



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ENFOQUE GESTALT APLICADO AL PROCESO DE DUELO  
EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE INFERTILIDAD  
SOMETIDAS A UN TRATAMIENTO DE INSEMINACIÓN  
ARTIFICIAL.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G I A**

**P R E S E N T A**

**EDITH HERNÁNDEZ PARTIDA**

DIRECTORA DE TESIS: MRTA. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO

MÉXICO, D. F.

ENERO 2011



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.

## DEDICATORIAS

### *A ti amor,*

Por todas las veces que en silencio estas detrás de mí,  
Por todas las verdades que me haces ver  
Por toda la dicha que has traído a mi vida  
Por todo lo malo que cambiaste a bien  
Por cada sueño que hiciste realidad  
Por lo que no imaginé y descubrí contigo  
Por ser mi inspiración, mi paz, mi tiempo y mi amor  
Por ser la ternura que día a día me enciende el alma  
Por ser todo cuanto eres...

**Te doy gracias desde el alma, Te Amo con todo mi ser.**

### *A ti mamá,*

Que me diste la gracia de vivir y de ser,  
Porque siempre estás pensando en mí.  
Porque con sacrificio has dado tu vida  
para que me convierta en lo hoy soy  
por tu noble corazón que me enseñó  
a pensar en los demás,  
por esperar siempre lo mejor de mí.  
A ti que no te has dado por vencida  
Y que no dejaste de insistir...

**Con todo mi amor.**

### *A ti hijita,*

Que eres mi motor, mi fuerza y mi razón,  
porque tu mirada y tu sonrisa me regalan  
la felicidad que no imaginé algún día.  
Porque tú presencia en nuestra vida,  
lo cambia todo.  
Por enseñarnos tanto, desde tu sabiduría...  
Gracias angelita nuestra por habernos escogido.

**Te amo con toda el alma.**

*At ti Papá José,*

Que me has dado tu amor traducido en actos.  
Que incondicional siempre has estado,  
Que eres ejemplo de vida para mí y para muchos.  
Y que no me cansaré de agradecerte, por todo lo  
que me has dado.

**Con todo mi amor**

*At ti hermano,*

Por acompañarme en esta vida,  
Por ser testigo de mis altas y mis caídas  
Por tener la palabra que necesité  
Por compartir gustos y diferencia de opiniones  
Por estar siempre cerca aunque parezca lejos.

**Con todo mi amor**

*At ti Bety,*

Por que siempre he sentido  
tu cuidado,  
por tu cariño y tus consejos  
por enseñarme a amar la lectura  
por seguir mi trayectoria de vida  
y desearme lo mejor

**Con todo mi amor**

*At ti Chely,*

Por tus oraciones y preocupaciones  
por estar siempre pendiente de mí,  
por tu ejemplo de fe y alegría,  
por enseñarme a superarme  
por estar siempre ahí

**Con todo mi amor**

*At ustedes, Bety y Jose Carlos*

Para que este logro  
Sea su motivación y me superen

**Con todo mi amor**

## *A mis amigas*

*Nadia*, mi amiga del alma

que se que me acompaña siempre  
desde donde te encuentres.

La hermana que escogí por decisión  
y de quien he aprendido tanto.

*Ale*, mi amiga de siempre

quien me sabe desde niña  
con incontables historias  
y de quien tengo la seguridad  
que envejeceremos juntas.

*Jess*, mi amiga de corazón

quien me conoce tal cual soy  
y sigue mi vida en cada paso.

Incondicional, leal y quien  
me ha enseñado a mirar  
la vida, de manera diferente.

*Sam*, mi amiga y fiel compañera

Por quien fui lo que fui en la Universidad  
quien me impulsó a expandir mis conocimientos  
y de quien ahora estoy tan agradecida y admiro tanto

## *AGRADECIMIENTOS*

### **A la Mrta. Blanca Leonor Aranda Boyzo,**

Mi agradecimiento inmenso a quien aportó una indispensable guía técnica haciendo que más allá del deber, se convirtiera en un compartir de experiencias y por el agradable gusto de conectarme con una gran persona.

### **A la Mrta. Martha Laura Jimenez,**

Un profundo reconocimiento por su siempre disposición y tiempo para aportar importantes observaciones a esta investigación que sin su apoyo no hubiera logrado.

### **Al Mrto. Emiliano Lezama Lezama,**

Un sincero agradecimiento a quien se acercó innumerables veces para conocer sobre mis avances,  
Y quien me dió siempre un punto de vista interesante que enriqueció este trabajo.

### **Al Mrto. Rogelio Gomez Lama**

A quien recordaré siempre como uno de los profesores que más aportó conocimiento y herramientas para mi futura experiencia profesional,  
Gracias por expandir mi badaje de recursos en la Psicología.

### **Al Mrto. Francisco Ochoa,**

Quien me acompañó durante todo mi recorrido en la Universidad y ha sido testigo de mi crecimiento profesional.  
Un sincero agradecimiento por su apoyo y disposición para el término de este trabajo.

### **A mis pacientes,**

Un profundo agradecimiento por permitirme entrar en su vida  
y sobre todo por lo que aprendí de ustedes  
Con respeto y honrando su dolor  
Gracias

**ENFOQUE GESTALT APLICADO AL PROCESO DE DUELO EN MUJERES  
CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE INFERTILIDAD SOMETIDAS A UN  
TRATAMIENTO DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.**

**INDICE**

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>DEFINICION, OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT</b>	
1.1 Definición.	1
1.2 Objetivos.	5
1.3 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt.	7
1.3.1 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt que retoma de la Filosofía.	7
1.3.2 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt que retoma de la Psicología.	19
1.3.3 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt que retoma de la Comunicación.	24

## **CAPÍTULO 2**

### **CONCEPTOS TEÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT**

2.1 Fundadores de la Psicoterapia Gestalt.	34
2.1.1 Friedrich Salomon Perls.	35
2.1.2 Laura Perls.	40
2.2 Conceptos teóricos de la Psicoterapia Gestalt.	42
2.2.1 Aquí y Ahora.	43
2.2.2 Darse cuenta.	45
2.2.3 Fenomenología.	47
2.2.4 Cambiar el “qué” por el “cómo”.	48
2.2.5 Neurosis.	48
2.2.6 Normalidad.	49
2.3 Manejo Terapéutico y metodología de la Psicoterapia Gestalt	49
2.3.1 El ciclo gestalt de la experiencia y sus fases.	49
2.3.2 Zonas de relación.	51
2.3.3 Fases del ciclo gestalt de la experiencia.	52
2.3.4 Manifestación del proceso secuencial de la energía.	55
2.4 Bloqueos en el ciclo gestalt de la experiencia.	57
2.4.1 Partes Biopositivas y Bionegativas de los bloqueos	61
2.4.2 Frases, mensajes y emociones de cada bloqueo	63
2.4.3 Temores y necesidades en cada bloqueo	70

2.5	Proceso secuencial del ciclo psicoterapéutico.	75
2.6	Técnicas vivenciales en la Psicoterapia Gestalt.	77
2.6.1	Técnicas supresivas.	77
2.6.2	Técnicas expresivas.	80
2.6.3	Técnicas integrativas.	82
2.7	Estrategias Terapéuticas.	84

### **CAPÍTULO 3**

#### **INFERTILIDAD**

3.1	Estadísticas sobre infertilidad.	92
3.2	Concepto de infertilidad.	94
3.3	Causas de la infertilidad.	95
3.3.1	Causas de Infertilidad en la mujer.	95
3.3.2	Causas de Infertilidad en el hombre.	98
3.4	Tratamiento para la Infertilidad.	102
3.4.1	Inseminación Artificial.	102
3.4.2	Fecundación In-Vitro (FIV).	110
3.4.3	Microinyección Espermática (ICSI).	114

## **CAPÍTULO 4**

### **EL DUELO**

4.1 Concepto de duelo.	118
4.2 Fases del duelo.	120
4.2.1 Fases del Duelo según Jorge Bucay.	120
4.2.2 Etapas del duelo según Polo Scott.	122
4.3 Infertilidad y duelo.	126

## **CAPÍTULO 5**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.**

5.1 Planteamiento del problema.	131
5.2 Objetivo General.	132
5.3 Objetivos Particulares.	132
5.4 Método utilizado.	133
5.5 Diseño.	133
5.6 Población.	134
5.7 Escenario.	134
5.8 Materiales.	134
5.9 Procedimiento.	135
5.10 Instrumento.	137
5.10.1 Descripción del TPG.	139
5.10.2 Materiales.	140
5.10.3 Administración.	140

5.10.4 Instrucciones.	140
5.10.5 Calificación.	140
5.10.6 Descripción de los puntajes.	142
5.10.7 Identificación de los puntajes dentro del ciclo.	142
5.10.8 Precauciones diversas.	143
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<b>PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS.</b>	
6.1 Caso 1 María Fernanda.	144
6.2 Caso 2 Elisa.	151
6.3 Caso 3 Ivett.	159
6.4 Caso 4 Alma.	168
6.5 Caso 5 Isabel.	177
6.6 Caso 6 Elena.	185
<b>CAPÍTULO 7</b>	
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS.</b>	194
<b>CONCLUSIONES</b>	205
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	209
<b>ANEXOS.</b>	212

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar las fases de duelo y los bloqueos en el ciclo de la experiencia que presentan mujeres con diagnóstico previo de infertilidad y que están sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial aplicando los principios y metodología del Enfoque Gestalt. La relevancia de este estudio radica en la necesidad de introducir un enfoque psicoterapéutico formal con fundamentos, metodología y estrategias de intervención que puedan adaptarse a esta problemática cada vez más común en la población y que requiere del manejo integral de la misma. Para los fines de esta investigación, se utilizó un diseño cualitativo de corte descriptivo, a partir de la intervención terapéutica aplicada a 6 mujeres de la clínica de Infertilidad Ingenes que tuvieran diagnóstico de infertilidad y que estuvieran sometidas a un tratamiento de Inseminación artificial.

Los resultados permiten observar la fase del duelo en la que se ubican las pacientes que en este caso los más frecuentes fueron la Desorganización Aguda del yo y la Desorganización Grave del Yo, así como los bloqueos en el ciclo de la experiencia que manifestaron las pacientes, tales como la postergación, la desensibilización, la fijación, la retroflexión, la introyección, la deflexión, la confluencia y la proyección; siendo la fijación y la retroflexión los de mayor incidencia. Así mismo, se encontraron factores comunes que caracterizaron a esta población, como lo son: los duelos previos al diagnóstico de infertilidad que no habían sido resueltos, ideas catastróficas ante la maternidad, fijación en la concepción e idealización de la misma.

En base a los resultados arrojados se pudo concluir que la Psicoterapia Gestalt facilita la identificación del proceso de duelo por el que atraviesan las mujeres con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial y que es un modelo de psicoterapia favorable para el abordaje psicoterapéutico por su carácter holístico, creativo y práctico que centra su atención en la conducta presente favoreciendo la toma de conciencia y el cierre de asuntos inconclusos en el aquí y el ahora.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el problema de la infertilidad es más común de lo que se cree, muchas parejas atraviesan por el dolor de no lograr la concepción, y viven estas circunstancias en silencio. El impacto que precede al conocer que se tiene un problema para lograr un embarazo de manera natural puede generar una crisis vital para la persona que lo experimenta. A ello, puede sumarse el tener que adaptar todos los recursos disponibles, para enfrentar la difícil tarea de someterse a un tratamiento de Reproducción Asistida.

Dentro de este contexto, es que se señala la importancia de una atención integral para los pacientes, tomando en consideración no solo el éxito del tratamiento médico sino también en procurar las condiciones emocionales óptimas en los pacientes a través de la intervención del psicólogo que conozca a profundidad esta problemática tan compleja y plantee propuestas de intervención acordes con ella. Por lo anterior, en la presente investigación se da a conocer el proceso de duelo en mujeres con infertilidad que están sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial y se propone a la Psicoterapia Gestalt como una alternativa terapéutica que les ofrezca una manera eficaz de adaptarse y solventar la situación por la que atraviesan.

En la primera parte del presente trabajo se incluye el marco teórico referencial de los fundamentos filosóficos, psicológicos y comunicacionales de la Psicoterapia Gestalt, que nos permite reconocer las influencias más importantes de donde se surgió esta corriente.

Posteriormente, en el Capítulo 2, se exponen los conceptos teóricos de la Psicoterapia Gestalt que la distinguen de otro tipo de psicoterapias así como las bases que fundamentan su metodología y técnicas de intervención. En este capítulo se hace mención a los Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia y el cómo identificarlos.

En el Capítulo 3, tiene lugar un recorrido por la infertilidad, las causas más comunes en el hombre y la mujer y los tratamientos de reproducción asistida que existen hasta el momento.

En el Capítulo 4, se aborda el tema del duelo, sus fases según los autores que están más acordes con el Enfoque Gestalt y al final se hace una revisión teórica del duelo específicamente en la infertilidad.

En los Capítulos 5 y 6 se especifica la metodología y la presentación de los casos clínicos de las mujeres que conformaron la población de estudio para esta investigación.

En el Capítulo 7, se expone el análisis de los resultados obtenidos a partir de las 12 entrevistas de corte terapéutico que se llevaron a cabo con cada paciente.

Al final, se presentan las conclusiones y limitaciones del trabajo realizado y se proponen algunas sugerencias para futuras investigaciones sobre el tema.

A continuación se desglosaran los temas antes mencionados para conocer y comprender en qué consisten las fases del duelo en mujeres con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial y por qué en el presente trabajo se propone a la Psicoterapia Gestalt como una alternativa terapéutica viable para el tratamiento de estos casos.

# CAPÍTULO 1

## DEFINICION, OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

Hablar de la psicoterapia gestalt es hablar de una teoría de la práctica: en terapia gestalt se trabaja con estos elementos. Explícitamente se traducen en técnicas pero, sobre todo, implícitamente se apoyan en una determinada actitud que se irá configurando a través de estas cuestiones: a qué filosofía nos referimos cuando afirmamos que la gestalt es una filosofía de vida, qué calidad de escucha, presencia y conciencia pretendemos desarrollar, cuál es nuestra concepción de salud y de menoscabo neurótico, cómo exploramos las divisiones internas, cómo tratamos de restablecer su relación satisfactoria con el exterior sin que eso signifique evitar el dolor y falsearse...

Para comenzar el presente capítulo, se hará una revisión teórica sobre los fundamentos que enmarcaron a la Psicoterapia Gestalt, su definición y los objetivos que la diferencian de otras corrientes psicoterapéuticas

### 1.1 Definición

El que Fritz Perls eligiera el mismo concepto para denominar su terapia, ha hecho pensar que existe un fuerte vínculo teórico entre la psicología y la terapia gestáltica, lo cual no es cierto. La terapia gestáltica no es la aplicación práctica de la Gestalt-psychologie alemana (como pudo ocurrir, al menos en sus comienzos, entre la terapia conductista y las teorías del aprendizaje) sino que su relación es más bien metafórica, como lo veremos más adelante.

Según Singer (1985), la llamada Psicología de la forma fue una escuela teórica dedicada al estudio de los fenómenos perceptivos que desarrollaron los psicólogos Wertheimer, Köhler y Koffka; tuvo su apogeo en Alemania de entre guerras y posteriormente en Estados Unidos, adonde sus creadores se trasladaron huyendo del nazismo. En esta segunda etapa americana, la escuela

trascendió la investigación perceptiva y se orientó al estudio del aprendizaje, de la personalidad y de los grupos.

Según Dicaprio (1995), en sus orígenes, los intereses de esta psicología no se ocuparon del campo terapéutico sino de analizar las leyes de la percepción humana y la dinámica entre la figura y el fondo: de ahí la palabra *gestalt*.

Según Warren (1996), Gestalt suele traducirse por *forma* o *configuración*. Si consideramos el campo perceptivo de una interrelación de fuerzas, vemos cómo del campo de fondo emerge una fuerza que tiende a ponerse de relieve hasta que ocupa el primer plano: la figura. Esta figura y su fondo (del que es indisociable) forman una composición o configuración a la que se le llama *gestalt*.

La figura, separa del fondo, pierde su sentido porque el ojo humano percibe globalmente a ambos, complementados mutuamente. Percibimos totalidades (*gestalten*), y esta concepción globalizadora y unitaria de los fenómenos suponía una innovación respecto al pensamiento científico de la época, anclado en el asociacionismo. Uno de los precursores de la escuela gestáltica, Von Ehrenfels, ya decía a principios de siglo que “el todo es una realidad diferente a la suma de sus partes”, reaccionando así contra el dualismo del objeto y el sujeto y todas las divisiones parciales propias de la ciencia.

La psicología de la forma le ha prestado a la terapia *gestalt* algunos conceptos. Las dos ideas más relevantes que Fritz tomó en préstamo son la de figura-fondo y la de *gestalt* incompleta.

La primera le sirvió en su momento a Perls para diferenciarse del lenguaje psicoanalítico. En este sentido, FIGURA-FONDO es una analogía de consciente-inconsciente, o darse cuenta enfocando (percibiendo) lo que antes era borroso e informe. Lo original y rescatable es el sentido globalizador, holístico, que los psicólogos de la forma descubrieron en la percepción y que Fritz aplicó a la visión del ser humano: percibir al individuo en su totalidad, con la misma pauta integradora con el que el organismo tiende a mantenerse en equilibrio armónico mediante procesos de autoregulación. Esta concepción sí era novedosa en su tiempo y se sostiene con plena vigencia.

Una de las leyes de la percepción de la antigua psicología de la forma es la tendencia del individuo a completar aquello que percibe, aunque objetivamente se le muestre con huecos vacíos de trazo. Por esta ley, normalmente se percibirá como una circunferencia una serie de puntos inconexos dibujados en torno a un eje esférico. A la vez que una ley perceptiva (ley del cierre) nosotros exploramos este fenómeno y lo vemos como un impulso de toda persona a completar su existencia. Este impulso puede detenerse, por ejemplo, por factores sociales, e interrumpir el proceso de una persona a hacer lo que quiere hacer. Sería una figura que emergió del fondo, que no pudo completarse, y que vuelve de inmediato a sumergirse en el fondo. Esto, que llamamos una Gestalt Incompleta atenta contra la tendencia natural a completar la propia existencia, y en este sentido puede ser un primer paso de desajuste, de proceso de alienación neurótica.

Por otra parte, los psicólogos de la forma investigaron la influencia de la motivación en la percepción, de forma que un sujeto sediento tiende a percibir un estímulo (ambiguamente líquido), como agua o cualquier otra bebida que remedie su sed. Si el sediento ve agua donde no la hay, igualmente una persona insatisfecha continua elaborando asuntos inconclusos del pasado en su actividad presente, impidiendo que nuevas figuras emerjan aquí y ahora y puedan ser vividas gratificadamente para, una vez completadas, volver al fondo.

Podemos ver entonces la diferencia de un fondo-contexto, sin demasiada entidad pero enormemente fértil porque provee de innumerables figuras que en su momento pueden ponerse en relieve, en primer plano, y un fondo rígido formado por gestalts incompletas que sólo permite surgir la misma figura, obsesivamente reproducida en mil variantes.

Este segundo concepto de gestalt incompleta es uno de los más utilizados por Perls en su trabajo: sistemáticamente a los asuntos inconclusos como otra versión operativa de lo que en psicoanálisis se entiende como compulsión a la repetición.

La tensión de lo incompleto como una de las fuentes de la neurosis; aquellas tareas que se interrumpen crean un sistema cargado de tensión que influye no solo en el comportamiento sino a la totalidad de la personalidad.

Una vez que se ha hecho mención de las adaptaciones que Perls retomó de la psicología de la forma Alemana, para después estructurar lo que denominaría la terapia gestáltica, podemos conceptualizar lo que sí es la psicoterapia gestalt.

De acuerdo con la definición del término Alemán Gestalt, significa que ningún fenómeno puede ser analizado si no es teniendo en cuenta su totalidad.

El término Gestalt no tiene una traducción única, aunque se le entiende generalmente como forma. Sin embargo, también se traduce como figura, configuración, e incluso estructura o creación. Las diferentes acepciones que tiene, son configuración, estructura, modelo, figura, forma, totalidad y para efectos terapéuticos como una necesidad a ser satisfecha.

Ginger señala que la palabra Gestalt es una palabra alemana, que se ha adoptado hoy en día en el mundo entero ya que no tiene equivalente exacto en otras lenguas y en algunos la pronuncian como en alemán guéchtalt. Así mismo menciona que Gestalten significa poner en forma, dar una estructura significativa, sería más exacto hablar de gestaltung palabra que indica una acción prevista en curso o terminada, que implica un proceso de puesta en forma, una información. (Ginger, 2002 p. 146)

En la práctica este principio indica que la persona está compuesta de factores físicos, emocionales, intelectuales y sociales, sin olvidar los espirituales, si uno de estos es afectado los otros sufrirán también las consecuencias. El concepto de totalidad considera que el fin de la psicoterapia es que la persona pueda pensar con su mente y sentir con sus emociones, la integración de esta polaridad mente cuerpo permite que el individuo desarrolle su potencial humano.

De acuerdo con Castanedo, la psicoterapia Gestalt se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, en el aquí y el ahora, su presente. Uno de los requisitos en su aplicación terapéutica reside en que el individuo tome conciencia o se de cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y su alrededor, es por esta razón que en sus comienzos Fritz Perls, la llamó Terapia Del Darse Cuenta y posteriormente Psicoterapia de la Concentración. (Castanedo, 1997 p. 203)

Para Salama, la terapia gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades. Conflicto que puede ser de naturaleza interna al individuo (intra psíquico) o que puede manifestarse en la relación interpersonal entre dos individuos (inter psíquico). Este enfoque centra la atención en la conducta presente y exige la participación activa del terapeuta para facilitar al paciente el proceso de darse cuenta de sí mismo, como un organismo total que es, aprendiendo a confiar en él y obtener el desarrollo óptimo de su potencial. (Salama, 2001, p. 39)

Lo innovador de esta corriente consiste, en que no sólo se ocupa del síntoma, al que consideramos como un intento de solucionar un problema interno y que implícitamente nos avisa que la necesidad del individuo no ha desaparecido, sino que más bien cambió su expresión, la cual se detecta como ganancia secundaria. Por ello, no se centra en eliminar los síntomas, sino en investigar y favorecer la toma de conciencia de la relación que ésta tiene con lo que sucede en ese preciso momento para que pueda tomarse el control desde la raíz y resolverlo de acuerdo a su necesidad.

Esta comprensión holística incluye el funcionamiento de su cuerpo físico, emociones, pensamiento, cultura y sus expresiones sociales en un marco unificado.

## **1.2 Objetivos.**

Para Baumgardner (1994), La Gestalt tiene por objetivo movilizar los recursos del individuo, con el fin de reestructurar el equilibrio de la persona: se propone trabajar sobre el aquí y el ahora, y establecer relaciones entre el comportamiento, necesidades, deseos, y carencias, provocando la toma de conciencia de la realidad que se vive y asumiendo la, responsabilidad de sí mismo. La aceptación es parte fundamental del crecimiento de la persona.

De acuerdo con Salama (2000), en la psicoterapia gestalt, existen dos objetivos, los cuales son:

Objetivo inmediato: Lograr que el paciente aprenda a cerrar sus asuntos inconclusos desde el yo, apoyado inicialmente por la terapeuta que se convierte en un yo auxiliar, merced a una conducta congruente, armónica y transparente.

Objetivo mediato: Favorecer en el paciente la adquisición de una filosofía de vida auténtica con la que mejore considerablemente su calidad de vida. Esta fase puede prolongarse hasta que se logre el proceso de aprendizaje o auto apoyo más que la atención en el menos insight o darse cuenta, siendo importante llegar a obtener la congruencia entre su conducta, sus sentimientos y sus pensamientos. (Salama, 2002 p. 184)

El objetivo de la terapia ha de tomar en cuenta todos los antecedentes que trae el paciente y que servirán de base al terapeuta para hacer su trabajo profesional más efectivo. Es cambiar los patrones repetitivos de conducta y buscar un cambio dentro del proceso que implica descubrir sus potencialidades y las partes perdidas de su yo para usarlas como apoyo ante las dificultades cotidianas que se presenten y resolverlas para no convertirlas en problemas.

De acuerdo con Castanedo, el objetivo final que persigue el enfoque gestalt es que el paciente realice con la ayuda del terapeuta la transición de depender del miedo, incluyendo al terapeuta, para recibir apoyo, a darse él mismo el apoyo que necesita. (Castanedo, 2002 p. 321)

Perls, menciona que el objetivo de la terapia debe ser el darle al paciente los medios con los cuales pueda resolver sus problemas actuales y cualquiera que pudiera surgir mañana o en el futuro. Esta herramienta es el auto apoyo, y esto lo logra enfrentándose consigo mismo de inmediato. Si el paciente logra llegar a darse cuenta plenamente en todo instante de sí mismo y de sus acciones en todos los niveles-fantasía, verbal o físico podrá ver como se producen sus propias dificultades, podrá también ver cuales son sus dificultades del momento y podrá ayudarse a resolverlas en el presente en el aquí y el ahora. Cada problema solucionado le hará más fácil la resolución del próximo, ya que cada solución aumenta su auto-apoyo. (Perls, 1998 p. 216)

### **1.3 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt.**

Siendo que la psicoterapia gestalt es una terapia integrativa, tiene su fundamento en diversas disciplinas como son la filosofía, la psicología, y la teoría general de la comunicación. A continuación, se expondrán los aportes que cada una de ellas.

#### 1.3.1 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt que retoma de la Filosofía

La gran mayoría de las concepciones de la psicoterapia gestalt se encuentran impregnadas por el movimiento filosófico existencial. El existencialismo plantea que las cosas no deben ser explicadas sino vividas, entonces lo importante es la experiencia y se pueden tener evidencias de la existencia mediante la experiencia. En oposición directa desde el Racionalismo de Descartes hasta el Idealismo de Hegel, se encuentra una reducción del espíritu o la razón. De la realidad misma o la razón en donde el mundo y las cosas, deberían ser “explicadas racionalmente”.

La psicoterapia gestalt se apoya en el principio de que existir es una experiencia de vida, única, subjetiva, por lo tanto, el cambio en el presente no se logrará a través de la racionalización ni de la explicación, sino por medio de la experiencia, es decir, de la evidencia.

El existencialismo surge como protesta ante la aniquilación del hombre que se sumía en la des- individualización y la despersonalización. El materialismo mecanicista consideraba al hombre como un simple resultado de las fuerzas de la materia sin iniciativa, en el plano laboral el individuo quedaba alineado ante la tecnología de automatización y deshumanización del trabajador. La persona aceptaba y asumía esta deshumanización por lo que el existencialismo se proclama como una reacción contraria al proceso de despersonalización y se propone la tarea de recuperar la subjetividad y la dignidad personal con una doctrina que hace posible la vida humana. Con el existencialismo se recupera la importancia del ser humano, pues le permite ver su propio valor cuando plantea que cada persona es única e insustituible en el universo.

El existencialismo reconoce dos formas de existencia; una auténtica y otra inauténtica, ambas son resultado de la elección del hombre, por lo que ésta filosofía es considerada como el llamado al individuo, al hombre singular, o así mismo, y a cada persona que vive para que no exista simplemente, para que no se conforme con existir impersonal y anónimo, perdido en cotidianidad del mundo y la rutina diaria, dejándose llevar por los acontecimientos como si fuera una hoja arrastrada por el viento. Esta actitud pasiva e irresponsable lleva al camino de la existencia auténtica el individuo que elige la existencia auténtica trata de configurarse y te auto-realizarse, descubriendo su verdadera identidad.

El existencialismo pretende, que todo hombre sea poseedor de su vida y asienta sobre él la responsabilidad absoluta y total de su existencia. Asimismo, una tarea de la psicoterapia gestalt es facilitar al individuo para que asuma la responsabilidad de sus actos, de sus sentimientos y de su experiencia. De acuerdo con Salama (1997), en la psicoterapia gestalt, la persona, se encuentra en libertad de ser ella misma, descubriendo lo que es, lo que no le gusta y pudiendo elegir lo que quiere ser.

A continuación se menciona los principales exponentes del existencialismo y sus aportaciones que fueron retomadas por la terapia gestalt.

Soren Kierkegaard

Teólogo de Copenhague, del siglo XIX. Fue un anti-intelectual radical que meditó acerca del individuo finito, existente, que se contrapone a Dios, lo que le provoca angustia y se resuelve en desesperación.

Este autor habla de tres etapas en la vida de cada individuo, que son:

- a) Estética: Donde vive una desvinculación con las obligaciones profesionales, familiares y sociales y se da a la búsqueda del deleite y del placer.
- b) Ética: Caracterizada por la voluntaria subordinación a la ley moral, edificando las instituciones como el matrimonio y la sociedad.

- c) Religiosa: en donde el contacto con Dios se lleva a cabo mediante la fe, que es irracional y de orden existencial.

En las dos primeras fases se encuentra dependencia del exterior, falta la continuidad y estabilidad, lo cual genera insatisfacción, mientras que la tercera fase solamente es la que él considera auténtica y trascendente. Pero el paso de una a la otra no se realiza por sucesión natural, sino que es producto de la elección vital del individuo.

Edmund Husserl

Filósofo austriaco, de mediados del siglo XIX, principio del siglo XX, poseía una gran fuerza lógica y tenía verdadera pasión por la claridad y el rigor científico, con su método fenomenológico dio prestigio a la filosofía.

Los principales temas de su filosofía giran entorno al concepto de Reducción (Epojé) que significa poner entre paréntesis ciertos juicios y conocimientos y definir las cosas tal como aparecen a la conciencia.

Martin Heidegger

Filósofo alemán de mediados del siglo XX, rechazó la denominación de existencialista, que y como él mismo decía, la cuestión que le preocupaba no era la existencia del hombre sino la del ser en su conjunto y en cuanto tal. Discípulo del Fenomenólogo Husserl; e se preguntaba ¿Qué es el ser o el existir?, para resolver el problema del ser, habla del Dasein (estar ahí), que es el modo especial de existir del hombre, por el cual éste siempre se eleva sobre sí mismo, se proyecta, se trasciende y es a través del Dasein que e intentará llegar al conocimiento de ser. La esencia del Dasein radica en su existencia (la esencia es la existencia).

El hombre es un ser que se dirige a la realización temporal de sus posibilidades, no como un sujeto aislado, sino como un ser necesariamente

interrelacionado con el mundo de las personas y con el mundo de las cosas que le rodean. Cuando Heidegger habla del ser en el mundo, en gestalt se refiere al concepto de campo, lo que conforma al individuo y su contexto.

Para Heidegger la actitud fundamental que conforma al ser humano en el mundo es la preocupación, la existencia auténtica dotada de un carácter angustioso y consciente de hacerse libremente, dicha existencia acoge la angustia y gracias a ello asume el sujeto su verdadera condición del hombre y se coloca en la verdad. Así se convierte en el centro autónomo o de la realización de si mismo, mediante la elección y el cuidado del porvenir y del descubrimiento del Dasein.

#### Kart Jaspers

Médico Alemán, de mediados del siglo XX, se dedicó a la psiquiatría antes de interesarse por la filosofía, este autor contrapone la existencia humana al Dasein de Heidegger, ya que para él, la existencia es la posibilidad de ser, más que ser en el Dasein: señala que cada persona se halla necesariamente circunscrita en la realidad objetiva del Dasein, pero que desde esta realidad tempo-espacial levante libremente su proyecto para realizarse en el futuro, eligiendo automáticamente su existencia.

Para Jaspers, libertad y necesidad forman una unidad indisoluble y se complementan en la existencia personal. En el acto libre del ser humano, el ser libre es ser uno mismo, es actuar necesariamente de acuerdo con lo que uno es. La libertad es fidelidad así mismos, a una necesidad del ser interior, este actor de libertad conduce la trascendencia.

Jaspers llama trascender a la actividad de constante superación, que desde el punto de vista teológico, conduce a Dios, que está más allá del alma y del mundo.

En el concepto de Jaspers sobre las Situaciones-límite, tales como el sufrimiento, la lucha, el sentimiento de culpabilidad y la muerte, señala que el ser humano constantemente tiene que fallar,, ya que considera que la vida es un estar en situaciones límite en que se fracasa pero precisamente en este fracaso se realiza un cuestionamiento y se ilumina la existencia.

Basándose en las situaciones límite de Jaspers, en la psicoterapia gestalt, dichas situaciones representan el atolladero, el callejón sin salida, en donde se encuentra la angustia. Las situaciones límite ayudan a aclarar el sentido de la existencia ya que en la crisis se da el crecimiento.

Otro importante representante del existencialismo retomado por la gestalt, es Gabriel Marcel.

#### Gabriel Marcel

Uno de los representantes del existencialismo cristiano francés. Una de sus más importantes reflexiones, es acerca del ser encarnado. Para él la existencia está ligada a la encarnación, al hecho de estar vinculado a un cuerpo que verdaderamente no se puede decir que se “posee sino que es”.

Este concepto de ser total es tomado por Fritz Perls –creador de la psicoterapia gestalt- Quien decía que no hay una parte del individuo que posea a los demás, sino que es un organismo integrado y total.

Marcel resalta la importancia del ser sobre el tener o el haber, argumenta que el ser no es un problema a resolver, sino que es un misterio a comprender. Un misterio no puede ser pensado ni demostrado, solamente puede ser reconocido por un acto secreto de intuición, que puede ser vivenciado en la existencia y en la situación particular de cada hombre.

La gran diferencia entre Marcel y otros existencialistas, radica en que éste no funda la existencia en la angustia y la desesperación, sino en la esperanza.

Juan P. Sastre

Filósofo parisino de mediados del siglo XX. De acuerdo con Salama (1997), Sastre habla de la libertad del hombre: más aún, dice que el hombre está condenado a ser libre, pues aunque no se ha creado así mismo, es libre, ya que una vez “arrojado” al mundo es responsable de todo lo que hace, de todo lo que proyecta ser. “El hombre no es nada más que su proyecto, existe en la medida en que se realiza”. (El existencialismo es un humanismo, 1985).

Por otra parte, siguiendo con Sastre, el hombre es libre porque no ha sido creado por ningún fin. Simplemente se encuentra existiendo y entonces tiene que decidir que ha de hacer con sí mismo, por lo que cada hombre deberá buscarse un fin propio, válido solamente para él y realizar su proyecto particular. No hay, por tanto, valores establecidos. Sastre (1945), señala, que el único fundamento de los valores es la libertad humana e implica una absoluta responsabilidad.

Mueller (1993), menciona que para Sastre la responsabilidad del hombre no es meramente individual, pues no vive en forma aislada y al proyectarse y elegirse a sí mismo, elige a todos los hombres ya que al moldear su imagen, ésta misma es válida para todos, por lo que su responsabilidad compromete a toda la humanidad. De aquí se deriva la angustia, que lleva al hombre a asumir la decisión de la existencia auténtica, pero puede no asumirla entonces aparece la mala fe, el auto-engaño, evitando la auto-responsabilidad. En gestalt se identifica ésta “mala fe” como las máscaras, los papeles sociales, el actuar “como si”.

La psicoterapia gestalt se basa en la teoría de Sastre antes mencionada, y a parte de esta, define uno de sus objetivos principales, que es facilitar al individuo el descubrimiento de sí mismo. De sus propio fines de acuerdo a sus necesidades como ser único, auto-apoyado, que no necesite de auto-engaños y que puede apoyarse en sus propios pies.

Hasta aquí, se han expuesto brevemente algunas de las aportaciones principales del Existencialismo, que han sido retomadas para la psicoterapia gestalt y que constituyen, por tanto una de sus filosofías de base. Así que la gestalt no se reduce tan solo a un cúmulo de técnicas psicoterapéuticas, va más allá y se convierte en un camino de enseñanza y de crecimiento, asumiendo una actitud de superación y una filosofía de la vida.

Tradicionalmente la psicoterapia se había ocupado del tratamiento de personas enfermas, limitando así, su campo de acción. Con el advenimiento de la tercera fuerza en el campo de la psicología (corriente humanista), y en particular con la psicoterapia gestalt, este concepto evolucionó brindando ahora la oportunidad de cambio y crecimiento a todas aquellas personas que quieren asumir la responsabilidad de su libertad, descubrir y desarrollar su potencialidades y alcanzar una existencia auténtica.

La psicoterapia gestalt incorpora del Existencialismo algunos principios básicos:

- a. existencia humana es considerada como una “actualidad absoluta”, no es algo estático, sino que se está creando así misma en un constante proceso de re-creación.
- b. El hombre se halla esencial e infinitamente vinculado con el mundo y en especial con los demás seres humanos.
- c. Rechaza la distinción entre sujeto y objeto y los visualiza en un todo, ( de estos tres primeros puntos la gestalt asume su carácter holístico).
- d. No da importancia al aspecto intelectual dentro del campo de la filosofía, menciona que no es la inteligencia lo que logra el conocimiento verdadero, sino que es necesario vivir la realidad.

- e. Es la experiencia “per se” del momento inmediato lo que sirve para el aprendizaje
- f. El concepto de continuo de conciencia, manejado en la psicoterapia gestalt, se hace obvia la importancia del aquí y el ahora.
- g. Lo importante del encuentro existencial en el yo-tú. La psicoterapia gestalt, consiste en atender a otro ser humano, en tal forma que le permita ser lo que realmente es con fundamento en el poder que lo constituye, como lo menciona Kierkegaard.
- h. Para la psicoterapia gestalt es esencial el vivenciar la experiencia para que se de así un aprendizaje efectivo.
- i. Se evita, en la medida de lo posible, hablar “acerca de” dentro de la sesión terapéutica, es decir en tercera persona, se invita al paciente a que hable en primera persona.

Otra de las fuentes filosóficas de las que se alimenta la terapia gestalt es el Budismo. Esta filosofía nace en la India a mediados del milenio 1 antes de nuestra era. En los siglos VI y V a de C., surge la doctrina religiosa del Budismo. Las doctrinas budistas parten de la leyenda relativa a su fundador, el príncipe Siddhartha o Buda, es decir, “El Iluminado”. Debido a que el Budismo se extendió por el oriente, surge en China el Chán, que luego se denomina Zen en Japón.

El budismo Zen es un sistema Japonés de meditación y auto-disciplina, cuyo propósito es transformar radicalmente la experiencia cotidiana de quien lo practica mediante la trascendencia espiritual y el desarrollo del pensamiento.

Los iniciadores en esta disciplina consideran que la creencia es una identidad personal inmutable, es la ilusión más obstinada que hay que superar para alcanzar la iluminación. El Budismo sostiene que todo tiende a cambiar incluso la identidad de cada quien.

La meditación Zen ayuda a la persona a concebirse como parte de un proceso de cambio interminable y a desligarla de la imagen que tienen de sí mismo. El Budismo Zen puede ayudar a cualquier persona que tenga la necesidad de conocerse más profundamente o que se siente insatisfecha de la vida materialista y egoísta que predomina en las sociedades occidentales, asimismo enseña a desarrollar un conocimiento directo de la realidad mediante la intuición y para ello se utilizan tres técnicas básicas, las cuales retoma la Gestalt.

#### 1. La aceptación de la realidad:

El objetivo básico es aplicar el principio budista DE “atención diligente” a cada momento vivido, lo que implica estar plenamente consciente de los actos propios y dedicarse de lleno a cada actividad emprendida en vez de desear estar en otra situación, es decir, eliminar del pensamiento frases como me gustaría, si yo pudiera, hubiera, etc. La dificultad de esta meta reside en vencer el impulso de aferrarse a las ilusiones y los deseos más preciados, aún cuando éstos provoquen ira, frustración y desencanto. El Budismo Zen así como la Gestalt, enseña que si se consideran los sentimientos negativos como lo que son, si se aceptan como sufrimiento inevitables, se puede reducir el aspecto voluntarioso y exigente de la personalidad.

#### 2. La meditación:

Esta actividad se denomina Za Zen (significa meditación sedente) y es un medio especial de aceptación de la realidad. El alumno debe sentarse sobre cojines con las piernas cruzadas, la espalda recta, la cabeza erguida y el peso corporal distribuido uniformemente entre los glúteos y las rodillas.

El Za Zen suele agotar física y mentalmente: mantener la misma postura durante periodos largos, llega a causar dolor, y meditar obliga a la persona a concentrarse en sus remordimientos y en ideas desagradables. Con la práctica se aprende a dejar que los pensamientos fluyan sin reflexionar en ellos hasta que se alcanza un estado de conciencia desprovisto de juicios de valor.

3. La solución de acertijos y adivinanzas concebidas para rebasar los límites del intelecto.

Los perceptores budistas, conocen muchas historias, parábolas, enigmas y paradojas, cuya intención es hacer que los alumnos prescindan del raciocinio y busquen nuevos modos de pensar. También se plantean acertijos que no pueden entenderse ni descifrarse por medio de la razón, he aquí dos ejemplos: ¿Cuál es el sonido de una mano al aplaudir? Y ¿Dime como era tu rostro antes de que nacieras? El propósito es oponer al intelecto una barrera que el pensamiento lógico no pueda penetrar, es decir, se pretende lograr que la persona descubra que la respuesta es “no responder“ la pregunta.

Otra importante aportación del Budismo Zen, es que enseña que con cada momento de iluminación va cediendo terreno el modo de pensar racional del individuo y que surge en él un conocimiento nuevo y más profundo.

Esta transformación es acompañada por la capacidad de disfrutar el presente, sean cuales fueran las circunstancias y la sensación de vivir sin ataduras en el mundo cotidiano.

Los postulados básicos del Budismo son: 1) La vida es sufrimiento; 2) El sufrimiento tiene su causa y 3) Existe la posibilidad de cesación del sufrimiento.

Los maestros del budismo enseñan que el objetivo de conocer es liberar al hombre del sufrimiento. La ética del budismo descansa en la convicción de que cabe salvarse del sufrimiento no en la vida de ultratumba, sino en la vida presente, o sea, en el aquí y el ahora sin fantasear sobre el futuro.

Para la Gestalt también es importante el taoísmo ya que en esta filosofía china retoma diversos conceptos. Su principal representante fue Lao Tsé quien enseña que el Tao es el camino de las cosas. La idea principal de Lao Tsé (siglo VI y V a de C.), consiste en que la vida de la naturaleza y de los hombres no es gobernada por una “voluntad del cielo” sino que discurre por un camino natural, el Tao.

Para Lao Tsé, todo mundo se halla en movimiento y mutación, a consecuencia de lo cual todas las cosas pasan necesariamente a su opuesto. De acuerdo con Salama (1997), a través de éste cambio y movimiento se concilian las polaridades dando lugar a la integración de la personalidad.

Si la persona se esfuerza por ser lo que no es, o por no aceptar lo que sí es, está condenada a la insatisfacción. La frase superior del Taoísmo antiguo es la Doctrina de Chiang Tsé, sostuvo que en el mundo de las cosas opera inexorablemente la ley natural del Tao, por lo cual todo lo engendrado está continuamente sometido a cambios.

De las filosofías orientales como el Tao y el Budismo Zen, La psicoterapia gestalt toma los principios que se detallan a continuación.

- a. Destaca la experiencia sobre la filosofía abstracta. Para comprender la realidad es importante verla tal como es, sin ser analizada ni dividida en fragmentos, captándola en su unidad y en nuestra totalidad con ella.
- b. Todo el universo está compuesto de polaridades. Lo mismo se aplica a la existencia, la cual presenta tres características principales:
  - 1) Inestabilidad: Este concepto debe entender que todo está cambiando en forma constante, que nada es permanente, todo fluye en un momento, dado esto se aplica además a los pensamientos e ideas.
  - 2) Desintegración: el individuo no es más que esas partes componentes que cuando perecen, hacen perecer al individuo.
  - 3) Insatisfacción: Este concepto se relaciona con el crecimiento, es tanto un organismo insatisfecho, tenderá a buscar formas, que le permiten seguir evolucionando.

- c. Lo obvio es la atención y el darse cuenta en el aquí y el ahora, lo que se presenta de por sí ante la persona, es ver lo que ocurre, lo que observa. Es un gestalt que la persona atiende –se da cuenta- en el momento presente.
- d. Aquí y ahora, se refieren a estar en el momento presente, ya que la angustia y la ansiedad surgen cuando se pasa del ahora al futuro. La hipótesis Gestalt acerca del pasado son partículas y porciones de las situaciones incompletas (sin resolver), que irán surgiendo, inevitablemente como parte de la experiencia en el presente. El pasado es un “asunto sin terminar” que debe ser vivido y terminado aquí y ahora, para recuperar esa energía vital que se pierde inútilmente en culpas, resentimientos. El futuro es otro ahora por venir, que sirve únicamente para que la persona se haga responsable de hacer algo, ahora por otro AHORA mejor. No se usa para evitar asumir responsabilidades mientras llega. El concentrarse excesivamente en el pasado (recuerdos) o en el futuro (planes), es una forma de escapar del presente.
- e. El Darse cuenta Awarnees. Se caracteriza por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una gestalt. En pocas palabras darse cuenta es entrar en contacto, natural, espontáneo, en el aquí y ahora, con lo que uno es, siente y percibe.
- f. Equilibrio. No se trata de un punto medio estético, se trata de un ir y venir dinámico.

Para Salama (1997), La psicoterapia gestalt ha incluido diversos conceptos sobre la existencia, Tanto de Oriente como de Occidente, en un intento de unir polaridades en el supuesto de que, en la comprensión de las mimas, estriba el crecimiento del individuo en un nivel personal y de la sociedad en general. Las relaciones entre los seres humanos, se basan en satisfacer las necesidades, tanto biológicas como psicológicas y sociales. El contacto es la puerta de entrada para la solución de dichas necesidades.

La psicoterapia Gestalt no es ecléctica sino integradora y tanto por sus fuentes existenciales como por el Budismo Zen se convierte en una

alternativa para el individuo que asume y acepta el reto de la existencia de la vida.

