rodearse de los especialistas necesarios para la intervención necesaria. Desgraciadamente, México no cuenta aún con el presupuesto necesario para proporcionar estos servicios de manera gratuita y gran parte de la población no conoce o no tiene acceso a los servicios terapéuticos y tanatológicos.

De igual manera, durante la realización de este trabajo me topé con el hecho que el dolor y el sufrimiento de los familiares del paciente terminal depende en gran medida de quien es el familiar enfermo, su edad, y el rol que juega en la familia.

Cuando el paciente terminal es un hijo (a) adolescente, para los padres resulta mucho más difícil y doloroso aceptar la próxima muerte, que en un caso donde el padre o la madre ancianos son los que padecen la enfermedad.

La muerte de un hijo es más difícil de aceptar porque a fin de cuentas, el ciclo normal de la vida, en el cual los padres llegan al momento de la muerte antes que los hijos no es respetado y es muy doloroso para los padres observar como una persona joven, con toda una vida por delante, se va consumiendo poco a poco por la enfermedad terminal.

Otro aspecto importante que no se trato en este trabajo y que resultaría muy interesante de estudiar en investigaciones posteriores es como el éxito de la intervención en crisis a familiares de pacientes terminales, depende de la fase de la enfermedad en que se solicita el servicio terapéutico. Si el objetivo de la consejería tanatológica es fomentar que el paciente terminal se vaya en paz y que los familiares puedan despedirse del ser querido y aceptar su partida con tranquilidad, el momento en que el terapeuta tiene contacto con la familia es decisivo para que se logren los objetivos de la intervención.

Por último, es muy importante recalcar que el que se cuente con una consejería tanatológica o una intervención en crisis no implica que el dolor y el sufrimiento por parte de los familiares del enfermo terminal va a terminar. La realidad es que la muerte de un ser querido siempre implicará un desprendimiento difícil y doloroso, sin embargo, el trabajo de un terapeuta resulta muy útil para que los familiares se preparen emocionalmente para el momento de la muerte y puedan elaborar el duelo de manera sana.

Bibliografía

1. Lepp I. Psicoanálisis de la muerte. Ed. Lohlé Argentina 1967
2. Ziegler Los vivos y los muertos. Ed. Siglo XXI México D.F. 1976
3. Kübler-Ross Elizabeth La muerte un amanecer Ed. Luciérnaga México D.F. 1995
4. Quintanar Felipe Muere un familiar significativo. Tesis de Maestría de Desarrollo Humano. Universidad Iberoamericana. México D.F. 1996
5. Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. Ed. Mc. Graw Hill. México D.F. 1994
6. Fadiman James y Frager Robert. Teorías de la personalidad. Ed. Harla. México D.F. 1994
7. Salama Héctor. El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1992
8. Perls Fritz El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia. Ed. Cuatro Vientos. Santiago, Chile 1976
9. Perls Fritz Perls Fritz. Dentro y fuera del tarro de la basura. Ed. Cuatro vientos. Santiago, Chile. 1993
10. Baumgardner Patricia Terapia gestalt. Una interpretación. Ed. Arbol editorial. México, D.F. 1994
11. Ginger Serge & Anne La Gestalt. Una terapia de contacto. Ed. Manuel Moderno. México D.F. 1993
12. Stevens John Apoyo y equilibrio. De la colección de artículos sobre terapia y estilos de vida ggestálticos recopilados por John Stevens Esto es ggestalt. Ed. Cuatro vientos. Santiago, Chile. 1993
13. Petit Marie. La terapia gestalt. Ed. Kairós. Barcelona, España. 1987
14. Deshimaru T. La práctica del Zen y cuatro textos canónicos Zen. Ed. Kairós. Barcelona, España. 1979
15. Latner J. The Gestalt therapy book. Ed. Bantman Books. New York, Estados Unidos. 1974

16. Zinker Joseph El proceso creativo en la terapia Gestáltica. Ed. Paidós. México D.F. 1995
17. Moreau A. La Gestalterapia. Ed. Sirio. Barcelona, España. 1987
18. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Ed. Basic Books. Nueva York, E.U. 1964
19. Slaikau Karl Intervención en crisis. Ed. Manual Moderno. México D.F. 1996
20. Diccionario Enciclopédico Quillet Ed. Argentina Artístides Quillet 1960
21. Mc Combie, S.L. The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care Ed. Plenum press New York, E.U. 1980
22. Small. L. Psicoterapias breves Ed. Gráficos. Barcelona, España 1978
23. Coggiola Yolanda Manual de Trabajo de la Especialidad en Intervención en Crisis Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt. México D.F. 1995
24. Aguilera & Messik Control de los conflictos emocionales Ed. Interamericana 2a Edición México D.F. 1994
25. Bellack S.L. Psicoterapia breve y de emergencia Ed. Pax México D.F. 1975
26. Bravo W.N. Psicoterapia breve. Aportación de un modelo teórico clínico de aplicación, Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. 1988
27. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana Ed. Cuatro vientos . Barcelona, España 1985
28. Knobel M Psicoterapia breve Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1987
29. Freud S. La literatura científica sobre los problemas oníricos. en “Obras completas de Sigmund Freud.” Ed. Biblioteca nueva 1973
30. Meltzer, D. “The Kleinian expansion of Freud’s metapsychology” International Journal of psychoanalysis. 1981, 62,
31. Caruso Igor La separación de los amantes. Ed. Fondo de cultura económica México D.F. 1992
32. Frankl Victor El hombre en busca de sentido (introducción a la logoterapia) Ed. Herder México D.F.

33. Fromm E. Ética y psicoanálisis Ed. Fondo de Cultura Económica México D.F. 1987
34. Fromm E. Miedo a la libertad. Ed. Fondo de cultura económica México D.F. 1986
35. Kübler-Ross Elizabeth On death and dying Ed. McMillan Publishing Company. New York, E.U. 1969
36. Sherr, L. (compilador) Capacitación del cuerpo médico: una necesidad no un lujo. En Agonía, muerte y duelo Ed. Manual Moderno México D.F. 1992
37. Aguilera, C. Diferencia en la adaptación psicológica en homosexuales con reacción positiva o negativa a la prueba de anticuerpos contra el VIH. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana 1989
38. Rossi L. Necesidades psicológicas del paciente infectado de VIH. Boletín mensual de CONASIDA 1990 Tomo 4 (11)
39. Deuchar, N. AIDS in New York City with particular reference to the psicho-social aspects. British Journal of Psychiatry 1984 Tomo 142
40. Fernández, A. Reacciones emocionales en 2 grupos de adolescentes con tipos de cáncer diferentes: osteosarcoma y enfermedad de Hodgkin. Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología U.N.A.M. 1990
41. Anderson AIDS and Terminal diseases. Abstracts of the Psychological and Behavioral Literature (third edition) American Psychological Association 1991
42. Kleppsch, S. La biopatía del cáncer según Reich y la orgonomía médica. Tesina de Licenciatura en Psicología Universidad Iberoamericana México D.F.
43. Pérez E. Ma. Elena La formación terapéutica del pedagogo para el trabajo interdisciplinario en la educación de niños con cáncer Tesis de Lic en Pedagogía. Universidad Panamericana México D.F. 1996
44. Tobin S. El proceso de despedirse, en Stevens J. Esto es Gestalt. Editorial Cuatro Vientos. Santiago, Chile 1975
45. Ramos Gascón Manuel. Prólogo al Manual del test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (TPG). Ed. I.M.P.G. México D.F.
46. Wolberg Técnicas psicoterapéuticas. Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana