



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

ESCOLIOSIS: CARENCIA ESTRUCTURANTE EN LA
RELACIÓN PADRE-HIJA (ESTUDIO DE CASO)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
HERNÁNDEZ LARA RENATO
LÓPEZ ESQUIVEL ANAYELI

JURADO DE EXÁMEN

TUTOR: LIC. MANUEL ANSELMO MORALES LUNA
COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA
MTRO. SERGIO CARLOS EDUARDO OCHOA ÁLVAREZ
MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO
LIC. LETICIA BETANCOURT REYES



MÉXICO, D. F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CON CARIÑO Y AGRADECIMIENTO A:

Dios por dejarme seguir en el camino, a pesar de tantos tropiezos, sé que todavía crees en mi. Constantia in adversis.

Ana, por todo éste tiempo que hemos compartido, en el que me has acompañado y enseñado tanto. Gracias por abrazarme para renacer cada día y por ser mi compañera en éste viaje que se llama vida. Ya tebiá lublu.

Mis padres: Lidia por ser como una leona que, día a día, lucha por algo mejor y por enseñarme que "si empiezas algo, lo terminas". Daniel por ser como un lobo que cuida a su manada y espera pacientemente el momento de enfrentar y por enseñarme que las cosas requieren dedicación, paciencia e ingenio para que salgan bien.

Dany, sin saberlo, mucho de lo que he hecho ha sido gracias a que un día cuando todo estaba mal creíste en mí y por enseñarme que puede ser diferente si te atreves a darte y a hacer lo que te gusta.

Manuel Morales por tantas lecciones de vida, apoyo y paciencia. Con tu calidez y conocimientos me has acompañado a

recorrer caminos difíciles, a pesar de mis caídas.

Paty Palacios por ser tan tú misma y decirme lo que no me gusta escuchar de mí.

Familia por las esperanzas y fe puestas en mí, especialmente tío Miguel que con tus consejos y enseñanzas he aprendido que "si ya viste cómo se hace, entonces ahora hazlo".

Karla, Maru, Maya, Abraham por haberme dejado entrar a escribir unas páginas en el libro de sus vidas.

A Yolo y Javier por ser combustible de vida para mi motor.

A todas esas personas que han contribuido, de uno u otro modo, en mi formación como individuo y profesionista y que saben que forman parte de mi historia.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo Renato:

En lo profesional te agradezco la paciencia, tu tiempo, esfuerzo, dedicación y perseverancia, sabes que te admiro y reconozco tu capacidad, sin todos estos elementos simplemente esta tesis no sería posible; también te agradezco por impulsarme y creer en mí, no sólo para este proyecto, como estudiante y como terapeuta. En lo personal, no tengo palabras para agradecer todo lo que eres para mí, eres mi compañero, mi amigo, mi colega, terapeuta, mi novio, etc. Compartir tu vida conmigo, es algo grande, tu amor y lealtad han sido pilares sobre los que he edificado el sueño de vivir, todo lo que hemos vivido juntos es una travesía, y aunque muchas veces estamos en caminos diferentes, al final siempre convergen porque comprendemos que somos parte de un plan y compartimos esta visión de fluir con el universo. Ya tebiá lublu.

A mis padres Cheli y Alfredo y mi hermano Javier:

Para alcanzar a agradecerles todo lo que han hecho por mí, necesitaría escribir un ejemplar con el mismo número de páginas o más, por lo tanto les diré en breves palabras que me siento afortunada de tenerlos conmigo, su amor, comprensión y apoyo han sido imprescindibles para mí, ustedes son la base de mi ser, el punto de referencia. Porque toleraron mis facetas más extrañas y me permitieron ser yo en todo momento. Han

confiado en mí y espero desde el fondo de mi corazón no decepcionarlos dentro de lo humanamente posible. Agradecerles con palabras no es suficiente ni describe el sentimiento que me acompaña cuando estoy con ustedes o cuando recuerdo los momentos que compartimos, es maravilloso porque inunda mi ser y dibuja una sonrisa, aunque también vivimos muchos episodios tristes y sinsabores pesan más los buenos recuerdos. Así se escribe la historia de mi vida, con ustedes, los amo.

A mis sobrinos Javier y Yolotzin:

Es una bendición tenerlos, han nutrido mi alma y me han enseñado tanto sin proponérselo. Representan tantas cosas para mí, entre ellas la esperanza y la motivación de seguir creciendo junto a ustedes. Los amo con todo mi ser.

A mis amigas Cristina, Maya y Maru:

Porque compartimos más allá de una carrera, de la facultad, hemos compartido alegrías, penas, ilusiones, logros, fracasos, etc. Son mujeres que admiro y respeto dentro y fuera del terreno profesional, ser colegas es el plus en nuestra amistad, porque tienen calidad y calidez, he aprendido a valorarlas y quererlas en su más pura esencia.

A Manuel Morales:

Agradecerte únicamente por asesorarnos para esta tesis, sería realmente ingrato de mi parte, pues mucho antes de contemplar

siquiera la posibilidad de realizarla, contribuiste primordialmente a mi formación como terapeuta. Tener la convicción de dedicarme a la psicología clínica fue un objetivo para mí al ingresar a la facultad, pero abrazar esta profesión, creer fervientemente en esta visión y amar lo que hago, eso, sólo lo aprendí gracias a ti, no sólo con tus lecciones sino con tu ejemplo. Me has ayudado a estructurarme fungiendo como el arquetipo en turno de manera conciente y eso no tiene precio, un gracias no es suficiente ni alcanza a definir la inmensa dicha que siento al contemplarme en retrospectiva y ver lo que he logrado. Gracias por acompañarme en este sinuoso viaje.

A Patricia Palacios:

Por tus enseñanzas, tu tiempo y esfuerzo para ayudarme a soportar la verdad. Contigo aprendí entre muchas cosas a serme fiel, a defender lo que realmente merece ser defendido, a luchar por lo que se quiere, dejar ir las cosas que ya no funcionan, a hacer nada cuando ya se ha hecho todo, no hacerme cómplice de las ganancias secundarias, etc. Y lo más importante, a ser una mujer capaz y valiente que no le teme al amor.

AGRADECIMIENTO AL COMITÉ POR:

A Lic. Leticia Betancourt

Por su dedicación, tiempo y esfuerzo contribuidos para la elaboración de esta tesis. Su apoyo fue fundamental, sin sus observaciones y aportaciones esto no sería posible. Además, queremos resaltar la disposición y accesibilidad que mostró en todo momento, pues propició un clima de trabajo bastante agradable.

A Mtra. Enriqueta Figueroa

Por su dedicación, tiempo y esfuerzo contribuidos para la elaboración de esta tesis. Pues enriqueció y depuró la tesis con sus aportaciones y observaciones, su participación fue imprescindible para lograr concretar la tesis. Además, agradecemos su disposición, accesibilidad y su calidad profesional.

A Dr. Hipólito Corona

Por su atención, tiempo y accesibilidad contribuidos para la elaboración de esta tesis.

A Mtro. Sergio Ochoa

Por su dedicación, tiempo y esfuerzo contribuidos a la elaboración de esta tesis. Su participación fue fundamental para la elaboración de la misma, sus observaciones y aportaciones enriquecieron el trabajo. Además queremos agradecer la disposición y accesibilidad que mostró en todo momento durante el proceso, de esta manera el trabajo se tornó bastante enriquecedor

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capitulo I	
Escoliosis idiopática.....	5
1.1. Historia natural y evolución de la escoliosis Idiopática.....	5
1.2. Definición.....	8
1.3. Detección.....	9
1.4. Epidemiología.....	12
1.5. Progresión de la escoliosis idiopática.....	13
1.6. Tratamientos.....	14
1.6.1. Tratamiento ortopédico.....	14
1.6.2. Tratamiento quirúrgico.....	15
Capitulo II	
Relación salud-enfermedad: contraste de dos paradigmas.....	17
2.1. Unilateralidad en la relación médico-paciente.....	17
2.2. Escisión mente-cuerpo.....	21
2.3. Visión integral de la salud: nuevo paradigma.....	25
2.4. La enfermedad como oportunidad.....	34
Capitulo III	
Psicología transpersonal.....	41
3.1. Antecedentes.....	41
3.2. Fundamentos filosóficos.....	44
3.3. Método fenomenológico.....	44
3.4. Surgimiento de la psicología transpersonal.....	42
3.5. Jung y la individuación.....	43

3.6. Perls y lo gestáltico.....	59
Capitulo IV	
La función estructurante en la relación padre-hija.....	76
4.1. La figura paterna en la actualidad.....	76
4.2. Figura paterna como soporte o función estructurante.....	84
4.3. La escoliosis como metáfora.....	98
Capitulo V	
Investigación cualitativa y método fenomenológico.....	108
Metodología.....	115
Resultados.....	118
Discusión.....	137
Conclusiones.....	151
Alcances y limitaciones.....	154
Bibliografía.....	157
Anexos.....	166

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso desde una visión holista-transpersonal como marco teórico para evidenciar el impacto de los factores psicológicos concomitantes (relación padre-hija) en la enfermedad (escoliosis idiopática), dado que en la actualidad los tratamientos existentes para esta enfermedad no ofrecen la rehabilitación por completo y difícilmente es considerado el tratamiento psicológico dentro de las opciones para el paciente escoliótico, desde la medicina alópata. La fenomenología y las técnicas gestálticas también forman parte de la visión holista-transpersonal, y se utilizan para ofrecerle al paciente un rol activo, respetando su lenguaje y realidad interna, por lo tanto su individualidad. Desde este enfoque, el holista-transpersonal, se pretende promover un cambio de conciencia y por ende un cambio físico; es decir, el paciente podrá detectar y relacionar la enfermedad (escoliosis idiopática) con su patrón psicológico disfuncional (complejo paterno negativo/animus negativo); así podrá realizar los cambios que resultarán más adecuados basados en su perfil y por sugerencia de sí mismo (intradiálogo).