Dentro de esta integración de disciplinas además de la filosofía, la psicoterapia Gestalt cuenta con otro fundamento importante que es el psicológico, que aporta sus diversas teorías y planteamientos.

### 1.3.2 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt que retoma de la Psicología.

Hace más de 100 años la psicología se estableció como ciencia en Alemania entre 1870 y 1880 y su tarea principal consistía en el análisis de la mente y sus manifiestos tales como el pensamiento, el lenguaje y la memoria; este enfoque fue llamado estructuralismo.

El fundador del primer laboratorio de psicología fue Whilhem Wundt (1832-1920), quien trabajaba en la Universidad de Leipzig, Alemania por 1879, y con él se inició la etapa científica de la psicología; sugería que la experiencia o conocimiento que se obtiene de la propia conciencia que era lo principal en esta ciencia. A este proceso lo llamó introspección, proceso que es semejante a realizar un viaje al interior de uno mismo.

Después del estructuralismo surgieron nuevas escuelas: el funcionalismo, el conductismo y behaviorismo y el movimiento gestáltico.

El funcionalismo fue creado por psicólogos norteamericanos, entre los cuales destacan: Wiliam James (1842-1920) James Cattell (1860-1944) y EL Thorndrike, (1874-1949), Ellos sustentaban la teoría de que la mente es la función orgánica mas importante para la adaptación ambiental del ser humano.

Otra escuela que surgió como fuente competidora de estructuralismo es el behaviorismo, mejor conocido como conductismo que tuvo en John B Watson (1878-1958) a su principal propulsor, quien, aunque formado en el Funcionalismo, manifiesta que la técnica de la introspección, no podía ser objetiva, es decir científica.

Watson comentaba que solo los eventos públicos, como por ejemplo, las acciones motoras y obvias, cumplen con los requisitos de una disciplina científica debido a que pueden ser respuestas medibles, porque pueden ser predecibles y repetibles.

Watson junto con John Pavlov, enfatizaron la importancia que tienen, tanto el aprendizaje como las relaciones estímulo-respuesta en las conductas (condicionamiento clásico).

Según Mueller (1993), la tercera escuela que surgió, la escuela de la Gestalt se centró en el estudio de la percepción visual. Los gestalistas descubrieron que el ser humano percibía totalidades organizadas como configuraciones que aparecían en la experiencia directa del individuo. Marx Wertheimer, Wolfgang Kohler y Karl Koffka fueron los precursores de ésta escuela, la cual se presentaba como una reacción en contra del punto de vista tradicional de la psicología antigua, representada tanto por el funcionalismo como por el estructuralismo.

Los psicólogos de la escuela Austria, que crecieron con la influencia del trabajo fenomenológico de la percepción en la psicología de la gestalt, se opusieron tanto al estructuralismo y a su análisis del consciente en elementos y la exclusión de valores como el conductismo por su exclusión del consciente.

Mientras que los conductistas objetaban al estructuralismo como resultado de su subjetividad de los datos con los que trabajaban, Los psicólogos de la gestalt se oponían a que pudiera estudiarse algo tan complejo como la conducta humana analizándola en forma de elementos, según la teoría de la gestalt, cuando se hace esto se destruye la unidad de los fenómenos que están siendo estudiados.

Al principio, La psicología de la gestalt centró gran parte de sus estudios en investigaciones sobre la percepción, luego se extendió a otros campos como el aprendizaje, las conductas sociales y el pensamiento.

El nacimiento de la psicología de la gestalt, se sitúa en 1912 con los anteriormente citados Wertheimer, Köhler y Koffka, y sus experimentos

sobre la percepción del movimiento y la creación de importantes leyes que hoy están completamente incorporadas a la corriente de la psicología moderna.

Wertheimer y sus alumnos idearon además el fenómeno phi el cual consiste en presentar visualmente dos focos en serie, algo distantes entre sí y al darse un inter-estímulo los hace aparecer como si estuvieran en movimiento.

Köhler determinó que el proceso de aprendizaje es secundario a la percepción. Hizo experimentos con gallinas y chimpancés en las Islas Canaria, y concluyó, que para aprender, es necesario descubrir la respuesta adecuada, la cual depende de la estructuración del campo y del surgimiento de una gestalt.

A continuación se mencionan algunos de los principios básicos de la psicología de la gestalt:

- Cuando nace una gestalt o figura por medio de un insight surge el “darse cuenta” de dicho momento, el cual aparece como si fuera un “flash”.
- El verdadero insight se caracteriza por la producción de una nueva conducta, la cual podrá repetirse y aplicarse a una situación semejante a la original donde surgió el aprendizaje.
- Las necesidades están determinadas por la naturaleza del organismo, su esencia que se actualiza a través de los cambios en el ambiente que actúan sobre él, distinguiendo lo que para el individuo permanece en primer término (figura) sobre lo que estaría en el último término (fondo).
- La figura destaca del fondo, siendo más substancial y más estructurada, suele ser el foco de atención. El fondo sirve de marco donde se haya suspendida la figura, la cual carece de detalles y puede ser ajeno a la atención.

Según Stevens (2004), como principales co-fundadores de la psicoterapia gestalt Fritz Perls y Laura Posner de Perls imprimieron su sello particular: Mientras que para Laura, psicoanalista y posteriormente psicóloga, es muy importante el ritmo, para Fritz, médico y psicoanalista freudiano, lo era la armonía del cuerpo. Ellos analizaban la palabra de-estructuración y re-estructuración por ser fuerzas kinestésicas con las cuales se crece, evitando utilizar la palabra destrucción.

Retomando el tema de los fundamentos psicológicos de la gestalt, como se mencionó en el primer capítulo, existieron tres teorías psicológicas o fuerzas. Teoría Psicoanalítica o Primera Fuerza, Teoría Conductista o Segunda Fuerza y Teoría Humanista o Tercera Fuerza. En el presente capítulo se retomará la Tercera Fuerza ya que de ésta proviene la gestalt.

La Tercera Fuerza fue fundada por Abraham Maslow, quien la clasifica como una psicología del ser versus la psicología del tener. A este mismo grupo pertenecen la psicología organísmica de Goldstein, el psicodrama de Moreno, la terapia racional emotiva de Ellis el análisis transaccional de Berne, la logoterapia de Frankl, la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers, la Bioenergética de Lowens y la psicoterapia gestalt de Perls.

A continuación se mencionarán los aspectos que la Gestalt toma de otras escuelas:

- De Jung toma el concepto de la integración de las polaridades existentes en el ser humano. Jung señalaba que el aspecto consciente de la personalidad, tiene su opuesto que es la sombra y que la persona estará completa cuando haya integrado estos aspectos polares. Jung mencionaba que la terapia era un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el paciente, quienes debían trabajar de igual a igual. Los dos forman una unidad dinámicas, el terapeuta tiene que estar dispuesto a cambiar en virtud de la interacción con su paciente.

- De Adler, retoma el concepto holístico, el cual consiste en un método para entender a cada persona como una totalidad integrada dentro de un sistema social. Para Adler hay tres aspectos principales en la terapia, comprender el estilo de vida específico del paciente, ayudar al paciente a comprenderse así mismo, y fortalecer el interés social.
- De Reich incorpora los aspectos corporales, verbales, gestuales y musculares en el comportamiento cotidiano del individuo, dando así mayor importancia a la sensación, la expresión inmediata y la experiencia organísmica, así como enfatizar el cómo más que el por qué de estos aspectos. Fritz Perls tomó de Reich el concepto de carácter como un mecanismo de defensa, el carácter es un gestalt compuesta o arreglada.
- Para la Gestalt es conveniente distinguir tensiones y trabajar con ellas, tener fijaciones que se experimentaron en el pasado y traerlas a la actividad actual. El terapeuta no debe trabajar con pacientes que tengan problemas que él no haya podido manejar consigo mismo, ni debe esperar que el paciente haga cosas que él no pueda o no haya podido hacer.
- De Rogers asume la relación de persona a persona, se sitúa al lado del paciente de igual a igual. Rogers sugiere que la fuerza directiva más importante en la relación terapéutica, debe ser el cliente y no el terapeuta.
- El cliente tiene las llaves de su recuperación, pero el terapeuta debe tener ciertas cualidades personales, que ayudan al cliente a aprender cómo se utilizan esas llaves, estos poderes (dentro del cliente) se volverán efectivos si el terapeuta puede establecer con su paciente una relación cálida, de aceptación y entendimiento.
- De Berne, integra la utilización de juegos, dentro de la terapia al plantear que las personas “juegan” roles sociales para ocultar su verdadero Yo.

Como se puede observar, la gestalt es una terapia integrativa y holística, dado que no vacila en incorporar a su cuerpo teórico y técnico alternativas de otras corrientes y reconocer sus orígenes.

Además de incorporar a la filosofía y la psicología, la psicoterapia gestalt retoma importantes elementos comunicacionales para integrar su teoría.

### 1.3.3 Fundamentos de la Psicoterapia Gestalt que retoma de la Comunicación.

La comunicación humana tiene en Watzlawick para la gestalt, a su más fiel representante. Este autor propone que la comunicación es circular, esto es que afecta tanto a quien habla como a quien escucha. Además sugiere que la comunicación verbal y no verbal son paralelas en tanto que su congruencia o incongruencia pertenecen a la misma matriz.

A continuación se mencionarán los principales conceptos del modelo de Paul Watzlawick que son de importancia para la Gestalt.

Partes de la comunicación: Sintáctica, semántica y pragmática

- Sintáctica, abarca los problemas relacionados, con la transmisión de la información. Le interesan las propiedades, canales capacidad, barreras etc. del lenguaje.
- Semántica, toma en cuenta el significado de los símbolos. Da sentido a la comunicación emisor-receptor, para “Traducciones convenidas”.
- Pragmática, se refiere a la afectación que la comunicación hace a la conducta. Es cómo cada persona interpreta el significado del mensaje de acuerdo a su marco de referencia o contexto, los datos de la pragmática no son solo las palabras, sino también sus

concomitantes no verbales y el lenguaje corporal. Los factores que se consideran son: cultural, social e individual. Cabe mencionar que la psicoterapia Gestalt pone mayor énfasis a esta parte de la comunicación.

Con respecto a la información y retroalimentación la información se ha visto como una relación lineal unidireccional de causa y efecto, mientras que la comunicación requiere forzosamente de un intercambio de información. En la terapia gestalt se incluye el intercambio de las tres zonas de relación, interna, externa y fantasía. El intercambio de dichas zonas facilita los fenómenos de crecimiento y cambio que se dan gracias a la retroalimentación. Las relaciones pueden entenderse como circuitos de retroalimentación donde la conducta de cada persona afecta a cada una de las otras y es, a su vez, afectada por éstas (interdependencia). La retroalimentación puede ser positiva o negativa, la primera se da cuando llega al movimiento, a la partida de estabilidad o de equilibrio, la información se utiliza para proponer el cambio y el crecimiento, y la segunda busca el mantenimiento de la estabilidad del sistema (Homeostasis). La salida de energía se utiliza como información para que se re-utilice en el equilibrio y mantenimiento.

- Para Watzlawick la metacomunicación se da cuando un integrante de la comunicación observa, desde afuera de él mismo y de la situación, la estructura comunicacional (sintáctica, semántica y pragmática) del proceso de comunicación del cual era parte. En gestalt para éste fin se utiliza la tercera silla (vacía) para salirse del sistema y poder verlo desde afuera.
- Caja negra: el concepto de caja negra, palabra derivada de la que tienen los aviones y que es de color naranja, surge de la imposibilidad de observar el funcionamiento de la mente. A veces, los componentes neuronales son tan complejos, que resulta más conveniente pasar por alto la estructura interna y concentrarse en el estudio de las relaciones específicas entre entradas y salidas de

información. Esto permite eliminar la necesidad de recurrir hipótesis intrapsíquicas imposibles de verificar y limita a las relaciones observables entre entradas y salidas de información; la comunicación.

- Conciencia e inconsciencia: es relativo el apoyarse en la explicación de la conducta con base en estos conceptos: en realidad, lo que interesa es observar qué entra y qué sale en la caja negra, incluso qué de lo que sale se convierte en entrada. Estos conceptos tienen más que ver con la evaluación de motivos propios o del otro, o sea del “significado”, lo que es esencial en la experiencia subjetiva de comunicarse con otros.

Watzlawick, dentro de su modelo, menciona cinco axiomas de la comunicación. Dichos axiomas son propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas y que permiten el estudio de la pragmática:

Los principales axiomas y su comunicación patológica son:

- Axioma uno: la imposibilidad de no comunicar.

Toda conducta es una situación de mensajes, es comunicación, actividad o inactividad, reposos o movimiento, silencio o palabras, siempre son mensajes que comunican e influyen sobre los demás, quienes a su vez responden y comunican. Es imposible no comunicar, ya que es imposible no comportarse no existe la no conducta.

En la comunicación patológica aunque se desee evitar el compromiso inherente de la comunicación, hay dos cosas que no pueden hacer, no se puede abandonar físicamente el campo y no se puede no comunicar. El efecto se ve limitado a las siguientes posibles reacciones: rechazo de la comunicación que consiste en expresar de una manera descortés el no interés para conversar y ésta “falta de educación” provoca tensión e incomodidad aunque no deja de comunicar; aceptación de la comunicación cuando la persona “cede” y conversa aún en contra de su deseo de no comunicarse, lo que probablemente ocasione molestia contra sí mismo y

contra el otro, cada vez resulta más difícil detenerse, descalificación de la comunicación se da cuando la persona puede defenderse para invalidar su propia comunicación o la del otro, a través de una amplia gama de “técnicas o fenómenos comunicacionales” tales como auto contradicciones, incongruencias, cambios de tema, salir por la tangente, oraciones incompletas, malentendidos, estilos oscuros, etc., la persona se ve atrapada en comunicarse aunque al mismo tiempo desea evitar el compromiso de hacerlo; el síntoma como comunicación cuando la persona manda el mensaje “No me molestaría hablarte, pero hay algo más fuerte que yo que me lo impide y por lo que no se me puede culpar”, por lo que finge algo fuera de su control como sueño, sordera, ignorancia del idioma y deposita la responsabilidad en sus nervios, su enfermedad, su ansiedad al alcohol, la esposa, etc.

- Axioma dos: Los niveles de contenido y relación de la comunicación.

Toda comunicación no solo transmite información, sino que al mismo tiempo impone conductas. Esto se refiere a que el aspecto referencial en la comunicación es el mensaje que se transmite (contenido del mensaje), es decir, el “que” se transmite. El otro aspecto es el conativo, que se refiere al tipo de mensaje que debe entenderse que es, dependiendo de cómo es transmitido dicho mensaje o como debe entenderse dicha comunicación y del tipo de relación que haya entre los comunicantes.

La patología en este axioma consiste en concordar o desacordar respecto al contenido de la comunicación y la definición de la relación:

-Los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación- cuando deja de existir la necesidad de estar de acuerdo en el nivel de contenido, la relación se detonará o termina.

-Las confusiones entre contenidos y relación.- querer resolver el problema de relación por el contenido o viceversa.

- Situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo a otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, con tal de no poner en peligro una relación vital con otra persona.- esto lleva a pautas de comunicación paradójica

Frente a un desacuerdo, es necesario que los individuos definan su relación como complementaria o simétrica. El fenómeno del desacuerdo ofrece un marco de referencia para estudiar los trastornos de la comunicación debidos a la confusión entre el contenido y la relación.

- Axioma tres: La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de la comunicación entre los comunicantes.

Se refiere a la interacción-intercambio de mensajes- entre comunicantes.

De acuerdo con Watzlawick, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, sin embargo, quienes participan, lo que enfatizan en la puntuación de la secuencia de hechos.

El desacuerdo con respecto a la manera de puntuar es la causa de conflictos en las relaciones. El problema radica fundamentalmente en la incapacidad de dos individuos para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de normar su interacción que se convierte en una oscilación si-no-si-no-si que teóricamente puede continuar hasta el infinito y que algunas veces se acompaña de acusaciones.

La patología de la comunicación en este axioma consiste en:

- 1) Discrepancias porque una de las partes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe. Cada uno genera expectativa sobre el otro, haciendo una disputa silenciosa

que puede durar eternamente, a menos que investiguen que sucedió (se meta comuniquen);

- 2) Suponer que el otro cuenta con la misma información que uno y que, por lo tanto, debe sacar idénticas conclusiones. La raíz de este conflicto es la convicción firmemente establecida y no cuestionada de que solo hay una realidad; el mundo como lo ve y cualquiera otra visión es irracional o mala voluntad. La única forma de romper éste vicio es a través de la metacomunicación.
- 3) Causa y efecto se da el conflicto al discrepar, acerca de cuál es la causa y cuál es el efecto. La característica más importante es la tendencia al responsabilizar al otro de la propia comunicación y viceversa.
- 4) Profecía auto-cumplidora, cuando una conducta que provoca en los demás una reacción que corrobore una premisa original, de alguna manera el sujeto hace todo lo necesario al comunicarse para que los otros reaccionen confirmando un supuesto que se hizo sobre ellos, asegurando que solo el sujeto reacciona a ellos, no que los provoca, es decir, no se reconoce la auto-responsabilidad.

- Axioma cuatro: Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

En el sentido más amplio, en la comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas: Uno mediante un “nombre” escrito o hablado, es decir, la palabra (digital) y el otro a través de un simil (dibujo), de una semejanza auto-explicativa (analógica). Es más general y fácil de relacionar.

La comunicación analógica se refiere a la no verbal: movimientos corporales, posturas, gestos, expresiones faciales, inflexión de la voz, secuencia, rito y cadencia de las palabras y todo indicador que aparezca en el contexto donde tiene lugar una interacción (aspecto de relación). El

aspecto de contenido se transmite en forma digital (sintaxis) y el aspecto de relación es de naturaleza predominantemente analógica (semántica).

Por otro lado, la comunicación analógica es inexacta, se somete a fluctuaciones virtualmente incontrolables, tienen una cierta ambigüedad que permite distintas interpretaciones, carece de sintaxis lógica para expresar “o”....luego... “no” “distinción en el tiempo” etc.

Respecto la patología en este axioma existen dificultades, como son para interpretar digitalmente los significados de una comunicación analógica. Todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional y por lo tanto, constituyen propuestas acerca de reglas futuras en la relación. Mediante su conducta el propio sujeto puede mencionar o proponer amor, odio, pelea, etc., pero es el otro el que le atribuye futuros valores de verdad positivos o negativos a su propuesta, dificultad para demostrar analógicamente una negativa ya que las funciones lógicas de verdad (motivación e intencionalidad) no existen en el lenguaje analógico, por lo que al no haber específicamente un equivalente al NO digital, puede surgir desesperación al querer demostrar la no intención o expresar opciones (esto o esto).

- Axioma cinco: todos los intercambios de comunicación son simétricos o complementarios:

La relación simétrica está basada en la igualdad o diferencia mínima. Los participantes tienden a igualar su conducta recíproca, la conducta de uno de los participantes completamente la del otro. Hay dos posiciones distintas, una superior o primaria y la otra inferior o secundaria. Tiene más que ver con el contexto social o cultural (madre-hijo, jefe-colaborador, etc.)

Cuando éste axioma es patológico se dan dos situaciones una es en la escalada simétrica, cuando en la relación simétrica donde cada participante puede aceptar la “mismidad” del otro, lo cual lleva al respecto mutuo y a la confianza, se derrumba y se observa el rechazo del self del otro. La competencia genera riñas y disputas, una guerra más o menos abierta y

otra es la complementariedad rígida lo que equivale a desconfirmaciones del self del otro.

Otro concepto del modelo de Watzlawick que es importante y que retoma la gestalt es la comunicación paradójica. Dicha comunicación no sólo puede invadir la interacción y afectar la conducta y la salud mental del individuo, sino que también pone a prueba su creencia en la congruencia y por ende, en el sentido final. Por otro lado, la paradoja intencional puede ser una herramienta terapéutica significativa. La paradoja puede definirse como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes. Se excluyen las paradojas falsas basadas en un error oculto o razonamiento o en alguna falacia intencional.

Existen tres tipos de paradojas:

- 1) Las paradojas lógico-matemáticas
- 2) Las definiciones paradójicas
- 3) Las paradojas pragmáticas

Ésta última es la paradoja de interés y la que retoma la psicoterapia Gestalt.

Las paradojas en psicoterapia consisten en:

-La ilusión de las alternativas: Al tratar de hacer la elección acertada entre dos alternativas, se presenta un dilema porque son parte integral de un doble vínculo. La única manera terapéutica de romper esa ilusión es examinarla desde afuera y negarse a elegir (aceptando o rechazando ambos).

-La comunicación terapéutica debe trascender los consejos: Las personas que acuden a la terapia normalmente han intentado toda serie de formas de auto disciplina, por lo que decir lo que deben hacer los enfrenta a su "doble vínculo".

-Un síntoma es, en su esencia, involuntario y autónomo. Es un fragmento de conducta espontánea (se percibe como incontrolable) que se pretende coartar, lo que la hace paradójica. Una manera de tratarlo es pidiendo al paciente que se comporte enfáticamente como el síntoma, al exigirse la conducta, esta deja de ser espontánea. La técnica de prescribir el síntoma requiere de conciencia profesional y de la filosofía terapéutica.

En la gestalt se considera que la comprensión de la comunicación para el proceso terapéutico conlleva a la mejor utilización de las técnicas gestálticas en la relación de persona a persona. Que se da en el encuentro, esto aunado al trabajo fundamentado en la teoría de sistemas, ya se considera que el individuo forma parte de un ambiente o sistema con el cual se relaciona, por lo que es importante mencionar los principales aspectos de la teoría de sistemas que la psicoterapia gestalt integró para conformarse.

Basándose en lo ya expuesto, la psicoterapia gestalt, está conformada en sus bases teóricas de forma holística, ya que retoma conceptos de diferentes escuelas psicológicas y los recrea e integra en un concepto terapéutico original. Nace con la finalidad de facilitar el crecimiento del potencial humano, enfatizando la observación no-manipulativa de la conducta en el aquí y el ahora. Se centra en la importancia del proceso de toma de conciencia de la persona, con un enfoque integral de cómo está viviendo y recreándose a sí mismo, para comprender el proceso de crecimiento a través del auto descubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo mismo y con los elementos del ambiente, identificando aquellos que le son tóxicos y los que puede asimilar.

Así mismo, la terapia gestalt es una terapia existencial, es decir, se fundamenta en el sentido de la vida, y no sólo en el vivir. Esta conciencia del sentido de nuestra vida, de nuestra existencia, propiamente dicho, engloba uno de los objetivos de la psicoterapia que es la maduración del individuo, considerando la

madurez como la consecuencia del proceso de transformación que va del apoyo ambiental al autoapoyo. Este es un objetivo que en la terapia gestalt facilita el logro de que el individuo en la medida de sus posibilidades, deje de depender alienadamente de los demás, y descubra así prontamente que es capaz de valerse por sí mismo.

Para finalizar, en el presente capítulo se abordaron los fundamentos de la psicoterapia gestalt incluyendo su definición y objetivos, en el siguiente capítulo se hará un recorrido por sus conceptos teóricos más relevantes y la sustentación de su metodología.

## CAPÍTULO 2

### CONCEPTOS TEÓRICOS DE LA PSICOTERAPIA GESTALT

La psicoterapia gestalt aporta una perspectiva novedosa con respecto a otras corrientes psicológicas dado que subraya conceptos teóricos orientados a reconocer la totalidad de la persona, su libertad y la creatividad para crearse a sí mismo y el mundo que lo rodea.

El psicoanálisis había subrayado nuestro determinismo histórico: estábamos condenados a repetir constantemente, bajo diversas formas, en gran parte inconscientes, los comportamientos defensivos elaborados durante nuestra primera infancia.

El conductismo había subrayado nuestro determinismo geográfico: el ambiente nos modelaba y las costumbres se reforzaban en un círculo vicioso inexorable.

Y he aquí que la Gestalt valora nuestra parte de libre albedrío y de responsabilidad. En lugar de repetir, podemos crear, imaginar conductas nuevas, experimentar sentimientos encubiertos o prohibidos por nuestra educación o nuestro contexto social. En contestación anarquista radical del “*american way of life*”, se confronta a los modelos de “normalidad”: cada uno se desarrolla a su propio ritmo y según sus propias vías.

#### 2.1 Fundadores de la Psicoterapia Gestalt

Frederik S. Perls, fue el fundador de la psicoterapia gestalt, ésta no existiría tal como la conocemos hoy sin su presencia y genialidad. Como en todo artista, su creación va profundamente unida a su vida y a su tiempo, así es que se sintetizará los datos biográficos más relevantes para entrar luego en el contexto cultural que le nutrió.

### **2.1.1 Friedrich Salomon Perls.**

(1893-1970)

Nació el 8 de julio de 1893 en un gueto judío de los alrededores de Berlín. Fue el tercero y último hijo, después de dos niñas, Else y Grete. Su padre, Nathan, era fraccionador de vinos, viajante de comercio y masón, pasaba mucho tiempo fuera de su casa y siempre tuvo muy mala relación con su único hijo varón. Su madre, Amalia, judía practicante, proveniente de la pequeña burguesía, influenció decisivamente a su hijo transmitiéndole su pasión por la ópera y el teatro. En relación a sus padres, Fritz anotará en su autobiografía: " Mis padres eran judíos "asimilados", en especial mi papá. Esto significa que, por un lado vivía avergonzado de su pasado y que por otro, mantenía algunas de sus costumbres tradicionales; iba al templo los días festivos, por si acaso dios estaba en alguna parte. Yo no podía soportar esta hipocresía y tempranamente me declaré ateo... mi padre odiaba a mi madre y amaba a otras mujeres jugando al maestro francmasón. En público, ambos aparecían como amistosos."

Fue un alumno brillante pero poco trabajador en la escuela. Lo expulsaron por su mala conducta a los 13 años. Su padre lo obligó a trabajar entonces en una tienda como aprendiz. Sus relaciones se resintieron cada vez más. A la muerte de su padre, no asistió a su funeral.

Retomó sus estudios pero en una escuela liberal, el Askanischer Gymnasium, con un profesorado humanista, donde comenzó a tomar contacto con el mundo del teatro más directamente, vocación que más tarde iría incrementando. Uno de los encuentros significativos de su adolescencia se produjo con el director teatral Max Reinhardt, director del Deutsches Theater, con el cual tomó clases.

Comenzó sus estudios de medicina y cuando se declaró la guerra del 14, una afección cardíaca lo eximió del servicio militar. A pesar de ello, se alistó como voluntario en la Cruz Roja sirviendo en el frente belga, en 1915 y con veintidós años. Al año siguiente estuvo en el mismo frente, como médico en un batallón de zapadores. La experiencia de la guerra quedará registrada en

él como una de las peores de su vida: "La vida en la agonía de los fosos: horror de vivir y horror de morir." Muere entonces su mejor amigo, Ferdinand Knopf.

En 1920 obtuvo el doctorado en medicina de la Universidad Frederick Wilhelm de Berlín. Su vida se desplegó entonces entre su nueva profesión, como neuropsiquiatra y la estrecha conexión que mantuvo con círculos de la izquierda política y la bohemia artística, principalmente teatral. (Brücke, Bauhaus) Se sintió también profundamente influenciado y fascinado por el filósofo Friedlander: "La filosofía era para mí una palabra mágica, algo que uno tenía que comprender, para entenderse a sí mismo y al mundo, un antídoto para la confusión existencial y el desconcierto".

A partir de 1923 empezó la saga de sus viajes. Perls será, entre muchas otras cosas, un trotamundos. Viajó por primera vez a Estados Unidos con el fin de expandir sus conocimientos y profesión, pero retornó rápido y decepcionado con ese país.

En 1925, con treinta y dos años aún vivía en casa de su madre. Época de inseguridad y penalidades. Conoció a Lucy, su primer relación sentimental importante. En 1926 comenzó su primer análisis con Karen Horney, con quien establece un vínculo que sostendrá a lo largo de su vida. Fascinado por el psicoanálisis se planteó la posibilidad de convertirse en analista.

Se trasladó a Frankfurt, un año después, donde trabajó un año como ayudante de Kurt Goldstein, médico gestaltista, investigador de problemas perceptivos en lesionados cerebrales. Allí conoció a su futura esposa y estrecha colaboradora, Lore Posner (Laura) con quien entablará una larga e interrumpida relación profesional y sentimental. Continuó su análisis con una segunda psicoanalista: Clara Happel y se instaló en Viena para recibir a sus primeros pacientes, supervisado por Helen Deutsch y Hirschman. También tomó una ayudantía en un hospital junto a Wagner-Jauregg y Paul Schilder.

De vuelta a Berlín, en 1928, se estableció como psicoanalista, continuando su análisis con Eugen Harnik, psicoanalista húngaro ortodoxo. El 23 de

agosto del año siguiente se casó con Laura (Lore), teniendo él 36 y ella 24 años. Por consejo de K. Horney, inició su cuarto análisis, esta vez con Wilhelm Reich, por quien se sentirá entendido y con el que mantendrá admiración y amistad toda su vida. Dirá: "De Reich recibí desfachatez, de Horney, compromiso humano sin terminología complicada." La década del 30 marca el ascenso de Hitler al poder. Las ideas de Fritz lo impulsaron primero a militar en filas antifascistas, luego a huir. Al año siguiente nació su primer hija, Renate. Continuó trabajando, bajo la supervisión de Otto Fenichel.

En 1933 y para evitar ser detenido por los nazis, cruza la frontera hacia Holanda, dejando a su familia al sur de Alemania, en la casa de sus suegros durante un tiempo. Ya reunidos en Amsterdam, vivirán tiempos de innumerables penurias económicas. Allí supervisa con Karl Landanner, otro refugiado, a quien recuerda como un hombre "...de gran calidez que hizo todo lo posible por hacer más comprensible el sistema freudiano.". A Ernest Jones lo recordaba como quien hizo mucho en esa época a favor de los psicoanalistas judíos que eran perseguidos. Jones, le aconsejó ir a Sudáfrica, en 1934 y le consiguió un cargo como psiquiatra en Johannesburgo, adonde, según cuenta en su autobiografía fueron muy bien acogidos. Junto con Laura fundan el Instituto Sudafricano de Psicoanálisis. Vienen tiempos de prosperidad económica y reconocimiento profesional, lejos del fragor de la guerra.

En 1935 nace su segundo hijo Steve.

El año 1936 es crucial en cuanto a su decepción, más que ante el psicoanálisis, ante los psicoanalistas de la época, dirá después "Durante años fui un tanto exagerado en mi oposición. Me hacía falta la apreciación por Freud y sus descubrimientos". Acude a Checoslovaquia al Congreso Internacional de Psicoanálisis, en Marienbad. Lleva un trabajo sobre «Resistencias orales» que no será bien recibido. Se suma un encuentro breve y personal con Freud, que después de haber suscitado muchas expectativas en él, resultó frío y distante. Regresó decepcionado.

En 1942, publicó su primera obra: "Ego, hambre y agresión" en Durban, en la cual Laura tuvo una participación activa, a pesar de que no intervino como coautora.

Al iniciarse la Segunda Guerra Mundial, se alistó como médico en la Armada. Será psiquiatra del ejército durante cuatro años. Esto le llevó a un progresivo alejamiento de Laura y de sus hijos.

Con cincuenta y tres años, aburrido de su vida burguesa, en 1946, decidió dejarlo todo y establecerse en Estados Unidos. Karen Horney le ayuda a instalarse en Nueva York; Erich Fromm y Clara Thompson le introducen en el Instituto William Allanson White.

No fue bien acogido por los psicoanalistas norteamericanos. Frecuentó los ambientes contraculturales donde conoció a Paul Goodman, Merce Cunningham, John Cage y los fundadores de Living Theatre: Julian Beck y Judith Malina. Al año siguiente Laura y su hijos, llegaron a vivir con él.

En 1950 se constituyó el conocido como "Grupo de los Siete": Fritz Perls, Laura Perls; Paul Goodman, Paul Weisz, Elliot Shapiro, Sylvester Eastman e Isadore From. Más tarde se incluirían Ralph Hefferline y Jim Simkin.

En 1951, se publicó "Gestalt Therapy" (Terapia Gestalt), escrito por Paul Goodman (Parte II) y Hefferline (Parte I) sobre notas manuscritas de Fritz y como producto de las conversaciones y encuentros en la casa de los Perls.

Un año después los Perls fundan el Gestalt Institute of New York y al año siguiente otro en Cleveland. Fritz delegó la dirección de ambos en Laura y sus colaboradores, mientras tanto viaja por todo el país haciendo grupos y demostraciones de terapia gestalt. Comienzan los desacuerdos con Laura y sus discípulos acerca de la ortodoxia de la terapia gestalt. De Cleveland saldrá la segunda generación de gestaltistas: Joseph Zinker, Erving y Miriam Polster...

En 1956 deja a Laura (aunque sin separarse nunca legalmente de ella) y se retira a Miami. Tiene sesenta y tres años, dolencias cardíacas y un profundo

desaliento. Al año siguiente conoce a Marty Fromm, la tercera mujer más importante de su vida y esta relación lo reanima. Durará dos años, entre medio de viajes para difundir la gestalt.

Al separarse de Marty en 1958 se traslada a California. Colabora con Van Dusen en San Francisco y con Jim Simkin en Los Ángeles.

En 1962 pasa un año viajando alrededor del mundo. Estuvo en Israel (Ein Hod, en una comuna de artistas) y en Japón (recibiendo dos meses de enseñanza zen en el monasterio Daitokuji de Kioto). La estancia en Israel significó una profunda transformación a través del trabajo sistemático sobre sí mismo bajo los efectos del LSD.

En 1964 se instala en Esalen. Ha conocido meses antes a Michael Murphy, heredero de la finca balneario, y a Dick Price, ambos discípulos de Alan Watts, que tenían como proyecto crear un Centro de Desarrollo del Potencial Humano. Pese a que en su primera visita no le gustó el lugar, acepta ser residente y hacer demostraciones de terapia gestalt.

En 1965 Fritz tiene setenta y dos años y se encuentra muy afectado en su salud. Ida Rolf le ayudará a mejorarla mediante sus ejercicios. Le va llegando el reconocimiento y la fama, se filman sus talleres. En 1966 se construye su propio hogar: la casa de la media luna.

En 1968 los celos por el éxito paralelo de sus colegas de Esalen (W Schutz, Virginia Satir...) así como la política reaccionaria de Nixon le deciden a abandonar Esalen y trasladarse a Canadá. En 1969 se publica Gestalt Therapy Verbatim (Sueños y existencia) y poco después su autobiografía "Dentro y fuera del tarro de la basura". En Esalen ha dejado la terapia gestalt en manos de cuatro de sus discípulos: Dick Price, Claudio Naranjo, Bob Hall y Jack Downing.

En 1969 crea el Instituto Gestáltico de Lago Cowichan (Isla de Vancouver). Lo denomina "Kibbutz gestáltico" y a él vendrán una treintena de discípulos de Esalen (Teddy Lyon, Barry Stevens, Janet Lederman entre otros). En diciembre viaja a Europa estando ya muy enfermo.

Regresa a América en febrero del año siguiente ya con la salud muy quebrantada. Ingresa en el Weiss Memorial Hospital de Chicago. Laura viene a visitarle. Tras ser operado, muere de un ataque cardíaco el 14 de marzo. La autopsia revelará cáncer de páncreas

### **2.1.2 Laura Perls.**

(1905 - 1990)

Laura Perls, cuyo nombre original era Lore Posner nació en Pforzheim (Alemania), estudió psicología en la universidad de Frankfurt am Main y recibió su doctorado en Ciencias. Entre sus profesores tuvo a A. Gelb, Kurt Goldstein, Max Wertheimer y a los filósofos Paul Tillich y Martin Buber.

Conoció a Fritz Perls cuando ambos trabajaban en el Instituto Psicológico de Frankfurt, donde estaban de asistentes de Goldstein. Después de completar su formación como psicoanalista, empezó su análisis didáctico con Frida From-Reichman y más tarde con Karl Landauer. Posteriormente empezó a ejercer como psicoanalista en su propia consulta en Berlín, haciendo supervisión con Otto Fenichel. Pero su vida fue interrumpida por la subida del nazismo y, en 1933, ya casada con Fritz Perls, huyen primero a Amsterdam y más tarde a Sudáfrica.

En Sudáfrica, tanto ella como su marido trabajan como psicoanalistas y mantienen una buena relación de amistad con Smuts y otros intelectuales sudafricanos. Es aquí cuando se empieza a fraguar la Terapia Gestalt, llamada en este momento Terapia de la Concentración, como una crítica al psicoanálisis y se publica el primer libro: *Yo, Hambre y Agresión*, firmado sólo por Fritz pero pensado, teorizado y escrito por los dos. En el prólogo de la primera edición, Fritz concedió a Laura algunos créditos por "comentarios" y "aportes" que en realidad fueron su principal herramienta para organizar su teoría. También reconoció que Laura había escrito algunos capítulos.

Cuando Perls decide emigrar a los Estados Unidos, Laura se queda en Sudáfrica con los dos hijos de ambos, Renate y Stephen. Pero en 1947, ella

y sus hijos fueron a reunirse con Fritz, empezando a trabajar entre los psicoterapeutas refugiados en Manhattan. Perls inmediatamente, cedió a su mujer sus pacientes más pobres.

Laura Perls siempre había sido una mujer independiente. Tras diecisiete años de matrimonio con un hombre que era "una mezcla de profeta y atorrante" , había aprendido a cuidarse sola. Ninguno de los Perls había sufrido mucho con la larga separación, él tenía su vida y ella la suya. "Vivíamos en mundos paralelos –decía Fritz- con relativamente pocas experiencias límite de peleas violentas y de amor". Ella nunca lo contradijo.

Fritz fue quien tuvo las intuiciones básicas de la "nueva terapia", a menudo como reacciones hostiles contra sus maestros. El principal aporte de Laura consistió en sentar las bases domésticas y culturales. Aunque no pertenecía a la profesión médica, era mucho más culta que Fritz. Aparte de aprender psicología y psicoanálisis, había estudiados los clásicos en un *Gymnasium* y filosofía moderna (Husserl y Heidegger). Leía griego y latín, sabía literatura y música, era bailarina y madre.

Fritz y Laura Perls llegaron a muchas de las mismas ideas por diferentes caminos. Fritz sacó su énfasis de la armadura corporal de su trabajo con Reich; Laura extrajo el suyo de los enfoques del movimiento y la danza moderna de Dalcroze y Loheland. Fritz formuló el concepto de las "resistencias orales" como una crítica al punto de vista freudiano tradicional, mientras que Laura comprendió el succionar, morder y masticar tras amamantar y destetar a sus propios hijos. En esa época, Fritz todavía usaba el diván analítico, sentándose como Freud fuera de la vista del paciente; Laura trabajaba cara a cara, y si quería que alguien se tendiera, señalaba el suelo, "porque era un mejor apoyo y podíamos hacer experimentos de coordinación y de alineación".

Después de la publicación de *Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana*, en 1951, firmado por Perls, Goodman (y un eventual colaborador, llamado Ralph Hefferline) pero en el que Laura había contribuido junto con otros cinco "habituales" a las charlas y discusiones en

la calle West 96th, residencia de los Perls, la Terapia Gestalt, como tal, hace su aparición. Entonces Fritz empieza a realizar viajes "demostrativos" hasta que por motivos más personales que profesionales, se traslada a la Costa Oeste y dedicado a las "demostraciones" se convierte en gurú del movimiento hippy; Laura, junto con Paul Goodman, Isadore From y otros, mantenía en funcionamiento el que empezó a ser el primer Instituto de Terapia Gestalt, la casa de los Perls en Nueva York. Un sitio con un toque de la vieja Europa.

El Instituto de Terapia Gestalt de Nueva York se volvió un paraíso para los filósofos, psicólogos y otros inadaptados al pensamiento conformista de la América de los 50.

Laura Perls siguió dirigiendo las actividades y la formación detallada que se impartía en el Instituto hasta mediados de los años 80. Lamentablemente, nunca escribió ningún libro, sólo unos pocos artículos y tampoco concedió ninguna entrevista.

En los últimos años, anteriores a su muerte, empezó a viajar de nuevo a su ciudad natal en Alemania, en donde murió en 1990.

Nunca fue una mujer que buscara la fama y disfrutaba con lo que hacía. Con ella, el mundo de la Terapia Gestalt perdió una de sus entusiastas más coherentes cuyos pilares terapéuticos eran el "*compromiso*", el "*apoyo*" y el "*dar-y-recibir*".

## **2.2 Conceptos teóricos de la Psicoterapia Gestalt.**

Se presentan a continuación los conceptos teóricos distintivos de la psicoterapia gestalt, mismos que delimitan su metodología.

### **2.2.1 Aquí y Ahora.**

Vivir Aquí y Ahora es poner en práctica la atención y llevar la mente dispersa para centrar los distintos aspectos de nuestro ser. La psicoterapia gestalt retoma este principio para hacer crecer el potencial humano.

El consultante es un participante activo y responsable que aprende a experimentar, a observar y descubrir para realizar sus propias metas, utilizando sus propios esfuerzos. La responsabilidad de su conducta, la modificación de la misma y el trabajo a realizar para que logre su cambio, es responsabilidad de él mismo.

Jorge Bucay agrega: “Nuestro pasado es una suposición, una fantasía, una explicación de cómo los hechos llegaron a ser actuales. Tus recuerdos son aquí y ahora, no allí y entonces. El recuerdo es útil, pero no cuando apoyo mi vida en él” (Bucay, 2007 p. 93).

Los neuróticos son incapaces de vivir en el presente porque siempre llevan consigo situaciones sin terminar y por eso no tienen ni el conocimiento ni la energía para preocuparse del presente; en consecuencia la ansiedad es como el abismo, entre el ahora y el entonces.

La falta de contacto en el presente, la falta de sentido actual entre nosotros mismos, nos lleva a huir, ya sea hacia el pasado (pensamiento histórico) o hacia el futuro (pensamiento de anticipación). Perls creía que nos gusta apegarnos al pasado infeliz para evitar la responsabilidad de lo que hacemos y no llegar a la conducta autosuficiente. Esto ocurre a través de la evasión, cuando la persona deja de vivir su aquí y su ahora, y escapa de él mismo y del mundo.

### **2.2.2 Darse cuenta.**

Darse cuenta o tomar conciencia, constituye el núcleo teórico y terapéutico de la gestalt. Es la capacidad de un *continuum de conciencia*, que es un proceso gradual y forma parte de la relación individuo-ambiente, e incluye pensamiento y sentimientos y se basa en la situación actual.

Cuando nace una gestalt o figura por medio del insight (introspección), surge el *Darse Cuenta* de dicho momento.

El darse cuenta por medio de insight es siempre una nueva gestalt y en sí mismo curativo. Esto significa que darse cuenta de sí mismo, necesita más la atención de la conciencia. Idealmente, el proceso de darse cuenta tiene las características de una buena gestalt; la figura está bien delineada y se percibe en una clara relación con el fondo. Un buen contacto exige conciencia, vivir en nuestro aquí y ahora, poniendo especial énfasis en nuestros actos, pensamientos y sentimientos, es estar abierto a todas las posibilidades.

Perls estableció el concepto de *continuum de conocimiento*, como medio para estimular el auto-conocimiento. Parece engañosamente fácil mantener un *continuum de conocimiento*, pues sólo basta con estar al tanto, momento a momento de lo que uno está experimentado. Sin embargo, la mayor parte de la gente, interrumpe este *continuum* casi inmediatamente cuando descubre algo desagradable; después se inicia la evitación de los pensamientos, expectativas, recuerdos y asociaciones de una experiencia a otra. Estas evitaciones no dejan que el individuo afronte los conocimientos desagradables, dejando una gestalt inconclusa, volviendo rígida la aparición de la figura fondo.

Perls sostenía que hay tres zonas de conocimiento:

1. El darse cuenta del mundo exterior: Esto es, contacto sensorial con objetos y eventos que se encuentran fuera de uno en el presente; lo que en este momento veo, toco, palpo, degusto o huelo. Es lo obvio, lo que se presenta de por sí ante nosotros. En este momento veo mi lapicero deslizándose sobre el papel formando una palabra, escucho el ruido de los carros pasando por la avenida, huelo el perfume de una joven que pasa por mi lado, siento el sabor de una fruta en mi boca.
2. El darse cuenta del mundo interior: Es el contacto sensorial actual con eventos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestas,

escozores, temblores, sudoración, respiración, etc. En este momento siento la presión de mi dedo índice, mayor y pulgar sobre mi lapicero al escribir; siento que deposito el peso de mi cuerpo sobre mi codo izquierdo; siento mi corazón late, que mi respiración se agita, etc.

3. El darse cuenta de la fantasía, la Zona Intermedia (ZIM): Esto incluye toda la actividad mental que transcurre más allá del presente: todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticiparse al futuro, etc. En este momento me pregunto qué haré mañana en la mañana, ¿será algo útil, bueno? En Gestalt todo esto es irrealidad, fantasía. Aún no es el día de mañana, y no puedo saber y decir nada acerca de ello. Todo está en mi imaginación; es pura y simple especulación, y lo más saludable es asumirlo como tal.

Salama, apunta que “El darse cuenta es el sentir espontáneo que aflora en la persona, en lo que está haciendo, sintiendo o planeando; introspección, al contrario, es dirigir deliberadamente la atención a cualquiera de estas actividades de manera evaluadora controladora” (Salama, 2000 p.102)

### **2.2.3 Fenomenología.**

De acuerdo con Latner (2004), para la terapia gestalt, tanto lo que se siente subjetivamente en el presente como lo que se observa objetivamente, constituye información real e importante. La dimensión fenomenológica implica que el proceso de experimentar es solamente uno; y si a esta dimensión le añadimos la del aquí y el ahora, llegamos al presente inmediato del fenómeno existencial personal; yo soy esta persona. Por lo que existe conciencia y experiencia.

El terapeuta gestáltico, permite extraer de otra persona su experiencia inmediata, única y exclusiva, pues la fenomenología es un intento por descubrir los fenómenos que están pasando frente a la persona para que

se pueda dar cuenta de lo que está ocurriendo dentro, y manifiesta a través de sus movimientos corporales.

La fenomenología pone acento en los mensajes evidentes por sí mismos, lo que percibimos a través de los órganos de nuestros sentidos. Estima todo lo que sucede dentro de una persona, sus sensaciones, percepciones, cogniciones; en sí, su experiencia.

Perls pensaba que en todo tipo de actividad, nuestros puntos ciegos y rigideces son, en algún aspecto, conscientes; que no están enterrados totalmente en un inconsciente inaccesible. Se trata de prestar atención a cualquier aspecto consciente, de manera que la figura borrosa se profile y aclare.

En otras palabras, hacerle evidente al paciente sus manifestaciones corporales, de las cuales no se ha percatado, para que lo pueda observar de manera consciente e ir diluyendo sus bloqueos. Y las preguntas que le ayudan al paciente a darse cuenta son: ¿Qué está haciendo? ¿Cómo lo está haciendo? Y ¿Para qué le sirve actuar de ese modo?

En términos fenomenológicos, cualquier evento se puede estudiar o vivenciar. Vivenciar, no sólo subjetiva o sensorialmente, sino que incluye experiencia objetiva. El terapeuta observa, confía y facilita la experiencia total del paciente, y presta atención a los aspectos inhibidos o negados de su experiencia. Aquellos aspectos importantes en el presente, son llevados al darse cuenta.

El paciente necesita experimentar nuevos modos de vivenciarse, como ver, hacer, enfrentar y aprender. En psicoterapia gestalt el aprendizaje se basa en que el paciente explore por sí mismo, aprenda y encuentre sus propias soluciones. El cambio surge cuando el paciente se convierte en lo que es, no cuando trata de ser lo que no es.

Se le instruye para que preste atención en un momento determinado a lo que siente, desea y hace, con la finalidad de que alcance una conciencia constante. Y una vez que se de cuenta de cómo interrumpe su funcionamiento, puede tomar conciencia de sus resistencias y de las necesidades que organizan su conducta.

La conducta directamente observable es poner atención en lo que está haciendo la persona, pues la conducta motriz se refiere al lenguaje corporal, y se puede apreciar en las emisiones verbales del cliente, en su manera de mirar y de sentarse, y en las partes de su cuerpo que está moviendo.

La conducta simbólica alude a sucesos mentales como el pensamiento, la imaginación, la ensoñación, etc., y esta conducta no es observable directamente por el terapeuta, pero sí es posible dirigir la atención del cliente hacia su propia fenomenología. En otras palabras, el individuo aprende que le impide tener contacto consigo mismo y con los demás.

Tal conciencia implica la posibilidad de elegir entre continuar con esa conducta o modificarla, y por consiguiente es posible concebir la conducta problema de la persona y a través del proceso terapéutico, reeducarlo con una nueva conducta.

#### **2.2.4 Cambiar el “qué” por el “cómo”.**

Al preguntar "por qué", lo único que se consigue es alguna racionalización o explicación. El por qué acarrea una explicación ingeniosa, jamás un entendimiento cabal; aleja del aquí y ahora y nos introduce en el mundo de la fantasía; nos saca de lo obvio para teorizar. El por qué sólo nos conduce a interminables y estériles investigaciones de la causa de la causa de la causa de la causa.

Perls consideraba que las palabras, cuando se utilizan para "explicar" y alejarse de lo evidente o de la realidad, son más una carga que algo útil.

Si se hace la pregunta ¿cómo?, estamos mirando la estructura, estamos viendo lo que ocurre, lo obvio y por un entendimiento más profundo del proceso. El cómo nos da perspectiva y orientación; nos muestra que una de las leyes básicas, la de la identidad de estructura y función, es válida. Si cambiamos la estructura, la función cambia. Si cambiamos la función, la estructura cambia.

En la psicoterapia gestalt es determinante tomar conciencia, darse cuenta del sí mismo, del mundo y de las necesidades, identificarlas, revivirlas emocionalmente y por fin cerrar lo que había quedado incompleto hasta ese momento terminando asuntos inconclusos.

### **2.2.5 Neurosis.**

Según Perls, "Cuando el individuo se hace incapaz de alterar sus técnicas manipulación de interacción, surge la neurosis". La vivencia neurótica es auto reguladora... una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador... la evitación es un factor general que se encuentra probablemente en todo mecanismo neurótico... Las conductas neuróticas, nos dicen los autores, son ajustes creativos a un campo en el que existen represiones. (Salama y Villareal, 1988, p. 46-47)

Salama, denomina a la neurosis como el conjunto de ideas, pensamientos y conductas que son distónicas al Yo, lo cual significa que éste no las desea, aunque tal vez viva con ellas por el resto de sus días, a menos que haya un conocimiento y acciones adecuados que tienda a suprimirlas como ocurre con un proceso terapéutico o por medio de un shock. (Salama, 2002 p. 59)

### **2.1.6 Normalidad.**

Perls expresa de esta manera: *"El hombre que puede vivir en contacto significativo con su sociedad, sin ser tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella, es el hombre bien integrado...El es el hombre que reconoce el límite de contacto entre sí y su sociedad, que le da al César lo que es del César y se deja para sí lo que es propio. El fin de la psicoterapia es crear precisamente este tipo de hombres."* (Salama y Villareal, 1988: 47)

La Gestalt no pretende una "cura" o "reparación" de un problema, si no un ajustamiento creativo entre el medio o contexto y el sí mismo, actuante y respondiente, disminuyendo lo pasivo y restringido

### **2.3 Manejo Terapéutico y metodología de la Psicoterapia Gestalt.**

Como teoría psicológica, la gestalt además de proceder de diversas disciplinas cuenta con una metodología, que a su vez, sustenta las técnicas utilizadas dentro de la sesión terapéutica. La psicoterapia gestalt acentúa el continuo de conciencia de sí mismo y del mundo, concepto utilizado por el budismo Zen y que resulta difícil de obtener para el individuo occidental debido a su cultura de índole pragmática y concreta; sin embargo, no deja de ser una meta a alcanzar.

En gestalt es indispensable trabajar con una metodología, la cual está basada en el ciclo de la experiencia. A continuación se hará su descripción.

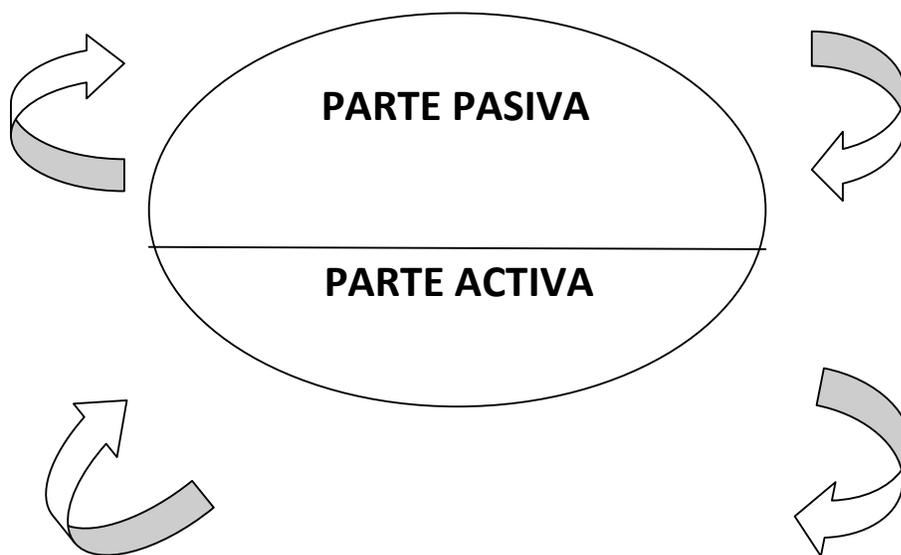
#### **2.3.1 El ciclo gestalt de la experiencia y sus fases.**

El ciclo de la experiencia es un modelo fisiológico retomado del conductismo e incorporado a la psicoterapia gestalt por Zinker en 1989. Héctor Salama en 1990 actualizó dicho ciclo y expresa de manera clara, el "qué" y el "cómo" se presentan los bloqueos o procesos de auto interrupción de la energía, nombrándolo el Ciclo Gestalt de Salama.

El ciclo está diseñado como un círculo que representa didácticamente al organismo. Se puede entender como un camino que la energía recorre desde un punto de equilibrio dinámico, también llamado homeóstasis o indiferenciación creativa hasta llegar a otro momento de equilibrio diferente del anterior, por el crecimiento que implica haber satisfecho la necesidad. Al círculo se le ha dividido por la mitad en forma horizontal en dos hemisferios, los que fueron denominados:

- a) Parte Superior como pasiva: Se le llama parte pasiva debido a que no hay acción del organismo hacia su zona externa, es decir que solo se conecta con la zona interna.
- b) Parte inferior como activa: En la parte activa la energía orgánica se pone en acción con su campo, dentro de un contexto único e irrepetible, o sea, se relaciona con la parte externa.

Fig. 1 identificación de las partes pasiva y activa del ciclo



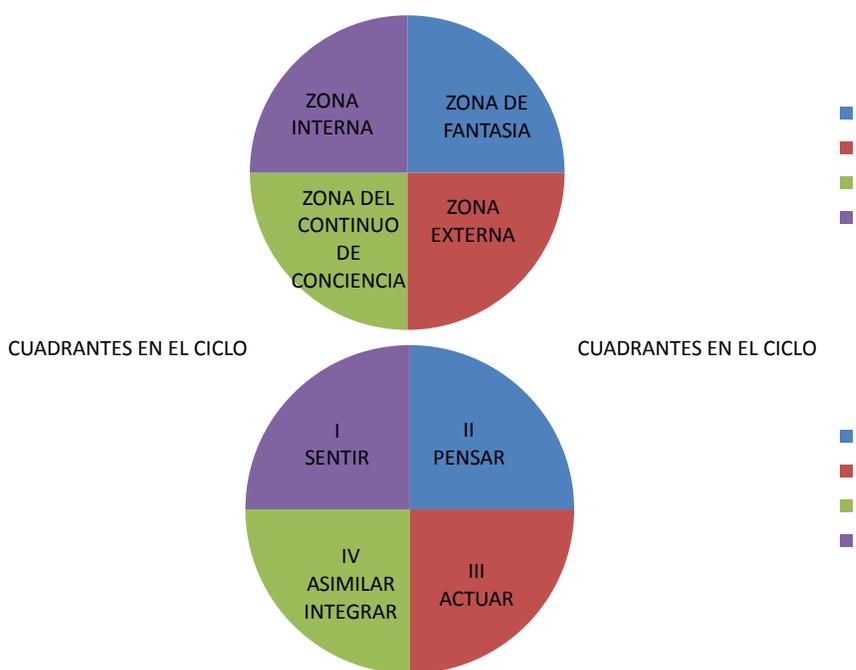
### 2.3.2 Zonas de relación.

Ya identificadas las partes pasiva y activa se dibuja una línea perpendicular a la anterior que divide el círculo en cuatro cuadrantes, donde se localizan didácticamente las zonas de relación que son las partes con las cuales el organismo tiene relación, esto es en función del satisfactor predominante y son las siguientes:

- Zona interna: Representa la parte del organismo que va desde la piel hacia adentro, incluyendo el contacto con las reacciones de su cuerpo a través de los nervios propioceptivos y la expresión emocional del mismo; se encuentra en el primer cuadrante. Es la zona del sentir, de percibir cualquier tipo de sensación física, por ejemplo: “siento calor en todo mi cuerpo”
- Zona intermedia o de la fantasía: Incluye los procesos mentales, tales como ideas, fantasías anastróficas o catastróficas, la memoria, etc. Se localiza en el segundo cuadrante y es la zona del pensar, por ejemplo: “pienso que todos me juzgan”.
- Zona externa: Va desde la piel hacia fuera e incluye el contacto del organismo con el ambiente por medio de los sentidos. Se localiza en el tercer cuadrante. En esta zona es donde se lleva a cabo la acción del organismo dentro de su medio ambiente, por ejemplo: “me doy cuenta que el grupo dirige su mirada hacia mi”
- Zona del continuo de conciencia: Representa la integración de las tres zonas de relación, es decir, implica que la energía del contacto entre el organismo y su medio ambiente fluye libremente, asimilando lo que le ha servido, y eliminado lo que no necesita o es tóxico. Está en el cuarto cuadrante, donde el organismo asimila e integra, por ejemplo: “cuando el grupo me mira siento que me están juzgando y comienzo a sentir calor en mi cuerpo”.

Estás zonas descritas con su respectiva capacidad de sentir, pensar, actuar y asimilar e integrar se representan gráficamente en el siguiente esquema.

Fig. 2 Identificación de las zonas de relación en el ciclo



### 2.3.3 Fases del ciclo gestalt de la experiencia.

A continuación se presentan las diferentes fases o etapas que componen el ciclo de la experiencia, mencionando la definición de cada una de ellas. Como

se verá, el ciclo está dividido en ocho partes o fases, los cuales son el resultado de separar cada cuadrante en dos partes:

- **Reposo:** Representa el equilibrio y punto de inicio de una nueva experiencia. Se asume el estado de vacío fértil en el cual están presentes todas las potencialidades para que emerja una nueva gestalt. Tienen el mismo valor tanto la necesidad fisiológica como psicológica, por lo que el inicio del reposo está conectado a la necesidad emergente, sea cual fuere.
- **Sensación:** Determina la identificación en la zona interna al sentir físicamente algo que todavía no se conoce. Es el surgimiento de una necesidad que provoca una tensión aún no conocida o el darse cuenta de la sensación aunque la figura no se ha formado.
- **Formación de la figura:** Se establece la figura clara de la necesidad y se concientiza el objetivo de la sensación. En esta etapa el organismo ha diferenciado lo que le pertenece y necesita satisfacer. Está localizada en la zona intermedia o de la fantasía.
- **Movilización de energía:** Se reúne la energía indispensable (energetización), para llevar a cabo lo que la necesidad demanda. Se potencia la energía planteando hacia la acción, diferentes alternativas dentro de la zona intermedia.
- **Acción:** En esta etapa ocurre el paso a la parte activa movilizándolo al organismo hacia el objeto relacional. Se actúa ya en contacto con la zona externa.
- **Pre-contacto:** Se identifica el objeto relacional para contactar, el organismo localiza la fuente de la satisfacción y se dirige hacia ella.

- **Contacto:** Se establece el contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo obtiene placer ante la necesidad que está satisfaciendo.
- **Post-contacto:** En esta etapa se inicia la desenergetización, buscando el reposa junto con los procesos de asimilación y de alienación de la experiencia, dentro del continuo de conciencia.

Al finalizar la etapa anterior entendido que no ha habido interrupción de la energía, se vuelve a obtener el estado de equilibrio momentáneo, llamado también, indiferenciación creativa y es cuando el organismo se encuentra listo para iniciar el trayecto hacia la satisfacción de una nueva experiencia o gestalt y así continuar con su crecimiento.

Fig. 3 Identificación de las fases del ciclo



#### 2.3.4 Manifestación del proceso secuencial de la energía.

En el ciclo se identifica un conjunto de actitudes con una secuencia determinada, al a que Perls llamó capas o estratos de la neurosis, sin embargo, Salama (1992), lo rebautizó como manifestación del proceso secuencial de la energía, con lo que se puede descubrir el modo en que la persona se relaciona, tanto consigo misma como con los demás.

Dicha manifestación se le ubica dentro del ciclo de la manera siguiente:

1. Indiferenciación (fase de reposo). Se le llama así al momento en el que el individuo aún está en equilibrio y con posibilidades de abrir una nueva gestalt.
2. Señales o lugar común (fase de sensación). El sujeto tiene un intercambio de formalidades, esto es, palabras sin contenido, como puede ser el saludo. En esta etapa la persona evita llegar más allá de los formalismos sociales de su cultura, es la fase en donde se reconoce al otro. Esto implica que no será posible que alguien establezca una relación con otro individuo, en tanto aquel se maneje en esta fase.
3. Como si (formación de la figura). La persona se conduce con un contacto superficial a través de máscaras o papeles sociales en donde parecería que el contacto se da pero en realidad no.
4. Atolladero o estrato fóbico (movilización de la energía). Aquí el individuo se encuentra en un dilema de elección de saber cuál necesidad le es más conveniente satisfacer primero, debido a sentimientos encontrados polares. Esto es cuando en la mente de la persona se presentan dos pensamientos de igual intensidad y sentidos opuestos que se enfrentan, emergiendo un estado de angustia en el yo, anulando la elección, la decisión y la acción.

5. Puede presentarse una parálisis conductual o una desviación hacia otras conductas que nada tienen que ver con la resolución del problema.

5 y 6. Implosión o impasse (acción y precontacto). La persona presenta sentimientos contenidos, temor a la nada y a la muerte, acumula energía en su organismo o zona interna, sin expresarla en zona externa. Es importante pasar esta etapa para llegar al sí mismo auténtico.

7. Explosión (contacto). El sujeto presenta la resolución de fuerzas opuestas de la misma magnitud o descarga por medio de un sentimiento espontáneo. Los cuatro tipos esenciales de explosiones son: ira, alegría, aflicción y orgasmo.

8. Integración (post contacto). La persona presenta sentimientos de confianza, afirmación de su creatividad, es decir, es auténtica.

Fig. 4 Manifestación del proceso secuencial de la energía



Tabla 1. Cuadro sinóptico de la manifestación de la energía

#	Fase	Manifestación de la energía
1	Reposo	Indiferenciación
2	Sensación	Señales
3	Formación de la figura	Como si
4	Movilización de la energía	Atolladero
5	Acción	Implosión
6	Pre-contacto	Implosión
7	Contacto	Explosión
8	Post-contacto	Integración

#### **2.4 Bloqueos en el ciclo gestalt de la experiencia.**

Se le llama bloqueo a las auto-interrupción de la energía que la persona presenta. Los bloqueos aparecen para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de su experiencia en función de los esquemas adquiridos desde temprana edad. Estos bloqueos se hallan dentro de las fases del ciclo.

El terapeuta gestalt está interesado en resolver las auto-interrupciones de la energía que el paciente presente en este ciclo, puesto que desde el enfoque gestalt dichas interrupciones son las causantes de la neurosis del paciente. Para que se logre el cierre de la experiencia, es necesario desbloquear la energía interrumpida y así estar preparado para enfrentar la nueva necesidad emergente y satisfacerla en cualquiera de las fases en donde se halla el bloqueo.

A continuación se definirá cada uno de los bloqueos de la energía y su localización en el ciclo.

- **Postergación:** El individuo interrumpe la acción del cierre de la gestalt dejándola para otro momento, sirve para impedir la continuidad natural de cada momento, evitando el proceso de asimilación-alienación de la experiencia e impidiendo el reposo. Dicho bloqueo aunque se halla localizado dentro de la fase de reposo, es considerado como el último ya que forma parte de un ciclo iniciado anteriormente. Ejemplo, si la persona siente hambre y necesita comer lo deja para después “más tarde comeré”, posterga su necesidad y sigue haciendo otras cosas.
- **Desensibilización:** Este bloqueo está localizado dentro de la fase de sensación, es un proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones o sentimientos que pueden provenir tanto de la percepción del medio externo como del interno, esto estimula el proceso de intelectualización por lo que el sujeto tiende a explicar racionalmente su ausencia de contacto sensorial: “no siento nada por su muerte”. Castanedo, menciona “la desensibilización es la resistencia que impide al sujeto el uso de sus sentidos y sus sensaciones, como toda resistencia, en algunas ocasiones puede ser biopositiva o bionegativa dependiendo del contexto en que se sitúe”. (Castanedo, 2002. pág. 225)
- **Proyección:** Se ubica dentro de la fase de formación de figura, significa que el paciente no establece la figura clara, consiste en atribuir a algo externo o a otras personas, actitudes, pensamientos, emociones, creencias o situaciones que le son propias, mediante lo cual quien proyecta no asume ninguna responsabilidad sobre sus propios actos, pensamientos o emociones. Por ejemplo cuando el paciente tiende a generalizar a través de su lenguaje: “pues toda la gente se siente mal cuando termina una relación”. Polster, menciona “el proyector es un individuo que no puede

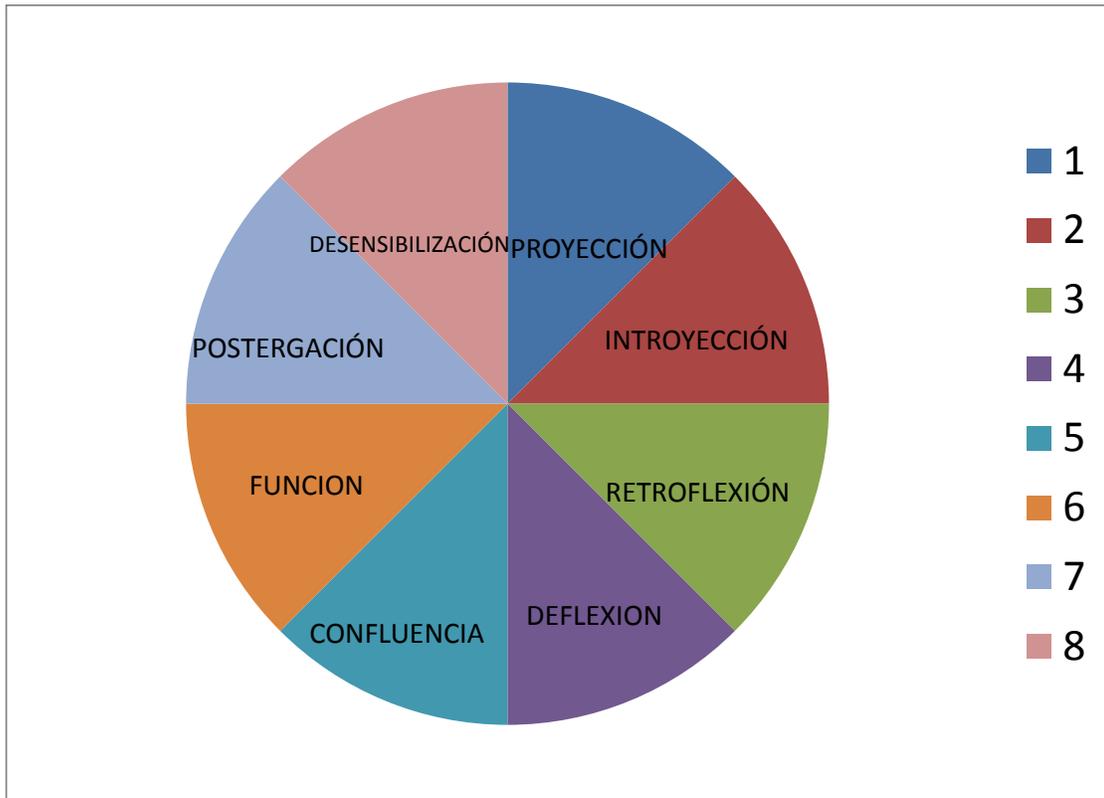
aceptar sus propios actos o sentimientos porque no debería actuar o sentir así”. (Polster, 1994 pág. 183).

- Introyección: Se encuentra dentro de la fase de movilización de la energía, implica la incorporación de actitudes, ideas, creencias que no fueron asimiladas por el organismo y que son distónicas con el yo. Se da cuando la persona utiliza “debos” y “tengos” que pertenecen al pseudo yo. Dificilmente puede formar una nueva figura si está saturada de viejas órdenes figurales. Por ejemplo, “un buen hijo debe llegar temprano a casa”. Yontef, menciona: “los valores y conductas introyectadas se imponen en el sí mismo del sujeto, y como en todo, tragarse todo puede ser sano o patológico, dependiendo de la circunstancia y el nivel de darse cuenta”. (Yontef, 2003 pág. 237)
  
- Retroflexión: Se localiza dentro de la fase de acción, se da cuando la persona “mete hacia adentro” de ella la energía, esto consiste en hacerse a sí misma en términos agresivos lo que le gustaría hacerle a otros, quienes por lo general son significativos para ella. Con esta auto interrupción, la persona descarga su energía sobre sí mismo, provocándose somatizaciones como: colitis, neurodermatitis, gastritis, {ulceras, etc., lo que impide utilizar energía libre para satisfacer su necesidad. También es una conducta retroflectiva el auto torturarse ocasionándose insomnios, dolores de cabeza, enfermedades psicosomáticas, etc. Por ejemplo, “sentí tanto coraje porque me grito que hasta dolor de cabeza me dio”. Yontef, menciona: “la retroflexión es un mecanismo que consiste en sustituirse uno mismo por el ambiente, y la persona con tendencia a la vergüenza lo usa para evitar su exposición con el contacto social. Este mecanismo puede llevar al sujeto al aislamiento”. (Yontef, 2002. pág. 238)
  
- Deflexión: Este bloqueo se halla dentro de la fase de pre-contacto. La persona evita que la energía localice el objeto relacional, dirigiendo su energía a objetos que son alternativos y no significativos. Evita el contacto una vez iniciada la acción tendiente a cerrar la gestalt, utiliza la energía

haciendo otras cosas para no hacer lo que necesita. Por ejemplo, “tengo hambre pero mejor me tomo un café”. Castanedo, menciona: “deflectar consiste en desviar lo que emerge en el aquí y el ahora. Es utilizado a menudo por las personas que, sin darse cuenta, modifican el curso de una conversación o el curso de una interacción con el fin de evitar entrar en el fondo de una situación, o tener que encontrarse frente a frente con una persona o situación no deseada” (Castanedo, 2002 pág. 226)

- Confluencia: Está ubicado dentro de la fase de contacto, lo que significa que la persona pierde sus límites en los demás. La confluencia es confundir los propios límites del yo en los del otro para buscar aceptación y/o reconocimiento de este y evitar responsabilizarse de la acción a efectuar o efectuada.
- Fijación: Se encuentra dentro de la fase de post-contacto, se da cuando la persona no puede evitar que la energía continúe su recorrido y se desenergetice. Consiste en recordar una experiencia que se queda rodando y molestando la cabeza, lo cual implica que la persona tiene situaciones trucas y sigue rumiando acerca de ellas. En este proceso pueden interferir dos fuerzas polares, la primera es la obsesión y/o compulsión, que consiste en la necesidad rígida de completar el viejo asunto inconcluso que lleva a la rigidez consiguiente de la configuración del contexto figura-fondo. La segunda fuerza opuesta es la mentalidad lábil que apenas da ocasión a experimentar qué es lo que está ocurriendo porque su foco es tan fluctuante que no permite el desarrollo ni la experiencia del cierre. La persona puede quedarse fijada en experiencias positivas o negativas, cualquiera de las dos impiden el flujo de la energía hacia la satisfacción de otras necesidades. Por ejemplo, “no puedo olvidar la vez que me humillo frente a todos”. Para Castanedo, el contacto puede convertirse en una fijación cuando no hay retirada de la fuente de contacto.

Fig. 5 Bloqueos en el ciclo gestalt de la experiencia



#### 2.4.1 Partes Biopositivas y Bionegativas de los bloqueos en el ciclo de la experiencia.

Así como existen bloqueos que son polares dentro del ciclo de la experiencia, cada bloqueo presenta una parte positiva y otra negativa que le resulta nutritiva o tóxica a la persona según sea el caso, a dichas partes se les dio el nombre de partes biopositivas y bionegativas y que resultan ser polares. Ambas son de importancia para el terapeuta gestalt ya que trabajar con las polaridades que presenta el paciente, ubicándolo dentro del ciclo de la experiencia, es una de las metas que llevan a la integración de la personalidad por medio de la unión de los opuestos.

Dichos opuestos, parte biopositiva (nutritiva) versus parte bionegativa (tóxica) de cada bloqueo se describen a continuación.

Tabla 2 Partes Biopositivas y Bionegativas de los bloqueos en el ciclo de la experiencia.

<b>Bloqueo</b>	<b>Biopositiva (+)</b>	<b>Bionegativa (--)</b>
Postergación	Saber posponer	Evitar concluir
Desensibilización	Buscar auto-apoyo	Impide la sensación
Proyección	Estado de alerta	Confundo el yo con el no yo
Introyección	Sintónico con el yo	Distónico con el yo
Retroflexión	Capacidad de espera	Autoagresión
Deflexión	Conserva la relación	Evita la situación
Confluencia	Sirve para socializar	Confunde el yo con los otros
Fijación	Recuerda para resolver	Recuerda y se queja

## 2.4.2 Frases, mensajes y emociones de cada bloqueo

Cada bloqueo que se presenta en el sujeto está acompañado de frases, mensajes y emociones.

La frase es una oración que confirma y refuerza el bloqueo. En este punto se propone una frase que va a caracterizar a cada auto-interrupción como una manera de facilitar la ubicación de dicho bloqueo en el ciclo, estas frases u otras similares pueden ser usadas por el propio paciente a lo largo de la sesión terapéutica y/o cuando se aplica el Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama(1992). Estas frases se mencionan a continuación:

- “Luego lo hago”. La persona evita concluir dejando para después.
- “No siento”. La persona asume que no tiene sensaciones en un momento en que lo natural, dada la condición humana es que sienta.
- “Por culpa de...”. La persona no se responsabiliza de lo que es propio y lo atribuye a algo o alguien.
- “Debería”. Aquí el individuo se responsabiliza de lo que no es propio, asumiendo conductas ajenas.
- “Mejor me aguanto”. La persona descarga la energía en sí mismo, en lugar de dirigirla hacia afuera, o se descarga afuera en vez de dársela a sí mismo.
- “Mejor lo evito”. La persona se dirige a un objeto relacional alternativo en lugar de enfrentar al satisfactor verdadero. También puede aplicarse a los sentimientos.
- “Tú mandas”. La acción es asumida por la persona sin tomar en cuenta sus intereses personales.
- “No puedo dejar de...”. Se puede referir a sentimientos, pensamientos o acciones en los que el sujeto no se desprende de lo que ya ha pasado.

Fig. 6 Frases de identificación de cada bloqueo de la experiencia.



Tabla 3. Cuadro Sinóptico de las frases de cada bloqueo

#	Bloqueo	Frase
1	Postergación	<i>Luego lo hago</i>
2	Desensibilización	<i>No siento</i>
3	Proyección	<i>Por culpa de</i>
4	Introyección	<i>Debería</i>
5	Retroflexión	<i>Me aguanto</i>
6	Deflexión	<i>Lo evito</i>

7	Confluencia	<i>Tu mandas</i>
8	Fijación	<i>No puedo dejar de</i>

Los mensajes son los recados que se da la misma persona internamente. En cada frase se señalan los diferentes mensajes que el individuo asume como propios dado que provienen de introyectos. A continuación se describirá cada uno de dichos mensajes:

- “No mereces”. La persona sabotea el éxito debido a la falsa creencia de que no lo merece.
- “No te amarán”. La persona opta por desensibilizarse para no sufrir.
- “Te dañarán”. La persona tiende a defenderse proyectando sus culpas sobre personas y/o situaciones que pudieran entrañar un riesgo y evitar así un daño.
- “Te rechazarán”. La persona se atribuye culpas que le son ajenas, para ser aceptado.
- “No actúes”. El individuo no expresa sus emociones y tampoco inicia alguna acción por miedo a dañar a los demás.
- “No enfrentes”. El sujeto evita identificar el objeto relacional desviando su energía a objetivos sustitutivos.
- “Te dejarán”. Aquí se bloquea el contacto para quedar bien con los demás, perdiendo sus límites por temor al abandono.
- “Estarás solo”. El individuo se aferra a las personas, situaciones o cosas por temor a la libertad.

Fig. 7 Mensajes de identificación de cada bloqueo de la experiencia.

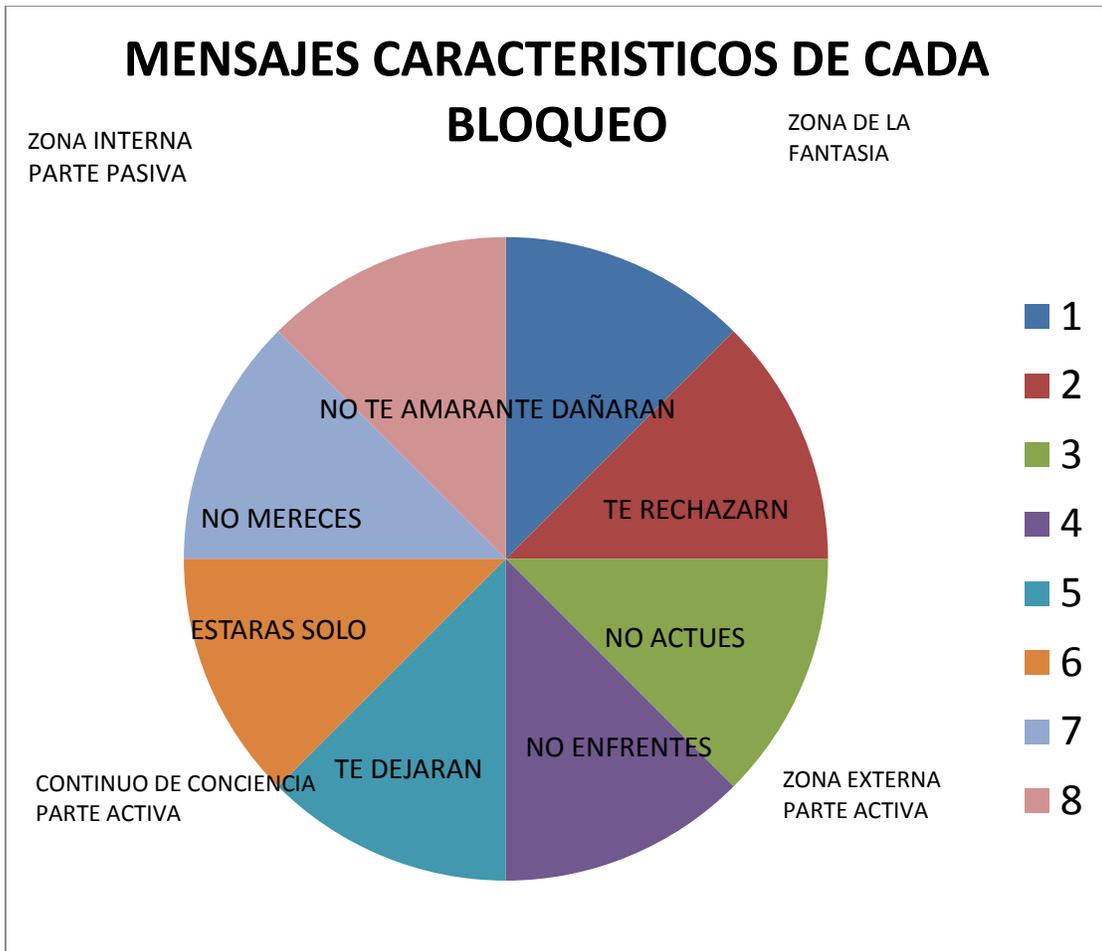


Tabla 4. Cuadro Sinóptico de mensajes de identificación de cada bloqueo de la experiencia.

#	Bloqueo	Mensaje
1	Postergación	<i>No mereces</i>
2	Desensibilización	<i>No te amarán</i>
3	Proyección	<i>Te dañarán</i>
4	Introyección	<i>Te rechazarán</i>
5	Retroflexión	<i>No actúes</i>
6	Deflexión	<i>No enfrentes</i>
7	Confluencia	<i>Te dejarán</i>
8	Fijación	<i>Estarás solo</i>

Cuando la persona presenta bloqueo en alguna fase del ciclo de la experiencia, experimenta determinadas emociones las cuales fortalecen y confirman al bloqueo. A continuación se mencionan dichas emociones:

- En la postergación la persona experimenta una sensación de desgano o desidia para satisfacer su necesidad.
- Cuando la fase de sensación está bloqueada, es decir, cuando la persona está desensibilizada, la emoción que experimenta es el miedo a sentir.

- Cuando la fase de la formación de la figura está bloqueada por la proyección, la persona provoca culpa en los demás.
- Cuando, por los introyectos la fase de la movilización de la energía se encuentra bloqueada, la persona se siente culpable y siente remordimiento.
- Cuando la persona retrofecta la fase de la acción se bloquea, por lo que experimenta ira contenida o tristeza.
- Cuando la zona de precontacto está bloqueada por la deflexión la persona tiene una sensación de rechazo o desagrado que la lleva a evitar el contacto con el objeto relacional.
- Cuando se bloquea la fase de contacto a través de la confluencia, la persona siente vergüenza o timidez debido al temor por la crítica de los demás y confluye para ser aceptado.
- Por último, cuando la fase de pos-contacto es bloqueada por la fijación, la persona siente resentimiento, presentando ideas fijas.

Fig. 8 Emociones que identifican cada bloqueo de la experiencia

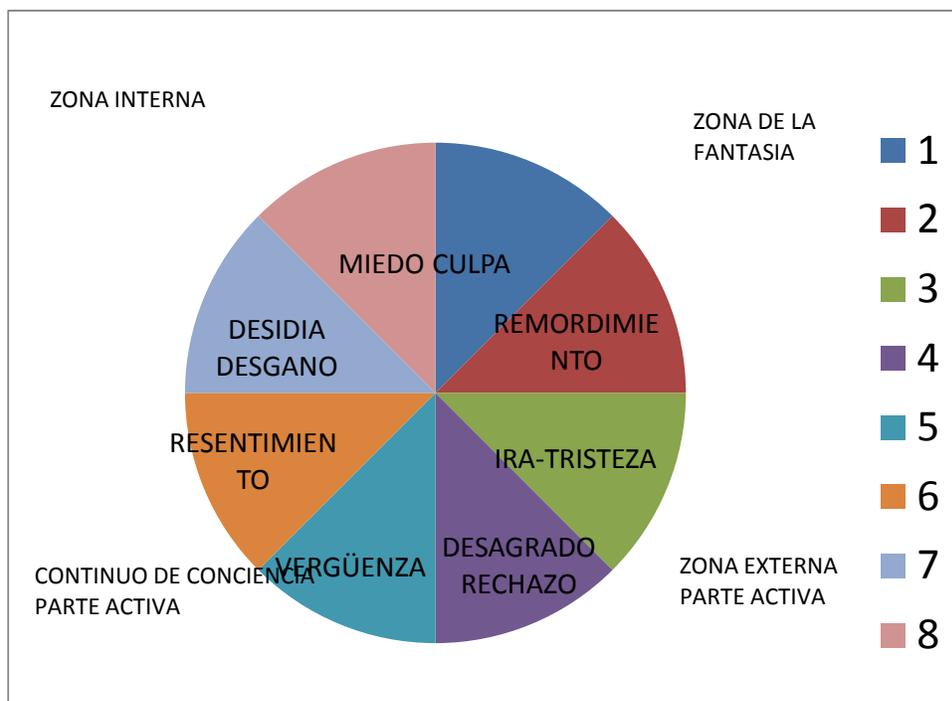


Tabla 5. Cuadro Sinóptico de las emociones características de cada bloqueo

#	Bloqueo	Emoción
1	Postergación	Desgano o desidia
2	Desensibilización	Miedo
3	Proyección	Culpa en los demás
4	Introyección	Culpa y remordimiento
5	Retroflexión	Ira o tristeza
6	Deflexión	Rechazo o desagrado
7	Confluencia	Vergüenza o timidez
8	Fijación	Resentimiento

### **2.4.3 Temores y necesidades en cada bloqueo**

Según Naranjo (1995), los temores son sentimientos de inquietud, incertidumbre o lo que la persona sospecha que puede suceder. Enseguida se describirán los temores que se hallan en cada bloqueo del ciclo gestalt que son más comunes.

- A triunfar: Está ubicado en el bloqueo de la postergación. Es una manera de posponer el reposo para iniciar una nueva gestalt y así mantener una estructura neurótica que confirma una suposición de no merecer estar bien.
- A sufrir: Se encuentra en el bloqueo de Desensibilización. Se refiere a la necesidad de negar cualquier sensación que pueda producir cualquier 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.
- Al castigo: Localizado en el bloqueo de proyección. Este temor niega un sentimiento de culpa hacia las figuras significativas por lo que su necesidad es creer que recibirá un castigo, el cual evita atribuyendo a otros su responsabilidad.
- Al rechazo: Ubicado en el bloqueo de la Introyección. Utiliza la racionalización con el fin de obtener la aceptación por las personas que son consideradas por la persona como importantes, atribuyéndose responsabilidades que no le corresponden. Implica una alianza con el agresor en tanto lo imita a pesar de que las ideas introyectadas son distónicas con su yo.
- A la propia agresión: Está en el bloqueo de la retroflexión. Evita la expresión de su agresión por la fantasía de no ser aceptado, reprimiendo e intelectualizando la energía, dirigiéndola a sí mismo, lo cual se traduce en la emergencia de síntomas, enfermedades psicosomáticas o adicciones.

- A enfrentar: Este temor se ubica en el bloqueo de deflexión. Elude la identificación del objeto relacional y así evita la angustia de la confrontación, desviando la energía hacia otras alternativas aparentemente semejantes.
- Al abandono: Se encuentra en el bloqueo de confluencia. Impide la pérdida de la relación objetal significativa, fusionándose con el otro, desde cualquiera de los tres aspectos de la personalidad (emocional, mental, actitudinal). La confusión entre sus límites de los demás hace que el sujeto no diferencia sus fronteras de contacto.
- A ser libre: Está en el bloqueo de la fijación. 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, fijando la energía para no continuar el proceso de crecimiento.

Fig. 9 Temores que identifican cada bloqueo de la experiencia.



Tabla 6. Cuadro sinóptico de los temores en cada bloqueo del ciclo de la experiencia

#	Bloqueo	Temor
1	Postergación	A triunfar
2	Desensibilización	A sufrir
3	Proyección	Al castigo
4	Introyección	Al rechazo
5	Retroflexión	A la propia agresión
6	Deflexión	A enfrentar
7	Confluencia	Al abandono
8	Fijación	A ser libre

Cada fase encierra una necesidad que se satisface cuando está libre el bloqueo, permitiendo el libre flujo de la energía hacia la resolución de la gestalt. Esta necesidad subyacente, cuando no es satisfecha, origina en el organismo displacer, por lo cual es importante conocer el tipo de necesidad que cada frase tiene para hallar el satisfactor adecuado. Las necesidades que se mencionan son:

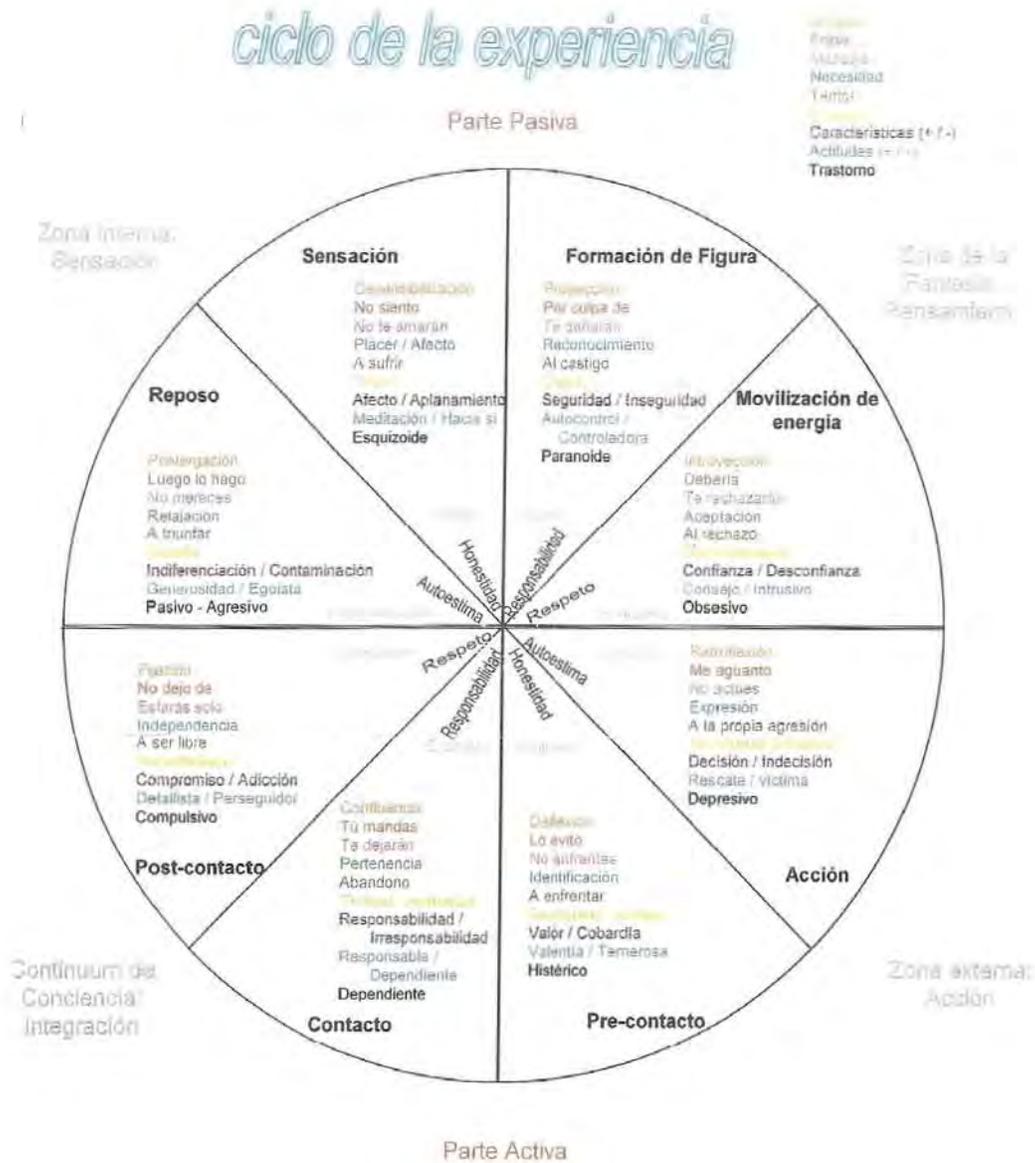
- Placer: Aquí la persona halla una sensación de goce.
- Reconocimiento propio: Es la necesidad de la persona de valorarse por lo que es.
- Aceptación: La persona se siente acogida por los demás.
- Expresión: La persona se permite mostrar lo que quiere, enunciando verbalmente al otro lo que siente y lo que quiere.