INTRODUCCIÓN

La presente investigación establece la relación de la psicología profunda de Jung con la teoría gestáltica para entender cómo la figura paterna faltante y el complejo paterno negativo resultante pueden transmutar o materializarse, hacerse tangible, en un padecimiento desestructurante de la columna vertebral llamado escoliosis idiopática, presentándose con mayor frecuencia en la relación padre-hija.

El tema surgió por conocer cómo se instaura y repercute en la estructura psicológica y fisiológica de la mujer la idea de lo femenino a través de la relación que vive con su figura paterna, debido a que si no es que muchas, la gran mayoría de estas relaciones carecen profundamente de intimidad y/o contacto, e incluso son nulas (Corneau, 1991; Bowlby, 1995; Bly, 1992).

La investigación se llevó a cabo mediante la revisión documental teórica de la psicología analítica profunda de Jung y la teoría de Perls y la terapia gestáltica como fundamentos de la visión transpersonal que se expone para la presente investigación como enfoque de partida y complementario de los tradicionales enfoques mecanicistas. También, en el presente trabajo se revisará la manera en que se abordan y tratan las enfermedades en general y la escoliosis idiopática en particular desde una perspectiva alópata, para después contrastar dicha visión con una perspectiva transpersonal-holística, con la finalidad de llegar a una explicación unificadora del patrón psicológico de las personas que padecen escoliosis idiopática, así como plantear una alternativa de tratamiento y explicación de la enfermedad a un nivel más amplio, que considere no solo las cuestiones físicas o biológicas sino al individuo en su totalidad, comprendiendo que son también los aspectos cognitivos, anímicos y conductuales partes importantes en la aparición, desarrollo y remisión de las enfermedades, y en este caso en relación con la escoliosis idiopática que como su nombre lo dice aparece, aparentemente, sin causa.

Desde una visión holística la salud no es la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social. Para Kepner (2000) la salud también es aceptación e integración de lo que se es, de los sentimientos,

pensamientos y conductas del individuo. Es un reflejo de la armonía psicológica y somática. Por lo que la salud supone la posibilidad de ampliar los recursos y maneras de ser y estar en el mundo, en ausencia de necesidad de repetir los mismos patrones que en algún momento de la vida ayudaron a sobrevivir al individuo y que ahora resultan inadecuados y rígidos.

La enfermedad y los síntomas corporales aparecen cuando se da una ruptura en la conexión del individuo consigo mismo a un nivel más profundo, fungiendo así como catalizadora para el cambio, indicándole alguna falla y también la solución. Brindándole la oportunidad de subsanar aquella ruptura, integrando partes de sí mismo que necesita aprender a vivenciar de forma consciente, para entonces poder ser, después de cada enfermedad, un poco más completo. Esto solo podrá suceder si se escucha y entiende el mensaje que la enfermedad trae consigo (Dethlefsen & Dahlke, 2005).

Holísticamente, se explica cual es el patrón y por lo tanto qué partes del individuo han perdido conexión consigo mismo, de las pacientes con escoliosis idiopática. El patrón así como la somatización del mismo, es tratable desde una perspectiva holísta-transpersonal, en donde se ayude a la persona a comprender el mensaje de la enfermedad con todo su ser, es decir, entendiéndolo cognitiva, anímica, conductual y físicamente. Si el mensaje de la enfermedad es atendido e integrado al individuo, la expresión del mismo a nivel físico deja de tener sentido y puede remitir por sí mismo o detener su progresión, al haber contribuido a identificar las partes escindidas de la personalidad y rescatando así un tesoro que el paciente había mantenido oculto en su sombra-fondo (Jung, 1990; Shinoda, 2006; Schnake, 2005; Rothenberg, 2003).

Si bien la escoliosis idiopática tiene, aparentemente, poca incidencia, pues se mide por su prevalencia y progresión, es decir, por el número de casos que ya están registrados, la importancia de estudiarla consiste en que es un problema que pasa casi desapercibido o es tomado a la ligera por quienes lo padecen pues hay cierto grado de curvatura del tronco tomado como normal, el cual es así mientras la persona pueda regresar a su posición normal a voluntad. Sin embargo, es un problema de salud extensivo a nivel mundial. De acuerdo con Rosales y

cols. (2007) de 2% a 3% de la población mexicana padecen algún tipo de escoliosis, constituyendo la idiopática la más común de todas las escoliosis con 80.8%; y de mayor incidencia en mujeres, 2-3.5 mujeres por cada hombre. Si progresa la curva escoliótica y se vuelve insoportable por el dolor e incapacitante a nivel movimiento, puede agravarse al grado de afectar por presión a otros órganos como el corazón o los pulmones y generar complicaciones que pueden llegar a provocar la muerte a la persona que lo padece.

Por su parte la medicina alópata resulta ser extremadamente invasiva en su tratamiento, y con baja eficacia en los resultados, pues al ser una enfermedad progresiva, plantea que lo único por hacer es mantener monitoreado al paciente con el fin de poder detectar a tiempo alguna complicación quizás relacionada con problemas cardiacos o respiratorios, y controlar con fajas o corsé la evolución de la escoliosis idiopática, e incluso proponer la operación que en muchos casos resulta más perjudicial que benéfica para el paciente (Miot, 2004).

Por lo anterior nos parece importante y necesario estudiar otras alternativas de tratamiento, y comprensión de la enfermedad, para poder ofrecer a los pacientes soluciones reales, basadas no solo en respuestas físicas sino también psicológicas y de esta manera ayudarlos como seres humanos, conformados por varias esferas que poseen el mismo nivel de importancia en su vida. Ayudándolas a ser también más responsables de sí mismas, olvidando un poco el papel tradicional, en el cual el médico o tratante es quien debe ofrecer la cura y el paciente permanecer pasivo. Ofreciendo solo una guía en el proceso dentro del cuál el papel que desempeñe el paciente será fundamental para el cambio y transmutación de la enfermedad.

En el presente estudio se muestra el caso de una mujer que padece escoliosis idiopática, que permite entrever puntos claves en el patrón que conforma la aparición de la deformación, así como la probable solución al conflicto que lo origina.

CAPÍTULO I

Escoliosis Idiopática

1.1. Historia natural y evolución de la escoliosis Idiopática.

La columna es el soporte principal de la parte superior del cuerpo; es lo que permite al ser humano desplazarse en posición “de pie”, sin perder el equilibrio. Le permite mantenerse erecto, mantener el centro de gravedad, flexionar o girar el tronco. También cubre y protege la médula espinal; interviene como elemento de sostén estático y dinámico. “La columna vertebral actúa como pescante flexible a las acciones de viento de alambre de los músculos de la masa común, en esencia es el punto de apoyo de un sistema de palancas de primera clase, en la cual la carga tiene considerable ventaja mecánica” (Fitzgerald, 2004, p.72) por lo que hay varios problemas que pueden alterar la estructura de la columna o lesionar las vértebras y el tejido que las rodea como es la escoliosis idiopática.

De acuerdo con Fitzgerald (2004), Hipócrates describió por primera vez la variación etiológica, la relación con la enfermedad pulmonar y la dificultad para el tratamiento de ciertas curvas, en “De Articulation” del Corpus Hippocraticum. Galeno agregó la nomenclatura de escoliosis, lordosis y cifosis. Pare (1510-1590) diseñó el corsé de acero, confeccionado por armeros, destinado a corregir la escoliosis congénita y la compresión medular como una causa de parálisis.

Cantero (2007) refiere que:

- En 1614 Fabrig publicó la primera obra ilustrada acerca de esta enfermedad, en la que aparecieron sus estudios realizados sobre cortes anatómicos de la columna vertebral de un niño.
- Henrik Van Devanter (1651-1724) describió técnicas propias en las que incluía métodos de tratamiento mediante suspensión.
- André, en 1741, señaló la influencia de la postura sobre la enfermedad, sobre todo a causa de algunos modelos de asientos y pupitres.

- Bowvier, en 1858, investigó acerca del concepto clínico de la escoliosis y dictó conferencias acerca de la mecánica y la patología de las desviaciones laterales del raquis.
- En 1877, Sayre publicó un trabajo acerca del tratamiento de la escoliosis mediante corsé ensayado.
- En 1910 Hibbs planteó el tratamiento mediante la artrodesis, la intervertebral posterior, que poco después recomendaron Albee y Kleinberg con algunas variaciones.
- En 1927, Risser desarrolló su corsé con el que logró la corrección por tracción de puntos de presión; esto revolucionó el tratamiento conservador de la escoliosis.

La columna vertebral, como se mencionó, es el pilar óseo central del cuerpo. Su longitud varía con la talla del individuo. Es, en término medio, de 73 a 75 cm. en el hombre y de 60 a 65 cm. en la mujer. Esta longitud disminuye en la vejez, como consecuencia del aplastamiento de los discos intervertebrales.

Se caracteriza porque tiene una disposición vertical y esta engrosada en su parte inferior, al nivel de la base del sacro, por la función de esta columna de sostener el peso del cuerpo en la posición erecta, que se trasmite a los miembros inferiores. A partir de la base del sacro la columna vertebral se estrecha abruptamente hasta terminar en el cóccix, por la desaparición de la cola y no ejerce esta región funciones de sostén (Cordero, 2009).

La columna vertebral visto de costado tiene una curvatura natural. Estas curvas hacen que la parte entre los hombros sean redondos y que la parte inferior de la espalda se curva hacia adentro. Visto de frente o de atrás la columna vertebral es en línea recta. Sin embargo algunas personas tienen columnas vertebrales con curvatura lateral y a diferencia de lo que sería una mala postura, estas curvas no se pueden corregir cambiando solamente la posición del cuerpo o la forma en la que nos paramos.

En la mujer, la curvatura lumbar es más marcada que en el hombre. Parecería que la actitud del embarazo ha proseguido en una serie incalculable de generaciones y ha terminado por crear un tipo transmitido por vía hereditaria, que

se manifiesta netamente con la pubertad y adquiere todo su desarrollo en la edad de las funciones maternas (Cantero, 2007).

En la infancia la columna vertebral, se encuentra en plena actividad de crecimiento. Existen más de 100 cartílagos de crecimiento en todo el conjunto de la columna, cuya actividad de desarrollo debe ser sincronizada, para que el resultado final sea un crecimiento armónico y adecuado.

Además, existe un gran espacio de tiempo para que dicho crecimiento pueda sufrir alteraciones y termine provocando la deformidad estructural a la que se referirá esta investigación. Tal deformidad puede pasar desapercibida y descubrirse cuando ya es tarde para su corrección. De ahí la gran importancia de los reconocimientos periódicos de los niños y de los exámenes de salud que se llevan a cabo en colegios y centros de salud (Saludalia, 2005).

Según James (citado en Cantero, 2007) la estabilidad de la columna está dada por factores extrínsecos e intrínsecos:

- Los factores intrínsecos son: las vértebras, los discos, y especialmente los anillos fibrosos; las facetas articulares de la articulaciones intervertebrales posteriores y su cápsula; los ligamentos infraespinoso y supraespinoso, el ligamento ínter laminar amarillo y los ligamentos longitudinal anterior y posterior; los músculos intrínsecos intervertebrales y el poderoso músculo erector espinal.
- Los factores extrínsecos están dados por la estabilidad de la jaula costal, cada una de las costillas está soportada por los músculos intercostales y los ligamentosos. El esternón y los cartílagos costales proporcionan la rigidez de la región anterior y los músculos abdominales laterales sirven de soporte a la jaula torácica. En la columna lumbosacra el soporte está constituido por la pelvis y sus fuertes ligamentos.

Cuando la estabilidad intrínseca y extrínseca se pierde o cambia sus relaciones habituales comienza el proceso de desarrollo de la curva escoliótica. No se puede minimizar el papel que desempeña la musculatura en la ejecución de las funciones de soporte, según lo atestiguan las escoliosis desastrosas que resultan de la pérdida unilateral en algunas unidades de segmentos móviles (Fitzgerald, 2004).

1.2. Definición

El término escoliosis deriva del griego “skoliōsis” condición torcida, de “skolios”, "torcida". “La escoliosis se ha definido como la presencia de una curvatura lateral de la columna vertebral que excede los 19°, según el método de medición de Cobb. A las curvas inferiores a los 10° se las denomina asimetría vertebral” (Fitzgerald, 2004, p. 1518).

La escoliosis es una condición que, vista de frente, causa una curvatura de lado a lado en la columna vertebral. La curvatura puede tener forma de “S” o “C”. En algunos casos de escoliosis, inclusive algunos huesos pueden haber rotado levemente haciendo que la cintura o los hombros estén dispares (Simoneau, 2006). La desviación lateral debe tener una magnitud mínima de 10°. Cinco por ciento de la población tiene 5° de desviación lateral, lo que se considera normal (Cantero 2007).

La escoliosis en forma habitual, presenta tres curvaturas, cervical izquierda, dorsal derecha y lumbar izquierda. Esta última es la forma más corriente en el sexo femenino; en cambio en el sexo masculino son igualmente frecuentes las escoliosis izquierdas y totales (Miot, 2004).

Como la columna vertebral es una estructura tridimensional, la escoliosis idiopática se presenta como una deformación tridimensional que abarca los componentes coronal, sagital y rotacional (Miot, 2005). Por tanto, para que se pueda hablar de auténtica escoliosis, deben darse las tres desviaciones y esto la diferencia de la “actitud escoliótica” (López, 1999, p.443) pues en este caso, el desplazamiento o la desviación de la columna es secundario a otra causa alejada de la columna, de modo que, desaparecida tal etiología, desaparece también la escoliosis.

La escoliosis se clasifica según su etiología. Así, si la curvatura es secundaria a una anomalía ósea estructural, se describe como escoliosis congénita. Si la causa es un trastorno neurológico o una enfermedad muscular (miopatía), se le denomina escoliosis neuromuscular. En cambio, si no se puede determinar causa alguna, entonces se describe como escoliosis idiopática. Este último es el tipo más

común de escoliosis. Existen datos experimentales y de observación que sugieren anomalías de la columna vertebral posterior (por ejemplo, sensibilidad propioceptiva y a la vibración dañada) y otras anomalías del sistema nervioso central están relacionadas de modo causal con los casos de este tipo de escoliosis; sin embargo, estos datos no son concluyentes (Skinner, 1995).

Así, la escoliosis idiopática se define como la presencia de escoliosis en ausencia de otras anomalías vertebrales, como las anomalías vertebrales congénitas, los tumores, la infección, el traumatismo, las anomalías posquirúrgicas y los trastornos raquídeos.

En particular, en casos idiopáticos, la escoliosis también se puede clasificar según la edad del paciente y el inicio de la enfermedad en infantil, juvenil, adolescente y de adulto.

Cualquiera que sea la causa de la escoliosis y cualquiera que sea su topografía, será tanto más grave cuanto más precoz sea su aparición (Miot, 2004).

1.3. Detección

Se debe realizar una buena anamnesis del paciente, haciendo hincapié en: edad del paciente, los antecedentes familiares, determinar edad y bajo que circunstancias la deformidad fue vista por primera vez. Determinar los antecedentes personales, la valoración sexual con la escala de Tanner (edad de la menarquia, desarrollo del vello pubiano, desarrollo de los senos, cambios de voz) (Miot, 2004). Ya que la pubertad es un periodo peligroso, pues en esta etapa de la vida, el riesgo se multiplica por cuatro (Cantero, 2007).

Fitzgerald (2004) menciona que la escoliosis idiopática puede llamar la atención desde muchos ángulos: los programas de detección masiva escolares, el médico de atención primaria, los pacientes o los miembros de la familia. Los signos típicos son una postura anormal así como la asimetría del hombro, las costillas o la pelvis. Los pacientes se quejan sobre todo de dolor, el cual debe evaluarse muy cuidadosamente ya que, en muchos casos, la escoliosis idiopática no está acompañada por dolor. Es esencial obtener una historia y un examen físico completos.

Por lo que todo examen ortopédico debe incluir la detección sistemática para escoliosis. Los exámenes se llevan a cabo con el paciente descalzo y sin ropa. Las mujeres pueden vestir un corpiño o traje de baño. Se retira el cabello de la espalda para no obstaculizar el examen.

Después del examen del resto de los sistemas, el examen musculoesquelético comienza con la inspección de todas las caras del tórax buscando asimetrías o rotaciones. El paciente es examinado desde el lado de la cifosis o la lordosis anormales. El examen del dorso comienza con el paciente de pie, derecho, con los lados descansando a los lados. Se observa la posición de la cabeza hasta el sacro para detectar cualquier desviación del alineamiento normal, midiendo con una plomada para después registrarla. Se señala la asimetría de los hombros, las escápulas o la pelvis. Se observa la piel de la región sacra para buscar hoyuelos, lunares, manchas café claro o parches pilosos que hagan sospechar un trastorno raquídeo subyacente. Se palpan las apófisis espinosas posteriores para buscar asimetrías, depresiones o dolor a la palpación. En las extremidades superiores e inferiores se examinan la asimetría y la amplitud de los movimientos. También se mide las piernas para buscar asimetrías y se comprueba la tonicidad muscular. Se realiza el examen cuidadoso de las extremidades inferiores, evaluando la tensión del ligamento o tendón de Aquiles. Luego, se hace el examen neurovascular mediante las pruebas de fuerza motora, los reflejos osteotendinosos profundos, la sensibilidad y los pulsos. También deben evaluarse los reflejos abdominales, así como la marcha.