- Identificación Selectiva: El sujeto tiene claro lo que busca y también lo que no quiere.
- Pertenencia: Es la necesidad de la persona de sentirse incluido como parte del grupo.
- Independencia: El individuo se siente libre para vivir apoyándose en sí mismo.

Tabla 7. Cuadro sinóptico de necesidades de cada fase.

#	Fase	Necesidad
1	Reposo	Relajación
2	Sensación	Placer
3	Formación de la figura	Reconocimiento
4	Movilización de la energía	Aceptación
5	Acción	Expresión
6	Pre-contacto	Identificación selectiva
7	Contacto	Pertenencia
8	Post-contacto	Independencia

Para facilitar su comprensión, el siguiente esquema resume las frases, mensajes, emociones, temores y necesidades que caracterizan a cada bloqueo del Ciclo de la Experiencia.



## **2.5 Proceso secuencial del ciclo psicoterapéutico.**

Es importante señalar que en el ciclo gestalt se da un proceso secuencial que abarca los cuatro cuadrantes y que le permiten al terapeuta aplicar la estrategia adecuada para trabajar con el paciente según la necesidad de éste. Dicho proceso secuencial se describe a continuación.

- Caldeamiento inespecífico: abarca el primer cuadrante y es cuando emergen las sensaciones o sentimientos en forma variada y confusa. El paciente logra establecer el contacto con la zona interna a través de la respiración y relajación, el terapeuta le indica al paciente con voz pausada que cierre sus ojos, relaje su cuerpo, detecte algún punto de tensión del mismo y si existe, que lo elimine a través de su respiración.
  
- Caldeamiento específico: se localiza en el segundo cuadrante, ya ha surgido la figura clara y se moviliza la energía. Se favorece el contacto con la zona de fantasía, lo que implica buscar, aclarar y energetizar la figura. En esta etapa el terapeuta le dice al paciente que haga un paseo por su cerebro y busque el archivo donde se encuentra la imagen que quiere trabajar y que la traiga al presente. Si se trata de una persona, puede imaginar que está sentada frente a él, se le pide que describa a dicha persona, cómo está vestida y que observe si presenta algún rasgo distintivo que le llame la atención. Ya que la figura establece claramente se pasa a la siguiente etapa.
  
- Acción: está en el tercer cuadrante y parte del cuarto; se efectúa la acción hacia el satisfactor y se establece el contacto con la zona externa, que en gestalt puede hacerse con movimientos alternados de una silla a la otra hasta que establezca el contacto pleno con el satisfactor, es decir, que puede trabajarse cualquier asunto pendiente que aún tenga con “la persona sentada” frente a él. A veces el terapeuta se pone en el lugar de la persona con la que desea cerrar su

gestalt diciéndole que va actuar con su voz y tono particular pero cumpliendo con el deseo de la persona.

- Retroalimentación y cierre: forma parte final del cuarto cuadrante que es donde se da el proceso de asimilación, integración o alienación. En la retroalimentación el terapeuta le pide al paciente que comparta la experiencia y con qué se queda de la misma. Es una manera de fortalecer la nueva experiencia y que se incluya como parte del paciente.

En el cierre el terapeuta puede preguntarle al paciente cómo se siente con lo que acaba de ocurrir y si le puede servir de algo para el momento actual de su vida.

Fig. 11 Proceso secuencial de la energía

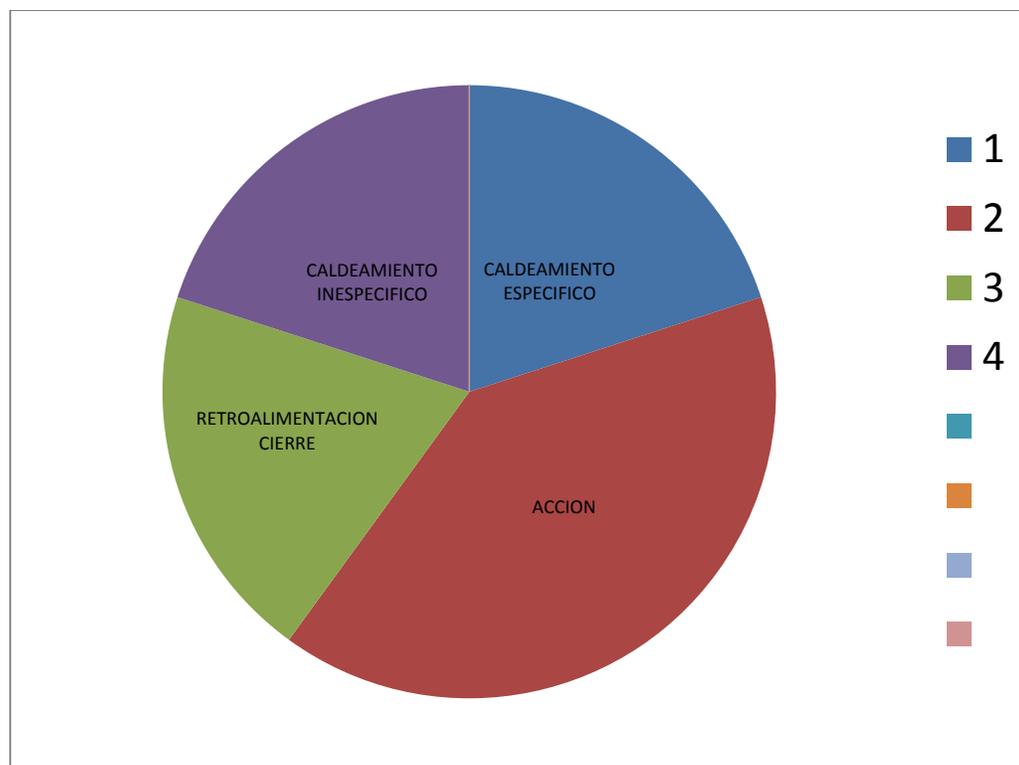


Tabla 7 Cuadro sinóptico del proceso secuencial de la energía.

Caldeamiento inespecífico	Se aplica la relajación
Caldeamiento específico	Se capta la figura
Acción	Se hace el ejercicio vivencial específico
Retroalimentación y cierre	Se hace la evaluación

## 2.6 Técnicas vivenciales en la Psicoterapia Gestalt.

La metodología de la terapia gestalt está basada en el ciclo gestalt de la experiencia, el cual se mencionó anteriormente, se aplica en cada sesión terapéutica y dependiendo de la necesidad del paciente en ese instante, el terapeuta aplicará diversas técnicas según considere oportuno. El sello característico de la gestalt es el aspecto vivencial de sus técnicas, dichas técnicas que son aplicadas en la psicoterapia gestalt se dividen en tres grupos interdependientes y son: las supresivas, las expresivas y las integrativas.

### 2.6.1 Técnicas supresivas.

Para Fagan (2003), las técnicas supresivas sirven para facilitarle al paciente que deje de hacer lo que está actuando, con el objeto de que la persona descubra la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad. Esto se logra a través de diversas maneras, tales como experimentar la nada o el vacío, no hablar acerca de, descubrir los debeísmos, encontrar las formas de manipulación, saber formular preguntas, manejo de autoestima, así como darse cuenta de cuando el paciente demanda o exige al terapeuta.

- Experimentar la nada o el vacío

Favorece que el paciente enfrente sus sensaciones desagradables o vacíos existenciales. Se le facilita el contacto con lo no deseado, ya que al estar evitando lo desagradable es la manera neurótica de no reconocer lo que le está molestando y por lo tanto no resolver el problema que le aqueja. Se le invita al paciente a que haga contacto con la sensación desagradable y que se convierta en la misma o bien se le guía para hacer una fantasía de entrar al vacío y a medida que ingresa en dicho vacío, irá descubriendo de qué está compuesto y entonces llenarlo con algo agradable que desee. El budismo zen y el tao mencionan la necesidad de conectarse con el dolor para aprender de él. La idea es que el vacío estéril se convierta en vacío fértil.

- No hablar “acerca de”

Dentro de la sesión, cuando emerge una figura que necesita ser trabajada es conveniente facilitarle al paciente el contacto con la experiencia más que hablar acerca de la misma dado que ello puede facilitarle que el paciente deflece, es decir evite cerrarla y de correr el peligro de intelectualizar para no vivenciar. El paciente neurótico tiende a racionalizar su problema como una manera de continuar haciendo o no haciendo lo mismo, creyendo que con hablarlo se resolverá mágicamente. Aquí lo evidente es que la persona cree que cuando conoce intelectualmente lo que le pasa desaparecerá la situación dolorosa por la que atraviesa. El hablar se sustituye por vivenciar.

- Descubrir los debeísmos

Como se señaló anteriormente los introyectos son creencias falsas que no pertenecen al yo del individuo sino a su pseudo yo. En este punto existe diferencia entre un “debo” que podría disolverse en un “quiero” y otro “debo” que implicaría una necesidad o condición necesaria para que algo ocurra. Por ejemplo, en el primer caso: *debo visitar a mi tía enferma* desaparecería con un

*quiero ir a visitarla*. En el segundo caso es el siguiente ejemplo: *debe existir oxígeno para que haya vida animal en la tierra*. Es obvio que el “quiero” sobra, dado que es una condición necesaria por tratarse de una necesidad vital. En gestalt el terapeuta se ocupa del primer debo, el cual se sabe que se desprende de un introyecto o una obligación aportada por las figuras significativas de la infancia y que es distónico al yo. Por eso se llaman introyectos, por ser resultado de las proyecciones de quienes son importantes para la persona. Estos introyectos tienden a someterla a una conducta que no le agrada pero que se siente obligada a actuar.

- Encontrar las formas de manipulación

Desde su pseudo yo el paciente intentará en la sesión manipular al terapeuta para evitar el cambio. Sus juegos sociales o manipulativas pueden presentarse de varias formas según la historia y conducta de cada persona. Hay quienes lo harán a través de la seducción, otros lo harán con la intelectualización o con el silencio o reflectando. Facilitar en cada persona que esté en terapia el conocimiento de cuáles son sus juegos manipulativas y que logre aprender a evitarlos, incrementará el contacto pleno con el objeto satisfactor y liberará la energía bloqueada. Esto se puede obtener cuando se guía al paciente hacia el contacto con las preguntas ¿De quién lo aprendiste? O ¿Desde cuándo lo haces?.

- Saber formular la preguntas y respuestas

Una pregunta puede encubrir una demanda la cual está en relación con huecos de la personalidad; la voracidad de algunos pacientes al hacer preguntas que podrían contestarlas por sí mismos sólo evidencia el juego manipulativo del “ignorante” por parte de éstos. Si el terapeuta cae en el juego y le contesta desde su “sabiduría”, lo que hace en realidad es descalificar a la persona a la que, supuestamente, desea facilitarle el crecimiento.

- Darse cuenta de cuándo se está demandando o exigiendo

Toda demanda es una exigencia. A veces el paciente necesita controlar la situación terapéutica a través de un juego agresivo, pareciera que está pidiendo límites desesperadamente, por eso, se dice que es una respuesta que le fortalece el vivir anclado en la infancia o en etapas adolescentes.

### **2.6.2 Técnicas expresivas.**

Según Polster (1994), el objetivo de las técnicas expresivas es reunir energía suficiente para fortalecer el contenido del darse cuenta del paciente, ya sea surgiendo la intensificación de la atención o exagerando la acción deliberadamente. Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía. A través de estas técnicas se buscan tres cosas básicamente: expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión y buscar la dirección y hacer la expresión directa.

- Expresar lo no expresado

a) Maximizar la expresión dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se conforme consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores o situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.

b) Pedir al paciente que exprese lo que está sintiendo, cuando se trata de terapia grupal se puede hacer la ronda, donde la persona expresa lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

- Terminar o completar la expresión

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del paciente. Una de las técnicas más conocidas es la “silla vacía”, es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con las personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que él evitó la primera vez.

- Buscar la dirección y hacer la expresión directa

a) Repetición: la intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado. Ejemplo: “repite esta frase nuevamente”, “haz otra vez ese gesto”, etc.

b) Exageración y desarrollo: es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

c) Traducir: consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace, ejemplo: “que quiere decir tu mano” “si tu nariz hablara que diría”.

d) Actuación e identificación: es el contrario de traducir. Se busca que el sujeto “actúa” sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías, que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad.

### **2.6.3 Técnicas integrativas.**

Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o integre su personalidad sus partes alienadas. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

- **Fantasías guiadas:**

Hay innumerables fantasías y se utilizan desde la fase de la formación de la figura previo caldeamiento o sensibilización, además de que pueden utilizarse para graduar cualquier experimento, algunas que se utilizan son las siguientes:

El túnel del tiempo: es un fantasía guiada que se hace siguiendo el ciclo de la gestalt, invitando al paciente a realizar un ejercicio vivencial, comenzando con la fase que corresponde a la zona interna, luego se le sugiere que imagine que está en un cuarto, el cual tiene una puerta secreta que da a un túnel que abren hacia escenas pasadas de su vida, se le dice entonces que busque alguna escena en la que cree que algo no está resuelto y por la cual sufre, entonces se le invita a que entre como adulto, acompañado por el terapeuta y si desea hacerle algún cambio que lo haga, de tal manera que se sienta satisfecho con el cambio que realice en dicha escena.

Luego se le regresa al cuarto de donde partió y al volver al aquí y ahora se hace la retroalimentación y el cierre correspondiente.

El archivero: es una fantasía que puede utilizarse cuando el paciente dice que no tiene nada que decir es una manera de invitarlo a rastrear en su interior. Consiste en pedirle al individuo que imagine que está en un cuarto donde hay un archivero con cajones, luego se le pide que se acerque al mismo y abra cualquier cajón y saque una carpeta donde puede encontrar algo interesante acerca de algún asunto pendiente. Cuando lo halle se le pide que lo traiga al aquí y ahora y lo comparta. De esta fantasía puede derivarse la aplicación de

un experimento para el cierre del asunto pendiente.

- El encuentro intrapersonal

Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; por ejemplo entre el “yo debería” y el “yo quiero”, su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, etc. Al cesar la necesidad de control de uno sobre el otro se obtiene integración. Se puede utilizar como técnica la silla vacía intercambiando los roles hasta integrar ambas partes del conflicto.

- Asimilación de proyecciones

Se busca que el paciente reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suyo.

Ejemplo

Paciente: mi madre me odia

Terapeuta: imagina que eres tú quien odia a tu madre; ¿cómo te sientes con ese sentimiento?, honestamente, ¿puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?

Para concluir, las técnicas vivenciales gestálticas mencionadas anteriormente se le llaman “aspectos reactivadores del proceso gestalt” ya que al favorecer la adecuada experiencia presente tienen un poder curativo intrínseco, vivir el presente le enseña al paciente que sus temores son infundados y le enseña a diferenciar lo que realmente es y lo que verdaderamente existe fuera de él. Con la utilización de la conciencia empieza a ver las alternativas que se le ofrecen porque ha reiniciado el proceso del yo a través de la vivencia que se facilitará de acuerdo a la creatividad del terapeuta. Es importante recordar que

estos procedimientos o técnicas son solo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, las técnicas están al servicio de la psicoterapia y no la psicoterapia al servicio de las técnicas.

## **2.7 Estrategias Terapéuticas.**

Para Ginger (2003), las estrategias resultan de gran importancia para el terapeuta gestalt ya que le permiten enriquecer las técnicas utilizadas dentro de la sesión así como el modificarlas y mejorarlas para adaptarlas de acuerdo a las necesidades del paciente y a la particularidad del momento.

Las estrategias terapéuticas deben responder a las condiciones específicas de cada situación terapéutica según cada sesión y paciente. La terapia gestalt es aplicada en forma selectiva y diferente de acuerdo con la personalidad y necesidades del terapeuta, de los pacientes y el lugar en donde se aplica.

El terapeuta gestalt utiliza estrategias en el aquí y el ahora, que le sirven para crear oportunidades de crecimiento, realizar encuentros, vivenciar experimentos, hacer observaciones fenomenológicas, tomar contacto y llegar al continuo de la conciencia sensorial. Que el paciente descubra los mecanismos que utiliza para alienar una parte de su proceso evitando darse cuenta de sí mismo y de su medio, por lo que le ayuda al paciente a descubrirse.

Gran parte de la responsabilidad se le deja al paciente; el trabajo básico de la psicoterapia lo hace él, siendo el terapeuta gestáltico una guía y un catalizador. El trabajo básico del paciente es el descubrimiento en la utilización de los experimentos.

El uso de las estrategias gestálticas permite gran flexibilidad, promoviendo un pronto conocimiento de sí mismo y dan un vívido cambio en la personalidad. Teóricamente, cuando llega un paciente a terapia es por su falta de conciencia, y la forma en que bloquea esta última, es por ello que hay ejercicios destinados a promover la conciencia en general y ayudan al individuo en sus evitaciones.

Las estrategias gestálticas comienzan por definir la atención y la toma de conciencia. La terapia reside básicamente en reintegrar la atención y conciencia,

colocando la mayor importancia en ayudar al paciente a que desarrolle su propia aptitud para la resolución de problemas.

La misión del terapeuta es ayudar al paciente a superar los obstáculos que bloquean su toma de conciencia, de tal modo que el consultante pueda actuar haciendo pleno uso de sus facultades, y hacer mejor uso de su propia responsabilidad (estar consciente aquí y ahora de actuar de ese modo), y capacidad para la resolución de sus problemas.

Las estrategias terapéuticas se aplican en cada paciente según sus necesidades, edad, sexo, número de sesión y nivel cultural. Para el buen funcionamiento de las técnicas y que se logren resultados, que es que el paciente se dé cuenta, se necesita una cooperación de ambas partes, y en general se desarrolla de la siguiente manera:

1. Preparación del campo para el trabajo. Al principio, se le pide que desarrolle sentimientos e ideas. La habilidad del terapeuta está en captar lo más importante (la figura del paciente).
2. Negación o aceptación. El paciente acepta hacer el ejercicio y el terapeuta hará que se sienta acompañado.
3. Auto apoyo. Ambos cuidarán su respiración, posición y distracciones personales. Las palabras son congruentes con el cuerpo, para que ambos se escuchen respetuosamente.
4. Exploración a nivel de darse cuenta. Es la figura del ejercicio.
5. Graduación y selección del experimento. Depende de la figura, en el momento más conveniente y congruente con el paciente.
6. Localización y movilización de la energía. Localizarla en el paciente y detectarla con los movimientos corporales, expresiones, movimientos, respiración, etc.
7. Focalización. Localizar el punto específico a elaborar, sin embargo, este puede cambiar varias veces.
8. Actuación. Una vez localizado el problema, se escoge la técnica para que el paciente pueda ensayar posibilidades y alternativas para cerrar su gestalt.

9. Relajación. Una vez terminado el experimento, se hacen una serie de ejercicios para relajarlo.
10. Asimilación. Se le pregunta al paciente cuál fue su experiencia y se busca la posibilidad de que la integre a su vida.

A continuación se mencionarán algunas de las estrategias más comúnmente utilizadas en la gestalt.

- La silla vacía

Se necesitan tres sillas. La manera de ubicarlas es poner dos sillas, una enfrente de la otra, y la tercera en medio de ambas formando un triángulo. Como si fuera un juego de teatro se le pide a la persona que se sienta en una de las dos sillas enfrentadas y se le invita a que se conecte con su zona interna a través de la respiración, luego con su imaginación busque su archivo mental a su polaridad y la ubique en la otra silla e inicie un diálogo que le sirva para comprender el proceso que lo lleva a bloquearse. Sirve para trabajar proyecciones y salirse del sistema así como para trabajar confrontaciones o resolver resentimientos y además puede utilizarse para el trabajo de duelo. Es una manera de meta comunicarse.

La silla integradora o tercera silla es un recurso que puede utilizarse para lograr mediante la meta comunicación que el paciente pueda tomar de cada uno de los personajes o roles que representó lo mejor de ellos y dejar lo que ya no le sirve.

- Manejo de polaridades

Es una estrategia que sirve para aclarar la figura y el proceso de cambio. Aquí lo interesante es que el individuo descubra alguna de sus características negativas que simboliza alguna resistencia o bloqueo en sí mismo y proponerle que inicie un diálogo con la parte contraria de dicha característica para que se identifique

dónde está el yo y lo pueda diferenciar del pseudo yo, así mismo podría agregarse la posibilidad de establecer características positivas no aceptadas por el paciente debido generalmente a la auto devaluación. Por ejemplo una persona dice que es miedosa, puede entonces trabajarse con la parte valerosa y crear un diálogo entre ambas polaridades.

- Descarga en objetos neutros

Se aplica para iniciar el proceso de resolver resentimientos. Esto es localizable en la cuarta fase llamada energetización ubicada en el segundo cuadrante del ciclo gestalt. Puede utilizarse un cojín y un palo de plástico para que el paciente golpee repetidamente sobre el cojín y un palo de plástico para que el paciente golpee repetidamente sobre el cojín hasta que se canse o considere adecuado terminar el ejercicio.

- Cambio de roles

Es importante para “ponerse en los zapatos del otro sin caminar con ellos”. Se usa para trabajar resentimientos con personas significativas para que el paciente pueda tomar conciencia de la actitud del otro.

- Confrontación

Se utiliza cuando se desea conservar una relación importante. Se inicia con el nombre de la persona con quien se está molesto y se continua con la frase: “estoy molesto contigo porque...” Esta frase se repite continuamente hasta que se agoten sus resentimientos. Después de la retroalimentación se trabaja la polaridad utilizando nuevamente el nombre de la persona y la frase “estoy agradecido(a) contigo porque...”

Esta frase se repite hasta que se acaben sus agradecimientos.

- Anclaje

Tomado de la terminología de la Programación Neurolingüística (PNL) sirve para fortalecer un cambio de creencias. Se hace mediante diversas formas, por ejemplo puede tocarse en hombro derecho del paciente y cuando se facilite un cambio se toca el hombro izquierdo y viceversa. Esto se realiza en cualquier fase del ciclo donde se intente facilitar un cambio ideo-afectivo.

- Psicodrama fenomenológico

Es funcional en la re-vivencia de experiencias y es útil en el manejo de grupos. Tomado originalmente de Moreno (1991), en gestalt se eliminó la interpretación psicoanalítica y el procedimiento que se sigue es el de cualquier sesión terapéutica gestalt mediante juegos teatrales. Esto implica que el terapeuta está atento a la fenomenología de quienes actúan y facilitan la re-identificación de lo proyectado en los participantes. Se utiliza el caldeamiento inespecífico, el caldeamiento específico, la acción y la retroalimentación.

- La visualización

Visualizar es un proceso en el cual el individuo puede imaginar que un deseo se vuelve realidad, dentro del sentido común. Esto significa que por más que una persona quiera que un río deje de fluir jamás lo logrará a menos que construya una presa, sin embargo lo que ocurre en realidad es que el cerebro reacciona a los mensajes que le envía la persona o que recibe del exterior. La visualización de algún deseo implica crear nuevas vías neuronales asociadas al éxito del mismo, por ello la persona puede dirigir su atención a lo que desea y así provocar las oportunidades necesarias para dirigir su atención a lo que desea y así provocar las oportunidades necesarias para lograr su objetivo. La conducta del paciente tiende a ser repetitiva, por lo que muchas veces él mismo es quien se impregna la posibilidad del logro o fracaso de la misión que se ha programado. Así se decide a obtener algo a pesar de que está aparentemente lejos de sus posibilidades, podrá tenerlo, siempre y cuando lo visualice y repita dicha visualización en múltiples ocasiones.

Esta visualización también puede darse como profecía auto-cumplidora.

- Manejo de sueños

Los sueños en gestalt se consideran como mensajes del yo en busca de cerrar asuntos pendientes o dar un mensaje de alerta. Se le pide al paciente que cuente su sueño en primera persona y en tiempo presente como si estuviera ocurriendo en este instante y que tome en cuenta que todos los elementos que aparezcan en el material le pertenecen a él mismo. Luego le pedimos que se identifique con el elemento del sueño que elija y actúe como si fuera éste. La intervención del terapeuta generalmente es decirle; ¡Hola X elemento! Y el paciente convertido en el mismo conteste. A partir de ahí se comienza a preguntarle qué es lo que hace y qué le gustaría decirle al paciente, así va teniendo una conversación, hasta que se da cuenta de algo, luego de lo cual se le invita a convertirse en otro de sus elementos y se repite la misma operación.

- Bioenergética

El análisis bioenergético actúa sobre nuestro cuerpo y nuestro espíritu, utilizando para ello ejercicios de respiración (relajación / estimulación), energéticos (carga /descarga), musculares (favorecimiento de la expresión). Actúa siempre dentro de un espacio de seguridad, respetando el ritmo y la historia de cada persona y, fundamentalmente trabaja en un clima de confianza y empatía en la relación terapeuta/cliente.

La terapia consiste en sesiones, donde los contenidos de nuestras experiencias, más o menos traumáticas, son llevados, por medio de un proceso energético-corporal, a ser vivenciados y expresados en su verdadero sentimiento, para de este modo ser analizados y, finalmente integrados en una biografía coherente, verdadera y llena de sentido.

Busca la comprensión, en profundidad, de nuestros conflictos interiores. En nuestras vivencias afectivas están las bases de nuestro aprendizaje, donde primero sentimos, expresamos, y establecemos nuestras relaciones con el otro.

Los sentimientos existentes (amor, tristeza, rabia), los conflictos vividos (deseo, represión...), las pérdidas sufridas (abandonos, duelos, separaciones...), o sea, la calidad de las relaciones afectivas vivenciadas en su momento, determinan la persona que somos hoy. Nuestra historia de vida está grabada en nuestro cuerpo y hay que liberarlo de viejos miedos y tensiones para que podamos estar más cerca de nuestras emociones, permitiéndonos así un sentir y un actuar libre y original.

Para finalizar este capítulo, cabe señalar que haciendo uso de su creatividad, el terapeuta podrá agregarle a las técnicas y estrategias todos aquellos detalles y elementos de la historia que conoce del paciente y del contexto donde éste se relaciona para facilitarle el darse cuenta y fortalecer su yo.

Las estrategias antes mencionadas sirven como apoyo a la labor del terapeuta dentro del proceso de relación de persona a persona. Así mismo son necesarias para facilitar e incrementar el darse cuenta y aumentar el rango de conciencia del paciente.

En resumen, este capítulo estuvo dedicado a conocer los conceptos teóricos, la metodología y el manejo terapéutico de la psicoterapia gestalt que siendo un enfoque humanista, está sustentada científicamente en el Ciclo Gestalt de la experiencia, del cual se obtiene toda la fundamentación y el contexto necesario para el manejo terapéutico. En el siguiente capítulo se hará una revisión de los conceptos más importantes sobre la infertilidad, sus causas y los posibles tratamientos que existen hoy en día.

## **CAPÍTULO 3**

### **INFERTILIDAD**

El desarrollo científico y tecnológico es un producto genuino de la naturaleza humana. El hombre dotado de una inteligencia superior al resto de los habitantes del planeta, se ha visto permanentemente afectado por un llamado que nace de su interior y que lo obliga a descubrir y aventurarse más allá de los límites que percibe a través de sus sentidos. Es esta fuerza aventurera la que motivó a nuestra especie a migrar y poblar las más vastas geografías, más allá de las necesidades alimenticias y reproductivas que movilizan a la mayor parte de los mamíferos. Es también esa fuerza aventurera la que moviliza al hombre a descubrir los misterios de su propia existencia así como los del universo entero. La ciencia nace con el hombre como una herramienta insustituible en el proceso de develar, y de poner en el conocimiento de todos, la maravilla de nuestra naturaleza.

De acuerdo con Burt (1995), la ciencia médica desde tiempos inmemoriales ha contribuido en situar al hombre como el principal responsable de su destino. La generación de la vida así como el advenimiento de la muerte, ya no puede tan sólo entenderse como un mandato divino unidireccional. A la mujer infértil, hoy la ciencia le permite parir, al moribundo, hoy la ciencia le permite vivir. Para algunos, la ciencia y la tecnología moderna los hizo escépticos de una existencia divina. Para otros, la acción divina persiste, siendo el hombre con su inteligencia y creciente sabiduría, una expresión más de la presencia de un ordenador superior.

El hombre es probablemente el único ser con conciencia de poseer una existencia que se inicia en un momento determinado y que está irremediamente limitada por la muerte. Los seres humanos son probablemente los únicos con capacidad de entender que su existencia está ligada a un pasado y un futuro haciendo que su realidad existencial forme parte de otra mucho más amplia e inmutable.

De maneras muy variadas, el hombre tiene conciencia que su única posibilidad de proyectarse más allá de su propia realidad, es a través de la reproducción. Esta

característica tan propia de todos los seres vivos adquiere especial importancia desde el primer instante en que éste toma conciencia de ser un participante activo en el proceso generativo de la vida humana. La madre tierra o la madre mar continúan siendo dos grandes madres, pero desde hace ya muchos años el hombre se reconoce a sí mismo como el agente principal en la evolución de su propia especie. Así nace su preocupación por la fecundidad y concentra parte de sus esfuerzos científicos en estudiar esa materia.

En el presente capítulo abordaremos el tema de la infertilidad desde una perspectiva médica, conociendo sus estadísticas, las causas más frecuentes en el hombre y la mujer, los tratamientos y los pronósticos de cada uno.

### **3.1 Estadísticas sobre infertilidad.**

La mayoría de las personas a través de su crecimiento, creen tener el control de su cuerpo y de la procreación. En general, las mujeres son capaces de concebir hijos desde que son adolescentes. En sociedades industrializadas las mujeres tienen hijos entre los 20 y los 30 años, y pueden concebir hasta los 40 y más. Los hombres, en cambio, pueden ser fértiles durante mucho más tiempo.

Pero es importante saber que el proceso de reproducción es muy complejo. Los especialistas explican que para que se produzca la concepción y comience el embarazo, cientos de hormonas, mediadores químicos y eventos físicos tienen que llevarse a cabo de una manera muy precisa: el espermatozoide debe formarse en el testículo, madurar en el epidídimo, eyacularse en la vagina, nadar a través del cuello, continuar hacia el útero y hacia las trompas. Allí, debe encontrarse con un óvulo viable dentro de las 12 horas aproximadamente, unirse, penetrar la membrana externa del mismo y fertilizarlo. Luego de permanecer en una de las trompas de falopio por alrededor de dos días, el huevo fertilizado debe descender al útero, crecer y dividirse por unos días más y luego implantarse en el endometrio.

Por lo tanto, cualquier mínimo problema que suceda en alguna de estas etapas puede causar infertilidad.

Las posibilidades de que un embarazo se presente en parejas saludables en las que los dos son menores de 30 años y que tienen relaciones con regularidad es sólo de un 25 a un 30% mensual. El punto de máxima fertilidad de una mujer está a comienzos de los 20 años de edad pero a medida que la mujer pasa de los 35 años, y particularmente después de los 40, la probabilidad de quedar embarazada cae a menos del 10% por mes.

Se puede decir que la infertilidad aumenta a medida que lo hace la edad (cerca del 33% de las parejas luego de los 30 años tienen problemas de fertilidad). Uno de los motivos se debe a que en los países industrializados la mujer comienza a posponer la maternidad hasta lograr un título universitario o conseguir logros en su vida laboral.

La dificultad para conseguir un embarazo ha aumentado, en los últimos 15 años las parejas infértiles pasaron de un diez a un veinte por ciento en todo el mundo según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se estima que en México, dos de cada diez parejas experimenta alguna forma de infertilidad según la Asociación Mexicana de Infertilidad. Por otro lado, el 40% de los casos de infertilidad son atribuibles al hombre, la misma proporción a la mujer, 10% a ambos y el porcentaje restante se debe a causas no identificadas.

A fines del siglo XX y principios del XXI, la medicina, a través de la investigación ha logrado grandes avances en entender cada paso del proceso reproductivo y en identificar los problemas que ocurren en él. Actualmente, los Centros de Reproducción Asistida, ofrecen diferentes alternativas ante el problema cada vez mayor de infertilidad y problemas relacionados con la misma.

Desde el primer nacimiento logrado por fertilización *in vitro* –hace casi 31 años–, alrededor de 3 millones de parejas en el mundo han tenido hijos con ese método, el cual, para 15 por ciento de éstas representa la última alternativa de procreación.

### **3.2 Concepto de infertilidad.**

A menudo los términos de infertilidad y esterilidad son objeto de discusión en cuanto a su sentido. Se entiende por infertilidad a la disminución o ausencia de fertilidad, entendiéndose ésta como la capacidad para tener hijos. No implica una condición irreversible como la esterilidad. La infertilidad supone estructuras anatómicas adecuadas pero una función alterada con posibilidad de embarazo, que puede o no llegar a término. El término de infertilidad es sinónimo de esterilidad relativa. Una pareja se considera clínicamente infértil sólo cuando no se ha logrado la concepción después de un mínimo de un año de actividad sexual regular sin el uso de anticonceptivos.

En cambio, la esterilidad es la incapacidad total de concebir debido a la inadecuada estructura o función de órganos genitales y aproximadamente el 1.5% de las parejas son estériles, lo cual significa que la única opción que tienen es la adopción.

Se reconocen dos tipos de infertilidad que se describen a continuación:

- a) Infertilidad primaria: A la incapacidad de la pareja de lograr una gestación que lleve al nacimiento de un hijo sano después de un año de mantener relaciones sexuales sin métodos de planificación. Estas parejas nunca han logrado un embarazo.
- b) Infertilidad secundaria: Describe a las parejas que han logrado el embarazo al menos una vez, pero no han podido volver a lograr la gestación en al menos dos o tres años siguientes de coitos sin protección.

Cuando se habla de infertilidad, se incluyen tanto la imposibilidad de concebir, la de albergar al feto y por último, la de llegar a buen término con un recién nacido sano.

### **3.3 Causas de la infertilidad.**

La fecundidad ha sido un don propio de la mujer a lo largo de la historia. Esto llevó a que, siempre que no se conseguía la gestación, fuera la mujer la culpable. Hoy en día, con el avance de la medicina, se sabe que tanto el hombre como la mujer pueden presentar problemas para lograr el embarazo. Por tal motivo se habla de "una pareja infértil", es decir, que existe una unidad con capacidad gestatoria. Las causas se originan en igual proporción tanto en mujeres como en hombres y para ambos las opciones de tratamiento varían según el tipo de infertilidad que ha sido diagnosticada.

Para hacer más claro el panorama sobre las causas de infertilidad se mencionará por separado las que corresponden a la mujer y las más conocidas para el hombre.

#### **3.3.1 Causas de Infertilidad en la mujer.**

Entre el 78% y 85% de los casos (Según la Asociación Mexicana de Infertilidad), se deben principalmente a tres causas:

- Anovulación
- Endometriosis
- Factor tubo-peritoneal

Anovulación.

Es cuando el óvulo (célula germinal femenina) no llega a ser expulsada por el ovario ya sea por no haberse formado o por no alcanzar la madurez necesaria. Se presenta en 25% de los casos y es una de las causas de mejor pronóstico una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento. Aproximadamente 35% de las mujeres en algún momento de su vida presenta anovulación. Este padecimiento se puede deber a mal desarrollo de los ovarios o una disfunción

endocrina; esta última es la más frecuente y se entiende como falla en el ciclo menstrual por desorden hormonal debido a factores como estrés, exceso de ejercicio, aumento o baja de peso.

Para entender mejor el problema hay que considerar que una mujer normal presenta ovulación 12 veces al año, lo que significa que es el número de días que es fértil. De esta manera, si se tiene menstruación cada tres meses en teoría sólo habrá cuatro días fértiles al año y muchas veces, aunque ocurra la menstruación, puede existir anovulación, por lo que es probable que pase todo el año con este problema.

Es muy importante para la mujer conocer la duración de sus ciclos menstruales, si existe retrasos o ciclos largos, pues no sólo se presenta anovulación con grandes retrasos menstruales sino que en ocasiones periodos de 35 días pueden significar la presencia del padecimiento.

Entonces, se considera a la anovulación como un problema frecuente en la mujer infértil, pero que puede ser detectado por la propia paciente. En muchos casos con sólo seguir algunas prácticas saludables, como ejercicios y control de peso y estrés, es posible prevenirlo. En otras ocasiones un tratamiento dirigido ayudará a tener ovulación y lograr el embarazo en la mayoría de las mujeres.

#### Endometriosis.

Es una enfermedad en la que el tejido uterino se encuentra fuera del útero para localizarse en ovarios, trompas, intestino, vejiga, peritoneo y, en ocasiones, en órganos más distantes como los pulmones. La endometriosis puede ocurrir en toda mujer con menstruación, incluso en las más jóvenes. Existe una amplia relación entre el padecimiento y la infertilidad, ya que se menciona que 10% de las mujeres lo padecen y 35 % de las infértiles lo presentan. Aunque existen múltiples teorías al respecto, todavía no está del todo claro cómo y por qué es causa de infertilidad, no obstante es frecuente la

presencia del factor hereditario, es decir, en mujeres con familiares cercanos que padecen endometriosis.

Así, con los antecedentes familiares y el conocimiento de la sintomatología de la enfermedad es posible, en numerosos casos, realizar un diagnóstico temprano y prevenir la infertilidad. Es importante señalar que en la mayoría de las mujeres con endometriosis están presentes síntomas como dolor con la menstruación cada vez mayor y que en general no cede a tratamientos habituales, menstruaciones alteradas en cantidad ya sean abundantes o escasas, infertilidad y dolor durante las relaciones sexuales.

El diagnóstico sólo podrá llevarse a cabo mediante la visualización directa de las lesiones, que en ocasiones son de mínimo tamaño y únicamente es posible identificarlas a través de laparoscopia. Este tipo de estudios se realiza cada vez con más frecuencia y se diagnostican mayor número de endometriosis en edad temprana. Es muy importante saber que esta enfermedad no tiene cura y que los tratamientos van dirigidos, según las necesidades de cada paciente, para aliviar el dolor, sobre todo menstrual, evitar que se incremente y, en caso que se desee, lograr el embarazo.

Mientras más temprano se realice el diagnóstico es posible evitar los daños que la enfermedad provoca en la pelvis y favorecer el pronóstico para lograr el embarazo. De esta manera, la infertilidad por endometriosis puede prevenirse.

#### Factor Tubo-peritoneal.

Alrededor de 25% de los casos de infertilidad femenina se deben a factor tubárico, es decir, que las trompas de Falopio, que son los conductos encargados de transportar los espermatozoides hacia el óvulo y de conducir este último ya fertilizado, se encuentran con algún tipo de lesión, ya sea bloqueo o adherencia que fije dicha estructura e impida su buen funcionamiento.

Muchas de las enfermedades que producen alteraciones a este nivel son de origen infeccioso. Los gérmenes más frecuentes son Gonorrea, Clamidia y otros patógenos que producen una reacción inflamatoria que provoca cicatrización anómala que no permite el buen funcionamiento de las trompas. Se estima que con un episodio de enfermedad pélvica aguda habrá 30% de infertilidad, con un 50% y con tres hasta 70%. Estas predicciones son bastante alarmantes, sobre todo entre la población joven, en la que el riesgo es mayor, en especial si existe más de una pareja.

Además de la imposibilidad de tener un embarazo, el factor tubo-peritoneal se relaciona frecuentemente con embarazo ectópico, que es cuando el embrión no llega a la cavidad uterina por alteraciones en el diámetro y parte interna de la trompa que impide su transporte adecuado. Así, al crecer el embarazo destruirá este tejido y ocasionará sangrado, con riesgo de perderlo.

No obstante, se debe remarcar que, al igual que otras enfermedades, este tipo de problemas son fáciles de prevenir, por lo que se recomienda: relaciones sexuales monogámicas, pareja sexual sana, empleo de condón como contraceptivo y tratamiento en caso de presentar este padecimiento.

Otro tipo de factores que causan bloqueo tubario son las cirugías pélvicas (ovario, apéndice, etc.) y la endometriosis.

### **3.3.2 Causas de infertilidad en el hombre.**

Las causas específicas de infertilidad en el hombre en general están relacionadas con un defecto en la producción de los espermias o con una obstrucción en el transporte de los espermias hacia los testículos durante la preparación para la eyaculación. Las infecciones juegan un papel menos importante en la infertilidad masculina que en la infertilidad femenina.

Las causas de infertilidad en el hombre son múltiples. Para entenderlas mejor, se dividen en cuatro grupos:

- Pre-testiculares (hormonas)
- Testiculares
- Post-testiculares
- Problemas de la eyaculación

#### Problemas Pre-testiculares.

En este grupo se encuentran los problemas del sistema de regulación hormonal, que son responsables de aproximadamente 10% de los casos de infertilidad masculina.

Nuestro cerebro tiene una importante función en las hormonas que regulan la producción de espermatozoides (espermatogénesis). Este proceso inicia en una parte del mismo llamada hipotálamo, el cual libera una sustancia conocida como hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) que estimula a la hipófisis (glándula maestra que se encuentra en la base del cerebro) a secretar otras dos hormonas: el folículo estimulante (FSH) y la luteinizante (LH), que son las mismas en hombres y mujeres. En la mujer van a estimular los ovarios y dan lugar a la ovulación, mientras que en el varón estimulan los testículos para producir testosterona y llevar a cabo la producción de esperma.

Las enfermedades que afectan al hipotálamo o a la hipófisis en la producción, mecanismo de regulación y liberación de estas hormonas resultan en baja producción de espermatozoides (oligospermia) o en la no-producción (azoospermia). A esta condición hormonal se le conoce como hipogonadismo hipogonadotrófico, que es una falla gonadal o del testículo por falta de estímulo hormonal pero que, en general, tiene buena respuesta y posibilidades de resolver mediante terapias de reemplazo hormonal.

## Causas testiculares

La falla del propio testículo en la producción de espermatozoides es la más frecuente, con 55% de los problemas de infertilidad en el hombre. Para poder responder adecuadamente al estímulo hormonal, el testículo debe ser capaz de generar espermatozoides; si por alguna razón la espermatogénesis está afectada o dañada la reacción esperada no se presentará.

Lo anterior se puede deber a una gran variedad de enfermedades que se detectarán a través de una cuidadosa historia clínica, examen físico y pruebas diagnósticas, Entre estos padecimientos se encuentran:

- Síndrome de Klinefelter (enfermedad hereditaria);
- Falta de descenso de uno de los testículos al nacimiento (congénita), sobre todo si no se diagnosticó y corrigió el problema dentro de los dos primeros años de vida.
- Várices de las venas del testículo (vasculares)
- Infección viral al testículo (orquitis) por paperas (parotiditis) o por bacterias en infecciones de vías urinarias
- Golpes y heridas que lesionen gravemente los testículos (traumatismo)
- Exposición a calor excesivo
- Uso de drogas que dañan las delicadas células que forman los espermatozoides; exposición a radiación o a agentes quimioterapéuticos para tratamiento de problemas oncológicos (cáncer)
- Enfermedades como insuficiencia renal o hepática.

El tratamiento y las probabilidades de curación son muy variables de acuerdo con el origen del problema.

Causas Post-testiculares.

Representan aproximadamente 6% de la infertilidad masculina y se refieren principalmente aquellos problemas de obstrucción de los conductos por donde los espermatozoides, además de ser almacenados, son llevados hasta las vesículas seminales donde se unen al líquido seminal y de allí a la uretra a través de la próstata para dar lugar al semen. Estas obstrucciones pueden deberse a malformaciones congénitas, infección, cirugía (post-vasectomía) y traumatismos.

Otras causas post-testiculares son los desórdenes en la movilidad o función del espermatozoide, los cuales se clasifican en congénitos, como en los de la cola del espermatozoide que ocasionan poca nula movilidad del mismo (por ejemplo, en el síndrome de los filamentos inmóviles o síndrome de Kartagener), y adquiridos, como cuando después de reversión de vasectomía se presenta disfunción del epidídimo y no se activa la movilidad de los espermatozoides o no se completa su maduración, o cuando por infección, cirugía o trauma se rompe la barrera hemato (sangre)-testicular y se producen anticuerpos contra los espermatozoides, que afectan su función y disminuyen su capacidad de fertilizar.

Problemas de eyaculación.

Constituyen alrededor de 10% de los problemas de infertilidad en el hombre. Dentro de los trastornos de eyaculación el más frecuente es la eyaculación retrógrada, es decir, que el semen en lugar de dirigirse hacia el exterior se va hacia atrás, a la vejiga, imposibilitando la descarga dentro de vagina y la consiguiente posibilidad de embarazo. Se presenta en padecimientos neurológicos como lesiones de columna, en diabéticos con neuropatía diabética o por cierto tipo de medicamentos.

En los desórdenes sexuales el principal factor a considerar es no descargar el semen en el sitio adecuado en vagina para lograr embarazo. Entre éstos podemos mencionar las disfunciones eréctiles, conocidas antes como impotencia sexual, y la eyaculación prematura.

### **3.4 Tratamiento para la Infertilidad.**

El tratamiento de fertilidad toma un lugar muy importante para la vida de la pareja. Cuando se desea un embarazo desde hace mucho tiempo, es el tema central. La vida de la pareja, especialmente de la mujer, gira en torno al tratamiento., en algunos casos de una manera tal que no es comprendida por el entorno cercano (amigos, familia o aún la propia pareja).

No hay una solución simple para la infertilidad. El tratamiento dependerá de los resultados de la investigación. Dependiendo de la gravedad del trastorno, los doctores pueden recurrir a una gran variedad de tratamientos, que varían de simples a complejos.

Sin embargo, ahora parece justo decir que incluso las causas intratables de infertilidad son al fin curables con tratamiento médico, incluso los casos más severos cuya única solución hasta hace poco tiempo era la adopción, han sido exitosamente tratados con nuevas técnicas de reproducción asistida.

A continuación, se expondrán los tratamientos de infertilidad más utilizados hoy en día.

#### **3.4.1 Inseminación Artificial.**

La Inseminación Artificial (IA), es una técnica de reproducción asistida que consiste en el depósito en el interior del tracto reproductor femenino de los espermatozoides, para acortar la distancia que deben recorrer éstos hasta llegar al ovocito.

En un principio la Inseminación Artificial se utilizó en situaciones de alteración anatómica del aparato reproductor masculino o en casos de disfunción eréctil, en los que el varón no era capaz de eyacular dentro de la vagina de la esposa. Posteriormente la Inseminación Artificial se utilizó también en casos de infertilidad masculina, ya que al concentrar los espermatozoides se consigue que un mayor número de ellos alcance la periferia del ovocito.

De forma natural, la eyaculación inyecta una gran cantidad de espermatozoides en la zona de entrada del útero, llamada cérvix o cuello

uterino. Las glándulas del cérvix producen un moco que a diferencia del pH ácido de la vagina, es de pH alcalino como el líquido seminal. Los espermatozoides penetran a través de este moco cervical y se almacenan en las criptas que forman las glándulas del cérvix. El líquido del semen o plasma seminal, posee unas sustancias (prostaglandinas) que al actuar sobre el cérvix hacen que el útero se contraiga y aspire los espermatozoides acumulados en el moco cervical hacia la parte alta del útero. El plasma seminal nunca entra dentro de la cavidad uterina. Se queda en la vagina, por lo que es normal que las mujeres noten que cae algo de líquido después de haber tenido relaciones. En una Inseminación Artificial, el plasma seminal es separado de los espermatozoides y es eliminado, ya que si se introdujera dentro del útero, produciría fuertes contracciones, e incluso podrían aparecer infecciones o reacciones anafilácticas.

Por otro lado, para que la fecundación se produzca deben adherirse a la Zona Pellúcida una suficiente cantidad de espermatozoides. Si llegan pocos, será muy difícil que se consiga fecundar. Esto nos explica porqué varones con poca cantidad de espermatozoides móviles, tendrán grandes dificultades para conseguir embarazo de forma natural, ya que, como se ha comentado, parte de estos pocos espermatozoides móviles se perderán en la vagina y del resto, no todos ascenderán hasta el fondo del útero y algunos de los que sí lo hagan, irán hacia la trompa donde no se encuentra el óvulo y por fin, no todos los que alcancen el óvulo serán capaces de atravesar las células del Cúmulus Ooforus y unirse a la Zona Pellúcida. Si partimos de pocos espermatozoides, muy pocos alcanzarán el óvulo.

En estos casos, la Inseminación Artificial es un tratamiento muy sencillo y de gran ayuda ya que lo que permite es depositar una gran cantidad de espermatozoides móviles en el fondo del útero, para que puedan llegar suficientes hasta el ovocito. Explicándolo de forma muy esquemática lo que se hace es concentrarlos y depositarlos en el fondo del útero el día que la mujer está ovulando. Aunque seguimos partiendo de pocos espermatozoides, al concentrarlos y dejarlos mucho más cerca del óvulo, no perdemos los millones de espermatozoides que quedan por el camino de forma natural.

En realidad, el semen no simplemente se concentra, sino que dos horas antes de hacer la Inseminación Artificial se le realiza un procedimiento de capacitación artificial, que imita el proceso de capacitación natural y que básicamente, además de la concentración, consiste en la eliminación del líquido del semen y la substitución de éste por un medio de cultivo específico que trata de aumentar la movilidad espermática así como de mejorar la capacidad fecundante de los espermatozoides. Se realiza además una selección de los mejores espermatozoides, de manera que solo éstos son utilizados para la inseminación artificial.

Dependiendo de la procedencia del semen, y del lugar del tracto femenino donde se depositen los espermatozoides, existen diferentes tipos de Inseminación:

1. Según la procedencia del semen:

- I.A. Conyugal (I.A.C.), cuando el semen procede del marido.

- I.A. Donante (I.A.D.), cuando el semen procede de un donante anónimo.

2. Según el lugar donde se depositen los espermatozoides:

- I.A. Paracervical, cuando se dejan en el canal cervical

- I.A. Intrauterina, cuando se dejan en el interior del útero.

Habitualmente se lleva a cabo siempre la Inseminación Artificial Intrauterina con el semen previamente capacitado, ya que es la que mejores resultados proporciona.

Antes de indicar una inseminación intrauterina, el médico se cerciora de que los espermatozoides y los óvulos van a tener el camino libre para encontrarse, es decir, que las trompas deben estar permeables (no obstruidas); así mismo, las características de la muestra de semen, deben superar unos mínimos. Si partimos de un semen muy bajo de cantidad o calidad, seguirán sin llegar

suficientes espermatozoides para fecundar, aunque hagamos la Inseminación Artificial.

La inseminación intrauterina está indicada en las siguientes situaciones:

- a) Incapacidad de depositar correctamente el semen en la vagina, como en los casos de eyaculación retrógrada, impotencia de origen neurológico, casos de disfunciones sexuales como vaginismo, eyaculación precoz o disfunción eréctil.
- b) Alteraciones en los parámetros seminales: Oligozoospermia (recuento total de espermatozoides inferior a 40 millones), Astenozoospermia (menos de la mitad de los espermatozoides con movilidad o menos del 25% con buena progresión rectilínea), Teratozoospermia (porcentaje de espermatozoides con alteraciones morfológicas, por encima del 85%).
- c) Disfunción ovulatoria: en muchas ocasiones se obtiene mejor tasa de embarazo si además de corregir la disfunción ovulatoria con tratamiento para desarrollo folicular múltiple, se asocia Inseminación Artificial.
- d) Factor cervical: Alteraciones en la funcionalidad del cérvix, así como en las características del moco cervical, pueden ejercer una barrera para el paso de los espermatozoides. Con la I.A. Intrauterina, se salva el obstáculo y se consigue que un mayor número de espermatozoides lleguen a la cavidad uterina.
- e) Endometriosis leve, cuando aún está intacta la anatomía pélvica.
- f) Factor inmunológico: presencia de anticuerpos anti-espermatozoides en el moco cervical o en el plasma seminal que dificultan la fecundación. Si la tasa de anticuerpos es muy elevada, se aconseja optar por técnicas de fecundación in-vitro (FIV – ICSI).

Después de realizar la inseminación, la paciente recibe un suplemento hormonal, con el fin de mejorar las condiciones del endometrio para la implantación embrionaria.

No se aconseja ninguna restricción ni en la dieta ni en la actividad física de ningún tipo. El reposo no va a mejorar el pronóstico de embarazo. La paciente puede notar ligeras molestias o incluso un ligerísimo marcado después de la inseminación, que es considerado normal. Dos semanas después de la inseminación, se programa la realización de una prueba de embarazo. Antes, es posible que la paciente no note absolutamente nada o quizá una moderada tensión mamaria, por la progesterona o incluso en ocasiones molestias similares a las de la menstruación. Ninguno de estos síntomas son indicativos de éxito o de fracaso y solo sabremos con certeza si se ha producido la gestación cuando tengamos el resultado de la prueba de embarazo.

Los resultados con ésta técnica, son de aproximadamente un veinte por ciento de gestaciones por ciclo de Inseminación Artificial. Es decir, aproximadamente una de cada cinco mujeres, queda embarazada en el primer intento. De la misma manera que una pareja con niños puede tardar uno, dos o varios meses en conseguir un nuevo embarazo de forma natural y siendo todo normal, lo mismo ocurre con la Inseminación Artificial. El hecho de no haberse producido el embarazo en el primer intento no quiere decir que no se produzca en intentos posteriores. Existe de hecho una tasa acumulada de éxito, de manera que más de la mitad de las pacientes quedan embarazadas cuando se llevan a cabo tres o cuatro ciclos de tratamiento (cerca del 80% cuando la Inseminación Artificial se realiza con semen de donante). Las posibilidades de gestación gemelar oscilan entre un quince y un veinte por ciento, siendo los embarazos de trillizos, francamente excepcionales.

Hay varios factores que influyen en las posibilidades de embarazo. Evidentemente, cuanto mejor esté la muestra de semen, mejor pronóstico. Son datos a favor el hecho de que la Inseminación Artificial se haga por un factor coital, cervical, inmunológico o en los casos de esterilidad de causa desconocida. Empeora el pronóstico, sin embargo, la edad de la mujer superior a 38 años, la existencia de endometriosis, disfunción ovárica o tubárico, etc.

La mayoría de los embarazos que se consiguen por Inseminación Artificial, se producen antes del quinto intento. De hecho, si después de haberse llevado a cabo cuatro ciclos de tratamiento no se ha conseguido la gestación, debe pensarse en un problema a nivel de la fecundación.

En los casos de fallo de Inseminación Artificial, la Fecundación In Vitro nos sirve, por tanto, para dar un diagnóstico de porqué no se consiguió la gestación y nos permite sobre todo ofrecer un mejor pronóstico de embarazo, que en definitiva es lo que todos buscamos.

- Inseminación Artificial con Donante.

La Inseminación Artificial con semen de Donante (I.A.D.) es un tratamiento de reproducción asistida que se lleva a cabo cuando no se pueden utilizar espermatozoides de la pareja para conseguir el embarazo. Hay ocasiones en las que es imposible conseguir espermatozoides, ni siquiera tras un tratamiento médico del varón o incluso tras realizar una biopsia testicular para aspirar espermatozoides.

Son casos en los que de nacimiento, no se generan las células que dan lugar a los espermatozoides (como en el Síndrome de "Solo Células de Sertoly") o bien estas funcionan incorrectamente y no llegan a producir espermatozoides (bloqueo madurativo de la espermatogénesis). En otras ocasiones sí hay algún espermatozoide, pero o bien están todos muertos (necrozoospermia) o ninguno de ellos presenta una correcta morfología (teratozoospermia). Existen, por último, pacientes en los que sí hay espermatozoides e incluso con movilidad y en mayor o menor cantidad, pero todos ellos o en una gran mayoría, podrían transmitir algún tipo de enfermedad, malformación o alteración genética al feto en el caso de que se produjera un embarazo.

Ante todas estas circunstancias, así como en aquellas en las que el número de espermatozoides móviles sea muy bajo o en algunos casos en los que a consecuencia de alteraciones en el semen la calidad embrionaria

sea muy baja, es posible recurrir a espermatozoides de un donante para conseguir el embarazo.

Los donantes que forman parte del banco de semen son seleccionados tras haber superado todos los controles sanitarios pertinentes, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 35/1988 para garantizar la ausencia de enfermedades transmisibles.

En primer lugar se solicitan dos o tres muestras de semen, para valorar su calidad y la resistencia de los espermatozoides a la congelación.

Tras informar a los futuros donantes sobre el funcionamiento del banco de semen, se les realiza un reconocimiento médico que incluye su historia clínica (antecedentes personales y familiares) y un examen físico. La mayoría son estudiantes universitarios con una media de edad comprendida entre los 19 y los 25 años y que con frecuencia participan también como donantes de sangre.

A continuación, se realiza un estudio tanto a nivel sanguíneo como en semen, de detección de enfermedades de transmisión sexual, tal y como marca la ley (hepatitis B y C, sífilis, SIDA, citomegalovirus, chlamydia trachomatis, virus del herpes I y II, micoplasmas, ureaplasmas...)

Por último, y tras determinar el grupo sanguíneo y Rh, se realiza un cariotipo en sangre para comprobar que no existan cromosomopatías.

La donación se formaliza mediante un contrato escrito entre el banco de semen y el donante, con el compromiso por parte de este de repetirse una última analítica 6 meses después de la última donación, ya que las muestras de semen han de guardar este período mínimo de cuarentena y sólo podrán utilizarse si tras ese tiempo la analítica sigue siendo correcta. De esta manera se minimiza al máximo el riesgo de transmitir alguna enfermedad, al hacer uso de estas muestras.

Para poder escoger el donante más apropiado a cada pareja receptora, ésta debe rellenar un formulario con sus características físicas, grupo

sanguíneo y Rh, etc. En base a estos datos y mediante un programa informático, se calcula el índice de idoneidad entre los receptores y los diferentes donantes, seleccionándose aquella muestra que ajustándose a las características físicas de la pareja, hayan superado la cuarentena necesaria para descartar la posible transmisión de alguna enfermedad.

A diferencia de algunos países (como los Estados Unidos de América, donde se puede proporcionar a la pareja un listado de donantes para que ellos mismos elijan el que más les guste), en México, la elección del donante corresponde únicamente y por Ley a los Centros Autorizados de Reproducción Asistida que a partir de un criterio médico, deberán efectuarla en base a las características físicas e inmunológicas de los futuros padres.

Los resultados obtenidos mediante la Inseminación Artificial con semen de Donante (I.A.D.), son de aproximadamente un veinte por ciento de gestaciones por ciclo de Inseminación Artificial. Es decir: aproximadamente una de cada cinco mujeres, queda embarazada en el primer intento. De la misma manera que una pareja con niños puede tardar uno, dos o varios meses en conseguir un nuevo embarazo de forma natural y siendo todo normal, lo mismo ocurre con la Inseminación Artificial. El hecho de no haberse producido el embarazo en el primer intento no quiere decir que no se produzca en intentos posteriores. Existe de hecho una tasa acumulada de éxito, de manera que cerca del 80% de las pacientes quedan embarazadas. Las posibilidades de gestación gemelar oscilan entre un quince y un veinte por ciento, siendo los embarazos de trillizos, francamente excepcionales.

Son muchos los factores que influyen en las posibilidades de embarazo, empeorando el pronóstico la edad de la mujer superior a 38 años, la existencia de endometriosis, disfunción ovárica o tubárica, etc.

La mayoría de los embarazos que se consiguen por Inseminación Artificial con semen de Donante, se producen antes del quinto intento. De hecho, si después de haberse llevado a cabo cuatro ciclos de tratamiento no se ha

conseguido la gestación, debe pensarse en un problema a nivel de la fecundación.

En los casos de fallo de Inseminación Artificial, la Fecundación In Vitro nos sirve, por tanto, para dar un diagnóstico de porqué no se consiguió la gestación y nos permite sobre todo ofrecer un mejor pronóstico de embarazo, que en definitiva es lo que siempre buscamos.

### **3.4.2 Fecundación In-Vitro (FIV).**

La fecundación in-vitro (FIV) es uno de los tratamientos de más amplia aplicación dentro de las técnicas de reproducción asistida y constituye, junto al ICSI, una de las técnicas de uso rutinario en el tratamiento de la infertilidad.

Desde que se produjo el primer nacimiento mediante FIV, en Inglaterra, en 1978, cientos de miles de niños y niñas han nacido gracias a esta técnica, habiendo sido ampliamente demostrada la seguridad de su uso.

La fecundación in-vitro o FIV, consiste sencillamente en juntar óvulos y espermatozoides en un medio de cultivo para que fecunden, cuando de forma natural no pueden hacerlo por una disfunción en el varón o en la mujer.

Primero se obtienen los ovocitos (óvulos) de la mujer mediante aspiración transvaginal de los folículos y posteriormente son inseminados en el laboratorio, poniéndolos en contacto con una concentración adecuada de espermatozoides y dejando que ellos mismos realicen todo el procedimiento de fecundación, como lo harían de forma natural en el interior de las trompas de Falopio.

Los ovocitos que son fecundados, iniciarán la división celular, exactamente igual que lo harían en el interior del tracto genital femenino, transformándose en embriones, los cuales serán finalmente transferidos al útero materno, donde llegarían por sí mismos si la fecundación se hubiera producido en las trompas de Falopio.

Actualmente sabemos que ni los ovocitos, ni las células que los rodean ni el líquido donde se hallan, atraen a los espermatozoides, sino que son las contracciones de las propias trompas de Falopio las que llevan los espermatozoides hasta los óvulos. Por ello, en la FIV, los ovocitos deben ser depositados en pequeñísimas gotas de un medio de cultivo basado en el fluido tubárico humano (HTF) para facilitar el contacto entre óvulos y espermatozoides.

En un principio, la fecundación in-vitro (FIV) surgió como tratamiento de la infertilidad debida a patología tubárica bilateral, es decir, cuando la mujer tiene las dos trompas de Falopio obstruidas y por tanto es imposible que de forma natural se pongan en contacto óvulos y espermatozoides. Hoy en día tiene otras muchas indicaciones:

- a) Esterilidad femenina por patología tubárica bilateral: la mujer tiene las dos trompas obstruidas, por lo que no existe posibilidad de que óvulos y espermatozoides se encuentren y por tanto fecunden de forma natural o de que los embriones, si se formaran, lleguen desde las trompas hasta el útero.
- b) Esterilidad por factor masculino: de forma natural, una gran cantidad de espermatozoides debe pegarse al óvulo para fecundarlo. Si hay pocos espermatozoides móviles, serán insuficientes fecundar. La FIV, permite concentrarlos, seleccionarlos y ponerlos en contacto directo con el óvulo.
- c) Disfunción ovárica: los ovarios no ovulan o no lo hacen correctamente (por ejemplo en el síndrome del ovario poliquístico), o bien producen óvulos de baja calidad. En estos casos se intenta aumentar y mejorar su respuesta ovárica para poder seleccionar en el laboratorio los embriones con mayor potencial de desarrollo.
- d) Endometriosis: es la presencia de tejido del endometrio fuera de la cavidad uterina y puede dificultar que la fecundación tenga lugar. Dependiendo de la sintomatología y el estadio de desarrollo de la propia endometriosis es necesario un tratamiento médico previo al ciclo de FIV.

- e) Fallo de Inseminación: cuando no se consigue el embarazo después de 4-6 ciclos de inseminación artificial, no sabemos si esto es debido a que no llegan suficientes espermatozoides, no fecundan o si se trata de un problema embrionario. La FIV nos permite ver qué está ocurriendo y conocer si existe un problema a nivel de la fecundación o del desarrollo embrionario y además solventarlo.

El tratamiento de estimulación ovárica que se administra previamente a la realización de una FIV para la obtención de un número elevado de ovocitos, es imprescindible para conseguir un buen pronóstico de gestación, ya que permite controlar mucho mejor el ciclo que cuando no se lleva medicación, pautándose en el momento justo el día de la aspiración folicular, teniendo la certeza de que la mayoría de los ovocitos serán maduros. Además el endometrio (mucosa del interior del útero) se hace mucho más receptivo y por último, el hecho de haber más ovocitos (sin tratamiento habría solo uno) permite seleccionar los mejores embriones para ser transferidos. Sin embargo, como todo tratamiento médico, no está exento de posibles efectos adversos.

Habitualmente, la respuesta ovárica es siempre más o menos igual, desarrollándose una media de 10 - 12 folículos, pero de forma excepcional, los ovarios responden de forma exagerada, pudiéndose llegar a producir lo que se conoce como Síndrome de Hiperestimulación Ovárica.

Este síndrome se caracteriza porque, a los pocos días de llevar la paciente la medicación habitual, ya se ven por ecografía gran cantidad de pequeños folículos (más de 20) y que además producen cifras muy elevadas de estrógenos. Cuando esta respuesta se observa tan pronto, es fácil prevenir el desarrollo de una hiperestimulación grave, ya que hoy en día sabemos que el síndrome lo desencadena la hormona hCG que es la que se administra para provocar la ovulación. En estos casos, el ciclo se cancela, la hCG no se administra y así se minimiza el riesgo. Los folículos se irán reabsorbiendo de forma espontánea y se iniciará un nuevo ciclo el mes siguiente. En todo caso,

la aparición de una hiperestimulación ovárica es muy infrecuente, aunque la paciente debe estar informada de que puede llegar a producirse.

El tratamiento es sintomático. Para evitar la formación de coágulos, la paciente debe estar muy hidratada, aconsejándose que tome más de tres litros de líquido diarios y preferiblemente de bebidas isotónicas, que disminuyen la salida de plasma de la sangre. En los casos más graves será imprescindible el ingreso de la paciente para administrarse suero vía intravenosa y añadir además anticoagulantes. Se indica además analgesia y reposo, para que los ovarios se movilicen lo mínimo posible.

El proceso se resuelve por sí solo después de 8-10 días. De forma extraordinaria, si la ascitis es muy importante, es preciso vaciar el líquido abdominal para disminuir la distensión, mejorando rápidamente el cuadro. En otras ocasiones la hiperestimulación tiene un comienzo insidioso y después se agrava. Esto suele ocurrir cuando la mujer ha quedado embarazada, ya que, como hemos dicho, la hiperestimulación desencadena la hormona hCG, que es precisamente la que produce la pequeña placenta del embrión desde el primer momento que implanta en el útero materno.

En todo caso, el Síndrome de Hiperestimulación Ovárica es un proceso extraordinariamente infrecuente (aunque no imposible) y lo primordial es intentar prevenirlo mediante los controles seriados de estradiol en sangre y las ecografías que se van realizando a lo largo del tratamiento para la FIV.

Los resultados con F.I.V. en pacientes de menos de 38 años y con una buena respuesta ovárica al tratamiento (más de 8 ovocitos maduros) se acercan al 70% de pruebas de embarazo positivas por ciclo y cuando se realizan hasta 4 intentos, la tasa de embarazo es superior al 90% por paciente.

El número mínimo de espermatozoides para conseguir una buena tasa de fecundación mediante F.I.V. es un dato que debe conocer perfectamente cada laboratorio. En el nuestro, en concreto, conseguimos una buena tasa de fecundación (superior al 60% de los ovocitos maduros inseminados) cuando recuperamos más de 1 millón de espermatozoides con buena progresión tras

capacitar el semen y la morfología inicial era superior al 4% de espermatozoides normales, si bien hay que entender que esto es un dato orientativo y que en cada caso se deberá individualizar el procedimiento en el laboratorio. Las tasas de fecundación varían extraordinariamente y existen otros muchos factores que intervienen, aparte de la calidad del semen.

Algunos factores de infertilidad en la mujer, sí pueden, sin embargo, empeorar el pronóstico de embarazo, como son la edad, una disfunción ovárica que haga que se produzca un número muy escaso de ovocitos u ovocitos de peor calidad y consecuentemente embriones con peor potencial de implantación. Alteraciones como la endometriosis severa, hidrosálpinx, etc., Pueden afectar también a la implantación embrionaria. Algunas alteraciones anatómicas y genéticas, también disminuirán las posibilidades de conseguir gestación. Otros factores femeninos como disfunción u obstrucción en las trompas de Falopio, o un factor cervical, no empeorarán el pronóstico de embarazo.

Por tanto el pronóstico de embarazo dependerá de cada caso concreto y por ello el tratamiento se modificará, individualizándolo a cada pareja tanto en cuanto al tratamiento médico que recibirá la mujer como a los procedimientos en el laboratorio.

### **3.4.3 Microinyección Espermática (ICSI).**

La microinyección intracitoplasmática (intra cytoplasmic sperm injection) es una de las técnicas más novedosas y que mayor repercusión han tenido en el tratamiento de la infertilidad.

Aunque se venía investigando desde la aparición de las primeras técnicas de reproducción asistida, el primer embarazo conseguido mediante esta técnica data de 1992. Hoy en día ya se cuentan por miles los niños y niñas nacidas gracias al ICSI.

Su incorporación al laboratorio de FIV como método de rutina está abalada tanto por los resultados obtenidos como por las nuevas perspectivas de

tratamiento que ofrece a parejas con infertilidad debida a factor masculino severo y que veían anteriormente limitadas sus posibilidades de procreación mediante la fecundación in vitro (F.I.V) convencional.

Fundamentalmente la técnica consiste en la inyección de un solo espermatozoide dentro del ovocito. El porcentaje de fecundación de los ovocitos que son maduros es de aproximadamente un 70%, lo que lo equipara a los porcentajes obtenidos en F.I.V. (60-70%). La elección de una técnica u otra (FIV ó ICSI) en el laboratorio, debe realizarse en función de la historia médica de la pareja tratada.

La paciente, tanto si sus óvulos van a ser inseminados mediante FIV o mediante ICSI llevará idéntico tratamiento, ya que la única diferencia estriba a nivel del laboratorio.

El ICSI permite que si ningún espermatozoide puede penetrar por sí mismo dentro del óvulo y fecundarlo, nosotros podemos introducirlo con ayuda de unos finísimos microcapilares (tan finos como un cabello) haciendo que fecunde.

Aunque el desarrollo de esta técnica estuvo encaminado a poder tratar específicamente la infertilidad masculina, actualmente también puede aplicarse en todos aquellos casos en los que pueda haber un fallo de fecundación tras realizar una FIV convencional y de acuerdo a cualquiera de las causas que puedan anular la fecundación, como se ha explicado en el apartado de *qué es el ICSI*. (por ejemplo es posible que el semen sea normal y que los ovocitos no sean fecundados porque éstos sean de peor calidad y estén alterados sus receptores).

Las actuales indicaciones para el ICSI incluyen por tanto a aquellos pacientes que debido a una alteración en su función testicular o a la obstrucción de los conductos excretorios, cuentan con un bajo número, morfología anormal y/o falta de movilidad en los espermatozoides del eyaculado.

Incluso en el caso de que el paciente haya sido diagnosticado de azoospermia (ausencia absoluta de espermatozoides en el eyaculado) o de que todos los espermatozoides que se encuentren en el semen estén inmóviles, es posible utilizar espermatozoides obtenidos directamente del testículo o del epidídimo para realizar la microinyección.

Por último cabría citar todos aquellos casos en los que por la presencia o ausencia de determinados factores (conocidos o no) que afectan directamente al proceso de fecundación (como una alta tasa de anticuerpos anti-espermatozoides o la ausencia de receptores en la zona pellúcida o en los mismos espermatozoides que permitan la adhesión de éstos al ovocito), no es posible lograr embriones en un número adecuado mediante técnicas de FIV convencional.

Los resultados con ICSI en pacientes de menos de 38 años y con una buena respuesta ovárica al tratamiento (más de 8 ovocitos maduros) se acercan al 70% de pruebas de embarazo positivas por ciclo y cuando se realizan hasta 4 intentos, la tasa de embarazo es superior al 80% por paciente.

Por tanto el pronóstico de embarazo dependerá de cada caso concreto y por ello el tratamiento se modificará, individualizándolo a cada pareja tanto en cuanto al tratamiento médico que recibirá la mujer como a los procedimientos en el laboratorio, como por ejemplo el número de embriones que se transferirán, que dependerá de la calidad de los mismos pero también de si ya hubo algún embarazo previo. Así, el riesgo de embarazo múltiple se reduce y la tasa de gestación de trillizos es inferior al 1%.

Aunque la técnica de microinyección espermática parece más agresiva e invasiva que la fecundación in vitro, los estudios realizados desde los primeros años de su aplicación con los miles de niños nacidos a partir de esta técnica indican que no presentan una mayor tasa de anomalías genéticas y que es comparable a la registrada en la población normal.

Son muchas las parejas que no pueden tener hijos, y el número de casos se encuentra en aumento. La infertilidad es motivo de sufrimiento y desesperación para muchas parejas bien avenidas. Las parejas que no pueden concebir acuden a su médico en busca de orientación y asesoría - y en ocasiones al especialista para someterse a un tratamiento personalizado.

En el presente capítulo se hizo un abordaje al tema de la infertilidad y se sabe que el problema ya es distinguido como un problema de salud, ya que su tasa aumenta de manera considerable año con año. Hoy en día, se conocen causas y factores que pueden determinar su afectación tanto en hombres como mujeres y existen múltiples alternativas según el diagnóstico y la severidad del caso. Las clínicas de Reproducción Asistida ofrecen una amplia gama de tratamientos avanzados que en la mayoría de las ocasiones no son fáciles de comprender y que generan un sin número de preocupaciones para los pacientes. El aspecto psicológico para el caso de la infertilidad ya está tomando una importancia fundamental y se le ha considerando como parte integral del tratamiento. En el siguiente capítulo, se abordará el sentido emocional de esta compleja problemática, tomando en consideración el proceso de duelo por el que atraviesan las mujeres con un diagnóstico de infertilidad y los bloqueos según el ciclo de la experiencia de la gestalt que pueden presentar en su camino.

## CAPÍTULO 4

### EL DUELO

La dinámica del desprendimiento es una constante de la vida humana. La persona crece en la medida en que acepta creativamente el principio de la separación y de la pérdida como condición necesaria para vivir. Nadie puede saber cómo reaccionará ante una pérdida hasta que no se encuentra frente a ella y como todo proceso requiere de tiempo.

Según Furman (1997), existe una amplia variedad de pérdidas: salud, vínculos afectivos, fases de desarrollo, bienes materiales, identidad personal, nacimiento, sueños y deseos, cultura, bienes humanos y espirituales o muerte de una persona, entre otros.

En el presente capítulo abordaremos la concepción del duelo en, y la aproximación teórica del duelo ante la infertilidad, en particular. Conoceremos a los autores que diseñan fases del duelo apegados al enfoque gestalt y por último, una reflexión de las implicaciones emocionales de la infertilidad en la mujer.

#### **4.1 Concepto de duelo.**

Desde el punto de vista dinámico, el duelo es un proceso activo de adaptación ante la pérdida de algo o alguien que es significativo. Involucra las reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual que se presentan como respuesta ante la pérdida.

La palabra duelo proviene del latín *dolore*, que significa dolor. Pero el duelo por más que pueda ser comparado con una herida, no es una enfermedad; es más bien un proceso, un trabajo psíquico que implica a la vez una desvinculación y una reorganización.

Para Fonegra, el duelo se puede describir como un conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesaria para poder vivir sanamente y de manera autónoma después de la pérdida. (Fonegra, 2001 pág. 172)

De acuerdo con Downey (1991), aunque el duelo es una realidad universal, en cada persona es particular, pues como humanos somos seres biopsicosociales-espirituales y trascendentales, lo que nos hace únicos.

La respuesta individual del duelo depende de varios factores importantes como:

1. Características personales como edad, sexo, religión, duelos anteriores y personalidad. Así como a la capacidad de hacer frente a los sucesos trágicos y de expresar sus emociones.
2. Las relaciones interpersonales como la cantidad de vínculos, posibilidades de comunicación. Las personas que tienen mayor apoyo social y que son invitadas a expresar sentimientos lo superan rápidamente.
3. Aspectos específicos de la situación: Esperada, repentina, dramática, grado de vínculo afectivo o importancia de lo perdido.

Para Bucay (2006), elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que implica su ausencia.

En general, un duelo es difícil de vivir debido a la ruptura de los vínculos afectivos que provoca, y por el proceso de reparación y cura que exige; es un proceso global cuya realización solo corresponde al doliente.

Según Molina (1990), el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar. Se necesita un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio.

Después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que deben realizarse. La persona debe realizar el trabajo de duelo que consiste en:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.
3. Adaptarse a la nueva situación y reorganizar la propia vida.

## **4.2 Fases del duelo.**

El duelo tiene tantos rostros como dolientes hay. Con todos los estudios e investigaciones, se han llegado a detectar diversas etapas en este proceso y se han elaborado modelos teóricos muy útiles para ayudar a los dolientes. Estos modelos nos ofrecen puntos de referencia y ciertas señales que indican en qué parte del trayecto está el doliente.

No se tratan de fases estereotipadas ya que el duelo es único para cada persona e implican ciertos patrones de crecimiento y adaptación. Podemos considerar a la persona afligida por la pérdida, que trata de encajarla, centrándose primeramente en su interior y después saliendo al exterior a recorrer las sucesivas etapas.

Según Jones (1993), aquellas personas que atraviesan por un proceso de duelo, transitan por una serie de vivencias comunes, y cada una se caracteriza por una amplia variedad de respuestas humanas.

Existen diversos modelos que explican etapas de duelo pero por fines prácticos, enmarcaré dos autores a continuación, que se apegan a la estructura de este trabajo.

### **4.2.1. Fases del Duelo según Jorge Bucay.**

Para Bucay, la pérdida funciona como una interrupción en la continuidad de lo cotidiano. Los pasos del duelo son los siguientes:

1. *Etapas de incredulidad.* Aunque el suceso haya sido anunciado, en su momento produce un shock que nos lleva a la confusión de lo que nos están diciendo. La incredulidad es para protegernos, desconfirmando la realidad, entando así en una confusión.

2. Una vez que pasamos esta etapa, nos conectamos con la realidad, al darnos cuenta con un agudo dolor.
3. *Etapa de regresión.* Después de la incredulidad, se desborda un golpe emocional que desemboca en una brusca explosión, como son demostraciones irracionales y desmedidas de dolor. Lo único que hacemos es instalarnos en un continuo de explosión emocional. La persona en duelo no escucha; está desbordando sus emociones con desesperación y llanto explosivo.
4. *Etapa de furia.* Nos enojamos con todos para poder pensar que tiene que haber alguien a quien responsabilizar de lo que ocurrió. También el enojo puede ser en contra del fallecido, porque nos dejó, porque duele, porque molesta, porque la vida ya no será igual. La función de la furia es anclar en la realidad y protegernos del dolor. El derivado construido de la misma sustancia de la furia que la reemplaza y la frena se llama culpa.
5. *Etapa de la culpa.* En ocasiones la culpa es por el enojo, por las cosas que pudimos hacer, o por las que no hicimos. Este sentimiento lo que intenta es salvarnos de la sensación de impotencia que le sigue. La culpa es una versión auto dirigida del resentimiento, es la retroflexión de la ira.
6. *La etapa de la desolación.* Es la etapa de la verdadera tristeza; es la impotencia de darnos cuenta de que el suceso es irremediable y nada se puede hacer. Se comienza a sentir soledad, los espacios y los vacíos.
7. *Etapa de la fecundidad.* Se elabora una identificación con la pérdida.
8. *Etapa de la aceptación.* Es restituirse en la vida que continúa; es darse cuenta de la realidad y las posibilidades que se tienen para adaptarse a lo nuevo.

#### 4.2.2 Etapas del duelo según Polo Scott.

Psicoterapeuta gestalt y tanatólogo, Marco Polo Scott, en su libro *Tanatología y Duelo*, desarrolló las etapas del duelo a partir de su trabajo en pacientes con enfermedades crónicas y menciona cuatro etapas, las dos primeras se pueden presentar de forma simultánea. (Scott, 2004 pág. 201-202)

1. *Desorganización aguda del Yo*. Una vez que sucede la pérdida significativa se presenta una crisis en las estructuras mentales de la persona (Yo); esta crisis regularmente es producto de una circunstancia que se caracteriza por su propia aparición, por lo tanto, la persona no está preparada para recibir el impacto de la pérdida. Para esta fase considera tres elementos:
  - a) Incredulidad. Al conocer la noticia la persona niega o pone en duda la posibilidad de la pérdida. Esta negociación se produce como consecuencia de que la persona no está lista para asimilar el dolor que le produce el acontecimiento que súbitamente se está presentando y se caracteriza por las frases: ¡No puede ser!, ¡No es así! ¡No es verdad!
  - b) Parálisis. La noticia produce un momento de impasse (es la lucha de dos fuerzas, una que busca salir y expresar la pérdida y otra que, producto del dolor se niega a reconocerla). Es un momento de atolladero en que se encuentra la persona.
  - c) Desensibilización. La persona no está lista para experimentar el dolor que se produce como consecuencia de la pérdida; el organismo, en su sabiduría interna, se protege, disminuyendo las sensaciones y emociones displacenteras que se puedan presentar, incluso haciendo que la persona no sienta dolor alguno, y se caracteriza por las frases: ¡No siento nada!, ¡Así es la vida!, etc.

Estas fases se pueden presentar simultáneamente y en cualquier orden. El tiempo que dura esta etapa depende de los factores que determinan el duelo y el tiempo de asimilación de cada persona.

2. *Desorganización grave del Yo*. Es la parte de la crisis en que se puede complicar un duelo, producto de la incapacidad de la persona para poder expresar las emociones que se dan como consecuencia de los introyectos que ha ido recibiendo a través de su vida, los cuales le indican que expresar emociones en público es malo y que sólo hacen personas manipuladoras o que quieren llamar la atención, o cuando las condiciones para expresarlas no son las más adecuadas, por ejemplo: que cuando el paciente llora, las personas que le rodean le pidan que ya no llore, que todo va a estar bien; sin embargo, las emociones generan energía psicofísica que es necesario que se exprese y una forma de hacerlo es por medio de las pseudo emociones o somatizando las emociones en el cuerpo y produciendo enfermedades o trastornos.

a) *Enojo*. Coraje con el otro, con el cuerpo médico, con la pareja, con Dios, con las circunstancias, incluso con uno mismo, es colocar la agresión fuera de mí para colocarlo en el otro. Es una emoción displacentera como consecuencia de la pérdida, se expresa por medio de la agresividad que tiene características biopositivas o bionegativas. Aclaremos lo anterior, las personas tienen dos formas de manifestar la agresividad producto del enojo; la primera, biopositiva se realiza experimentando el enojo y expresándolo sin afectar a terceros ni a su persona, una alternativa de expresión de enojo es la descarga sobre un objeto neutro (cojín) o con técnicas de bioenergética, entre otras. La segunda que es bionegativa, surge cuando el enojo sale sin control alguno de manera brusca e inesperada, y en algunas ocasiones contra personas que nada tienen que ver con la situación; o cuando no se expresa y la persona lo lleva a su cuerpo provocándose enfermedades.

- b) Tristeza. Al percatarse de que hay una pérdida significativa el vacío que se experimenta es irreparable. La tristeza es una emoción displacentera que en ocasiones se manifiesta con llanto y baja la actividad psicofísica. Surgen cambios en los hábitos alimenticios y de sueño, entre otros.
- c) Culpa. Es una pseudo emoción displacentera que se deriva de la creencia consciente o inconsciente de haber trasgredido reglamentos o normas establecidas, por lo que se hizo y no fue suficiente o por lo que no se hizo y se pudo hacer y que necesita ser pagada por medio de un castigo.
- d) Idealización. Se produce como consecuencia de una pseudo emoción de derrota y minusvalía. La idealización es una pseudo emoción placentera que distorsiona las características de la persona, de la relación, de las circunstancias y que regularmente incrementa o busca nuevos atributos o virtudes que tal vez no tenía la persona o la situación; es elevar lo real para no enfrentar la derrota y posiblemente la minusvalía. Para contrarrestar esta pseudo emoción de la derrota ocupan atributos o se incrementan los ya existentes.
- e) Proyección. Mecanismo de defensa que coloca las necesidades y sentimientos propios en otra persona para protegerse a sí misma del dolor o sufrimiento que experimenta. Si las reconoce en ella, tendría como resultado la conciencia de la pérdida o del proceso de duelo.
- f) Fijación. Son ideas recurrentes que la persona no puede controlar y que constantemente ingresan en su pensamiento, funciona como un mecanismo de defensa que busca que la persona olvide lo significativo de la pérdida, está acentuada para sentimientos de culpa. La fijación es no poder de dejar de pensar en los acontecimientos que originaron la pérdida.

3. *Reorganización*. Restablecimiento de las estructuras mentales y superación de los acontecimientos que provocan la crisis. Es el momento de encontrar sentido a su nueva vida, realizando nuevas actividades.
- a) Reconocimiento. Es la creencia consciente que se produce dentro del progreso del duelo como la asimilación de la pérdida y de que ha llegado el momento de reiniciar las actividades que quedaron pendientes o nuevas actitudes para seguir siendo funcional; es admitir la pérdida en su justa dimensión.
  - b) Aceptación. Admitir que la pérdida se suscitó y que no hay marcha atrás, es separarse y despedirse definitivamente de la circunstancia. Es empezar a recordar sin que la persona sienta carga emotiva.
4. *Reajuste de sistema*. Producto de la pérdida, el sistema se ve alterado; esta alteración del sistema requiere en algún momento de un ajuste. Cuando el yo está listo realiza los ajustes necesarios para cubrir el hueco que dejó la pérdida. En esta etapa se identifican las ganancias de la pérdida.

Estas etapas consideran, de forma general, los momentos por los que pasa una persona como respuesta a una pérdida significativa, no olvidemos que el duelo es un proceso y no un hecho aislado, y como consecuencia requiere de un tiempo de asimilación que estará en función de cada persona y no en función de tiempos determinados.

La falta de preparación e información ante estos hechos, y las fantasías que rodean al duelo, impide que se procese el duelo en forma efectiva y dentro de los lapsos de tiempo más cortos. Cabe recordar que el duelo lleva un tiempo que dependerá no sólo de la relación de la misma, sino de la intensidad de flujo de vivencias compartidas, arraigos, pendientes, depósitos recíprocos, que requieren ser.

### **4.3 Infertilidad y duelo.**

Según Lopez (2003), el duelo por la infertilidad posee características diferenciales con respecto a otros duelos; existen aspectos producto de la frustración que genera el hecho de no satisfacer el deseo primario de engendrar un hijo. Las heridas que esto produce, lleva a profundizar en esa parte que se encuentra encubierta en la psique humana y que requiere indiscutiblemente de la vivencia de un proceso de duelo.

Hablar de infertilidad es hablar de heridas al amor propio, heridas a un todo fantaseado e incorporado; una historia en espera, que al buscarla y no encontrarla, conlleva a tocar las fibras más sensibles del alma.

Por naturaleza, el ser humano se orienta a buscar la trascendencia a través de la historia generacional, a seguir vivo en el otro, el hijo, el de sangre propia, a quien en la idealización le dirigió una personalidad virtuosa, casi perfecta.

¿Dónde está el hijo tan anhelado por la niña, ahora mujer, desde que jugaba a ser madre? En la práctica psicológica se observa que las limitantes en la concepción debilitan la estructura de la personalidad, en la cual se activan síntomas propios de la depresión. En este sentido, el proceso de duelo requiere imperiosamente de la sumersión en las construcciones psicológicas, en las cuales el principio de realidad conduciría a otros destinos lo desligado, evitando así, la permanencia en el dolor. Sin embargo, si no se logra asimilar el principio de realidad, la tendencia se orienta a generar estados de alteración que trastocan la individualidad.

La primera respuesta a la posibilidad de no poder tener hijos es la desconfianza, la aprensión, la duda. Luego de un tiempo, al descubrir que esto es cierto, las parejas suelen sentirse abatidas y sienten que son los únicos que atraviesan por este problema.

Cuando tener un hijo biológico es algo difícil, puede aparecer un intenso estrés psicológico en uno o ambos miembros de la pareja. Incluso pueden sentirse inútiles, poco deseables, desanimados y con una sensación de desconsuelo.

En general, la mujer infértil tiende a sentirse devaluada, culpable, herida en su amor propio, fracasada, incompleta y anormal. También puede presentar

sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, inestabilidad emocional, culpa, depresión e ideación suicida. Se han descrito también, trastornos psicosomáticos, represión de las reacciones emocionales o el deseo frenético de adoptar un hijo rápidamente. El hombre, además de estos síntomas, padece de ansiedad, impotencia emocional y asocia insistentemente infertilidad con virilidad. Casamadrid (2001), refiere que ser infértil representa una amenaza al sentido de identidad de la pareja, a su sexualidad y a sus habilidades parentales. La infertilidad daña la autoestima de la pareja y les genera sentimientos de enojo, culpabilidad, tristeza y debilidad, produciéndoles una herida difícil de sanar.

El hecho de ser madre y padre permite reafirmar la psicosexualidad, fortalece el amor propio y la identidad; ser padres concede el deseo de trascendencia que demandan las propias expectativas, la estructura social y la naturaleza humana. En nuestro medio es costumbre el hecho de procrear hijos una vez que se ha adquirido un vínculo conyugal; formar una familia, es parte primordial de la estructura social. Según Vives y Lartigue, la familia no solo tiene en común el hecho de que comparten los elementos comunes a su cultura, sino que son el sitio en el que dicha cultura se transmite y perpetúa de generación en generación, por lo que sus pautas son trascendentes al individuo y perduran más allá de la vida de sus miembros. Son pautas que preceden al nacimiento del sujeto y que perduran más allá de la muerte. (Vives y Lartigue, 2002 pág. 115)

Por ello, se distingue que saberse infértil demanda naturalmente un proceso de duelo que funge como una medida homeostática que conlleva a vivenciar las pérdidas de lo idealizado, esto es, a las pérdidas de las construcciones mentales de trascendencia generacional y son múltiples las pérdidas a nivel individual y de pareja que hay que afrontar.

Como los hombres no dan a luz, el estigma de no poder tener hijos afecta de manera desproporcionada a las mujeres. Y son ellas quienes, debido a esto, sufren depresiones severas. Las mujeres, desde su temprana edad, son educadas para crecer y tener hijos. Eso es lo que enseñan los programas de televisión, las revistas y la propia familia. Se las instruye a apreciar sus vidas y a

sí mismas a través de los hijos. Al no poder cumplir con este mandato social y cultural es difícil encontrar aprecio y valorarse como quiénes son, con o sin hijos.

Según Urdapilleta (1995), para la mujer que está enfrentando el problema de la infertilidad, se reconoce que vive muchos duelos a la vez porque tiene múltiples pérdidas a la vez, entre las más acentuadas son las siguientes:

1. Pérdida ante la posibilidad de concebir naturalmente.
2. Pérdida de la trascendencia.
3. Pérdida de la estima propia y un cambio abrupto en la auto percepción.
4. Pérdida de la respuesta a la demanda familiar y social.
5. Pérdida de la identidad como mujer
6. Pérdida de la salud.
7. Pérdida en algunos casos, de la identidad de pareja y relación satisfactoria.
8. Pérdida de creencias, ilusiones, proyecciones ante la posibilidad del embarazo.
9. Pérdida en algunos casos, de la vida sexual satisfactoria.
10. Pérdida del control de la propia vida.