Siempre hay que medir el ángulo de Lippman-Cobb para establecer el grado de la curva escoliótica. Deben tenerse en cuenta los antecedentes quirúrgicos (como la toracotomía), tumorales, infecciosos y radiantes. Tanto el paciente como su familia pueden considerar insignificantes los síndromes o anomalías congénitas presentes y es preciso investigarlos cuidadosamente. Se buscarán antecedentes familiares de escoliosis u otras anomalías musculoesqueléticas (López, 1999).

También, se deberán realizar fotografías sistemáticas para tener un registro objetivo de la deformidad y la postura corporal y para detectar cualquier mejoría estética lograda con el tratamiento utilizado, ya sea corsé o cirugía (Miot, 2004).

Explorado el paciente, si se detecta una escoliosis, se solicitará una teleradiografía anteroposterior de columna, en la que se pueda visualizar toda la columna vertebral. En ella el especialista podrá ver la curva o las curvas que presenta, ver en qué porción de la columna se sitúa, es decir si es dorsal, lumbar o dorso lumbar. Podrá medir cuantos grados tienen, si existen malformaciones vertebrales, así como el grado de rotación que presentan los cuerpos vertebrales. En dicha radiografía podrá valorarse si el paciente ha finalizado o no el crecimiento (Saludalia, 2005).

En caso de que en la exploración se hayan detectado otros signos aparte de la escoliosis, el paciente tendrá que realizarse las pruebas oportunas para el diagnóstico de la enfermedad causante de la escoliosis. La escoliosis dolorosa obliga a buscar una causa como la infección, el tumor o las lesiones intravertebrales.

Si el paciente presenta datos neurológicos normales o se contempla la corrección quirúrgica de la deformidad, está indicada la evaluación neuroquirúrgica. En muchos casos, la liberación de una médula espinal atada o la descompresión de una siringe pueden efectuarse antes o al mismo tiempo de la corrección quirúrgica de la escoliosis.

Los pacientes con curvaturas mayores de 60°, con quejas respiratorias, y con escoliosis producida por enfermedad neuromuscular deben someterse a pruebas funcionales respiratorias; sobre todo cuando se considera el tratamiento quirúrgico.

El inicio y evolución de la escoliosis es silencioso, por lo que padres, profesores, pediatras y, médicos generales, deben conocer esta afección para poder detectarla precoz y oportunamente, antes que las curvas progresen y se hagan estructuradas, obligando al tratamiento quirúrgico. El diagnóstico precoz es fundamental para realizar un tratamiento oportuno de tipo ortopédico, usando un corsé.

1.4. Epidemiología

Cabe aclarar que, de acuerdo con Fitzgerald (2004, p. 348), al describir el número de casos de una enfermedad en la población, suelen confundirse dos términos, incidencia y prevalencia. La incidencia alude a la aparición de nuevos casos de una enfermedad o trastorno en una población y se expresa como casos nuevos por 1000 individuos de la población por año. A la inversa, la prevalencia alude al número de individuos de una población con enfermedad o trastorno y se expresa como número de casos por 1000 individuos de la población. Todos los estudios sobre escoliosis aluden a la prevalencia.

En un estudio realizado en México por Rojas (citado en De la Cruz, 2001), en el Instituto Nacional de Pediatría, se analizó retrospectivamente a 38 pacientes entre 1975 y 1985 y se encontró que la escoliosis juvenil y del adolescente fueron las más frecuentes.

La prevalencia de escoliosis leve a moderada en los adolescentes es 3000-5000 por cada 100000 habitantes, y en los adultos tan altas como 12% de la población estadounidense (Weiss, 2006). López (1999) señala que es más frecuente en mujeres (80%) que en varones (20%); y que su incidencia es mayor en la raza blanca (6%) que en la negra (2%). Shands y Eisberg (citado en Miot, 2004) en 1955, con un estudio de 50000 radiografías de tórax en pacientes de 14 años o más, identificaron escoliosis de 10° o más en 1.9%, de 20° o más en 0.5%. La proporción general entre mujeres y varones fue de 3.5 % a 1.0%.

Miot (2004) menciona que la escoliosis idiopática es un cuadro de índole familiar; sin embargo no se ha encontrado ninguna base genética que lo demuestre.

La comparación de la incidencia de escoliosis en la población general y entre parientes de los escolióticos en un estudio de Wynne-Davis (citado en Miot, 2004), evidenciaron una mayor incidencia del trastorno en las familias de los pacientes cuando se hizo comparación con la población general. Se evidenció un incremento extraordinario en la incidencia (20 veces mayor que en la población general) en las familias de niñas con escoliosis de comienzo tardío. Estas pruebas sugieren un mecanismo de herencia dominante o múltiple.

Además, según Montalvo y col. (2010), quienes realizaron una revisión acerca de la escoliosis idiopática del adolescente, mencionan que de 1 a 3 de cada 100 personas en México sufren de escoliosis idiopática. Sin embargo, esto no representa un problema para la mayoría de los afectados, sólo unos cuantos necesitarán usar corsé o someterse a una operación. Los estudios revelan que la escoliosis más común es la idiopática y puede ser hereditaria (Miot, 2004).

1.5. Progresión de la escoliosis idiopática

El pronóstico de la escoliosis depende de la probabilidad de progresión. Las normas generales de la progresión es que las grandes curvas tienen un mayor riesgo de progresión que las pequeñas curvas, y que torácica y doble curvas primarias tienen un mayor riesgo de progresión que solo lumbar o curva toracolumbar. Además, los pacientes que no han alcanzado la madurez ósea tienen un mayor riesgo de progresión (es decir, si el paciente no ha completado el estirón de la adolescencia) (<http://es.wikipedia.org/wiki/Escoliosis> revisado en red el 09 de febrero de 2011).

Miot (2004) considera los siguientes aspectos:

- **Edad:** mientras exista la posibilidad de crecimiento corporal, es probable que la escoliosis sea progresiva. Henderson y colaboradores (1990, citado en Miot, 2004) realizaron un estudio en el cual los pacientes que cuyas madres tenían una edad de 27 años o más para el momento de su nacimiento existía un promedio de curva de 35.2° con una mayor potencial de progresión, mientras que los que tenían madres menores de 27 años para el momento de su nacimiento el promedio de la curva era de 30.4. No existió diferencia con respecto a la edad de los padres.
- **Sexo:** mayor potencial de progresión en el sexo femenino. Con una frecuencia 10 veces mayor que en los varones.
- **Menarquia:** el crecimiento de la adolescencia suele coincidir con la aparición de los caracteres sexuales secundarios según la escala de Tanner, en la segunda etapa puberal. Existe un mayor potencial de progreso después de la aparición de la menarquia.

- **Risser:** Se cuenta con datos de la evolución de la curva en relación con la maduración esquelética de la columna, la cual es valorada por el signo radiológico de Risser; cuanto menor sea la gradación de Risser en el momento de detectar la curva, mayor será la posibilidad de progresión de la misma. Weinstein y colaboradores (1983, citado en Miot, 2004) estudiaron 102 pacientes después de su maduración ósea por un periodo de 40.5 años, encontrando que en pacientes con curva torácica entre los 50 y 75° podían tener una progresión de hasta 1° por año en un periodo de catorce años; mientras que los que tenían una curva lumbar mayor de 30° con compromiso de L5 tenían una progresión promedio de 16.2° en un periodo de catorce años.

1.6. Tratamientos

Se han utilizado diversos tratamientos desde la época de Hipócrates (460 - 370 a. C.). Galeno (131 - 201, d. C.) usó vendajes en el pecho para controlar la curvatura vertebral. El tratamiento con ejercicios en Alemania y la Unión Soviética en 1940 y 1950 a los pacientes con curvas de 60 a 70 grados, en una escuela especial de carga para corregir la escoliosis. Klapp utilizó una serie de ejercicios basados en el desplazamiento del tronco, inversamente a la curva, empleados en la escoliosis idiopática (De la Cruz, 2001).

El médico puede recomendar un programa de control, el uso de un corsé ortopédico o braguero o cirugía y algunos métodos alternativos como la danza, la gimnasia y la natación.

1.6.1. Tratamiento ortopédico

Se inicia con la observación, ya que hay un importante número de casos que sólo hay que controlar y no requieren nunca tratamiento ortopédico. En general, a estos pacientes se les agrega ejercicios kinésicos para mantener la columna flexible y mejorar la potencia muscular, abdominal y paravertebral.

Estos pacientes generalmente tienen curvas flexibles con menos de 15° de inclinación, el control es clínico y radiográfico (cada 4 a 6 meses).

El siguiente grado en el tratamiento es el uso de corsé (el más empleado es el corsé de Milwaukee).

El objetivo del tratamiento con corsé es detener el progreso de la curva. Se puede lograr también corregir algo las curvas laterales y la giba costal, pero este no es el objetivo principal.

Los porcentajes de corrección son variables, lográndose en algunos casos disminuir las curvas en 20% al finalizar el tratamiento. Lo más frecuente es que sólo se detenga la progresión de las curvas (Fitzgerald, 2004).

Clásicamente se debe usar el corsé 23 horas al día, por lo tanto, se debe dormir con él, la hora restante se deja para friccionar las superficies de apoyo del corsé y lograr con ello mayor resistencia de la piel, para hacer ejercicios sin corsé y ducharse.

El retiro del corsé es lento y progresivo, hasta que se demuestre que la columna ha logrado su estabilidad en controles radiográficos sucesivos.

1.6.2. Tratamiento quirúrgico

Está destinado a aquellos pacientes que están fuera del alcance ortopédico. Es decir pacientes con curvas sobre 45°, rígidas, mayores de 14 años, Risser 4, o que las curvas hayan aumentado dentro del corsé (Fitzgerald, 2004).

También requieren tratamiento quirúrgico para su corrección, aquellos pacientes que alcanzaron su maduración ósea y presentan curvas sobre 45°.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es estabilizar la columna ya que, de lo contrario, las curvas seguirían progresando y haciéndose cada vez más rígidas. En esta situación se produce deformidad del tronco, lo que produce alteraciones estéticas graves y dejan a los órganos intratorácicos, como el pulmón y el corazón, en posición anormal, provocando alteraciones pulmonares restrictivas.

El tratamiento quirúrgico pretende básicamente disminuir la magnitud de las curvas y mejorar las deformaciones estéticas. Esto se logra a través de la fusión

de la zona de columna comprometida, luego de la corrección de las curvas con instrumental de distracción y de rotación de los cuerpos vertebrales (instrumental de Harrington, Cotrel Dubousset, Luque, Lea Plaza, etc.) (Fitzgerarld, 2004).

A la corrección de las curvas se agrega la artrodesis de ella, con injertos obtenidos del propio paciente desde la cresta ilíaca posterosuperior. La artrodesis, en su gran mayoría, se realiza por vía posterior y, ocasionalmente, se emplea también la liberación y artrodesis anterior cuando las curvas son muy rígidas, o hay un componente cifótico importante.

Pero hay que considerar que el operar pacientes adultos con escoliosis y cifosis torácica conlleva un riesgo importante, ya que ésta es una cirugía mayor, especialmente si las curvas torácicas sobrepasan los 90° y la rigidez es importante. Es en estos casos en los que la complicación parapléjica es más frecuente.

Todas estas dificultades del tratamiento quirúrgico hacen imperioso el diagnóstico precoz de la escoliosis idiopática, para que sea posible evitar la cirugía y tratar esta afección oportunamente.

CAPÍTULO II

Relación salud-enfermedad: contraste de dos paradigmas

Probablemente una verdad muy general en la historia del pensamiento humano la constituya el hecho de que los más fructíferos descubrimientos tienen lugar en aquellos puntos en los que se encuentran dos líneas de pensamiento distintas. Estas líneas pueden tener sus raíces en sectores muy diferentes de la cultura humana, en diferentes épocas, en diferentes entornos culturales o en diferentes tradiciones religiosas. Por ello, si tal encuentro sucede, es decir, si entre dichas líneas de pensamiento se da, al menos, una relación que posibilite cualquier interacción verdadera, podemos entonces estar seguros que de allí surgirán nuevos e interesantes descubrimientos.

Werner Heisenberg

2.1. Unilateralidad en la relación médico paciente

Antiguamente “la medicina existía como complemento de las tradiciones rituales y filosóficas... La medicina hipocrática aspiraba a ayudar a la naturaleza en la creación y preservación de una mente sana en un cuerpo sano” (Porter, 2002, p.45). Sin embargo, la atención de los médicos se fue desplazando del paciente a la enfermedad. Las patologías se localizaban, se diagnosticaban y se etiquetaban según un sistema definido de clasificación y se las estudiaba en hospitales que no eran ya las casas de la misericordia medievales sino centros de diagnóstico, terapia y enseñanza en los que se ha ido despersonalizando e incluso deshumanizando la práctica misma de la medicina. “Los hospitales se han convertido en enormes instituciones profesionales donde se da más importancia a la tecnología y a la habilidad científica que al contacto con el paciente” (Capra, 1982, p.165).

En la actualidad, la experiencia clínica ha sido tomada muy pronto por un emparejamiento simple, sin concepto, de una mirada y de un rostro, de una ojeada y de un cuerpo mudo, “especie de contacto previo a todo discurso y libre de los embarazos del lenguaje, por el cual dos individuos vivos están “enjaulados”, en una situación común, pero no recíproca” (Foucault, 2001, p.8).

El médico en su intervención es violento, porque el enfermo ha de someterse estrictamente a la disposición ideal de nosología: en la que el conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un

exacto conocimiento de la enfermedad; la mirada del médico no se dirige inicialmente a ese cuerpo concreto que está frente a él, el enfermo, sino a “intervalos de naturaleza, a lagunas y a distancias, donde aparecen como en un negativo los signos que diferencian a una enfermedad de otra, la verdadera de la falsa” (Frier, citado en Foucault, 2001, p.24).

La enfermedad es el centro de las reuniones médico-paciente; es lo primero que ve el médico cuando se acerca al paciente (Schnake, 2005). En la mayoría de los casos los médicos no logran ni siquiera recordar los nombres de los pacientes, y se refieren a ellos nombrándolos por la enfermedad que presentan. De acuerdo con Frick (2000) “la enfermedad deja de ser entendida como sufrimiento como perturbación profunda de las relaciones interhumanas, para convertirse en un objeto relativamente independiente del médico y del paciente y sobre el cual, por lo tanto se puede influir (ontologización de la enfermedad)” (p.34).

Como menciona Sournia:

“Para poder proponer a cada uno de nuestros enfermos un tratamiento que se adapte perfectamente a su enfermedad y a él mismo, tratamos de tener una idea objetiva y completa de su caso, recogemos en un expediente personal (su ‘observación’) la totalidad de las informaciones de que disponemos sobre él. ‘Lo observamos’ de la misma manera que observamos los astros o un experimento de laboratorio” (citado en Foucault, 2001, p.9).

Así, desde este ángulo, un hospital tiene mucho en común con un taller de reparación de automóviles, pues tiene un personal de especialistas para diagnosticar, reparar o reemplazar lo que sea necesario en el cuerpo físico, para dejarlo “como nuevo” o “listo” para seguir utilizándolo.

Se considera que el paciente y quienes lo acompañan en la crisis se comportan bien si no interfieren en aquello que los doctores decidan hacer con el cuerpo enfermo. En el escenario médico la autoridad está claramente definida, con un doctor al mando y otros encargados de cumplir sus órdenes. El médico es un observador pasivo, que intenta comprenderlo todo desde la objetividad, da la impresión de saberlo todo y no tiene que justificar nada, para la mayor parte de los

pacientes es una figura de autoridad incuestionable, que les remite al padre autoritario (Dalkhe, 2004). Sin embargo, la mayoría de los pacientes no entienden sus intrincados detalles, pero se les ha condicionado para creer que el médico es el único que sabe la causa de sus enfermedades (Capra, 1982).

Por lo que un buen paciente es el que coopera y obedece las órdenes; “la perspectiva del médico es semejante al de un general ante una guerra: la enfermedad es el enemigo que ha de ser combatido, y el cuerpo del paciente es el campo de batalla” (Shinoda, 2006, pp.12-13). Además, si la medicina pierde la batalla por la curación, a menudo los doctores abandonan el terreno desahuciando al paciente, que en lo sucesivo se convierte en un recuerdo de la derrota (Shinoda, 2006). Más, el sistema médico suele pedir a los médicos la realización de pruebas de laboratorio no necesarias, con el único fin de protegerse, en caso de alguna demanda por negligencia, aumentando así el costo económico para el paciente y para el gasto público (Ferguson, 1994).

Frick (2000) menciona que:

“Quien está enfermo busca la curación fuera de sí mismo, en otra persona que pueda curarlo, que escuche la historia propia de la enfermedad y ayude a ordenar signos desconcertantes. Entre ambos existe un desnivel: cuando estoy débil, necesitado de ayuda, herido, sufriente, y me imagino al otro sano, fuerte dispuesto a ayudar y, ante todo, capaz de ayudar. Por lo tanto, los recursos de la curación están repartidos en forma desigual: como *paciente* soy impotente y estoy desvalido, entregado a la enfermedad, mientras que el médico posee el poder y los medios para curar. Efectivamente la salud se concibe a menudo como una mercancía que se transfiere en el negocio del servicio de la salud: como paciente soy un pobre diablo. No he perdido solamente la salud, sino que también me faltan el saber, los métodos de curación y los remedios de los que disponen los especialistas sanos. Ésta es, aproximadamente, nuestra representación consciente de la curación. Una forma de describir el proceso de la curación consiste en definirla como la transferencia del

valioso bien “salud” dentro del negocio profesional de la medicina” (pp.122-123).