Según resultados obtenidos en estudios recientes, cada una de estas pérdidas puede precipitar la depresión en un adulto. De ahí que resulte impresionante que él o la paciente infértil pueda experimentar todas estas pérdidas y no solo una.

Identificar estas pérdidas y comprender su impacto emocional, además de aprovechar la experiencia como una oportunidad de crecimiento, serían los pasos más importantes que una persona pueda dar para salir adelante.

Por otro lado Syme, describió la infertilidad, desde el punto de vista emocional y psicológico en diferentes fases: la primera, cuando el embarazo no ocurre cuando se suponía; enseguida, cuando se suceden los ciclos de tratamiento y éstos no resultan exitosos, y por último, cuando un eventual embarazo culmina en un aborto. (Syme, 2001 pág. 47)

La elaboración del duelo se hace más difícil en los dos primeros casos, en los que la pérdida es *invisible*. Se trata de la pérdida de un hijo que nunca se ha concebido, ni se conoce ni se ha visto, nunca se albergó en el útero y nunca nació.

Lo anterior acontece en una sociedad donde las expectativas de fertilidad son altas; sólo un pequeño grupo de personas escoge no tener hijos. Es muy común que en una conversación se pregunte acerca de los hijos, asumiendo que todos son padres. Con frecuencia este estigma social va asociado a mitos relativos a otras imperfecciones, como si no tener hijos se debiera a una decisión movida por el egoísmo o el materialismo.

En la mujer se han encontrado luego del fracaso terapéutico, que por desgracia es el desenlace habitual (70%), que el 50% de las mujeres presenta alguna alteración psicológica importante.

Es de suma importancia que una pareja reciba un tratamiento integral en donde se considere la intervención de un psicólogo. La terapia puede ayudar desde diferentes perspectivas, tales como:

- Ayudar a sobrellevar y elaborar el duelo.
- Despejar conflictos de pareja, amigos y familiares.
- Aclarar el porqué y el para qué de un hijo.
- Brindar información en pro de la prevención (explicar cuáles son los tratamientos, qué le puede pasar al paciente, etc.)
- Desmitificar ciertos temas (como el "cumplimiento del mandato familiar, social y cultural).
- Superar la sensación de fracaso.
- Desalentar falsas expectativas ("si empiezo un tratamiento médico enseguida quedo embarazada").

- Propiciar el diálogo en la pareja.
- Reflexionar sobre los tiempos propicios de embarazo, los límites adecuados, los deseos apropiados.
- Descubrir que no son los únicos con esta problemática.
- Encontrar otras alternativas a tener en cuenta en el caso de que el embarazo no se logre (por ej. la adopción).
- Fertilizar el psiquismo. Los factores psíquicos y emocionales tienen gran influencia en la capacidad de fecundar. Esto se puede comprobar en el caso de parejas que, cansadas de intentar conseguir un embarazo, optan por la adopción y al poco tiempo consiguen tener un hijo propio.

Para finalizar este capítulo podemos decir que el duelo tiene una forma tan distinta y única como seres humanos existentes; normalmente, el duelo implica un proceso natural de adaptación a una pérdida (de cualquier índole), en el que se involucran las emociones, el cuerpo, la mente y toda la energía de la persona para elaborar con el paso del tiempo la readaptación a una nueva vida. Pero qué pasa cuando la pérdida es en el estrato de lo imaginario, cuando está en la fantasía el hijo que siempre se ha deseado y no ha llegado? Cómo se elabora un duelo ante la infertilidad cuando su carácter es cíclico, ya que se repite una y otra vez por la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y el fracaso (cuando llega la menstruación), o peor aún, cuando después de mucho esfuerzo y fe, el tratamiento no funciona y se regresa al punto donde inicio todo...al duelo interminable.

El duelo en la infertilidad es un reto para todos los profesionistas que se encuentran en el ámbito de la reproducción asistida, demanda una comprensión integral de la persona que lo sufre y sobre todo, un acompañamiento humanitario. Afortunadamente, la medicina está abriendo pasó a la psicoterapia para complementarse con lo mejor de las dos disciplinas y ofrecer las mejores alternativas a las parejas que acuden con la esperanza de lograr su sueño: tener un bebe.

## CAPÍTULO 5

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 5.1 Planteamiento del problema.

En México, se estima que dos de cada diez parejas tienen un problema de infertilidad según el Instituto Nacional de Perinatología, máximo representante en el Distrito Federal sobre manejo de casos severos de infertilidad; esto significa una tasa de alrededor del 17% en población en edad fértil, habiendo aumentado en dos puntos desde el año 1999, por lo que su incremento es progresivo a medida que transcurre el tiempo. En parte debido a su complejidad y a la dificultad para prevenirla, diagnosticarla y tratarla, la infertilidad constituye un problema de salud pública mundial. Más de 80 millones de personas (cerca de 8 a 12 por ciento de las parejas de todo el mundo), son o han sido infértiles. (Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Infertility. Overview/lessons learned. *Reproductive Health Outlook* 2002. Disponible [en línea.](#))

Hasta hace algunos años, el tratamiento de la infertilidad estuvo exclusivamente dirigido por la medicina, excluyendo la credibilidad en el campo de la psicología por la escasa medición cuantitativa de sus efectos. Pero es hasta finales de la década de los 90'S que comenzaron a hacerse divulgaciones sobre esta temática, sobre todo en países desarrollados (Moreno-Rosset, 1999; Moreno-Rosset, 2004, 2008) y en todas ellas se definió la necesidad de incorporar el psicólogo en los equipos interdisciplinarios de las Unidades de Reproducción Humana. El principal motivo ha sido resaltar que, si bien la infertilidad no es una psicopatología, el diagnóstico y tratamiento con Técnicas de Reproducción Asistida significa un proceso largo y estresante que provoca alteraciones emocionales como ansiedad y depresión en un porcentaje elevado de parejas. (Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis, y Braat, 2001; Moreno-Rosset y Martín, 2009; Seibel, Lobo, Motta, Kotecki, Fuentes, Serafini, et al., 2003; Chang, Chen, Juang y Tsai, 2004, entre otros)

Por otra parte, los abordajes terapéuticos existentes se limitan a medicar o a tener un papel pasivo encaminado principalmente al acompañamiento de los pacientes; de allí la necesidad de explorar el papel potencial de otras alternativas de psicoterapia.

Por su enfoque holístico y el papel activo que desempeñan el terapeuta y el paciente en el proceso psicoterapéutico, la Gestalt y su metodología aplicada en la infertilidad, podría ser una opción congruente y sólida que aporte resultados sustanciales en el manejo de este tipo de pacientes.

Es así, que el objetivo de esta investigación es identificar las fases de duelo y los bloqueos en el ciclo de la experiencia que presentan mujeres con diagnóstico previo de infertilidad y que están sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial aplicando los principios y metodología del Enfoque Gestalt.

## **5.2 Objetivo General**

Identificar las fases de duelo y los bloqueos en el ciclo de la experiencia que presentan mujeres con diagnóstico previo de infertilidad y que están sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial aplicando los principios y metodología del Enfoque Gestalt.

## **5.3 Objetivos Particulares**

1. Identificar la fase del duelo que corresponda a cada paciente con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial.
2. Clasificar los pensamientos, emociones y sensaciones obtenidos del discurso de las pacientes durante las sesiones terapéuticas, con la finalidad de ubicar los tipos de bloqueos en el ciclo de la experiencia que estén manifiestos en cada una de ellas.

3. Identificar y aplicar dentro de la intervención terapéutica, las técnicas y estrategias con enfoque gestalt que permitan disminuir el impacto de los bloqueos en el ciclo de la experiencia en las pacientes con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial.

#### **5.4 Diseño**

Según Levin (1995), el presente trabajo de investigación está enmarcado dentro de un diseño descriptivo debido a que se realizó la clasificación de las fases del duelo en mujeres con diagnóstico previo de infertilidad así como los bloqueos en el ciclo de la experiencia que podían manifestar durante el proceso, desde el Enfoque Gestalt.

Acorde con Hernández (1998), esta investigación se sitúa dentro del paradigma cualitativo en el que se recolectarán datos sin medición numérica mediante el método inductivo y deductivo.

El método deductivo se aplicó al establecer categorías iniciales, que en este caso son las fases en el proceso de duelo en mujeres con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial y los bloqueos en el ciclo de la experiencia que se presentaran durante el mismo. Una vez que se organizaron estas primeras categorías, surgieron otras, las cuales se clasificaron según su contenido significativo. Estas nuevas categorías son de carácter inductivo, pues no estaban preestablecidas, sino que afloraron a partir de los datos observados. De manera concreta, se tomaron como categorías inductivas las similitudes o factores comunes que presentaron las pacientes durante el programa terapéutico.

#### **5.5 Población**

Para los fines de esta investigación, se seleccionó el tipo de población que cumpliera con los siguientes criterios de inclusión:

1. Mujeres no mayores a 40 años
2. Diagnóstico previo de infertilidad
3. Si existiera endometriosis no debe de ser grave
4. Que iniciaran un tratamiento de Inseminación Artificial (IA) entre los meses de junio y julio del 2010.

El grupo elegido para esta investigación fue conformado por una población de 6 mujeres que son pacientes de una Clínica de Reproducción Asistida con nombre INGENES ubicada en México D.F y que se sometieron al tratamiento de Inseminación Artificial aunque el diagnóstico de infertilidad sea diferente para cada una de ellas.

El rango de edad las pacientes es de 31 a 38 años de las cuales 4 son casadas, 1 vive en unión libre y una es separada. Todas ellas, comenzaron un proceso terapéutico como parte de su ingreso al tratamiento médico y aceptaron participar en la presente investigación.

## **5.6 Escenario**

Esta investigación se llevó a cabo en la Clínica de Reproducción Asistida INGENES en el área de Apoyo Emocional la cual consta de las condiciones adecuadas como son: limpieza, ventilación e iluminación. El área de apoyo emocional está integrada por un cubículo amplio que está acondicionado para llevar a cabo el proceso terapéutico y las entrevistas ya que consta de una sala, mesa de centro y sillas. El espacio está creado para darle a las pacientes confianza y seguridad por lo que la decoración ha sido especialmente cuidada.

## **5.7 Materiales**

Los materiales que se requirieron durante las entrevistas fueron los siguientes:

Tres sillas

1 sillón

1 colchoneta

Hojas blancas

Lápices y plumas

1 espejo

## **5.8 Procedimiento**

### **FASE I**

Se contactó con los directivos de la clínica Ingenes para solicitarles la autorización necesaria para iniciar la presente investigación. Una vez obtenido el permiso por escrito, se elaboró formalmente el programa general con los objetivos, fechas y horarios favorables para cada paciente.

Se reunió grupalmente a todas las participantes que cubrieron con los criterios de inclusión para darles información sobre las características de la investigación y explicar tanto la metodología como la duración de la misma, enfatizando que su participación es voluntaria y que pueden retirarse en el momento que ellas lo decidan. A su vez, se destacó el carácter confidencial de la información y la modificación de las identidades que resguardará su situación médica y emocional.

### **FASE II**

Se llevaron a cabo las sesiones terapéuticas una vez por semana en un promedio de una hora de duración por un periodo de tres meses (12 sesiones) en el horario asignado para cada una de las pacientes.

El tipo de entrevista de corte terapéutico fue el de entrevista abierta, el cual permite libre exposición de ideas de las pacientes durante las sesiones. Sin embargo, para fines prácticos del diagnóstico y tratamiento, las intervenciones

estaban dirigidas acordes con el modelo de entrevista elaborado particularmente como guía de apoyo (Ver Anexo 1).

### FASE III

Se registraron los resultados basados en la descripción de los casos clínicos abordados, tomando en consideración que el reporte incluyó los siguientes campos:

1. Ficha de Identificación: Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, diagnóstico médico.
2. Motivo de consulta.
3. Impresión y fenomenología.
4. Antecedentes de importancia.
5. Historia médica.
6. Padecimiento actual.
7. Síntomas.
8. Conceptualización mental, emocional y física.
9. Diagnóstico.
10. Estrategia terapéutica.
11. Logros de la Intervención Terapéutica

Cabe señalar que el objetivo de la descripción de los casos no fue el de exponer un expediente clínico sino puntualizar en los antecedentes de mayor relevancia en cada paciente y resaltar aquellos aspectos que se detectaron como focos importantes para el diagnóstico y manejo terapéutico centrado en la problemática específica de infertilidad así como el afrontamiento del tratamiento por Inseminación Artificial.

Posteriormente, se establecieron las estrategias y técnicas adecuadas para cada paciente y se llevó a cabo la intervención psicoterapéutica del proceso de duelo y los bloqueos en el ciclo de la experiencia.

#### FASE IV

Se realizó el análisis de los resultados a través de la categorización de las fases de duelo en la que se localizaba cada paciente así como el tipo de bloqueo en el ciclo de la experiencia que manifestaba.

Se llevó a cabo la aplicación del Test de Psicodiagnóstico de Salama (TPG), para evaluar los resultados de la intervención terapéutica.

#### FASE V

Posteriormente se llevó a cabo una sesión final con cada una de las pacientes para dar a conocer los resultados particulares de la investigación.

### **5.10 Instrumento**

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 presenta que responda a los ítems en relación a un tema específico. Se supera por tanto la temida identificación entre diferentes aspectos de la vida de un individuo. 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 Ahora de la persona que lo responde.

Se hace realidad en el diseño de esta prueba la consideración de la persona y su relación con el mundo, tanto interno como externo, como algo constantemente en cambio, en donde la aplicación de un instrumento de diagnóstico, si queremos que sea útil ha de tener en cuenta las variables situacionales y experienciales del sujeto que es sometido a la prueba.

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. (Ver Anexo 2)

El TPG surgió ante la necesidad de tener un método de supervisión más objetivo que facilitara la comprensión de las actitudes en el momento presente del individuo.

Es importante aplicar el test en función de medir las respuestas de acuerdo con lo que el sujeto deseara conocer o explorar en el AQUÍ y AHORA respecto a un tema específico que puede ser intra o Interpersonal.

Se propuso eliminar los rangos de edades comprendidas debajo de los 14 años y por encima de los 64 años, debido a que los primeros atraviesan por la etapa de pre-adolescencia donde aún no se ha definido la personalidad y los segundos presentan anclajes en el pasado manteniendo un contacto disminuido con el Aquí y el Ahora.

También se llegó a la conclusión de que el TPG no debía aplicarse a personas que atraviesan por situaciones de crisis ya que la mayoría de estos individuos tienen dificultad en estar en el momento presente.

### 5.10.1 Descripción del TPG.

Consta de 40 reactivos que deben contestarse sólo con una respuesta entre dos opciones. “SI” (verdadero) o “NO” (falso) de acuerdo con lo que la persona considera como repetitivo en ella, siempre referido a un tema y un área específica de su momento presente.

El TPG está distribuido en una escala numérica de 5 grupos de respuestas donde la quinta se considera con puntaje nulo. Los 32 reactivos restantes están distribuidos de manera aleatoria y se refieren a los 8 bloqueos del ciclo de la experiencia.

Estos 32 reactivos se distribuyen en 8 sub-grupos que corresponden a cada una de las auto interrupciones del ciclo y el número del reactivo que se refiere a cada bloqueo, como se describe a continuación.

<b>BLOQUEOS</b>	<b>REACTIVOS</b>
Retención	9-16-28-37
Desensibilización	1-18-26-36
Proyección	8-19-29-39
Introyección	2-11-21-33
Retroflexión	4-17-27-38
Deflexión	3-12-24-34
Confluencia	6-13-22-31
Fijación	7-14-23-32

Los 8 reactivos son los números: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40.

### 5.10.2 Materiales.

1. protocolo con preguntas y respuestas
2. plantilla de calificación

3. gráfico del ciclo de la experiencia
4. hoja de resultados.

#### 5.10.3 Administración.

Esta prueba puede ser aplicada en forma individual o grupal. El tiempo promedio de aplicación esta en el rango de 15 a 20 minutos.

Los datos obtenidos pueden variar dentro de un período de tiempo, por lo que el test puede aplicarse “n” veces a la misma persona y así establecer las estrategias adecuadas y contar con una secuencia de su proceso de crecimiento. En la materia se requiere que el test sea aplicado en 2 ocasiones. La primera toma debe ser realizada al empezar la ejecución del Programa de Crecimiento Personal en la 2ª sesión; la segunda toma debe ser realizada al finalizar el programa, en la sesión del cierre o anterior a esta.

#### 5.10.4 Instrucciones.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones con respecto a un tema específico que usted desee conocer de si mismo. Tome en cuenta que se trata de un rasgo o actitud frecuente en usted o que se este manifestando en el momento presente, respecto a dicho tema y deberá contestarlo solamente con una respuesta: “SI” o “NO”.

Por favor ponga un círculo a lo que elija para que quede claro para nosotros y evite borrar o hacer correcciones. No marque una misma afirmación con SI y NO (verdadero y falso). Evite dejar sin contestar cualquier reactivo.

#### 5.10.5 Calificación.

Una vez contestados los reactivos, se vacían en la plantilla de calificación. Esta plantilla está dividida en 8 subgrupos relativos a los bloqueos.

Cada subgrupo contiene 4 reactivos que representan a cada fase bloqueada y según la respuesta “SI” (verdadero) o “NO” (falso) le corresponde una posición Superior o Inferior y un puntaje determinado dependiendo de su posición espacial dentro de la plantilla. Se anexa una hoja de calificación para disminuir el tiempo de evaluación.

#### 5.10.6 Descripción de los puntajes.

- a. NO S: Falso superior (falso negativo) : 0 puntos; corresponde a la parte superior de la plantilla
- b. SI I: Verdadero inferior (verdadero Negativo) : 0 puntos; corresponde a la parte inferior de la plantilla
- c. NO I: Falso inferior (falso positivo) : 2 puntos, corresponde a la parte inferior de la plantilla
- d. SI S: Verdadero superior (verdadero positivo) : 2 puntos; corresponde a la parte superior de la plantilla

Puntaje = 0 (fase desbloqueada)

Los marcados como Falsos que se encuentran en la parte superior y los Verdaderos que están en la parte inferior de cada subgrupo, son las respuestas válidas con puntaje = 0 y representan el no bloqueo. Cuando la persona difiere de lo anterior se le asignan 2 puntos a cada uno no válido.

El total de la suma de los puntajes por cada subgrupo da el grado del bloqueo de la fase, medido en función de porcentajes como se verá enseguida:

Porcentaje de Bloqueo	de	Interpretación
0	0 %	Desbloqueada
2	25 %	Funcional
4	50 %	Ambivalencia

6	75 %	Disfuncional
8	100 %	Bloqueada

---

#### 5.10.6 Descripción de la nomenclatura de la interpretación.

Desbloqueada: se refiere a la fase que en el presente se encuentra sin bloqueos, permitiendo que la energía fluya de manera natural hacia la resolución de la necesidad.

- a. Funcional: se aplica a un bloqueo parcial. La energía aún está disponible para el cambio en dicha fase.
- b. Ambivalencia: implica una fase con la energía atrapada entre dos fuerzas opuestas y de igual intensidad; dicha energía se atora momentáneamente.
- c. Disfuncional: la fase bloqueada adquiere menor fuerza a expensa de la energía que se consume y por lo tanto la continuidad del flujo disminuye al mínimo.
- d. Bloqueada: es cuando se llega a detener totalmente el fluir de la energía en determinada fase y el cambio es nulo hasta que se desbloquea.

#### 5.10.7 Identificación de los puntajes dentro del ciclo.

Una vez obtenidos los puntajes del test se vacían los datos dentro de la gráfica del ciclo de la experiencia, con el objeto de hacer más clara la comprensión de:

1. Las fases bloqueadas y el bloqueo correspondiente.
2. Las áreas libres de conflicto.
3. Las actitudes manipulativas
4. La psicopatología
5. Los temores

## 6. Los ejes de valores

Todo lo anterior sirve para obtener gráficamente el psicodiagnóstico actitudinal que la persona presenta en el Aquí y Ahora de su proceso. Sin embargo, Dentro de la materia solo interesan las 2 primeras por la complejidad que representa el test, el tiempo y el amplio estudio que requiere. (Ver Anexo 3)

### 5.10.8 Precauciones diversas.

Al aplicar el test se debe emplear el criterio clínico, para no utilizarlo con sujetos que muestran alteraciones en el juicio de realidad o que presenten cansancio físico, o trastornos fisiológicos que puedan contaminar los resultados de la prueba.

Las instrucciones deben seguirse tal como se ha indicado y no debe alterarse el criterio de la puntuación. Debe recordarse la prohibición de borrar o hacer correcciones.

A los reactivos no contestados o contestados ambos "SI" (verdadero) y "NO" (falso) se les califica con un puntaje de 2.

No debe aplicarse a menores de 14 años ni a mayores de 64 años ni a quienes estén atravesando crisis de personalidad o patologías graves.

## CAPÍTULO 6

### PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS.

Como constancia de las sesiones terapéuticas desarrolladas en la clínica de Reproducción Asistida Ingenua, se presentan los siguientes casos clínicos, que representan el trabajo que se realizó durante un periodo de tres meses (12 sesiones) con cada paciente.

#### **Caso 1.**

##### **Ficha de Identificación**

Nombre: María Fernanda

Edad: 35 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1975

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Universidad

Ocupación: Contadora

Religión: Católica

Diagnóstico Médico: Infertilidad por endometriosis moderada.

##### **Motivo de consulta:**

María Fernanda ingresa al programa de apoyo emocional como parte integral de su tratamiento médico para concebir un hijo.

Refiere haber tenido malas experiencias en otras clínicas de reproducción asistida debido a que la trataban como objeto y solo les interesaba sacar lo más posible de dinero. Es el primer tratamiento al que se somete pero en otras clínicas ya le habían practicado numerosos estudios sin llegar a un diagnóstico claro.

### **Impresión y fenomenología:**

Fernanda es una mujer de complexión delgada, tez morena, cabello lacio y obscuro. Edad aparente a la cronológica; acude en condiciones adecuadas de higiene y su arreglo personal es modesto, no utiliza maquillaje o joyería alguna. Su tono de voz alto y tiende a hablar con la quijada apretada. Su postura es rígida y hace pocos gestos al hablar, responde con monosílabos y evade constantemente la mirada.

Acude a su primera sesión con resistencia y al respecto comenta “Estoy aquí porque me mandaron, yo no creo en los psicólogos”.

### **Antecedentes de importancia:**

María Fernanda es originaria de Puebla, es la mayor de cuatro hermanos (35, 32, 30 años respectivamente). Sus padres están casados desde hace 42 años, el padre es comerciante, alcohólico y lo describe como una persona “muy egoísta”, y que tiene una relación distante y agresiva con toda la familia, recuerda que siempre hubo maltrato físico y psicológico hacia su madre, la cual se dedica principalmente al hogar. La describe como una persona tranquila, amorosa y sumisa.

María Fernanda comenta que desde que era muy pequeña recuerda que su padre bebía la mayor parte del tiempo, cuando llegaba a casa sobrio, era encantador, les hacía regalos, los llevaba de paseo y toleraba las diferencias de opinión que se pudieran dar entre familia, sin embargo cuando bebía tenía actitudes agresivas hacia todos, era muy estricto con las reglas y no toleraba que nadie se le acercara o contradijera.

Recuerda que durante la infancia, su padre ocasionó crisis familiares al ausentarse de casa por días y después encontrarlo en la calle, algunas veces lastimado físicamente y otras simplemente en desaliño total después de varios

días de beber. Comenta que en numerosas ocasiones, ella misma tenía la tarea de recoger a su padre de algún lugar antes de que se metiera en problemas, refiriendo que se sentía muy avergonzada al cargar con él.

Su padre muere tres meses después de que María Fernanda se casó y comenta que fue muy difícil para ella asimilar la muerte de su padre debido a que se encontraba en la mejor época de su vida y no entendía como es que en ningún momento tenía la oportunidad de ser feliz por completo, “siempre pasa algo terrible cuando creo estar bien”.

Considera que siempre le costó trabajo la escuela, que no le gustaba asistir pero terminó su carrera universitaria y es la única de la familia que tiene un título profesional.

Se caso a los 30 años con un hombre de 38 años, contador y “muy responsable” como lo define ella. No ingiere alcohol más que en eventos sociales y lo describe como amoroso y que cuida mucho de ella.

Es de considerar que María Fernanda desde que tenía aproximadamente 9 años de edad, comenzó a tener miedo a ser madre así como a vivir la misma vida que llevaba en ese momento en su propia casa. Rechazaba la idea de que su pareja la golpeará y abusará del alcohol. En sus propias palabras comenta: “Yo no me voy a casar, ni me voy a llenar de hijos...”. Menciona que también alrededor de los 15 años comenzó a tener pensamientos recurrentes e incluso sueños, acerca de no poder embarazarse en un futuro.

### **Historia médica:**

Durante la infancia padeció hepatitis y comenta que fácilmente se enfermaba, principalmente de infecciones gastrointestinales. Fuma desde los 18 años, 10 cigarrillos diarios aproximadamente.

Sus periodos menstruales siempre fueron irregulares, con abundante sangrado y dolor. Nunca prestó mayor importancia a esos síntomas debido a que en su casa no era permitido hablar de esos temas.

Después de tres años de estar casada, su esposo y ella no se explican por qué no se daba el embarazo si no utilizaban ningún método anticonceptivo. Asisten con un ginecólogo y después de un año sin resultados acuden al Instituto de Perinatología por primera vez en el 2008 y se realizan numerosos estudios en ambos, sin embargo el diagnóstico que les ofrecen no es claro y el único tratamiento que les ofrecen es el coito programado. Después de un año aplicando el coito programado no obtienen resultados y una compañera de trabajo les recomienda una clínica de Reproducción Asistida que tal vez podría ayudarlos.

El diagnóstico obtenido en la clínica es infertilidad por endometriosis moderada por lo que se les sugiere el tratamiento de Inseminación Artificial.

#### **Padecimiento actual:**

María Fernanda menciona que la mayor parte del tiempo se siente “muy enojada” con todos y con todo. Por no haberse dado cuenta de que tenía un problema desde hace mucho tiempo, por no haber querido escuchar a su esposo cuando le pedía que se hicieran estudios, enojada por que ya se le pasó la edad ideal para ser madre, porque los médicos no la trataron bien en la otra clínica y la lastimaron físicamente, enojada por el dinero que tienen que pagar y que no tienen, enojada con Dios, “solo me faltaba que mandaras esto”, enojada con las mujeres que están embarazadas y que quieren abortar o con las que están embarazadas y se ven muy felices. Enojada con su esposo por no tomar el control de la situación y por ser débil pero sobre todo enojada con ella misma por no poder darle a su esposo lo que más desea: un hijo.

#### **Síntomas:**

- Irritabilidad e ira contenida
- Culpa
- No puede dejar de pensar en tener un hijo

- Autoagresión constante (insultos, desprecios y críticas hacia ella misma)
- Miedo incontenible ante la falla del tratamiento.
- Incapacidad para disfrutar de actividades que antes disfrutaba
- Percepción de inutilidad
- Insomnio y falta de apetito

### Conceptualización mental, emocional y física.

Pensamientos	Emociones	Sensaciones
<p>“No sirvo como mujer”</p> <p>“No puedo dejar de pensar en tener un bebé y de mirar a los demás niños”</p> <p>“Mi marido me va a dejar si estoy hueca por dentro”</p> <p>“Soy inútil y no se si voy a ser buena madre”</p> <p>“No soy lo suficientemente buena para ser madre”</p>	<p>“Me enoja que no pueda embarazarme”</p> <p>“Me enoja que no me haya tratado a tiempo”</p> <p>“Me enoja mi maldita enfermedad”</p> <p>“Me enoja que mi esposo no sea firme y sea un cobarde”</p> <p>“Me siento culpable de no poder darle un hijo”</p> <p>“Me siento indigna de él, soy una maldita infértil”</p> <p>“Tengo miedo todo el tiempo, me da miedo que no funcione el tratamiento”</p>	<p>Insomnio</p> <p>Falta de apetito</p> <p>Dolor de estómago</p> <p>Presión en el pecho</p> <p>Taquicardia</p>

## **Diagnóstico:**

María Fernanda se encuentra en la fase de desorganización grave del yo, manifestando intensos accesos de cólera, tristeza, culpa e idealización. En ocasiones, su ira la atribuye a objetos, personas o situaciones fuera de ella y no los admite como propios evadiendo la responsabilidad que le corresponde. En otras ocasiones, vuelve hacia sí misma su ira en forma de insultos, desprecios y críticas con tendencia a la autodestrucción. Idealiza constantemente cómo debería ser su vida y cómo deberían conducirse las personas que la rodean frustrándose cuando no resulta lo que espera.

Manifiesta estancamiento en la depresión, resistencia a aceptar el diagnóstico de infertilidad como un hecho definitivo y fijación en el éxito o fracaso del tratamiento con ideas catastróficas sobre el mismo. Se detecta duelo por la muerte de su padre no resuelto. Somatiza con taquicardia, insomnio y la sensación de opresión en el pecho.

Escasas herramientas de comunicación con su pareja para pedir lo que necesita de manera clara y precisa.

En resumen, se sospecha que María Fernanda manifiesta los siguientes bloqueos en el ciclo de la experiencia:

Retroflexión, deflexión, proyección y fijación.

## **Estrategia terapéutica.**

Reducir la sintomatología agresiva y depresiva que se ha manifestado a partir del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de infertilidad, por medio de estrategias gestálticas que contribuyan a manejar su enojo, miedos irracionales e ideas catastróficas y se refuerce la adherencia terapéutica.

Facilitar la expresión de sus emociones y el contacto con su experiencia.

Planear una forma funcional de comunicación con su pareja para expresar sus derechos y necesidades así como respetar los derechos de su pareja, llegando a la toma de decisiones compartidas sobre el tratamiento y su trascurso.

Desarrollar habilidades de respiración y relajación que permitan contener sus estados de ansiedad aprendiendo a identificar las situaciones que la generan y cómo minimizar o desaparecer su efecto.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

Descarga en objetos neutros, manejo de polaridades, exageración y desarrollo, actuación e identificación, Visualización y técnicas de respiración y relajación.

### **Logros de la Intervención terapéutica.**

Al término del programa, María Fernanda logró expresar abiertamente sus emociones así como identificar las situaciones que le provocaban hacer contacto con lo que le afectaba y utilizar las estrategias aprendidas para disminuir sus efectos. Encontró una manera saludable de descargar su enojo sobre objetos neutros (un cojín por ejemplo), canalizando de manera adecuada sus emociones.

Le dio resolución al duelo por la muerte de su padre, aceptando que merece experimentar la felicidad y que está dispuesta a creer en que lo puede lograr.

Comprendió la manera eficaz de comunicarse con su pareja, respetándolo y reconociendo lo importante que es para ella.

Disminuyó significativamente su miedo ante el fracaso del tratamiento, asumiendo ideas realistas sobre el mismo.

Al término de las sesiones se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Salama y María Fernanda manifestó únicamente el bloqueo de Retroflexión.

Cuando el tratamiento médico concluyó, los resultados de su prueba de embarazo fueron positivos.

## **Caso 2.**

### **Ficha de Identificación**

Nombre: Elisa

Edad: 31 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1979

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Universidad

Ocupación: Actriz

Religión: Católica

Diagnóstico Médico: Infertilidad por Síndrome de Ovárico Poliquístico.

### **Motivo de consulta:**

Elisa ingresa al programa de apoyo emocional como parte integral de su tratamiento médico para concebir un hijo.

Refiere estar confundida con las condiciones del tratamiento porque no se atrevía a preguntar abiertamente al médico responsable aquello que no entendió. Aún cuando su pareja y ella ya pagaron el tratamiento y están a punto de iniciarlo, no saben si continuarán en él debido a que tal como lo explica Elisa: “soy muy cambiante y no sé si realmente llegaré hasta el final”.

### **Impresión y fenomenología:**

Elisa es una mujer de complexión delgada, alta y de tez morena clara. Su cabello es oscuro y lacio; su arreglo personal es esmerado, cuida cada aspecto de su apariencia y viste con ropa fina. Su tono de voz es alto y tiende a mover considerablemente sus manos. Hace muchos gestos al hablar.

Se presenta a su primera sesión con buena disposición e interesada en el trabajo terapéutico, al respecto comenta: “siempre quise hablar con alguien profesional sobre cómo me sentía”.

**Antecedentes de importancia:**

Elisa es originaria de Baja California Sur y radica en el D.F desde hace 10 años. Es hija única, sus padres están casados desde hace 33 años, el padre de 57 años tiene una empresa dedicada al ámbito textil y su madre de 56 está dedicada al hogar. Describe su infancia como “muy feliz”, creció con buenos principios y valores en medio de un hogar tranquilo pero muy exigente. Describe a su madre como fuerte de carácter y una mujer que sabe tomar decisiones, su padre fue muy apegado a las reglas y siempre le exigía los mejores lugares en su desempeño académico. A veces, era muy difícil cumplir con las expectativas tan altas que sus padres tenían hacia ella. Sin embargo, siempre pudo sobre llevar la situación respondiendo como querían.

Elisa recuerda un momento muy desagradable de su adolescencia que fue cuando tuvo su primera menstruación (a los 11 años), fue tan impresionante para ella que aborreció ser mujer y tener que pasar por ello cada mes. En sus propias palabras comenta “Cada que llegaba mi periodo, quería ser hombre y ser libre como ellos... luego me callaba a mí misma porque es como si no quisiera ser mujer y todo lo que implica”.

Decidió elegir la carrera de actuación desde sus 16 años, para sus padres fue un golpe muy duro puesto que esperaban que ella se hiciera cargo del negocio prolífero del padre. Después de unos años terminaron aceptándolo y la apoyaron en su decisión, su madre la acompañaba a los castings y ensayos durante horas.

Fue en la carrera de actuación, a la edad de 26 años, en donde conoció a su actual pareja que también es actor, un hombre de 35 años muy afín a sus intereses y sus gustos. Ella lo describe como el amor de su vida y su compañero más fiel. Cuando llevaban un año en la relación de noviazgo, ella quedó embarazada y se enteraron cuando ella tenía casi dos meses de gestación. La noticia fue fatal para Elisa pues no estaba dentro de sus planes tener un hijo al inicio de su carrera y sin haberse casado. No toleraba la idea de enfrentarlo con

sus padres y sentir vergüenza de sí misma. Tal como ella lo describe en una sesión: “que defraudados se sentirían con una hija que salió embarazada”.

Elisa decidió abortar en contra de la opinión de su pareja acudiendo a un médico general que por referencia, sabía que practicaba abortos. Al principio, se decía a sí misma que había sido lo mejor y se sentía satisfecha con su decisión pero al cabo de unos años comenzó a sentirse constantemente agobiada con la idea de que había asesinado a un ser indefenso y que ella no era una buena persona.

Se casaron cuando ella tenía 28 años y su relación de pareja la describe como sana, la mayor parte del tiempo están “perfecto” como lo menciona ella misma. Sin embargo, cuando discuten por algún motivo de importancia, él siempre le reprocha la decisión de haber abortado y lo egoísta que fue.

### **Historia médica:**

Durante la infancia nunca padeció una enfermedad de relevancia, se describe como muy sana y deportiva. Practica hasta cuatro horas diarias en el gimnasio para mantenerse en forma. No fuma ni ingiere alcohol.

A los 27 años, en el 2006, acudió a un psiquiatra debido a que su médico de cabecera le sugirió que podría padecer de depresión. El psiquiatra confirmó el diagnóstico prescribiéndole ceropram; al no mostrar mejoría suspendió el tratamiento porque se sentía la mayor parte del día con sueño y sin energía para hacer sus actividades.

Para el 2009, dos años después de casada, no utilizaban ningún método anticonceptivo y aunque no habían hablado claramente sobre el deseo de tener un hijo, ambos se dieron cuenta de que no se embarazaba. Prefirieron no hablar sobre el tema y dejar que llegara por sí solo y sin presiones. Cuando no llegó lo que esperaban: el embarazo espontáneo, decidieron consultar a diferentes especialistas en diferentes instituciones y al final de múltiples estudios les sugirieron que se sometieran a un tratamiento de Inseminación Artificial y que cuanto antes lo hicieran tendrían mejor posibilidad de éxito así que se acercaron a su actual clínica de reproducción asistida.

El diagnóstico que les han sugerido es infertilidad por Síndrome de Ovárico Poliquístico.

**Padecimiento actual:**

Elisa refiere que en este momento de su vida, se enfrenta a todo lo que ha intentado “olvidar”. No puede dejar de pensar en el aborto que llevó a cabo años atrás y en que Dios la está castigando por ello. Constantemente piensa en qué edad tendría su bebe y qué podrían haber compartido juntos. Tiene sueños recurrentes con la cara de su bebe y discute muy a menudo con su esposo porque él le dice que lo deje atrás y que no existen los castigos divinos pero a su vez, le reclama en silencio porque no pueden tener bebes. Hace comentarios irónicos cuando ve a una madre amorosa con su bebe y cuando ella lo confronta él lo niega argumentando que ella quiere sentirse la víctima todo el tiempo.

Sufre constantemente de insomnio y migraña de tal manera que en ocasiones no se presenta a los llamados de trabajo o llega tarde recurrentemente.

Teme al tratamiento médico porque requiere de inyecciones en el abdomen y a su vez, teme perder la figura si lograra el embarazo. En sus propias palabras comenta: “A veces quiero un bebé con todas mis fuerzas y a veces no me imagino cómo me voy a ver o si seré buena mamá”.

Cree que abortar fue la mejor decisión porque gracias a ello, pudo desarrollarse profesionalmente y conseguir el estatus económico y social que ahora tiene, sin embargo pensar así le duele y para sentirse mejor ha desarrollado una compulsión por comprar ropa y calzado.

Manifiesta que en ocasiones se siente como si su vida fuera una película y que a ella no le está ocurriendo nada, que en cualquier momento saldrá de ese personaje y todo volverá a la realidad.

**Síntomas:**

- Culpa
- Tristeza constante

- Cambios drásticos de humor
- Autoagresión (insultos, desprecios y críticas hacia ella misma)
- Pensamiento catastrófico
- Compulsión por comprar ropa
- Desensibilización
- Fantasías de fuga
- Insomnio y migraña

**Conceptualización mental, emocional y física.**

<b>Pensamientos</b>	<b>Emociones</b>	<b>Sensaciones</b>
<p>“Siempre luché por ser el ejemplo perfecto de perfección”</p> <p>“Mi vida es una película y de repente saldré de este personaje”</p> <p>“Abortar fue lo mejor en ese momento y no me duele haberlo hecho”</p> <p>“Cómo sería mi bebe?, ya tendría dos años...”</p> <p>“Si mi madre supiera lo que hice, me excomulga”</p> <p>“Si no puedo tener un bebe ahora es porque</p>	<p>“A veces, no siento nada ante nuestro problema, es como si me desconectara”</p> <p>“Me siento como una moneda de dos caras, cómo pude matar a mi bebe?”</p> <p>“Me duele tanto aceptar que no era capaz de tenerte y me siento fatal porque sé que lo volvería a hacer”</p> <p>"Mi esposo hace comentarios irónicos, me culpa...y yo me</p>	<p>Insomnio</p> <p>Migraña</p>

<p>no merezco ser madre”</p> <p>“Soy muy cambiante y no sé si realmente llegaré hasta el final del tratamiento”.</p> <p>“Mi relación de pareja es perfecta”</p> <p>"A veces, falto a mis citas, llego tarde o sin querer me aplico mal las inyecciones"</p> <p>"No dejo de soñar su cara"</p>	<p>quedo siempre callada"</p>	
---	-------------------------------	--

### **Diagnóstico:**

Elisa se encuentra en la fase de desorganización aguda del yo, presentando evasión de la realidad, parálisis y desensibilización. Se siente incapaz de afrontar el duelo no resuelto por el aborto que se provocó años atrás manifestando círculos de culpa y tristeza recurrentes. Elude su situación real con fantasías de perfección. Establece un contacto poco significativo con su yo, encubriendo con creencias distónicas al mismo. Bloquea sus emociones estimulando la intelectualización por lo que tiende a explicar racionalmente su ausencia de contacto sensorial.

Elisa establece escasa diferenciación con su pareja, evita cualquier tipo de conflicto perdiendo sus propios límites; busca constantemente la aceptación y el reconocimiento. Somatiza con migraña e insomnio.

Posterga el tratamiento médico, cambiando las fechas de sus citas, faltando y aplicándose incorrectamente el medicamento, auto saboteando su probabilidad de éxito.

En resumen, se sospecha que Elisa manifiesta los siguientes bloqueos de la experiencia: Desensibilización, deflexión, introyección, fijación, retroflexión y confluencia.

### **Estrategia terapéutica.**

Reducir la sintomatología culpígena y de evasión que se ha manifestado a partir del duelo no resuelto por aborto provocado, a través de estrategias gestálticas que contribuyan a manejar su necesidad de auto castigo, falta de apego con su realidad y emociones relacionadas con la pérdida de su hijo que no nació.

Facilitar la expresión de sus emociones y manejar sus fantasías como soporte para la revelación de lo que percibe como negativo de su personalidad integrándolo a su verdadero yo.

Desplazar introyecciones y, en general, sentimientos, ideas o acciones desubicados y reintegrados en el sitio de la personalidad que le corresponden.

Proporcionar herramientas que le permitan asumir la propiedad de sus experiencias en lugar de proyectarlas sobre los demás así como el reconocimiento de sus propias necesidades, deseos y valores.

Concientizar los alcances y limitaciones del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la infertilidad además de buscar su sensibilización en todos los niveles (mental, emocional, corporal, actitudinal etc.), con la finalidad de elevar la probabilidad de éxito.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

Asimilación de proyecciones, manejo de polaridades, fantasías guiadas, expresar lo no expresado, silla vacía, descubrir los “debeísmos”.

Técnicas de Sensibilización con bioenergética.

### **Logros de la Intervención Terapéutica**

Al término de las doce sesiones programadas, Elisa logró la resolución de su duelo por el aborto que se provocó años atrás perdonándose a sí misma por dicha decisión. Disminuyó su necesidad de auto castigo y asegura estar en paz con su “angelito” y estar dispuesta a seguir su vida sin mirar con dolor el pasado.

Asumió una actitud más realista sobre su situación personal y de pareja, tomando la responsabilidad que le corresponde. Disminuyó su necesidad de que todo estuviera perfecto afrontando las dificultades y diferencias con su pareja.

Se cuestionó las enseñanzas recibidas de sus padres, desechando lo que no le sirve e integrando lo que sí está acorde con su verdadera personalidad.

Al término de las sesiones se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Salama y Elisa manifestó los bloqueos de Confluencia e introyección.

Cuando el tratamiento médico concluyó, los resultados de su prueba de embarazo fueron positivos.

### **Caso 3.**

#### **Ficha de Identificación**

Nombre: Ivett

Edad: 38 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1972

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Universidad

Ocupación: Administradora de negocio propio

Religión: Católica

Diagnóstico Médico: Infertilidad por disfunción ovulatoria.

#### **Motivo de consulta:**

Ivett ingresa al programa de apoyo emocional como parte integral de su tratamiento médico para concebir un hijo.

Refiere pasar la mayor parte del día llorando sobre todo en los últimos seis meses, no come bien por falta de apetito, sobre todo por las mañanas y siente náuseas cuando hace el intento de comer. Durante sus episodios de tristeza profunda pierde la conciencia del tiempo, en palabras de ella misma comenta: "Por las mañanas, suelo quedarme sentada en el piso de un rincón de la casa, lloro hasta quedarme sin lágrimas y después me quedo con mi mente en blanco...sin pensar en nada...así...hasta que algo me regresa a mi casa y a mi triste vida"

Ha sentido ataques de ansiedad y opresión en el pecho constantemente que no le permite la respiración. Padece de insomnio y considera que no puede concentrarse en nada. En múltiples ocasiones ha pensado que es mejor morir

porque ya no siente la alegría de estar viva. Afirma que pueden trascurrir más de tres semanas con tristeza y llanto durante todo el día y no mostrar interés por casi nada durante ese periodo.

La relación con su pareja se encuentra en un punto crítico, han pensado en la separación definitiva pero en el caso de su pareja, se rehúsa al divorcio. Ivett comenta que él viaja constantemente por demanda del trabajo, por lo menos una vez a la semana está ausente y sus viajes han durado hasta tres meses consecutivos. No siente ningún tipo de apoyo por parte de él en su deseo de ser madre e incluso hablar del tema, es el inicio de muchas discusiones que pueden terminar en que él le deje de hablar por varios días hasta que vuelve al mismo punto como si nada hubiera ocurrido.

Las responsabilidades que tenía como administradora de su negocio (ferretería de mayoreo), las ha transferido a su hermano menor porque se siente incapaz de manejarlo ella misma, sin embargo, ella supervisa que todo esté en orden y se hace cargo de los gastos y presupuestos.

### **Impresión y fenomenología:**

Ivett es una mujer de edad aparente mayor a la cronológica, de estatura media, constitución delgada, tez clara, presenta condiciones regulares de higiene y aliño personal. El maquillaje que utiliza es muy evidente, con pestañas, uñas y cabello postizo. Su postura es encorvada y tiende a evadir la mirada. Su tono de voz es muy bajo y casi no se le escucha lo que habla. Su rostro muestra poco movimiento denotando ausencia aparente de afecto durante su discurso, sin embargo, se muestra atenta y cooperadora.

### **Antecedentes de importancia:**

Ivett es la mayor y única mujer de tres hermanos de 33, 30 y 29 años respectivamente, refiere que su familia es lo más valioso para ella y que están por encima de cualquier cosa. Tal como ella afirma: “mi familia es mi eje, son todo para mí”.