En la carrera de medicina, los futuros médicos estudian cómo surgen y cómo se tratan las enfermedades, cómo se las puede describir e incluir dentro de un sistema. La teoría acerca de las enfermedades del hombre (patología) clasifica nuestras afecciones según sus manifestaciones externas, según sus causas, su pronóstico de tratamiento o su evolución espontánea. El concepto básico de este modelo de la medicina, dominante desde el siglo XIX, es la *etio-pato-genia* (derivada de los términos griegos *aitía*: causa, culpa; *pathos*: padecimiento, enfermedad; *génesis*: formación, surgimiento). A este tipo de pensamiento le debemos los mayores progresos jamás alcanzados en la historia de la medicina, especialmente en la lucha contra las enfermedades infecciosas a través del descubrimiento de determinadas causas (agentes) y su tratamiento, por ejemplo, mediante antibióticos.

Toda la humanidad se ha beneficiado con los frutos del pensamiento patogenético de la medicina moderna (Frick, 2000). Sin embargo, y como consecuencia de estas épocas industrializadas y especializadas de la actualidad, los médicos han quedado reducidos a cuestionarios diagnósticos y recetas, el “arte” de curar se ha convertido así en un proceso automático, científico, profesionalizado e impersonal (Ferguson, 1994).

Para bien o para mal, la medicina científica moderna ha dado excesiva importancia a la solución reduccionista y ha llegado a un punto de especialización en que los médicos ya no son capaces de ver la enfermedad como un trastorno de todo el organismo ni de tratarla como tal. “Lo que sí tienden a hacer es a tratar determinado órgano o tejido, y esto se suele llevar a cabo sin tener en cuenta el resto del cuerpo ni mucho menos considerar los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad” (Capra, 1982, p.175). Se ha sustituido la pregunta ¿Qué tiene usted? por la que reza ¿Dónde le duele a usted?

Las prácticas médicas, basadas en este enfoque parcial, no resultan muy eficaces en la promoción y mantenimiento de la salud. De hecho, muchas prácticas de la medicina actual suelen ocasionar más sufrimiento y más

enfermedades de las que curan, lo cual es uno de los mayores problemas médicos de nuestro tiempo y se le conoce con el nombre de enfermedades *iatrogénicas*. Que literalmente significa “causadas por el médico”. Dichas enfermedades suelen provenir de complicaciones quirúrgicas, medicamentos mal administrados, efectos secundarios de tratamientos e incluso como parte del efecto debilitante producido por la hospitalización (Ferguson, 1994).

“La medicina moderna no falla por falta de posibilidades de actuación sino por el concepto sobre el que – a menudo implícita e irreflexivamente – basa su actuación. La medicina falla por su filosofía o, más exactamente, por su falta de filosofía. Hasta ahora la medicina responde sólo a criterios de funcionalidad y eficacia; la falta de un fondo le ha valido el calificativo de inhumana” (Dethlefsen y Dalkhe, 2005, pp.14-15).

Además, el mal planteamiento del sistema sanitario no afecta solamente a los pacientes, pues con las largas guardias en hospitales, el exceso de trabajo y estrés al que son sometidos los médicos, estos son candidatos con mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares, tienen una probabilidad entre treinta y cien veces mayor que la población en general de caer en la drogadicción y el alcoholismo. También son demandados judicialmente y se suicidan con mayor frecuencia que la población promedio (Ferguson, 1994).

“Esta situación no cambiará mientras la ciencia médica no relacione el estudio de los aspectos biológicos de la enfermedad con la condición física y psicológica del organismo humano y de su entorno” (Capra, 1982, p.155). Al tiempo que la relación *yo –tu*, entre médico y paciente, incluiría un escuchar lo que la persona tiene que decir respecto a su enfermedad, y no prestar atención únicamente a las pruebas objetivas, necesitará entender que la actitud del profesional es un factor de curación y el médico un guía acompañante (Ferguson, 1994).

2.2. Escisión mente-cuerpo

Antes de la aparición del modelo cartesiano, en los griegos, padres de la ciencia médica, prevalecía una visión monista de la realidad, pues aunque se hablara de

la psique (alma) y el soma (cuerpo), ambos eran manifestaciones distintas de una misma sustancia: *arqué*, planteando que la verdadera vida, es la unión de ambas instancias (Cristóforis, citado en Núñez, 2010, p.20). No fue sino hasta el siglo XVII que la mente se convirtió en el elemento de los modelos filosóficos del hombre (Porter, 2002).

Pues, como todos los filósofos “mecanicistas” posteriores, Descartes estaba convencido de que el cosmos tolemaico-aristotélico debía ser sustituido por una “nueva filosofía”, solidamente fundada en la realidad y compuesta por partículas de materia en movimiento que obedecían leyes matemáticas. La lógica exigía que la Creación fuera dividida en dos categorías radicalmente distintas: por una parte la materia, es decir, “extensión” o “*res extensa*” que incluye al cuerpo, y, por otra parte, la mente o “substancia pensante” a la que aludía con “*res cogitans*” (Capra, 1982; Porter, 2002).

Cogito –nombre que hoy se da al método cartesiano- hizo que para él la razón fuese más cierta que la materia y le hizo llegar a la conclusión de que ambas cosas eran entes separados y básicamente distintos. Por consiguiente, afirmó que “el concepto de cuerpo no incluye nada que pertenezca a la mente y el de mente, nada que pertenezca al cuerpo” (Capra, 1982, p.64). Por lo que, en cuanto al cuerpo humano, era imposible diferenciarlo de una máquina-animal. Así, Descartes explicó detalladamente la manera de reducir los movimientos y las funciones biológicas del cuerpo a simples operaciones mecánicas, a fin de demostrar que los organismos vivos eran meros autómatas. También, el comportamiento de los animales se explicaba totalmente en términos de materia y movimiento: eran máquinas sofisticadas autómatas carentes de voluntad, sentimiento o conciencia. “La apariencia de tales atributos en las bestias se debía a los reflejos: el concepto del reflejo fue fundamental en su pionera explicación mecanicista del sistema nervioso” (Porter, 2002, pp.62-63).

Descartes igualó la mente al alma incorpórea: ésta era lo que confería a los humanos su conciencia, responsabilidad moral e inmortalidad; sólo los humanos poseían mentes conscientes. Aunque por ser inmaterial no podía localizarse o identificarse con algún espacio (“extensión”), la mente se acoplaba con el cuerpo

en la glándula pineal, una estructura unitaria asentada en el cerebro medio (Porter, 2002, p. 63). Así, “el cuerpo estaba regulado por leyes mecánicas, pero la mente – o el alma- era libre e inmortal” (Capra, 1982, p.188).

Descartes dijo: “Veo el cuerpo humano como una máquina... En mi opinión... un enfermo y un reloj mal hecho pueden compararse con mi idea de un hombre sano y un reloj bien hecho” (citado en, Capra, 1982, p.65). Influenciando así el pensamiento médico y dando como resultado el llamado modelo biomédico –o modelo médico-, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. Arraigando la idea de que el cuerpo humano, considerado como una máquina, puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; y que la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular por lo que la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Como consecuencia, las humanidades se concentraron en la *res cogitans* y las ciencias naturales en la *res extensa*; además de que los psicólogos partidarios de Descartes, hicieron una estricta distinción entre la *res cogitans* y la *res extensa*, y por ello les resultó muy difícil la interacción de la mente y el cuerpo (Capra, 1982).

Con sus ideas Descartes repensó radicalmente la filosofía y la medicina, sin embargo, nunca explicó de una manera que satisficiera a sus críticos cómo podían interactuar el alma con el cuerpo; aparentemente, su especulativa selección de la glándula pineal como lugar de la interacción sólo sirvió para agravar el problema en ambos planos: el fisiológico y el metafísico. Así, más que elucidar el alma, la había convertido en un misterioso fantasma en el interior de esa máquina que era el cuerpo humano (Porter, 2002).

Por lo que la distinción que Descartes hizo entre la mente y el cuerpo ha calado hondo en la civilización occidental. Ha enseñado a pensar en si mismos como egos aislados “dentro” de un cuerpo; ha hecho conceder más valor al trabajo intelectual que al manual o el emocional y el físico; al tiempo que “a los médicos les ha impedido considerar las dimensiones psicológicas de las enfermedades y a los psicoanalistas ocuparse del cuerpo de sus pacientes” (Capra, 1982, pp.62-63).