Su madre es una mujer de 60 años, dedicada al hogar y con estudios hasta la primaria, es originaria de Oaxaca. Llegó a la Ciudad de México a los 15 años para trabajar como empleada doméstica para una familia adinerada. Con la ayuda de sus jefes, se sintió motivada a comenzar la secundaria y posteriormente hacer una carrera técnica como secretaria. Años después, dejó su trabajo como empleada doméstica e ingreso a trabajar en la compañía de Luz y Fuerza donde conoció al padre de Ivett, un hombre de 64 años, originario del D.F., hoy en día jubilado.

Ivett considera la historia de su madre muy importante para ella porque ha sido su inspiración para no conformarse y lograr lo que se quiera en la vida. Considera a su padre como un hombre muy amoroso y del cual ha recibido más atenciones que las que les da a sus hermanos.

La relación con sus hermanos es muy estrecha debido a que ella los ha cuidado desde muy temprana edad (alrededor de los 10 años), debido a que su madre trabajaba desde las 7 de la mañana hasta las 8 de la noche todos los días. Ella se hizo responsable de sus alimentos, tareas y tomaba decisiones importantes en la casa. Ellos le obedecían sin oponer resistencia. Recuerda que cuando tenía aproximadamente 16 años, discutía con su madre constantemente porque ella no estaba en la casa y quería decir cómo se hicieran las cosas. Esto le producía mucha cólera porque su madre no sabía lo que Ivett vivía todos los días y cómo lo solucionaba, quería imponerle reglas sin tener conocimiento de lo que ocurría en casa con las tareas cotidianas.

Nunca descuidó sus estudios ni los de sus hermanos; todos son profesionistas y el último está comenzando una especialidad. Esta orgullosa de sí misma por haber logrado sacar adelante a sus hermanos, sin embargo, en sus momentos de soledad se lamentaba todo lo que había perdido de su infancia y adolescencia. No se había divertido lo suficiente y mucho menos había tenido noviazgos de importancia. Se recuerda siempre con el ceño fruncido y preocupada por que habría de cocinar ese día.

Comenta que durante su adolescencia pensaba recurrentemente que ella en un futuro, no tendría hijos porque eran mucha responsabilidad, en sus propias palabras comenta: "Yo no voy a tener hijos, son una gran carga" pero después se

sentía culpable por tener esos pensamientos, y se enfocaba en atender mejor a sus hermanos.

Conoció a su pareja actual debido a que era proveedor de su negocio y después de un noviazgo muy corto decidieron casarse cuando Ivett tenía 36 años. El es un hombre de 40 años, tiene un negocio propio especializado en tubos para construcción y es su segundo matrimonio. Con su primera esposa no tuvo hijos.

Desde el comienzo de su matrimonio ella insistió en que tuvieran un hijo lo antes posible porque su médico se lo recomendó. Ivett sentía que cada día que pasaba, perdía la oportunidad de ser madre de sus propios hijos y que si postergaban la decisión por más tiempo, su sueño se convertiría en un imposible. Su esposo argumentó desde siempre, que ya no estaban en edad de ser padres, que envejecerían muy pronto y que tal vez podrían dejar desamparados a sus hijos cuando tuvieran corta edad. Incluso llegó a negarse a tener relaciones sexuales durante largos periodos de tiempo y esto le ocasionaba mucha angustia a Ivett porque comenzó a sentirse inapropiada para él; tal como ella comenta: “lo sentía más alejado de mí cuando yo lo necesitaba más cerca”.

Su relación comenzó a distanciarse entre periodos de indiferencia total por parte de él, sin dirigirle la palabra y sus viajes constantes.

Ivett manifiesta mucho coraje hacia él pero a la vez siente que lo ama y que sigue con la esperanza de formar una familia y que de esa manera su vida cambie del todo.

Se considera una mujer muy ahorradora y con el esfuerzo que ha hecho durante años está dispuesta a iniciar un tratamiento de reproducción asistida considerando que es la mejor opción para lograr un embarazo. En sus propias palabras: “Es la mejor inversión que podría hacer...”. Su esposo no está de acuerdo, se queja constantemente de su fijación por tener un hijo pero tampoco la ha detenido, incluso la ha acompañado a sus dos primeras citas con los especialistas.

**Historia médica:**

Durante su infancia no presentó ninguna enfermedad de importancia solamente menciona que desde que se casó no ha utilizado ningún tipo de anticoncepción y aún así no se ha embarazado.

Cuando acudieron a la clínica de infertilidad, el diagnóstico que le dan es Infertilidad por disfunción ovulatoria.

**Padecimiento actual:**

Ivett refiere que su vida está en completo descontrol, no se siente dueña de sí misma porque no puede evitar sentirse triste la mayor parte del día. Le da rabia no poder dejar de llorar y mostrarse débil ante su marido. Sufre de ataques de ansiedad y opresión en el pecho frecuentemente, muestra falta de concentración e interés por casi todo. Manifiesta periodos largos sumergidos en tristeza profunda con pensamientos de desesperanza e incluso de muerte. En algunas ocasiones pierde la noción del tiempo cuando inicia episodios severos de depresión. Muestra trastornos en el sueño y apetito.

En su relación de pareja cree que se encuentran en un momento de crisis, sin embargo, está convencida de que es temporal y que todos los matrimonios pasan por momentos difíciles, sobre todo en los primeros años.

Cree que ya perdió la alegría de vivir y que si lograra embarazarse cambiaría su vida completamente. Considera con fervor que su esposo necesita un hijo y formar una familia para que puedan consolidarse como pareja.

En su vida laboral considera que es incapaz de sostener su negocio que ha construido por años pero con esfuerzo supervisa que siga adelante.

Ivett comenta que solo el tratamiento le da fuerzas para seguir viviendo pero que en ocasiones también es presa del miedo y la incertidumbre por no saber si podrá ofrecerle todo lo que ella quisiera darle: una vida larga a su lado, educación e incluso un hermano.

**Síntomas:**

- Depresión
- Fantasías de fuga
- Evasión de la realidad
- Insomnio
- Falta de apetito
- Ataques de ansiedad
- Perdida de la noción del tiempo
- Ira contenida

**Conceptualización mental, emocional y física.**

<b>Pensamientos</b>	<b>Emociones</b>	<b>Sensaciones</b>
“Pienso constantemente en que si tuviera un hijo, mi vida cambiaría totalmente”  “Mi marido necesita tener un hijo y hacerse de un hogar...así podríamos olvidar todos nuestros problemas”  “No puedo dejar de pensar en cómo pude ser madre de tres hermanos y no tener mi propio hijo”	“Casi todo el día me la paso llorando”  “Me da rabia no tener el control de mi”  “Estoy enojada con mi esposo porque me niega la oportunidad de ser madre”  “Estoy enojada con mi esposo porque me ignora”  “Estoy enojada con mi esposo porque es un miedoso y pone	Insomnio  Falta de apetito  Ataques de ansiedad  Opresión en el pecho

<p>“Se me pasa la vida, y cada día que se va...es un día que pierdo para embarazarme...ya tengo 38 años”</p> <p>“He perdido la alegría de la vida, no me interesa casi nada y a veces he pensado en morir”</p> <p>“No puedo concentrarme en mi trabajo, por más que lo intento, no puedo...”</p>	<p>pretextos para no hacerse responsable de un hijo”</p> <p>“Muy en lo profundo, siempre estuve enojada con mi mamá por haberme quitado mi vida y la posibilidad de vivir como yo quería”</p>	
--	---	--

**Diagnóstico:**

Ivett se encuentra en una fase de desorganización grave del yo, presentando depresión, ira contenida y evasión de la realidad. Presenta un duelo postergado por la pérdida de su infancia, adolescencia y parte de su vida adulta al haber tenido que hacerse responsable de sus tres hermanos a muy corta edad. Mantiene asuntos inconclusos con su madre, mostrando resentimiento y rivalidad hacia ella.

La sintomatología depresiva puede requerir el apoyo de tratamiento psiquiátrico por su carácter crónico y progresivo. Se observa volición, cognición y afecto desbordado.

Presenta tendencia a la fantasía e idealización como mecanismo para compensar su angustia fijando sus expectativas de restablecimiento en un embarazo.

Ivett ha convertido la búsqueda de un hijo en el tema central de su relación de pareja desplazando la consolidación y maduración de la misma, por lo que se ha establecido escaso contacto e intimidad. Proyecta sus necesidades y deseos en su pareja culpabilizándolo por no responder a sus intereses.

Somatiza con insomnio, ataques de ansiedad, falta de apetito y la sensación de opresión en el pecho.

En resumen, se sospecha que Ivett manifiesta los siguientes bloqueos en el ciclo de la experiencia: Fijación, retroflexión y proyección.

### **Estrategia terapéutica.**

Sugerir la colaboración de un psiquiatra que auxilie en el manejo del cuadro depresivo de Ivett y trabajar de manera conjunta con el tratamiento psicoterapéutico. Facilitar la elaboración del duelo por la pérdida de su infancia, adolescencia y edad adulta así como el abordaje de los asuntos inconclusos hacia la figura materna.

Proporcionar herramientas que le permitan hacer contacto y evaluar de manera realista su situación de pareja así como las expectativas y fantasías idealizadas sobre su posible embarazo. Trabajar sobre su negación debajo de la cual se esconde la sensación de vacío existencial manifestada en resentimientos y culpas. Es de importancia, facilitar que Ivett se haga responsable de sus decisiones y sus posibles consecuencias involucrando la posibilidad de que en efecto, se lograra el resultado positivo de concepción.

Expandir su repertorio de conductas favoreciendo la toma de control sobre sus emociones, alimentación, ataques de ansiedad e insomnio mediante técnicas de bioenergética y ejercicios de relajación.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

Asimilación de proyecciones, manejo de polaridades, fantasías guiadas, expresar lo no expresado, silla vacía, confrontación y psicodrama fenomenológico.

## **Logros de la Intervención Terapéutica**

Al término del programa, Ivett continuó con su tratamiento psiquiátrico, reportó que si hay una mejoría significativa en su vida. Ahora puede involucrarse mucho más con su negocio porque se siente con mayor energía y concentración. Los ataques de ansiedad no se han presentado de nuevo. A pesar de no haber cesado del todo sus episodios de tristeza, asegura que ya no es tan frecuente como antes. Ha mejorado su apetito y su capacidad para conciliar el sueño.

Logró expresar las emociones contenidas, sobre todo su enojo hacia la figura materna. Disminuyó la fijación que había tenido con respecto a la pérdida de su infancia y su adolescencia por cuidar de sus hermanos; trasformó su rol de víctima que había asumido para no vivir las exigencias de su presente.

Tomó una postura más realista con respecto al papel de un hijo en su vida, dejó de ser el instrumento para mejorar su vida marital o para sostener su estabilidad emocional.

Al término de las sesiones se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Salama y manifestó únicamente el bloqueo de Retroflexión.

Cuando el tratamiento médico concluyó, los resultados de su prueba de embarazo fueron negativos, sin embargo, el siguiente año su pareja y ella están dispuestos a volver a intentarlo. Los resultados los afrontaron con mayor estabilidad emocional y creen que no era el momento para que llegara un hijo.

## **CASO 4**

### **Ficha de Identificación**

Nombre: Alma

Edad: 37 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1973

Estado Civil: Unión libre

Escolaridad: Carrera técnica

Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica

Diagnóstico Médico: Infertilidad por factor tubo-peritoneal y sobrepeso.

### **Motivo de consulta:**

Alma ingresa al programa de apoyo emocional como parte integral de su tratamiento médico para concebir un hijo.

Refiere encontrarse en shock emocional e incredulidad ante los resultados que le han dado sobre su infertilidad. Le es difícil creer que tenga algún problema para embarazarse; incluso piensa que le han dado este diagnóstico para aprovechar su situación y cobrar por un tratamiento caro cuando no es necesario. Su esposo está a favor del tratamiento porque insiste en que ya han visto muchos médicos y que todos coinciden en las indicaciones. Iniciarán el proceso, sin embargo, Alma se siente amenazada porque no siente confianza en los médicos y le da miedo todo el medicamento que tiene que administrarse (inyecciones en el abdomen entre otros). En sus propias palabras explica: “Lo hago por mi papi, él tiene muchas ganas de tener un hijito así que creo que el sacrificio lo vale...”

### **Impresión y fenomenología:**

Alma es una mujer de complexión robusta, tez morena, cabello rizado y oscuro. Edad aparente menor a la cronológica; acude en condiciones adecuadas de higiene y su arreglo personal es modesto. Su tono de voz agudo y alto, tiende a hablar con diminutivos y evade el contacto directo con los ojos. Mueve constantemente sus manos metiéndolas entre sus piernas la mayor parte del tiempo. También se observa un movimiento constante en sus pies meciéndolos de adelante hacia atrás. Ríe, incluso cuando habla de cosas difíciles en su discurso, se observa incongruencia entre sus gestos y posturas que no son acordes con lo que habla.

Acude a su primera sesión con entusiasmo y disponibilidad, al respecto comenta: “cuando me dijeron que pasaría con la psicóloga me dio mieditis pero sí creo en que será bueno para mí”

#### **Antecedentes de importancia:**

Alma es la menor de dos hermanas (48 y 47 respectivamente), sus padres están casados desde hace más de 40 años, el padre esta pensionado por la compañía de petróleos mexicanos y lo describe como un hombre muy cariñoso que consiente todos sus caprichos desde que era pequeña. Comenta que su rol en el hogar es muy pasivo, pocas veces opina sobre lo que se refiere a las decisiones cotidianas o en las trascendentales de la casa. Quien lleva la batuta de la casa es su madre, una mujer de 67 años, vigorosa, de carácter fuerte y con un negocio propio (papelería). La describe como una mujer dura, crítica y perfeccionista. Recuerda que desde muy niña le pegaba de manera muy agresiva por cosas insignificantes valiéndose de palos, cables y hasta piedras. Refiere que a sus hermanas no las agredía tan fuerte como a ella y que esa situación le ocasiona mucho enojo porque siempre consideró que sus dos hermanas fueron las consentidas. Su padre no se enteraba porque llegaba en la noche del trabajo y cuando veía algo se quedaba callado. En numerosas ocasiones su madre le ha dicho que no quería que ella naciera, en sus propias palabras así lo describe: “Mi mamá me ha dicho que no quería tenerme, que ya tenía tres hijos (mis hermanas y mi papá) y que con una más serían más problemas”. También recuerda estas frases que le repetía constantemente: “Eres un floja, inútil, no me ayudas en

nada” “No sabes hacer nada, que vas a hacer cuando seas mujer” “No me mires con cara de estúpida”. Alma comenta que siempre ha buscado que su mamá le haga un buen comentario, que le sonría o por lo menos que no la ataque.

Refiere que sufrió mucho en su adolescencia, recibía muchas burlas por su tono de voz (le decían que hablaba como “niñita”), su personalidad se tornó introvertida y temerosa, solo asistía al colegio por obligación pero inmediatamente se refugiaba en su casa, casi no tuvo amigas. Nunca se destacó con buenas calificaciones, por el contrario tuvo problemas de dislexia que duró hasta la edad de 12 años aproximadamente.

La única persona en la que confiaba y por la que se sentía protegida fue su abuela materna, nunca la crítico ni se burló de ella. Falleció cuando Alma tenía 12 años y a partir de ese momento Alma tuvo ideas suicidas que han permanecido hasta la actualidad.

Alrededor de los 16 años comenzó a tener ideas catastróficas sobre la maternidad y el embarazo. Mostraba total rechazo a convertirse alguna vez en madre por la responsabilidad que esto implicaba y por otro lado, comenzó a tener miedo de que fuera infértil y tuviera que adoptar. En sus propias palabras comenta: “Cuando tenía casi los 16, pensaba no sé porqué...pero pensaba: Y si no pudiera tener hijos, adoptaría?”

Estudió una carrera técnica en arte y confección por creer que no era capaz de estudiar una licenciatura. Cuando veía a su hermana mayor estudiar con sus grandes libros, solo le daba pavor tener que estar en el mismo lugar. Tiempo después de terminar su carrera, conoció al que es su pareja actualmente. Es un hombre de 44 años, contador y es empleado de una empresa dedicada a los trasportes de carga. Lo describe como un hombre responsable, honesto y bonachón. Decidieron vivir juntos y no casarse porque Alma así lo consideró mejor, construyeron su departamento en la planta alta de la casa de la mamá de Alma mientras podían comprar una casa propia, pero han vivido ahí desde hace 11 años. Alma ayuda a su madre todas las tardes en el negocio que tiene (papelería) pero no recibe ningún tipo de sueldo.

Comenta que la relación con su madre es tan difícil, que tiene que pedirle siempre permiso para salir (cualquiera que sea el motivo). Tiene la sensación de sentirse atrapada por el dominio que su madre ejerce sobre ella, en sus propias palabras comenta: “No puedo hacer nada sin que se entere, nada de lo que hago está bien, siempre me critica cualquier sueño que quiera iniciar...” Por otro lado, su madre se involucra negativamente en su matrimonio ocasionándole problemas con su pareja porque también lo critica a él.

Cuando Alma quiere salir con amigos o usar una falda, su madre dice: “Te ves como una callejera, qué clase de mujer sale con otros...qué es lo que vas hacer?”

La relación con su pareja últimamente ha sido muy tensa, Alma lo describe como un nudo que no puede solucionar. El es paciente con ella pero discuten constantemente porque todas las decisiones que toman como pareja, ella necesita consultarlas con su madre y que ésta le de su autorización. En sus propias palabras, comenta esto al respecto: “No puedo evitarlo, me da miedo que ella se enoje si no le digo las cosas...me da miedo que piense que la hago a un lado...en ocasiones me dice que porqué hablamos a sus espaldas...”

Cuando el embarazo no llegaba, su madre comenzó con los siguientes comentarios hacia Alma: “Porque no me das un nieto...qué ni eso puedes”, “Tu marido te va a dejar si estás seca por dentro”, “No le preguntes a Alma si va a tener hijos porque está enfermita y no puede”

### **Historia médica:**

Alrededor de los 7 años inició con asma bronquial intermitente, mostraba síntomas como ataques de tos, disnea y sibilancias al hacer ejercicio y por las noches; había periodos largos asintomáticos. Llevó tratamiento médico y vivió con limitaciones por su padecimiento en toda su niñez y parte de su adolescencia. No identifica en qué momento comenzaron a desaparecer los ataques y se volvieron cada vez más distantes uno del otro. En la actualidad, no recibe tratamiento médico pero si se presenta algún evento muy estresante para ella, suele sentir los mismos síntomas que de niña (utiliza un inhalador en estos casos y suele desaparecer).

Refiere haber sido muy enfermiza, además del asma bronquial mostraba problemas gastrointestinales recurrentemente. Hace tres años, tuvo que internarse en el hospital por una apendicitis, recibió tratamiento quirúrgico y médico.

Después de cuatro años de vivir con su pareja, Alma tenía la edad de 30 años y no utilizaba ningún método anticonceptivo; comenzaron a preocuparse por que no llegaba el embarazo. Acudieron a un ginecólogo y les sugirió el coito programado y tratamiento hormonal pero no funcionó. Acudieron a tres ginecólogos más y todos coincidían en que el mejor tratamiento sería una Inseminación Artificial. Alma se negó al tratamiento y pasaron 5 años más para que llegaran a la clínica de Ingenes por una opinión más. Actualmente, inician el tratamiento y su diagnóstico fue infertilidad por factor Tubo-peritoneal y sobre peso.

#### **Padecimiento actual:**

Alma refiere que no se siente preparada para iniciar el tratamiento de Inseminación Artificial, lo hace porque su pareja estaría feliz si tuvieran un hijo y porque su madre la presiona constantemente con el tema, haciéndola sentir menos por no lograr el embarazo. Siente frustración porque los médicos no le explican bien la causa de su infertilidad y miedo porque no se siente capaz de ser buena madre y cargar con tanta responsabilidad. Considera que ha estado mucho tiempo como “paralizada” y que en muchas ocasiones prefiere no pensar en el tema, comenta que se ha vuelto experta en ignorar los comentarios de la gente a tal grado de no sentir nada.

Manifiesta cólera por lo controladora que es su madre, pero a la vez se siente incapaz de “hacerla enojar” o separarse de ella.

Alma explica su preocupación por los problemas cotidianos con su pareja, cree que si no aprenden a resolverlos, no habrá salida.

**Síntomas:**

- Relación co-dependiente con la madre
- Culpa
- Ira contenida
- Percepción de inutilidad permanente
- Baja autoestima
- Desensibilización
- Duelo no resuelto por la muerte de abuela materna
- Parálisis ante el problema de infertilidad
- Incredibilidad y negación ante el diagnóstico
- Ataques eventuales de asma bronquial
- Secuelas de apendicitis

**Conceptualización mental, emocional y física.**

<b>Pensamientos</b>	<b>Emociones</b>	<b>Sensaciones</b>
“Pienso que todo lo que dicen los médicos es para sacar dinero”	“Me siento confundida y como en shock, porque no pensé que tuviera un problema”	Ataques eventuales de asma (1 cada tres o cuatro meses)
“No estoy segura de tener un problema de infertilidad”	“Me he vuelto experta en ignorar lo que mi familia dice de mí, ya ni siento nada”	Secuelas de apendicitis
“He dejado pasar mucho tiempo, sin hacer nada con este problema, y quisiera dejarlo igual”	“Siento mucho enojo...mi mamá me	

<p>“Mi mamá me dice que no debí de haber nacido”</p> <p>“Soy una floja e inútil”</p> <p>“Nada hago bien”</p> <p>“Soy una estúpida”</p> <p>“Nunca seré una verdadera mujer”</p> <p>“Parezco callejera, buscona”</p> <p>“Como voy a tener metas si soy una floja y tonta”</p> <p>“No seré buena madre, es mucho para mí”</p> <p>“Mi pareja me va a abandonar tarde o temprano”</p> <p>“No sirvo ni para hacer hijos”</p>	<p>controla en todo”</p> <p>“Tengo miedo de que mi mami se enoje conmigo o que sienta que la quiero alejar de mí”</p> <p>“Siento miedo porque mi Juan es muy bueno conmigo pero un día lo voy a cansar...”</p> <p>“Me siento avergonzada conmigo por no ser lo que esperan de mí”</p>	
--	---	--

**Diagnóstico:**

Alma se encuentra en la fase de desorganización aguda del yo, manifestando incredulidad, parálisis y desensibilización. Se niega a enfrentar el sufrimiento de la frustración ante el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la infertilidad,

aplazando las posibles vías de solución. La pérdida de contacto con ella misma, favorece el bloqueo de su sensibilidad a las emociones que puedan provenir tanto de la percepción del medio externo como del interno.

Existe una relación co-dependiente con la figura materna ya que Alma ha alienado sus límites del yo con las ideas, creencias, juicios, actitudes y evaluaciones de la madre, en búsqueda de aceptación y/o reconocimiento. Ha perdido la oportunidad de desarrollar su propia personalidad desintegrando paulatinamente lo que en realidad necesita, desea o valora. Así mismo, constituye con su madre una relación de amor y odio, que le genera conflictos internos manifestados por el miedo y la culpa.

Evita enfrentar la responsabilidad de sus acciones por el temor al fracaso, elige someterse con tal de no afrontar el terror de separación. Su relación de pareja se encuentra susceptible a consecuencia de ello. Tiende a depositar en su pareja y su madre el auto apoyo que precisa. Somatiza con eventos casuales de asma bronquial y manifiesta secuelas de una apendicitis.

Sostiene un duelo no resuelto por la muerte de su abuela materna, desde ese momento comenzaron las ideas suicidas y permanecen hasta la actualidad.

En resumen, se sospecha que Alma manifiesta los siguientes bloqueos en el ciclo de la experiencia:

Desensibilización, postergación, confluencia, Introyección y retroflexión.

### **Estrategia terapéutica.**

Facilitar la diferenciación individual, descubriendo la frontera entre Alma y los demás al recuperar el sentido del límite. Descubrir las falsas identificaciones y creencias, que son aquellas que no promueven su propia satisfacción y de su ambiente. Vivenciar la auto expresión y experiencia de las necesidades, expectativas y sentimientos propios. Restablecer la capacidad de discriminar, integrando lo que realiza y lo que frustra, es decir, la disparidad entre las necesidades presentes y los modos con los que se enfrenta a ellas o deja de hacerlo.

Movilizar la agresión y la culpa permitiendo su libre expresión y estimulando la integración de las fuerzas personales en conflicto.

Estimular el aprendizaje de nuevos conceptos de sí misma a partir de las modificaciones en el plano del comportamiento, buscando aumentar la autoestima.

Procurar un avance hacia el contacto más pleno con sus sensaciones, de modo que pueda apreciar todos los aspectos de sí misma y que pueda advertir la experiencia de su poder y de la capacidad de sostenerse, en vez de apelar a los otros.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

Silla vacía, confrontación, descarga en objetos neutros, manejo de polaridades, exageración y desarrollo, actuación e identificación, fantasías dirigidas, psicodrama, visualización y técnicas de bioenergética.

### **Logros de la Intervención Terapéutica**

Al término de las doce sesiones, Alma logró cuestionarse sobre los introyectos pertenecientes de la figura materna, que han contribuido a formar una imagen pobre de sí misma así como a la pérdida de su identidad. A pesar de que su madre aún ejerce control sobre ella, Alma se siente satisfecha consigo misma porque ya no se cree todo lo que le dice y cada día obtiene más seguridad en tomar sus propias decisiones y asumir las consecuencias.

Logró la resolución del duelo hacia la muerte de su abuela, encontrando que ella puede ser su propio eje de auto apoyo. Mejoró significativamente su relación, cuando decidió que solo entre su pareja y ella, tomarían las decisiones importantes, dándole por primera vez, el lugar que él tanto le pedía. Al término de las sesiones se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Salama y Alma manifestó los bloqueos de Confluencia, introyección y retroflexión.

Cuando el tratamiento médico concluyó, los resultados de su prueba de embarazo fueron negativos.

## **Caso 5.**

### **Ficha de Identificación**

Nombre: Isabel

Edad: 37 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1973

Estado Civil: Separada

Escolaridad: Universidad

Ocupación: Arquitecta

Religión: Creyente en Dios

Diagnóstico Médico: Infertilidad por Síndrome de Ovario Poliquístico y endometriosis leve. Inseminación Artificial con donante de esperma.

### **Motivo de consulta:**

Isabel ingresa al programa de apoyo emocional como parte integral de su tratamiento médico para concebir un hijo.

Refiere encontrarse muy ansiosa ante la decisión que tomó por iniciar un tratamiento para concebir un hijo, estando separada de su esposo. Es una medida que le tomó tiempo resolver y finalmente la está llevando a cabo en el mejor momento de su vida; está segura de que es la mejor opción aunque el miedo y la incertidumbre no dejan de estar presentes.

Considera que aún tiene asuntos inconclusos con su esposo; aún no se da la sentencia del divorcio, y emocionalmente tiene sentimientos de lastima y culpa hacia él.

En contraste con ello, considera que no puede postergar más su necesidad de ser madre y cumplir el sueño de su vida.

**Impresión y fenomenología:**

Isabel es una mujer de complexión delgada, alta, tez clara y cabello rizado. Edad aparente a la cronológica; acude en condiciones adecuadas de higiene y su arreglo personal es minucioso. Su tono de voz alto y hace constantes cambios en el mismo, para enfatizar lo que le importa. Se observa posición relajada y confiada al hablar.

Acude a su primera sesión con interés y disposición, se extiende en sus respuestas.

**Antecedentes de importancia:**

Isabel es originaria de Michoacán, es hija única. Su madre tiene 59 años, pensionada, actualmente se dedica al hogar pero trabajó toda su vida como docente en educación primaria. Isabel refiere que sus padres siempre quisieron tener más hijos pero una complicación durante el embarazo lo impidió. Describe a su madre como cariñosa, dedicada y hogareña. Su padre es un hombre de 62 años, pensionado de una empresa tabacalera y tiene un negocio propio (sastrería). Lo define como serio y estricto pero cariñoso con ella.

Creció en un hogar tranquilo viviendo una infancia tranquila y feliz. Se mudaron a la ciudad de México cuando ella tenía 11 años y se instalaron rápidamente en una casa modesta al sur de la ciudad. Isabel estudió la carrera de arquitectura en una universidad privada, fue reconocida como el mejor promedio de su generación e inició sus prácticas laborales con un despacho privado de arquitectura y diseño. Cuando Isabel tenía 25 años, conoció al que después fuera su esposo, un hombre cuatro años menor a ella, que estudiaba aún la carrera de arquitectura. Fue “amor a primera vista”, tal como lo describe ella misma, desde que entró por la puerta para recoger unos acetatos, ella sintió “que todo su mundo cambiaba”.

Se enamoró rápidamente de él e iniciaron un noviazgo discreto; al cabo de dos años y en contra de la opinión de sus padres, decidieron casarse. Isabel comenta que tuvo numerosos problemas con su familia y con sus amigos porque la criticaban constantemente por la diferencia de edades. Trató de seguir sus

propias convicciones y hacer caso omiso de los pronósticos que le daban: “Es un inmaduro, no vas a durar”, “De qué vivirán, de amor no se vive”.

Isabel comenta que muy en lo profundo si le daba miedo una relación con desventaja para ella, pensó que cuando quisiera ser madre, tal vez él no tendría las mismas necesidades. En sus propias palabras comenta: “Si yo quisiera que tuviéramos un hijo y él no, nuestro matrimonio se vendría abajo”. Se preocupó constantemente por que ambos no coincidieran en decisiones tan importantes como esa.

Al principio su relación fue satisfactoria, él trabajaba como practicante en un despacho y por las noches en un bar de la ciudad como mesero. En palabras de Isabel: “El hacía todo su esfuerzo por darnos lo mejor”. Ella se consolidaba cada vez más en su puesto, al poco tiempo su proyección de carrera dio un giro cuando la ascendieron como Jefa de departamento. A pesar de que la nueva responsabilidad le demandaba tiempo completo, se sentía feliz y satisfecha con ella misma.

Su relación empezó a decaer después de que cumplieron tres años de casados, él dejó el despacho donde estaba porque no toleraba que le dieran ordenes. Su sueldo fue a partir de ahí muy inestable porque dependía de las propinas. Abandonó por completo ejercer su carrera y se dedicó más tiempo al bar en el que estaba. Se mostraba enfurecido, aislado y ofensivo. Su vida sexual pasó a ser nula.

Tiempo después, se desaparecía por dos o tres días sin justificación alguna. Empezó a beber y a faltar en su trabajo. Cada día era más agresivo y comenzó a hacerle comentarios más hirientes sin motivo alguno. Isabel creyó que era una depresión por la falta de trabajo y por la diferencia de sueldos en ambos, ella sostenía todos los gastos de la casa.

Cuando ella cumplió los 33 años, recibió una confesión por parte de él: tenía Sida. Ha sido la noticia más difícil a la cual se ha enfrentado. Se realizó estudios para saber si también estaba contagiada y los resultados fueron negativos (había pasado más de un año sin tener intimidad con él), Isabel describe que enterarse de que no estaba contagiada fue como volver a nacer. Su pareja cada día estaba

peor física y emocionalmente, no se sintió capaz de dejarlo a su suerte. Decidió quedarse a su lado para cuidar de él, se ocupaba de los gastos médicos, de mantenerlo aseado y de que comiera a sus horas.

A pesar de sus esfuerzos, él descargaba toda su amargura en ella. Cada día la insultaba con mayor severidad, le decía que lo dejara, que ella tenía la culpa de todo y que nada hacía bien. La situación fue empeorando, la enfermedad impidió que su pareja se levantara, comenzó con una infección en los riñones y siguió hacia el estómago.

Isabel se resistía a abandonarlo en una situación tan difícil, él no tenía familiares dispuestos a ayudarlo y mucho menos amistades sinceras. Después de soportar por tres años las mismas circunstancias, decidió separarse. La casa que con su esfuerzo había construido por años, se la dejó.

Una vez separada e interponiendo la demanda de divorcio, se dio cuenta de que su deseo más grande había sido ser madre y que por su edad, no tendría mucho tiempo. Se encontraba en su mejor momento económico, profesional y de madurez para solventarlo sola. No tiene intención de conocer a una nueva pareja por el momento. En sus propias palabras comenta: “No pienso tener un hijo con alguien así porque sí, si la tecnología nos ayuda...para qué meterse en problemas...”

Cuando se abordaron las causas por las que desea un hijo, mostró interés genuino por la maternidad y comprende las responsabilidades y consecuencias de su decisión. Manifiesta miedo por el futuro y las preguntas de la gente pero se siente preparada para enfrentar lo que sea necesario.

### **Historia médica:**

Se considera una mujer muy sana, refiere que durante su infancia y adolescencia rara vez se enfermaba. No consume alcohol ni fuma. Practica natación una vez por semana y cuida su alimentación normalmente. Lo único que le ha estado molestando durante los últimos seis meses es una gastritis leve y está tomando medicamento para controlarla.

Cuando llegó a la clínica de reproducción asistida, le hicieron numerosos estudios y como resultado encontraron ovarios poliquísticos y endometriosis leve. Cuando supo el diagnóstico solo confirmó lo que ella intuía, sabía que tenía un problema, por eso quiere actuar lo antes posible. Se someterá a una Inseminación Artificial con donante de esperma.

**Padecimiento actual:**

Isabel refiere no haber sanado la relación con su ex pareja, manifiesta tristeza, lástima y culpa hacia él. No puede dejar de pensar en cómo hubiera sido su vida si no lo hubiera conocido y en todo lo que tuvo que vivir a su lado. Lamenta profundamente su situación pero considera que la mejor decisión fue dejarlo. En sus propias palabras comenta: “Tal vez me hubiera quedado a su lado, con su enfermedad y lo que implica...pero si no me hubiera tratado tan mal...” “Pienso que si lo amé y que aún hoy sigo sintiendo algo por él” “Me siento culpable por haberlo dejado así...en cama y sin poder pararse...tal vez, no me lo perdona nunca” “A veces me da un poco de coraje pero después pienso en lo que le espera y se me olvida”

Ante el inicio del tratamiento siente miedo de que falle, pero está tranquila con su decisión de llevarlo a cabo. Sus padres están informados y la apoyan.

**Síntomas:**

- Duelo por divorcio
- Culpa
- Ira contenida
- Fijación por el “hubiera” y recuerdos pasados
- Miedo ante la falla del tratamiento.

### Conceptualización mental, emocional y física.

Pensamientos	Emociones	Sensaciones
<p>“No puedo dejar de pensar en lo que hubiera sido mi vida si no lo hubiera conocido”</p> <p>“No puedo dejar de pensar en los momentos tan felices que pasé con él”</p> <p>“No puedo dejar de pensar en todo el sufrimiento que me ocasionó”</p> <p>“No debí dejarlo así”</p> <p>“Pienso que tal vez me hubiera quedado a su lado, con su enfermedad y lo que implica...pero si no me hubiera tratado tan mal...”</p>	<p>“Siento tristeza y pena por él, nadie se merece tanta soledad”</p> <p>“Me siento culpable por haberlo dejado así...en cama y sin poder pararse...tal vez, no me lo perdone nunca”</p> <p>“Pienso que si lo amé y que aún hoy sigo sintiendo algo por él”</p> <p>“A veces me da un poco de coraje pero después pienso en lo que le espera y se me olvida”</p>	<p>Gastritis</p>

## **Diagnóstico:**

Isabel se encuentra en la fase de reorganización, reconoce la infertilidad y acepta sus consecuencias. Se siente capaz de enfrentar la situación planeando estrategias lógicas y adecuadas para encontrar soluciones. Mantiene buena conciencia de sí misma, diferenciando claramente sus necesidades y desarrollando las destrezas que le permiten satisfacerlas. Asume la responsabilidad de sus acciones y sus consecuencias.

Mantiene un duelo postergado ante la separación de su pareja y el proceso de divorcio que enfrenta, esto ligado a un conflicto emocional cargado de sentimientos ambivalentes. Por un lado, la tristeza y la culpa, y por otro el enojo contenido y que no ha sido consciente o reconocido a consecuencia del trato injusto que recibió. Se sospecha que la culpa surge como resultado de resentimientos no expresados.

Perdió sus límites de contacto durante el tiempo que solventó la relación tóxica con su pareja, sometiéndose al trato áspero. Presenta fijación en recuerdos pasados y fantasías del “hubiera” como mecanismo de negación de la realidad y como necesidad rígida de completar el viejo asunto inconcluso e impidiendo el flujo de la energía. Somatiza con gastritis.

En resumen, se sospecha que Isabel presenta los siguientes bloqueos en el ciclo de la experiencia: Fijación, Retroflexión y Confluencia.

## **Estrategia terapéutica.**

Estimular el reconocimiento y la expresión de las emociones derivadas de los duelos que Isabel no ha resuelto: la separación de pareja y el afrontamiento de la enfermedad de Sida que vivió al lado de su esposo; buscar su integración y resolución.

Colaborar en su aprendizaje hacia la vivencia en el aquí y el ahora, utilizando diferentes fantasías y anclajes que permitan observar sus emociones, conductas, actitudes y respuestas en el momento presente. Facilitar el proceso de quedarse con lo que le nutre y eliminar lo que es tóxico.

Utilizar su síntoma de somatización (gastritis) como fuente de información y diálogo entre ella y su cuerpo, de tal manera que pueda expresar de manera verbal o corporal lo que está callando.

Esclarecer mitos y realidades sobre la maternidad con donante de semen; establecer diferencias entre las expectativas reales y las imaginarias.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

Silla vacía, descarga en objetos neutros, manejo de polaridades, exageración y desarrollo, psicodrama, y cambio de roles.

### **Logros de la Intervención Terapéutica**

Al término del programa, pudo reconocer el enojo hacia su pareja y expresarlo de manera saludable. Inició un proceso de resolución ante la separación de su pareja y el divorcio inminente, sin embargo, este proceso tendrá que continuar por un periodo más de tiempo. Se perdonó a sí misma por haberse separado de él pero también reconoció que su relación para ese momento ya era muy tóxica y que tenía todo el derecho de hacerlo.

Disminuyó su fijación por el pasado para centrarse más en su presente y asumió de manera realista, la responsabilidad que le espera al lograr el embarazo.

Al término de las sesiones se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Salama y Alma manifestó únicamente el bloqueo de Retroflexión.

Cuando el tratamiento médico concluyó, los resultados de su prueba de embarazo fueron positivos.

## **Caso 6.**

### **Ficha de Identificación**

Nombre: Elena

Edad: 37 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 1973

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica

Diagnóstico Médico: Infertilidad por pérdida gestacional previa.

### **Motivo de consulta:**

Elena ingresa al programa de apoyo emocional como parte integral de su tratamiento médico para concebir un hijo.

Elena refiere tener un desgaste emocional severo a casusa de dos abortos espontáneos ocurridos en el año de 1997 y 1999 respectivamente. Está convencida de que es un castigo de Dios y que por ello, no logra el embarazo hoy en día.

Comenta que su esposo es alcohólico y que esa ha sido la causa de todos sus problemas. Se siente sola, triste y desesperada. En sus propias palabras comenta: "Cuando estoy sola, subo el volumen de la tele para llorar fuerte y sin parar...me duelen los ojos...me duele la cabeza...me duele el alma"

### **Impresión y fenomenología:**

Elena es una mujer de tez morena, cabello oscuro y moderado sobre peso. Edad cronológica mayor a la aparente; acude a su cita con escaso arreglo personal e higiene. Su tono de voz es bajo y tiende a evadir la mirada.

Muestra disposición e interés comentando lo siguiente: “En ninguno de los lugares donde hemos ido había un psicólogo...que bueno que aquí sí”.

### **Antecedentes de importancia:**

Elena es originaria de la ciudad de México, ocupa el segundo lugar de 6 hijos (40, 34, 32, 30, 27, 24 años respectivamente). Su madre es una mujer de 59 años, dedicada al hogar. Elena la describe como sumisa, reservada y poco expresiva. Su padre es un hombre de 64 años y actualmente se dedica a la compra venta de autos usados, es alcohólico y asiste a un grupo de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (tiene dos años sobrio). Elena lo describe como distante, callado y agresivo cuando está en estado de ebriedad.

Su infancia la describe como “dura”, atravesó por violencia intra familiar e indiferencia por parte de ambos padres. Tal como lo describe: “Vivía sola, ni con tantos hermanos me sentía acompañada”.

Concluyó sus estudios hasta la preparatoria, siempre le resultó difícil obtener buenas notas. Su padre le repetía constantemente que las mujeres no servían para los estudios y que mejor aprendiera a lavar y cocinar.

Alrededor de los 15 años, comenzó a subir evidentemente de peso, a medida que se sentía mal con su aspecto, más comida ingería y fue así que comenzó a apartarse de amigos y salidas.

Elena refiere que al ver la vida que llevaba su mamá, entre alcohol y golpes, comenzó a creer que era preferible no casarse y mucho menos tener hijos. Llegó a la conclusión de que no quería esa vida y por lo tanto, excluyó cualquier acercamiento con el sexo opuesto. En sus propias palabras: “Era tanto mi miedo a embarazarme, que alejaba a los hombres de cualquier manera”.

A sus 19 años, sin embargo, se enamoró de un hombre que trabajaba con ella en una maquiladora. Lo que más le llamó la atención de él fue su carácter fuerte y decidido. Aunque era reservado era atento y cuidaba de ella.

Cuando la situación era insoportable en su hogar, decidió casarse a los 24 años con él. En sus propias palabras comenta: “No sé si en verdad lo quería o necesitaba salirme de mi casa, que parecía que estallaba”. Desde el comienzo su vida matrimonial fue difícil porque su esposo también era alcohólico. Elena sabía de su problema pero no creyó que fuera tan grave, cuando eran novios, ella solo lo veía tomar en fiestas. Una vez casados, tomaba todos los fines de semana hasta quedar inconsciente. Al respecto, Elena comenta: “Todos los fines de semana tomaba hasta embriutecerse completamente...lo bueno que nunca me ha pegado”.

A pocos meses de haberse casado, se dio cuenta de que estaba embarazada y con rabia le gritaba a Dios que porqué le mandaba un hijo en ese momento, cuando tenía tantos problemas con su esposo. Elena describe su sensación: “deseaba no tener a ese hijo, no por él sino por la vida que le daría”.

Días después comenzó con un sangrado que se complicó y tuvieron que llevarla de emergencia al hospital para hacerle un legrado. Elena comenta que el dolor físico que sentía era insoportable y que su esposo no estuvo con ella para apoyarla porque estaba tomando. Cayó en depresión y se culpaba a sí misma del aborto, creyendo que se lo había provocado por tener ese tipo de pensamientos y que Dios la estaba castigando. Se sentía muy sola y con la sensación de que a su esposo no le importaba.

Después de año y medio, la situación con su pareja era la misma. Su alcoholismo y su desinterés continuaban aumentando. Elena se dio cuenta que por segunda vez estaba embarazada, en sus propias palabras habla de su experiencia: “no podía creerlo, justo cuando estaba peor con mi esposo...me embaracé de nuevo” “renegué de porqué nuevamente Dios me mandaba un hijo y yo con tantos problemas...” “No quería que mi hijo viniera al mundo a sufrir”.

A las cinco semanas de embarazo inició un sangrado ligero pero una semana después, el sangrado no se detenía y el dolor aumentaba de intensidad. Ingresó

al hospital y le diagnosticaron un embarazo ectópico y que tenían que practicarle una cirugía para extraer al embrión.

Su depresión continuó y no paró de culparse por haber provocado nuevamente el aborto. En sus propias palabras comenta: "Dios me seguía castigando".

Después de hacerse numerosos estudios le detectan hipertiroidismo y le recomiendan por su edad, hacer un tratamiento de Inseminación Artificial para lograr el embarazo a término. Después de varios años, su esposo y ella deciden intentarlo financiando el tratamiento con la venta de su auto y algunos ahorros.

### **Historia médica:**

Elena comenta que durante su infancia no tuvo enfermedades de importancia. A los 15 años, tiene una ganancia acelerada de peso generándole múltiples complejos y aislamiento. Al principio no se explicaba por qué subía tan rápido de peso pero con el paso del tiempo, se acostumbró a la situación y compensaba su ansiedad con la comida. A medida que se sentía mal con su imagen comía más.

En 1997 tuvo el primer aborto espontáneo, le practicaron un legrado. A finales de 1998, le diagnostican un embarazo ectópico y le hacen una intervención quirúrgica de emergencia.

En 1999 le diagnostican hipertiroidismo y es tratada con Iodo radioactivo para controlarla.

En el 2004, ingresan en el Instituto de Perinatología y comienzan un tratamiento para concebir un hijo (coito programado). No tienen éxito y deciden no volver a intentarlo.

En el 2010, su esposo y ella retoman la idea de buscar el embarazo e ingresan a la clínica de Ingenes para realizarse una Inseminación Artificial.

Su diagnóstico es Infertilidad asociada a pérdida gestacional previa.

**Padecimiento actual:**

Elena refiere tener un profundo dolor por los abortos que ha vivido. Se siente culpable por su muerte y está convencida de que Dios la ha castigado. Manifiesta que su pareja tiene alcoholismo y que es una situación que le preocupa porque no sabe que le va a ofrecer a su bebe (si se lograra el embarazo), pero aún así está dispuesta a intentarlo y pone sus expectativas de prosperidad en su relación, creyendo que un hijo los uniría y tal vez haría que su esposo deje el alcohol para hacer una vida plena.