Más, al concentrarse en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente y, al reducir la salud a una función mecánica, “pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación. Quizá sea éste el más grave defecto del enfoque biomédico” (Capra, 1982, p.135).

Las consecuencias negativas de esta falacia reduccionista se han vuelto clarísimas en la medicina; los médicos, suscritos a la imagen cartesiana del cuerpo humano como un mecanismo de relojería, no pueden entender muchas de las principales enfermedades presentes en el mundo de hoy. Al hallarse resumido el pensamiento racional de nuestra cultura en la famosa afirmación de Descartes “*cogito ergo sum*” –“pienso, luego existo”- en virtud de la cual el hombre occidental comenzó a identificar su identidad con la mente racional en vez de con todo su organismo, y, encerrados en la mente, ha olvidado cómo pensar con el cuerpo, cómo servirse de él para llegar al conocimiento.

Para reincorporar el concepto de curación a la teoría y práctica de la medicina, las ciencias médicas tendrán que ir más allá de su visión parcial de la salud y de la enfermedad. Esto no significa que deban ser menos científicas: por el contrario, ampliando su base conceptual se harán más coherentes con los recientes desarrollos de la ciencia moderna. Hoy se vive en un mundo caracterizado por sus interconexiones a nivel global en el que los fenómenos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente interdependientes. “Para describir este mundo de manera adecuada, necesitamos una perspectiva ecológica que la concepción cartesiana del mundo no nos puede ofrecer” (Capra, 1982, p.18). A fin de superar el modelo clásico, los profesionales de la salud y los científicos tendrán que ir más allá del tradicional enfoque reduccionista y mecanicista para desarrollar una visión más abarcativa e integral, es decir adoptar una visión holística y ecológica.

El universo ya no es sólo una máquina compuesta de una cantidad de objetos separados, sino una unidad indivisible y armoniosa, una red de relaciones dinámicas de la cual el observador humano y su conciencia forman parte esencial (Capra, 1982).

2.3. Visión integral de la salud: nuevo paradigma

La enfermedad suele verse en gran parte del pensamiento médico alopático como una calamidad o como un evento que es nocivo o peligroso para el individuo (visión mecanicista); “como un enemigo (agente, espíritu patógeno, demonio, error de información, etc.) que debe ser vencido por la salud” (Frick, 2000, p.35). Se piensa en la enfermedad como algo negativo, como una desventura o mala suerte que produce malestares que tienen que ser reparados lo antes posible y con el menor sufrimiento posible, para lo cual la medicina contemporánea en los hospitales hace lo posible para crear la “cura milagrosa” o la “pastillita milagrosa” con la que se acaba con el sufrimiento producido por la enfermedad y, efectivamente, en la mayoría de los casos lo ha logrado pero sólo a nivel físico y a un costo de desensibilización y anestesia corporal que no permite la vivencia o experimentación del mensaje que trae la enfermedad. Como menciona Capra (1982, p.158) “la medicina moderna, operando desde un esquema parcial, intenta reducir el dolor a una indicación de una determinada disfunción fisiológica... y lo suprime con la ayuda de calmantes.

Sin embargo, en la enfermedad se encuentran involucrados también los niveles psíquico, emocional y espiritual además del físico. La enfermedad, por paradójico que parezca, es una señal para restaurar el equilibrio (Dethlefsen & Dahlke, 2005). Las enfermedades que puedan acontecer al individuo son una oportunidad (visión transpersonal) que la vida le brinda para recuperar la salud y el equilibrio en todos sus niveles: psíquico, espiritual, físico y emocional, sólo que recurre, la vida, a manifestaciones monstruosas o terroríficas como es el caso de la enfermedad, accidentes, pérdidas, etc. cuando no es atendido algún mensaje que acompaña a algún cambio necesario para la persona y que ésta no ha querido atender (Shinoda, 2006). Es necesario que el individuo pueda ver a la enfermedad no como un mal con el cual hay que acabar de golpe o anestesiándolo sino como una oportunidad que le brinda la vida para vivenciar e integrar elementos escindidos de su ser.

Generalmente cuando se piensa en enfermedad, la cual se entiende como cualquier alteración más o menos grave de la salud, ya sea a nivel psíquico, físico y/o emocional (Diccionario de la Lengua Española, 22a edición), las personas tienen una reacción negativa y desvinculada con respecto a ésta. Se ha inculcado, particularmente en la visión occidental que rastrea sus orígenes en el aun vigente y predominante paradigma mecanicista, que la enfermedad es nociva y como algo “negativo” que hay que “evitar” o “reparar” a como de lugar. Cuando un individuo se enferma de inmediato se piensa en una explicación causal para lo ocurrido pero difícilmente se considera que el accidente del individuo también tiene un trasfondo en el nivel psíquico, espiritual y emocional que generalmente envuelve una situación inconclusa en estos niveles. La enfermedad vista desde el paradigma mecanicista se queda en la superficie del verdadero mensaje que ésta manifiesta.

No es para menos ya que la visión mecanicista se inclina a favor de lo lineal; pues, el paradigma mecanicista le presta poca o nula importancia a lo que no es palpable y que esta más allá de lo que los sentidos pueden percibir físicamente, como lo psíquico y/o lo emocional, pero que existe y rige la vida humana. Sin embargo, qué pasa cuando el verdadero mensaje o simbolismo de la enfermedad que aqueja al individuo no se puede explicar ni entender linealmente pero que de alguna forma se sabe que está porque da señales que cada vez aumentan su urgencia para ser escuchados generalmente con forma de enfermedades de cualquier tipo (Dethlefsen & Dahlke, 2005). El hombre contemporáneo está tan habituado a encontrarle o inventarle una causa a todo lo que acontece que cuando sucede un evento sin causa o explicación aparente o tangible su mundo mecánico y bien estructurado comienza a fracturarse y a generarle confusión. El individuo no está habituado a los eventos aparentemente sin conexión. Al respecto Frick (2000) menciona que:

“La causalidad es la idea central de la idea moderna y, desde la segunda mitad del siglo pasado, también domina como única opción el pensamiento de la medicina: no descansamos hasta haber explicado la enfermedad de un individuo mediante la relación de una o más causas con sus efectos patológicos (sintomatología).

Construimos cadenas patogenéticas, tramas de causas y condiciones para poder aplicar una terapia causal. No queremos simplemente eliminar los síntomas, disparando sobre ellos sin una meta precisa, sino extirpar el mal (la enfermedad) de raíz... aunque el pensamiento patogenético amplíe sus perspectivas al introducir el enfoque sistémico, la obsesión por el pensamiento causal no desaparece” (p.33).

El individuo busca una explicación en la lógica causa-efecto para lo que le sucede, el problema es que no la encuentra y es en este punto donde el paradigma transpersonal complementa y amplía el marco de referencia del individuo.

En la visión transpersonal se puede ver la enfermedad como un evento que puede tener su origen en un nivel que no necesariamente es en el que se manifiesta, por ejemplo, una enfermedad física puede tener su origen a nivel psíquico y/o emocional y viceversa. Es decir, desde la visión transpersonal se ve la enfermedad como un evento conectado con necesidades profundas de transformación del individuo, en donde van implícitas relaciones aparentemente sin conexión entre los planos psíquico, físico y emocional de una misma realidad o fondo del cual emana la sabiduría y el conocimiento necesario para la transformación en el individuo (Dahlke, 1999).

Al respecto Nava (2000) quien, en su investigación de enfoque clínico y de orientación transpersonal, analizó los postulados generales y las aportaciones de los principales exponentes de las cuatro fuerzas de la psicología occidental (el psicoanálisis, el conductismo, la psicología humanista y la psicología transpersonal) en relación a la influencia que la consciencia ejerce en la salud mental del individuo, concluyó que si se aumenta el nivel de consciencia habrá mayor desapego y desidentificación con el cuerpo y por lo tanto un incremento de la salud física y mental, pues es el individuo, en gran medida, el que crea sus propias enfermedades. También concluye que el individuo necesita desarrollar su

consciencia, ya que sólo ésta le permitirá vivir sin el sobrecogimiento y el rechazo al dolor, al sufrimiento y a la enfermedad. El dolor, cuando es productivo, le permite al individuo hacer los cambios pertinentes; no es un enemigo que se debe aniquilar, hacer a un lado o esquivar, puesto que es parte de la riqueza del ser; es el contraste necesario que le ayuda a buscar el equilibrio perdido. Por último, dicha autora considera relevante señalar que la psicología transpersonal es un nuevo paradigma en el que predomina el eclecticismo, ya que parte de los postulados más sensoriales hasta los que resultan etéreos e inobservables, con lo que unifica las corrientes psicológicas orientales y occidentales, en un intento de complementariedad de polos y no de exclusión de los mismos.

Cabe aclarar que no se pretende imponer la visión transpersonal de la enfermedad sobre la mecanicista, simplemente se pretende ampliar y complementar el marco de referencia del individuo que ha dejado de confiar en la sabiduría y capacidad de su ser y se lo ha dejado todo a una 'pastilla milagrosa' que lo puede curar cuando se enferma, aunque sólo a nivel físico.