**Síntomas:**

- Duelo por dos abortos previos
- Co dependencia con pareja alcohólica
- Sospecha de trastorno depresivo
- Cambios drásticos de humor
- Autoagresión (insultos, desprecios y críticas hacia ella misma)
- Pensamiento catastrófico
- Fijación por el embarazo
- Fantasías de fuga
- Idealización del embarazo
- Hipertiroidismo

### Conceptualización mental, emocional y física.

Pensamientos	Emociones	Sensaciones
<p>“Porque Dios me manda hijos justo cuando más problemas tengo con mi esposo”</p> <p>“Dios me sigue castigando”</p> <p>“Yo no quería que mi hijo viniera a sufrir”</p> <p>“Nuevamente estaba embarazada y no quería que ese niño naciera”</p> <p>“Por tener esos pensamientos me provoqué los abortos”</p> <p>“Mi esposo tomaba todos los fines de semana hasta embriarse completamente...lo bueno que nunca me ha pegado”</p> <p>“Mi esposo siempre me ha ignorado...no le importo”</p> <p>“Veo un bebe y me da la tristeza, al pasar por tiendas de bebes,</p>	<p>“Cuando estoy sola, subo el volumen de la tele para llorar fuerte y sin parar...me duelen los ojos...me duele la cabeza...me duele el alma”</p> <p>“Me siento triste la mayor parte del día...todos los días”</p> <p>“Me siento culpable por la muerte de mis bebes”</p> <p>“Tengo miedo de la vida que le espera a mi hijo si viniera pero sé que todo mejoraría”</p> <p>“Me siento muy sola, no tengo a nadie”</p> <p>“Mi esposo toma todos los fines de semana, me ignora, me habla fuerte, a veces me humilla...pero ya hasta estoy acostumbrada”</p> <p>“He intentado dejarlo pero no puedo, creo que si lo quiero”</p>	<p>Hipertiroidismo</p>

<p>pienso en que nunca podré comprar algo para mi hijo”</p> <p>“No puedo dejar de pensar en tener un hijo, eso nos uniría y a lo mejor hasta mi esposo deja de tomar”</p>		
---	--	--

**Diagnóstico:**

Elena se encuentra en la fase de desorganización grave del yo, presentando sintomatología depresiva y culpígena. Se estima co-adicción con su pareja alcohólica; niega la realidad de su relación centrando el sentido de su vida en la conducta de su pareja, Explica su labilidad emocional en lo que percibe provocado por su esposo. Intenta poner orden en el caos sin lograrlo y sufre las consecuencias de su intento, para lo que utiliza mecanismos como la negación y la proyección. La ganancia secundaria de este cuadro es el poder satisfacer una gran necesidad de control a través de conductas manipuladoras, amenazas, chantajes y complacencias. Disipa sus límites perdiendo su propia identidad, fusionándose emocional, mental y actitudinalmente con las necesidades de su pareja.

Presenta dos duelos crónicos no resueltos, el primero por un aborto espontáneo y el segundo por un embarazo ectópico. En ambos se observa la existencia de fijación con pensamientos auto-destructivos.

Elena encuentra en la posibilidad del embarazo la fantasía que necesita para evadir su realidad, manifestando dificultad para discriminar las implicaciones de sus decisiones y hacerse responsable de sus consecuencias.

En resumen, se sospecha que Elena manifiesta los siguientes bloqueos de la experiencia: Confluencia, fijación, proyección y retroflexión.

### **Estrategia terapéutica.**

Facilitar la resolución de los duelos crónicos a consecuencia de los dos abortos espontáneos por los que atravesó, mediante el manejo de la culpa, la necesidad de autodestrucción y las creencias falsas acerca del merecimiento de castigo.

Proporcionar herramientas de auto conocimiento y conciencia que permitan discutir los motivos más profundos por lo que Elena busca el embarazo; a partir de ello, elaborar un esquema basado en hechos reales sobre lo que implica lograr la concepción y clarificar un panorama de su vida a corto y largo plazo.

Se sugiere la introducción en un grupo de autoayuda en el que se canalice su co-adicción.

Técnicas y Estrategias utilizadas:

Asimilación de proyecciones, fantasías guiadas, expresar lo no expresado, silla vacía, encontrar las formas de manipulación, confrontación y anclaje.

### **Logros de la Intervención Terapéutica**

Al término de las doce sesiones, Elena pudo elaborar el duelo no resuelto por el aborto espontáneo y el embarazo ectópico que vivió. Disminuyó su necesidad de reprocharse, asumiendo la realidad de los hechos y las circunstancias por los que atravesaba. Dejó de creer que era un castigo divino y encontró que la que en realidad se castigaba era ella misma.

Al término de las sesiones se aplicó el Test de Psicodiagnóstico de Salama y Alma manifestó únicamente los bloqueos de Confluencia y retroflexión.

Por características de personalidad de Elena así como la situación que enfrentaba con el alcoholismo de su pareja y su co-adicción, se recomendó al equipo médico que por el momento no se llevara a cabo ningún tratamiento para lograr el embarazo. Se revalorarán sus circunstancias en un año para saber si ya es candidata al tratamiento.

## CAPÍTULO 7

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el fin de estructurar el análisis de los resultados, se dividió en cuatro aspectos:

- 1.- La Identificación de la fase del duelo en la que encontraba cada paciente al inicio del tratamiento.
- 2.- Los tipos de bloqueo en el ciclo de la experiencia y su frecuencia, en el proceso de duelo frente a la infertilidad y el sometimiento a un tratamiento de Inseminación Artificial.
- 3.- Los factores comunes en las pacientes con diagnóstico de infertilidad que se sometieron a un tratamiento de Inseminación Artificial y su duelo.
- 4.- La comparación de los bloqueos registrados al inicio del tratamiento y los bloqueos registrados al final del tratamiento mediante la aplicación del Test de Psicodiagnóstico de Salama.

A continuación se desarrollará cada aspecto en particular:

1. Identificación de la Fase del duelo en la que encontraba cada paciente al inicio del tratamiento.

A partir de las sesiones terapéuticas realizadas con las pacientes y en base al análisis de sus discursos, se elaboró un recuadro que reúne las diferentes fases del duelo y sus características así como la ubicación que le corresponde a cada una de las pacientes, señalando con una X.

PACIENTE	FASES DEL DUELO			
	DESORGANIZACIÓN AGUDA DEL YO	DESORGANIZACIÓN GRAVE DEL YO	REORGANIZACIÓN	REAJUSTE DEL SISTEMA
	Incredulidad/Parálisis /Desensibilización	Enojo/tristeza/culpa/proyección/fijación	Reconocimiento /aceptación	Adaptación y cambio
María Fernanda		X		
Elisa	X			
Ivett		X		
Alma	X			
Isabel			X	
Elena		X		

Tabla 1. Ubicación de la fase de duelo en la que se encontraban las pacientes al iniciar el tratamiento.

Como se puede observar en la Tabla 1, la fase del duelo en la que más pacientes se ubicaron (3 de 6), fue la fase de Desorganización Grave del Yo, mostrando estancamiento en emociones tales como el enojo, la tristeza, la culpa, la proyección o idealización según el caso en particular.

Dos pacientes se ubicaron en la Fase de Desorganización Aguda del Yo, manifestando respuestas de incredulidad, parálisis o desensibilización.

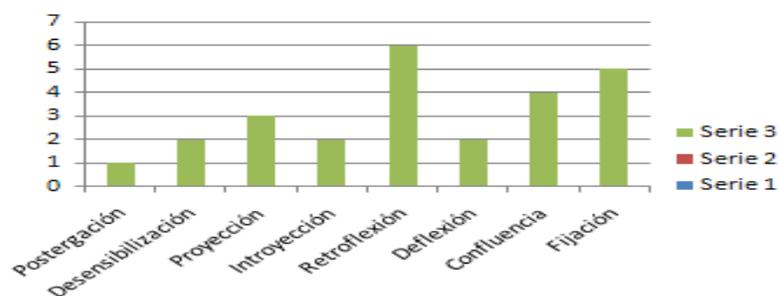
Se registró solo un caso en la fase de duelo denominada Reorganización, con manifestaciones de reconocimiento y aceptación ante la pérdida de fertilidad. Cabe señalar que la paciente que se identificó en esta fase del duelo, es la única mujer que no está casada y que asumirá la maternidad con sus propios recursos. Para este caso, se requirió de la donación de semen.

2. Los tipos de bloqueos en el ciclo de la experiencia y su frecuencia en el proceso de duelo frente a la infertilidad y el sometimiento a un tratamiento de Inseminación Artificial.

Para obtener la frecuencia de los bloqueos en el ciclo de la experiencia, en primer lugar se extrajeron fragmentos literales del discurso de las pacientes que podrían ejemplificar características propias de cada bloqueo. Posteriormente, se clasificaron según su contenido significativo. (Ver Anexo 2 )

De esta manera, se consiguió ubicar el tipo de bloqueo en el ciclo de la experiencia de cada paciente según los pensamientos, emociones y sensaciones (lo corporal) que manifestaron en su discurso durante las sesiones.

La Tabla 2 resume los bloqueos en el ciclo de la experiencia que presentó cada paciente y la gráfica que lo esquematiza.



ue

PACIENTE	POSTERGACION	DESENSIBILIZACION	PROYECCION	INTROYECCION	RETROFLEXION	DEFLEXION	CONFLUENCIA	FIJACION
María Fernanda			X		X	X		X
Elisa		X		X	X	X	X	X
Ivett			X		X			X
Alma	X	X		X	X		X	
Isabel					X		X	X
Elena			X		X		X	X
Z	1	2	3	2	6	2	4	5

presenta mayor incidencia en las pacientes que atraviesan por duelo ante la Infertilidad; todas las pacientes mostraron en mayor o menor grado la somatización de síntomas en el cuerpo, descargando la energía sobre sí mismas en lugar de redistribuirla para lograr actuar en el ambiente y manejar la situación de modo que se satisfaga su necesidad. Dirigen su energía de manera equivocada, convirtiéndose en el objeto de su acción en lugar de manifestarlo en el entorno. En general, expresan este bloqueo con autoagresión, compulsión o desvalorización que puede ser atribuido a emociones tales como la culpa, ira o tristeza contenidas.

El bloqueo de *Fijación* obtuvo el segundo lugar en incidencia (en 5 de los 6 casos), en la mayoría de las pacientes se presentaron pensamientos o emociones que no podían dejar de repetir pero que a su vez, les ocasionan malestar generalizado. Entre los pensamientos más recurrentes se encontraron: el logro de la concepción, idealización y/o ideas catastróficas del futuro, fantasías con bebés o niños, miedo a la falla del tratamiento, fantasías sobre cómo mejoraría su vida, y el conteo incisivo del tiempo que pasa sin lograr el embarazo. También presentaron fijación por los asuntos inconclusos en su pasado.

El bloqueo de *Confluencia*, ocupó el tercer lugar en manifestación (en 4 de los 6 casos), las pacientes con este bloqueo pierden los propios límites para buscar la aceptación y/o el reconocimiento de la pareja, los familiares o personas significativas para ellas. Establecen una base muy débil para sus relaciones interpersonales y pueden someterse a la voluntad de otros. Difícilmente reconocen sus necesidades, deseos y preferencias evadiendo la responsabilidad de su propia vida.

El bloqueo de *Proyección*, obtuvo el cuarto lugar (en 3 de los 6 casos), las pacientes mostraron tendencia a atribuirles a otros, situaciones que les son propias. No reconocen partes de su propia personalidad con las que niegan a identificarse. En este caso, las pacientes embisten sus frustraciones contra la pareja, Dios, los médicos o cualquier situación que no cumpla con sus expectativas.

Los bloqueos de *Introyección*, *Deflexión* y *Desensibilización* se presentaron en el mismo número de pacientes (2 casos para cada uno de ellos). Principalmente la

desensibilización ocurre en las primeras fases de duelo en la infertilidad, como mecanismo de defensa ante el sufrimiento que enfrentan; el dolor se reprime y da tiempo a que la psique esté preparada para asimilar lo acontecido.

La deflexión surge a consecuencia de la evitación directa con el problema y se manifiesta por ejemplo, cuando las pacientes no acuden a sus citas médicas, cuando se administran incorrectamente el medicamento o cuando abandonan el tratamiento de manera intermitente. Hablan del pasado cuando el presente es más relevante, usan lenguaje excesivo perdiéndose en su propio discurso o son abstractas en lugar de hablar sobre lo que en realidad les causa dolor.

La introyección se hace evidente cuando las pacientes tienen sentimientos de minusvalía por no cumplir con aquello que les demanda el medio: ser madres. Se presenta el “debo” y el “tengo” como prioridades en su jerarquía de valores, anteponiéndolos a sus verdaderas necesidades. En la mayoría de los casos, reflejan creencias, actitudes, valores y sentimientos que les han sido transmitidos a edad temprana y que a pesar de su repercusión negativa no pueden desligarse de ellos.

En solo uno de los seis casos, se presentó el bloqueo de *Postergación*, la elección de evadir por completo la situación dolorosa, conlleva a no realizarse estudios médicos, iniciar un tratamiento de reproducción asistida, a evitar hablar del tema y llevar la vida “como si” no ocurriera nada. Incluso puede aparecer una pérdida de interés aparentemente genuino, que justifica la inmovilización de cualquier recurso para su resolución.

### 3. Factores comunes en las pacientes con diagnóstico de infertilidad que se sometieron al tratamiento de Inseminación Artificial y su duelo.

En base en la experiencia del trabajo terapéutico con las pacientes que aceptaron colaborar en esta investigación y que después de haber sido diagnosticadas con un problema de infertilidad decidieron someterse a un tratamiento de Inseminación Artificial, pudieron observarse factores comunes que se presentaron en todos los casos o que enmarcaron a la mayoría. Los factores más importantes que se hallaron son los siguientes:

*a) La presencia de duelos crónicos no resueltos.*

Todas las pacientes mostraron algún duelo no resuelto que se ha convertido en crónico con el paso del tiempo. Estas vivencias inconclusas pueden reactivar el duelo que afrontan en el presente, que es el de la pérdida de la fertilidad y la posibilidad de concebir naturalmente, complicando el tratamiento psicoterapéutico. A continuación se enfatizan los duelos crónicos que manifestó cada paciente.

- María Fernanda: Duelo no resuelto por la muerte de su padre.
- Elisa: Duelo por el aborto que se provocó años atrás.
- Ivett: Duelo por la pérdida de su infancia, adolescencia y parte de su vida adulta al haber tenido que hacerse responsable de sus tres hermanos a muy corta edad.
- Alma. Duelo por la muerte de la abuela materna.
- Isabel. Duelo por separación y divorcio de la pareja.
- Elena. Duelo por aborto espontáneo y embarazo ectópico.
- 

*b) Idealización del embarazo, el hijo imaginario y los verdaderos alcances de la concepción.*

Otro factor común a todas las pacientes es la idealización del embarazo manifestando creencias falsas y sobreestimación de las ventajas e implicaciones del mismo. Algunas pacientes sostienen creencias falsas e irracionales, especulando por ejemplo, que el embarazo no tiene ninguna molestia física, que no existen cambios importantes en la mujer más que el crecimiento del vientre o incluso que lo único que cambia, es la ropa que usa la madre.

Con respecto al hijo imaginario, también idealizan un bebe que no va a llorar, que no va a enfermarse, que no les demandará mucho tiempo. En general, tienen la creencia instaurada de la mercadotecnia que vende bebes sanos y hermosos.

A si mismo, idealizan los alcances de la concepción, colocándola como el mejor recurso para salvar la relación de pareja, su estabilidad emocional o física, la recuperación del estatus social o de sus relaciones interpersonales. Postergan hacerse responsables de su vida presente, colocando su felicidad en el futuro y solo si, se lograra el embarazo.

*c) La representación somática en el cuerpo.*

En todas las pacientes se encontraron manifestaciones somáticas en el cuerpo. Aún cuando la enfermedad ya estuviera presente antes de recibir el diagnóstico de infertilidad, cuando iniciaban el tratamiento notaban un incremento o reaparición del síntoma. Las somatizaciones más frecuentes fueron: Insomnio, opresión en el pecho, taquicardia, falta de apetito y migraña.

*d) La fijación en el logro del embarazo o en que el tratamiento fracase.*

En todas las pacientes, el tema central de su vida y de cualquier día cotidiano, se convirtió en lograr el embarazo después del tratamiento médico. Pensamientos, emociones y actitudes se focalizaban en una frase “tengo que embarazarme”. La mayoría mostró la sensación desagradable de no poder dejar de pensar en lo mismo, de hablar de lo mismo o incluso de no moverse de la cama para retener al embrión.

En su versión contraria, también presentaron fijación en la idea de que el tratamiento fracase. No podían dejar de pensar en qué sucedería si el tratamiento fallara. A consecuencia de ello, reportaron insomnio, falta de apetito, ansiedad generalizada, irritabilidad, cambios drásticos de humor y llanto recurrente.

*e) Ideas catastróficas o profecías autocumplidoras que se manifestaron en la infancia o adolescencia.*

Sin duda, uno de los hallazgos con mayor sorpresa, fue que todas las pacientes mostraron un factor común que se manifestó en algún momento de su infancia o adolescencia: todas tuvieron profecías autocumplidoras o ideas catastróficas sobre la maternidad y la fertilidad. Con razón aparente o sin razón consciente, llegaron a tener este tipo de pensamientos, emociones o sensaciones.

A continuación, se ejemplifican algunas de estas ideas, rescatadas de la descripción de los casos en el apartado de Antecedentes de importancia de cada paciente.

- María Fernanda. “Yo no me voy a casar, ni me voy a llenar de hijos...”. Menciona también que alrededor de los 15 años comenzó a tener pensamientos recurrentes e incluso sueños, acerca de no poder embarazarse en un futuro.
- Elisa. “Cada que llegaba mi periodo, quería ser hombre y ser libre como ellos...a la fecha lo sigo pensando...luego me callaba a mí misma porque es como si no quisiera ser mujer y todo lo que implica”
- Ivett: “Yo no voy a tener hijos, son una gran carga”
- Alma: “Cuando tenía casi los 16, pensaba no sé porqué...pero pensaba: Y si no pudiera tener hijos, adoptaría?”
- Isabel: “Si yo quisiera que tuviéramos un hijo y él no, nuestro matrimonio se vendría abajo”
- Elena: “Era tanto mi miedo a embarazarme, que alejaba a los hombres de cualquier manera”.

4.- Comparación de los bloqueos registrados al inicio del tratamiento y los bloqueos registrados al final del tratamiento mediante la aplicación del Test de Psicodiagnóstico de Salama.

Aún cuando no es el objetivo de esta investigación, se pueden reportar los siguientes hallazgos con respecto a la presentación de los bloqueos en el ciclo de la experiencia que se manifestaron al inicio del tratamiento psicoterapéutico y los bloqueos que se encontraron al final de las sesiones.

<b>PACIENTE</b>	<b>BLOQUEOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO</b>	<b>BLOQUEOS AL FINAL DEL TRATAMIENTO</b>
María Fernanda	Retroflexión, deflexión, proyección y fijación.	Retroflexión.
Elisa	Desensibilización, deflexión, introyección, fijación, retroflexión y confluencia.	Confluencia e introyección.
Ivett	Fijación, retroflexión y proyección.	Retroflexión.
Alma	Desensibilización, postergación, confluencia, Introyección y retroflexión.	Confluencia, introyección y retroflexión.
Isabel	Fijación, Retroflexión y Confluencia.	Retroflexión.
Elena	Confluencia, fijación, proyección y retroflexión.	Confluencia y retroflexión.

Tabla 4. Bloqueos registrados al inicio del tratamiento y bloqueos registrados al final del tratamiento.

Como se puede observar en la Tabla 4, las pacientes redujeron de manera considerable los bloqueos registrados al inicio del tratamiento con respecto a los resultados encontrados después de la evaluación por medio del Test de Psicodiagnóstico de Salama, que arrojó el registro de los bloqueos al final de las sesiones terapéuticas.

Ello puede ser atribuido a que en primer lugar, se proporcionó a las pacientes información sobre la fase del duelo en la que se encontraban, permitiéndoles compartir su experiencia personal de cómo se sentían al respecto y darse la oportunidad de expresarlo. A consecuencia de ello, se estableció una comunicación más genuina con sus parejas y la posibilidad de compartir abiertamente sus miedos, dudas, emociones y percepciones sobre el curso del tratamiento, aprendiendo a reconocer las necesidades de cada uno y poder expresarlas de manera eficaz, de tal manera que encontraran en ello apoyo mutuo.

Por otro lado, se trabajó con los duelos crónicos no resueltos de cada paciente, permitiéndoles liberar sentimientos de culpa, vergüenza, enojo o tristeza y continuar con su vida en el aquí y el ahora. Esto pudo tener una repercusión en la fijación por el pasado y las tendencias auto destructivas que manifestaron algunas de las pacientes.

Otra línea de intervención fue la desmitificación de fantasías y pensamientos irracionales con respecto a la posibilidad del embarazo, desplazándolas por hechos concretos y demandas reales ante su situación. Se indagaron las causas por las que las pacientes evadían su realidad confrontando los hallazgos con ellas mismas.

Una vez que se identificaron los bloqueos en el ciclo de la experiencia al inicio de la intervención psicoterapéutica para cada caso, se trabajó con técnicas y estrategias especializadas en cada uno de los bloqueos, adaptándolas según el contexto y el tipo de paciente con la que se trabajara. Se aplicaron ejercicios vivenciales que promovieron el flujo de energía y el reconocimiento de las necesidades inconclusas.

A su vez, se otorgaron técnicas y estrategias de relajación, bioenergética y manejo de la respiración, que les permitieron manejar el estrés y la ansiedad durante el tratamiento y evitar la somatización en su cuerpo. Esto les otorgó mayor control sobre sus emociones y sensaciones, debido a que podían detectar cuando podría aparecer un episodio de ansiedad y disminuir o eliminar sus efectos.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- Se logró identificar la fase de duelo por la que atravesaban las pacientes con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial, a través de la revisión teórica de los fundamentos gestálticos comparada con la información obtenida de las pacientes durante las entrevistas. La fase de Desorganización Grave del Yo es la que tuvo mayor frecuencia y está caracterizada por estancamiento en emociones como la ira, tristeza, culpa, idealización y proyección.
- Se logró identificar los bloqueos en el ciclo de la experiencia que presentaron las pacientes mediante la categorización de los mismos, basada en el modelo del Ciclo Gestalt de la Experiencia. Los bloqueos que tuvieron más recurrencia son la Retroflexión y la Fijación. Es decir, que la mayoría de las pacientes presentaron somatizaciones en el cuerpo y la descarga de energía sobre sí mismas expresada en auto agresión, compulsión y desvalorización. Por otro lado, las pacientes mostraron incapacidad para dejar de pensar en el embarazo y el éxito del tratamiento así como ideas catastróficas sobre el mismo.
- El Ciclo Gestalt de Salama (2002), le permite al terapeuta gestalt conocer el recorrido que lleva a cabo la energía de una persona para satisfacer una necesidad o completar una gestalt, ya sea fisiológica, emocional o psicológica, en el aquí y el ahora, y todo esto representa una herramienta útil para el desarrollo del proceso terapéutico porque le proporciona al terapeuta datos sobre la evolución de las auto-interrupciones del paciente.
- Sinker (2003), comenta al respecto que el Ciclo de la Experiencia Gestalt nos permite vivir en un continuo de Conciencia del Sí mismo y del mundo, lo cual implica la integración del organismo, aprendiendo a confiar en él y obtener el desarrollo óptimo de su potencial.

- Para Ginger (1993), el terapeuta gestalt utiliza estrategias en el aquí y el ahora, que le sirven para crear oportunidades de crecimiento, realizar encuentros, vivenciar experimentos, hacer observaciones fenomenológicas, tomar contacto y llegar al continuo de la conciencia sensorial. Que el paciente descubra los mecanismos que utiliza para alienar una parte de su proceso evitando darse cuenta de sí mismo y de su medio, por lo que le ayuda al paciente a descubrirse.
- Con respecto a esto, se logró establecer y aplicar las técnicas y estrategias que fueron acordes para cada caso con la finalidad de movilizar la energía en las pacientes y liberar bloqueos que se encontraron al principio del tratamiento terapéutico.
- Se encontró que al cerrar asuntos inconclusos y necesidades sin satisfacer, los bloqueos disminuían considerablemente. El manejo de duelos crónicos que las pacientes no tenían resueltos recobró importancia debido a que, a pesar de que su presencia había iniciado tiempo atrás, afectaba a su vida en el aquí y el ahora.
- Después de observar los resultados hallados, se lograron determinar factores comunes que presentaron las pacientes con diagnóstico previo de infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial, que son los siguientes: Idealización del embarazo, el hijo imaginario y los verdaderos alcances de la concepción, representación somática en el cuerpo (gastritis, insomnio, apendicitis, etc.), fijación en el logro del embarazo o en que el tratamiento fracasase y por último, la presencia de Ideas catastróficas o profecías autocumplidoras que se manifestaron en la infancia o adolescencia.
- Se pudo observar en las pacientes que a consecuencia del proceso terapéutico, la energía del ciclo de la experiencia fluye libremente y al realizar un trabajo sobre “sus bloqueos y asuntos pendientes” tuvieron más recursos para adaptarse a su vida y hacer frente a los cambios constantes que el tratamiento ante la infertilidad implica.

- La Psicoterapia Gestalt aumenta la capacidad en el sujeto de darse cuenta y de buscar los medios necesarios para poder satisfacer sus necesidades emergentes, y en lugar de buscar el apoyo en los demás lo busque en él mismo, lo que se llama auto apoyo, por lo que a partir de esto se concluye que la psicoterapia permite al sujeto utilizar sus propios recursos para salir adelante y resolver los problemas que se le presente, en lugar de depender del terapeuta o de otra persona. Por lo tanto, cada problema que solucione el sujeto le hará más fácil la resolución del próximo mejorando su confianza y seguridad en sí mismo.
- La Psicoterapia Gestalt es un modelo de terapia adaptable en el abordaje del proceso y manejo del duelo en pacientes con infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial por su carácter holístico, creativo y práctico. Centra su atención en la conducta presente favoreciendo la toma de conciencia y el cierre de asuntos inconclusos en el aquí y el ahora.

## LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones del estudio, se encontraron las siguientes:

- No se pueden generalizar los resultados encontrados a todas las mujeres que atraviesen por un proceso de duelo ante la infertilidad sometidas a un tratamiento de Inseminación Artificial.
- La población consideró solo a seis casos que cumplieron con los requisitos de inclusión, sin embargo, los resultados pueden ser más consistentes con mayor número de participantes.
- No se puede evaluar que tanto influyó el momento de vida y la subjetividad de cada paciente, más que el proceso psicoterapéutico para que pudiera presentarse el cambio en las mismas.
- El Test de Psicodiagnóstico de Salama aún no está considerado como una prueba estandarizada por lo que pueden presentarse variantes importantes en cuanto a la obtención de resultados para una población u otra.

## SUGERENCIAS

Lo complejidad de la infertilidad es un campo extenso para estudios futuros y nos invita a continuar con investigaciones similares para dar respuesta a las necesidades de tantas personas que hoy la padecen. Todos los resultados encontrados son factibles de una mayor profundidad del estudio realizado, pero también se sugieren los siguientes:

- Tomar como base esta investigación aplicando una metodología cuantitativa y con mayor número de pacientes para comparar los resultados obtenidos.
- Estudiar la intervención terapéutica en casos donde el tratamiento sea de mayor complejidad como lo es la Fertilización In Vitro y en donde por lo general las pacientes llevan tres tratamientos sin éxito.
- Estudiar la intervención terapéutica en pacientes que logran la concepción por medio de un Tratamiento de Inseminación Artificial pero que sufren de uno o más abortos espontáneos.
- Implementar un programa de intervención terapéutica que aborde la infertilidad, los duelos y cómo enfrentar los Tratamientos de Reproducción Asistida.
- Investigar los casos en donde los pacientes lleven más de 10 tratamientos de Reproducción Asistida sin éxito, haciendo un análisis de su evaluación psicológica, y la viabilidad de continuar nuevos tratamientos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baumgardner, p., *Terapia gestalt*, Edit. Árbol., San Diego California, 1994.
- Bucay, J., *El camino de las lágrimas*, Edit. Océano., México, 2º Reimpresión, 2006.
- Castanedo, S.C y Otros., *Seis enfoques psicoterapéuticos*, Edit. Manual Moderno., Barcelona, España, 2000.
- Castanedo, S.C., *Grupos de encuentro en terapia gestalt*, segunda edición, Herder., Barcelona, España, 1997.
- Castanedo, S.C., *Terapia gestalt, enfoque centrado en el aquí y el ahora*, Edit. Herder., Barcelona, España, 2002.
- Dicaprio, N., *Teorías de la personalidad*, Edit. Mc Graw Hill., México, 1995.
- Fagan, J., y Fragor R., *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica*, Edit., Oxford, México, 2003.
- Ginger, S. y Ginder A., *La gestalt, una terapia de contacto*, Edit. Manual Moderno., 1993.
- Hernández, S.R., Fernández C.C., Baptista, L.P., *Metodología de la investigación*, Edit. Mc Graw Hill., México, 1998.
- Latner, J., *Fundamentos de la Gestalt*, Edit. Cuatro Vientos., Santiago de Chile, 2004.
- Levin, J., *Fundamentos de la estadística en la investigación social*, Edit. Harla., México, 1997.
- Mueller, F., *Historia de la psicología*, Edit. Fondo de Cultura Económica., México, 1993.
- Naranjo, C., *La vieja y novísima gestalt, actitud y práctica*, Edit. Cuatro Vientos., Santiago de Chile, 1995.

- Perls, F., *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*, Edit. Cuatro Vientos., Santiago de Chile, 1994.
- Polo, M., *Tanatología y Duelo con enfoque gestalt y humanista*. Edit. MC editores., México, 2004.
- Polster, E., *Terapia gestáltica, perfiles de teoría y práctica*, Edit. Amorrortu., Buenos Aires, Argentina, 1994.
- Salama, P.H., *Gestalt de persona a persona*, Edit. I.M.P.G., S.C., México, 1997.
- Salama, P.H., *Manual de test de Psicodiagnóstico gestalt de Salama*, Edit. Centro Gestalt de México A.C., México, 2002.
- Salama, P.H., *Psicoterapia gestalt, proceso y metodología*, Edit. Alfaomega., México, 1985.
- Singer, E., *Conceptos Fundamentales de la psicoterapia*, Edit. Fondo de Cultura Económica., México, 1985.
- Stevens, J.O., *Esto es gestalt*, Edit, Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 2004.
- Warren, H.C., *Diccionario de psicología*, Edit. Fondo de Cultura Económica., México, 1996.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., *Teorías de la Comunicación Humana*, España., 2002.
- Yontef, G., *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*, Edit. Cuatro Vientos., Santiago de Chile, 2003.
- Zinker, J., *El proceso creativo en la terapia gestáltica.*, Edit. Cuatro Vientos., Santiago de Chile, 2003.

## REFERENCIAS

- Burt K, Hendrick V. *Infertility: psychological implications of diagnosis and treatment*. Women's mental health. Burt K, Hendrick V (editores). Washington DC, American Psychiatric Press, 1997
- Downey J., *The new reproductive technologies: psychological issues for female patients*. New York, 35<sup>th</sup> Meeting of the American Academy of Psychoanalysis, 1991.
- Furman D., *Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenos*. Rev Chil Obstet Ginecol 1997; 62:6-14
- Jones H., *The infertile couple*. N Engl J Med 1993; 2:1710
- Molina García L.C., *El médico de familia ante la pareja infértil*. Edit. Clin Rural. 1990.
- Lopez, M., *Repercusiones en el desarrollo de las técnicas de fecundación asistida*. Caminos del desarrollo psicológico, volumen IV. Plaza y Valdes. México, 2003.
- Urdapilleta L. *Duelos en infertilidad*. Argentina, Documento de la Asociación CEGYR, 1995.

## ANEXO 1

Modelo de entrevista abierta.

El presente modelo es una guía elaborada de manera particular que tiene la finalidad de dar una perspectiva integral sobre el proceso de duelo por el que atraviesan mujeres con diagnóstico previo de infertilidad así como los posibles bloqueos en el ciclo de la experiencia y obtener una visión de su proceso antes y después del tratamiento. Las preguntas elaboradas no se hicieron con el propósito de aplicarse como cuestionario y con una estructura específica, se adaptaron según la necesidad de cada paciente, su contexto y la situación particular de cada una.

### DIAGNÓSTICO

1. Plátame sobre el diagnóstico que has recibido del médico
2. Cuáles son tus dudas acerca del diagnóstico?
3. Qué es lo más difícil para ti, al enterarte de este diagnóstico?
4. Cómo te sientes al respecto? (física, emocional e intelectualmente)
5. Cómo es un día para ti, después de saber el diagnóstico?
6. Has pensado que esto no está sucediendo? Que en algún momento te notificarán que todo es un error?
7. Has dejado pasar el tiempo sin hacer nada por miedo a enfrentar el diagnóstico?
8. Crees que el diagnóstico no causó ninguna reacción en ti?
9. Has sentido enojo hacia el médico, tu pareja, Dios, contigo misma, la clínica u otro?
10. Sientes que eres culpable de lo que está sucediendo?

11. Has tenido dolores de cabeza, gastritis, úlceras, diarrea o algo similar?
12. Has sentido que en cualquier momento se dará el embarazo y que nada de esto es verdad?
13. Has tenido la necesidad de ser fuerte, no sufrir y en su lugar apoyar a tu pareja?
14. Has tenido la necesidad de no demostrar lo que sientes?
15. Te sucede que no puedes dejar de pensar en quedar embarazada?
16. Qué opina tu pareja? (en caso de existir)
17. Cómo fue tu reacción y cómo fue la de él?
18. Hablarás con familiares o amigos sobre tu situación?
19. En caso de que lo hicieras, cuál crees que será su reacción?
20. En caso de que no lo hicieras, cuáles serían tus motivos para callarlo?
21. Qué concepto tienes de ti después de recibir el diagnóstico?
22. Qué concepto tienes sobre tu pareja después de recibir el diagnóstico?

## TRATAMIENTO

1. Plátame sobre el tratamiento que te ha propuesto el médico
2. Cuáles son tus dudas acerca del tratamiento?
3. Qué es lo más difícil para ti, al tener que someterte a este tipo de tratamiento?
4. Cómo te sientes al respecto? (física, emocional e intelectualmente)
5. Plátame algunas ventajas y desventajas del tratamiento al que te enfrentarás.

6. Qué opina tu pareja? (en caso de existir)
7. Cómo fue tu reacción y cómo fue la de él cuando les propusieron el tratamiento?
8. Cómo es un día para ti, después de saber que te someterás al tratamiento?
9. Has pensado que esto no está sucediendo? Que en algún momento te notificarán que estás embarazada?
10. Sientes que no tienes la capacidad para enfrentar el tratamiento y que es mejor no intentarlo?
11. Consideras que la propuesta del tratamiento no causó ninguna reacción en ti?
12. Has sentido enojo hacia el médico, tu pareja, Dios, contigo misma, la clínica u otro?
13. Sientes que eres culpable de lo que está sucediendo?
14. Has tenido dolores de cabeza, gastritis, úlceras, diarrea o algo similar?
15. Has sentido que en cualquier momento se dará el embarazo y que nada de esto es verdad?
16. Has tenido la necesidad de ser fuerte, no sufrir y en su lugar apoyar a tu pareja?
17. Has tenido la necesidad de no demostrar lo que sientes?
18. Te sucede que no puedes dejar de pensar en el resultado del tratamiento y en sus consecuencias?
19. Hablarás con familiares o amigos sobre tu tratamiento?
20. En caso de que lo hicieras, cuál crees que será su reacción?
21. En caso de no hacerlo, cuáles son tus motivos para callarlo?
22. Qué concepto tienes de ti después de recibir el diagnóstico?

23. Qué concepto tienes sobre tu pareja durante el proceso de este tratamiento?
24. Pláticame cuál es el motivo más profundo por el que buscas estar embarazada?
25. Qué significa para ti, tener un hijo?
26. Qué significa para ti la maternidad?
27. Cuáles eran tus creencias sobre la maternidad cuando eras una niña?
28. Cuáles eran tus creencias sobre la maternidad cuando eras adolescente?
29. Cómo cambiaría tu vida si quedarás embarazada?
30. Qué crees que sucedería si no se logra el resultado que esperas?

## ANEXO 2

PACIENTES	BLOQUEOS							
	POSTERGACION	DESENSIBILIZACION	PROTECCION	INTROYECCION	RETROFLEXIÓN	DEFLEXION	CONFLUENCIA	FIJACION
MARIA FERNANDA			"Mi marido me va a dejar si estoy hueca por dentro" "Me enoja que mi esposo no sea firme y sea un cobarde"		"No sirvo como mujer" "Me enoja no poder embarazarme" "Me enoja mi maldita enfermedad" "Me siento indigna de el, soy una maldita infertil" "Insomnio, falta de apetito, dolor de estómago, presión en el pecho, taquicardia"	"Deje pasar demasiado tiempo"		"No puedo dejar de pensar en tener un bebe y de mirar a los demás niños" "Tengo miedo todo el tiempo, me da miedo que no funcione el tratamiento"

PACIENTES	BLOQUEOS							
	POSTERGACION	DESENSIBILIZACION	PROTECCION	INTROYECCION	RETROFLEXIÓN	DEFLEXION	CONFLUENCIA	FIJACION
ELISA		"A veces no siento nada ante nuestro problema, es como si me desconectara"  "Mi vida es una pelicula y de repente saldré de este personaje" "Abortar fue lo mejor en ese momento y no me duele haberlo hecho"		"Si mi madre supiera lo que hice me excomulga" "Si no puedo tener un bebe ahora es porque no merezco ser madre"	"Me siento como una moneda de dos caras, Cómo pude matar a mi bebe?" "Me duele tanto aceptar que no era capaz de tenerlo y me siento fatal porque se que lo volveria a hacer" "Migraña, insomnio"	"A veces faltó a mis citas, llego tarde o sin querer me aplico mal las inyecciones"	"Mi relación de pareja es perfecta" "Mi esposo hace comentarios ironicos, me culpa, y yo me quedo siempre callada"	"Cómo sería mi bebe? Ya tendría dos años" "No dejo de soñar su cara"

PACIENTES	BLOQUEOS							
	POSTERGACIÓN	DESENSIBILIZACIÓN	PROYECCIÓN	INTROYECCIÓN	RETROFLEXIÓN	DEFLEXIÓN	CONFLUENCIA	FIJACIÓN
ISABEL					GASTRITIS		"Pienso que tal vez me hubiera quedado a su lado, con su enfermedad y lo que implica, pero si no me hubiera tratado mal" "No debí dejarlo así" "Pienso que si lo amé y que aun hoy sigo sintiendo algo por él" "Me siento culpable por haberlo dejado así, en cama y sin poder pararse... tal vez no me lo perdone nunca"	"No puedo dejar de pensar en todo el sufrimiento que me ocasionó" "No puedo dejar de pensar en los momentos tan felices que pasé con él"

PACIENTES	BLOQUEOS							
	POSTERGACIÓN	DESENSIBILIZACIÓN	PROYECCIÓN	INTROYECCIÓN	RETROFLEXIÓN	DEFLEXIÓN	CONFLUENCIA	FIJACIÓN
ELENA			"Porque Dios me manda hijos justo cuando mas problemas tengo con mi esposo" "Dios me sigue castigando"		"Por tener esos pensamientos me provoqué los abortos" "Me siento culpable por la muerte de mis bebes" "Cuando estoy sola subo el volumen de la tele para llorar fuerte y sin parar, me duelen los ojos, la cabeza y me duele el alma"		"Mi esposo siempre me ha ignorado, no le importo" "Mi esposo tomaba todos los fines de semana hasta embriutecerse completamente, lo bueno es que nunca me ha pegado" "Mi esposo me ignora, me habla fuerte, a veces me humilla, pero ya estoy acostumbrada" "He intentado dejarlo pero no puedo, creo que si lo quiero"	"No puedo dejar de pensar en tener un hijo, eso nos uniría y a lo mejor hasta mi esposo deja de tomar" "Veo un bebe y me da la tristeza al pasar por las tiendas de bebes, pienso que nunca podré comprar algo para mi hijo"

PACIENTES	BLOQUEOS							
	POSTERGACIÓN	DESENSIBILIZACIÓN	PROYECCIÓN	INTROYECCIÓN	RETROFLEXIÓN	DEFLEXIÓN	CONFLUENCIA	FLJACIÓN
ALMA	"He dejado pasar mucho tiempo sin hacer nada con este problema, y quisiera dejarlo igual"	"Me he vuelto experta en ignorar lo que mi familia dice de mi, ya ni siento nada" "Me siento confundida y como en shock, porque no pense que tuviera un problema" "Pienso que todo lo que dicen los médicos es para sacar dinero" "No estoy segura de tener un problema de infertilidad"		"Mi mama me dice que no debi haber nacido" "Soy una floja e inutil, nada hago bien" "Soy una estúpida, nunca seré una verdadera mujer" "parezco una callejera buscona, como voy a tener metas si soy una floja y tonta" "No sere una buena madre, es mucho para mi" "No sirvo para tener hijos"	"Ataques eventuales de asma, secuelas de apendicitis"		"Tengo miedo de que mami se enoje conmigo o siento que la quiero alejar de mi" "Siento mucho enojo... mi mama me controla en todo"	

## ANEXO 3

### TEST DE PSICODIAGNÓSTICO GESTALT DE SALAMA (TPG)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ TEMA ESPECIFICO: Yo con respecto a: **MI MISMO (A)**

**INSTRUCCIONES:** A continuación hallará una serie de afirmaciones respecto a un tema específico. Tome en cuenta que se trata de un rasgo o actitud frecuente en Usted y presente en este momento. Deberá contestar con SI o NO. Marque con un a cruz la respuestas elegida para que quede claro para nosotros. Evite borrar o hacer correcciones. No marque un mismo reactivo con SI y NO. Evite dejar sin contestar cualquier reactivo. Tiene 15 minutos para contestar todo el Test.

Cuando el Tema es interpersonal, sustituya la palabra DEMÁS por la de quien se refiere

1	YO SOY INSENSIBLE	SI	NO
2	SOY FELIZ COMO SOY	SI	NO
3	CUANDO ALGO ME DISGUSTA LO DIGO	SI	NO
4	ME MOLESTA QUE ME VEAN LLORAR	SI	NO
5	SOY EMOCIONAL PERO ME AGUANTO	SI	NO
6	ME DESAGRADA HACER SIEMPRE LO MISMO QUE LOS DEMÁS	SI	NO
7	ME ES IMPOSIBLE DEJAR DE SER COMO SOY	SI	NO
8	EVITO CULPAR A LOS DEMÁS SI ME SIENTO MAL	SI	NO
9	SIEMPRE TERMINO LO QUE EMPIEZO	SI	NO
10	ME SIENTO CULPABLE SI CULPO A LOS DEMÁS	SI	NO
11	DEBO EVITAR MOSTRAR MI ENOJO	SI	NO
12	ME ABSTENGO DE DISCUTIR	SI	NO
13	HAGO LO QUE LO DEMÁS QUIEREN AUNQUE ME DISGUSTE	SI	NO
14	ME DISGUSTA PENSAR, SENTIR O HACER LO MISMO MUCHO TIEMPO	SI	NO
15	ME GUSTA APRENDER COSAS NUEVAS	SI	NO
16	DEJÓ LAS COSAS PARA DESPUÉS	SI	NO
17	EXPRESO LO QUE ME MOLESTA	SI	NO
18	EVITO SENTIR	SI	NO
19	SERIA FELIZ SI NO FUERA POR LOS DEMÁS	SI	NO
20	SOY CONSTANTE EN MI INCONSTANCIA	SI	NO
21	HAGO LO QUE QUIERO A PESAR DE QUE ME DIGAN LO CONTRARIO	SI	NO
22	SIEMPRE ESTOY DE ACUERDO CON LOS DEMÁS	SI	NO
23	SOY CAPAZ DE DEJAR DE TENER UNA IDEA FIJA	SI	NO
24	EVITO ENFRENTAR	SI	NO
25	ME DISGUSTA EVITAR LO INEVITABLE	SI	NO
26	ME GUSTA SENTIR	SI	NO
27	EVITO MANIFESTAR LO QUE ME MOLESTA	SI	NO
28	EVITO DEJAR PARA MAÑANA LO QUE PUEDO HACER HOY	SI	NO
29	ME ABSTENGO DE CULPAR A LOS DEMÁS SI FRACASO	SI	NO
30	A VECES DEJO LAS COSAS PARA DESPUÉS	SI	NO
31	ME DISGUSTA QUE ME DIGAN LO QUE TENGO QUE HACER	SI	NO
32	ME ES IMPOSIBLE DEJAR DE PENSAR EN LO QUE YA PASO	SI	NO
33	SOY COMO ME ENSEÑARON QUE DEBO SER	SI	NO
34	DEFIENDO MIS OPINIONES	SI	NO
35	DEBO HACER LO QUE LOS DEMÁS QUIEREN	SI	NO
36	SOY SENSIBLE	SI	NO
37	ME DESAGRADA TERMINAR LO QUE EMPIEZO	SI	NO
38	EXPRESO LO QUE ME DISGUSTA	SI	NO
39	ESTARÍA BIEN SI NO FUERA POR LOS DEMÁS	SI	NO
40	ME SIENTO MAL CUANDO ME PRESIONAN	SI	NO

... DEFINA CON UN ADJETIVO COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO:

## ANEXO 4

HOJA DE RESULTADOS DEL T. P. G

### I. PARTE CON BLOQUEOS

Tema específico: \_\_\_\_\_

Área: Intrapersonal \_\_\_\_\_ Interpersonal \_\_\_\_\_

Fases de valores bloqueados: \_\_\_\_\_

Ejes de valores bloqueados: \_\_\_\_\_

Temores en las fases bloqueadas: \_\_\_\_\_

Frases de cada bloqueo: \_\_\_\_\_

Características negativas: \_\_\_\_\_

Juegos manipulativos: \_\_\_\_\_

Psicopatología: \_\_\_\_\_

### II. PARTE SIN BLOQUEOS

Fases libres de conflicto: \_\_\_\_\_

Ejes de valores libres: \_\_\_\_\_

Características positivas: \_\_\_\_\_