La visión transpersonal no se queda sólo a nivel físico sino que profundiza e integra los niveles psíquico y emocional; apoya la idea de que en la enfermedad hay elementos físicos, psíquicos y emocionales relacionados sobre los cuales hay que actuar. Por lo tanto la visión transpersonal tiene una esencia holista¹, pues, parte de la idea de que todo está relacionado y conectado con todo; desde el más insignificante hasta el más importante de los aspectos de la enfermedad están relacionados de alguna forma.

La enfermedad, vista desde éste paradigma, es una metáfora de algún problema psíquico o emocional; es un significante. La enfermedad es como un

¹ El Holismo (del griego holos que significa todo, entero, total) es la idea de que todas las propiedades de un sistema (biológico, químico, social, económico, mental, lingüístico, etc.) no pueden ser determinadas o explicadas como la suma de sus componentes. El sistema completo se comporta de un modo distinto que la suma de sus partes.

Se puede definir como un tratamiento de un tema que implica a todos sus componentes, con sus relaciones obvias e invisibles. Normalmente se usa como una tercera vía o nueva solución a un problema. El holismo enfatiza la importancia del todo, que es más grande que la suma de las partes y da importancia a la interdependencia de estas. (<http://es.wikipedia.org/wiki/Holismo>)

lapsus, que puede ser corporal (parapraxia) o emocional o lingual, pues un lapsus “es un decir que el sujeto dice sin saber lo que dice” (Nasio, 2004, p.77), “es un lenguaje indirecto por medio del cual el individuo dice lo que no dice verbalmente” (Manuel Morales, comunicación personal, marzo de 2009). Por ejemplo, el cuerpo es un escenario, el principal, en el cual se pueden representar problemas psíquicos y/o emocionales, es decir, en el cuerpo se puede llevar a cabo una conversión de una enfermedad a nivel psíquico y/o emocional y viceversa; en el cuerpo el individuo puede descargar muchos contenidos inconscientes que terminan convirtiéndose en una manifestación corporal de la enfermedad. “La enfermedad se hace aparente en el cuerpo (Foucault, 2001, p.26).

“Lo que se expresa en el cuerpo se entiende que tiene un equivalente psicológico” (Rothenberg, 2003, p.18), pues “los conflictos y problemas humanos no resueltos se manifiestan en muchos escenarios y uno de éstos es el cuerpo” (Patricia Palacios, comunicación personal, 8 de septiembre, 2010), con lo cual se pone de manifiesto el carácter inconsciente de la enfermedad. Es decir, si realmente el individuo dice algo sin saber lo que dice y que lo dice, queda a la vista el anverso o el reverso de un saber inconsciente; queda a la vista el carácter “inoportuno” de la enfermedad ya que surge cuando menos lo espera el individuo, pero siempre a tiempo, y lo pone en aprietos porque no sabe qué le está pasando o por qué le está pasando pero, de alguna forma, sabe que está pasando. Por lo tanto, ésta analogía de la enfermedad con el lapsus pone al descubierto que el individuo expresa su inconsciente, lo anuncia, y como resultado puede aprender conscientemente algo del inconsciente con solo arrojarle un poco de luz (de conciencia). Es como si el inconsciente estuviera abierto y, finalmente, ese lapsus lo sorprende y le enseña algo que tal vez está olvidando o reprimiendo o que simplemente ha guardado en el inconsciente.

Como menciona Rothenberg (2003):

“Los síntomas corporales generalmente emergen desde las profundidades internas hacía la luz del día de manera inesperada. Cuando la enfermedad irrumpe, uno confronta abruptamente la realidad de que uno no es el soberano de su propia casa. Es cuando

nos vemos forzados a poner atención a la psique, porque ésta se ha convertido en algo real. Cuando un síntoma físico aparece, algo en nuestro interior que no ha podido alcanzar la conciencia, se manifiesta directamente en una forma psicológica. Al hacerlo, auxilia al ego a soportar el contenido que el mismo ego no puede absorber con facilidad” (p.17).

La enfermedad puede enfrentar al individuo a lo que muy en el fondo sabe que debe enfrentar. Le permite conectarse, integrar y vivenciar conscientemente aquellas partes de su ser que ha olvidado, guardado o abandonado en alguna parte del inconsciente y que se manifiestan por medio de la enfermedad. Para el paradigma transpersonal, en la enfermedad, la máscara que el individuo tiene puesta se desvanece y deja de ser lo que era hasta ese momento para dar paso a la renovación o a la muerte. Con la enfermedad el individuo se da cuenta de la propia vulnerabilidad y necesidad; se ve forzado a “no poder” y a necesitar de los demás elementos que lo integran y a darse cuenta de que no es omnipotente ni que sólo un elemento es el que lo integra, pues, “cuando la necesidad nos arranca palabras sinceras, cae la máscara y aparece el hombre” (Lucrecio).

Se crea un antes y un después de la enfermedad ya que acaba con la cotidianidad y marca un punto en el que nada vuelve a ser igual; “la enfermedad como campo de conciencia puede cambiar por completo la percepción de la vida” (Dahlke, 1999, p.57). De acuerdo con Schnake (2005) se debe “abandonar la idea de curación como un volver a un estado anterior... (de lo contrario) estaríamos desperdiciando la maravillosa oportunidad que nos ofrece la enfermedad para cambiar, para completarnos, para crecer, para ser más armónicos con nosotros y con el mundo” (p. XIV). La enfermedad se vuelve una revelación inconsciente de aquello que el individuo necesita hacer consciente e integrar. Pues, “lo que brota del cuerpo y del inconsciente comienza en una forma oscura. Psicológicamente, estas realidades oscuras marcan el nacimiento de algo que se esfuerza por salir del inconsciente para volverse consciente” (Rothenberg, 2003, p.11).

Groddeck (citado en Schnake, 2005, p.178) menciona que “las enfermedades tienen una finalidad... Cuando se reflexiona sobre esto, se descubre que el ser

humano crea sus enfermedades, no de un modo arbitrario, sino bajo el efecto de una compulsión interna”. En este sentido, Brenner (1977) dice que:

“en la mente, como en el mundo físico, nada ocurre por casualidad o por ventura. Cada fenómeno psíquico está determinado por aquellos que lo precedieron... En la vida mental no existe discontinuidad alguna... puede demostrarse que cada enfermedad fue causada por un deseo o intención de la persona afectada, en acuerdo estricto con el principio de la función mental” (pp.16-17).

Cuando se manifiesta la enfermedad suele acompañarse y desencadenar crisis, porque son una vía que pone el mundo del individuo de cabeza y le permite la concientización de aspectos de la vida que necesita renovar o cambiar. La vida no es estática o lineal, es dinámica y cambiante. Consecuentemente la vida de cualquier individuo ha de estar llena de enfermedades y sus crisis que orientan cambios para la maduración y transformación tanto psíquica, física y/o emocional (Stevens, 1994; Dahlke, 1999).

Crisis –de la palabra china *wei ji*- se entiende como el cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para que el paciente mejore o se agrave (Diccionario de la Lengua Española, 22a edición). Desde su significado etimológico y pictográfico ya se vislumbra las dos vertientes en que puede encausar el torrente de la “crisis” (Shinoda, 2006, p.7; Dahlke, 1999, p.25): como una “oportunidad” o como un “peligro”.

Como una “oportunidad”, por medio de la cual el individuo puede entender y aceptar la crisis de manera conciente y ayudado por rituales y otros apoyos que le permitan superar y vivenciar el proceso por el que atraviesa sin mayores complicaciones, integrando y ampliando el marco de referencia en los planos físico, psíquico y emocional. La crisis vista como una oportunidad, visión que apoya el paradigma transpersonal, le puede servir de apoyo al individuo para enfrentar, crecer y superar los obstáculos y dificultades que vayan implícitos en la crisis y por los cuales ha de atravesar, así como también le da la posibilidad de integrar aspectos de su personalidad que han sido escindidos. Vista así la crisis, como oportunidad, es una herramienta que la vida le ofrece al individuo para

crecer y cambiar lo viejo por lo nuevo, para transformarse. Sin embargo, para bien o para mal, éste aspecto de la crisis, como una oportunidad, es poco conocido y considerado, a diferencia de su otro significado.

Como un “peligro”, contrario a lo anterior, cuando no se enfrenta ni se acepta y, además, se evita y reprime una crisis mitigándola con una medicina que acabe de un solo golpe con el malestar o ignorándola, visión que promueve el paradigma mecanicista, podrá suceder que el individuo aparentemente se sienta aliviado, físicamente. Borja (2004) menciona que la enfermedad no es sus síntomas. Quien se entretiene con ellos rebusca, neurotiza a la enfermedad. Es evidente que si se atacan los síntomas, el ego se fortifica y saldrá con más sutileza, casi con salud, pero más reprimido, más sofisticado a nivel patológico.

Lo que ocasiona el individuo al reaccionar de esta forma ante la crisis es un desvío de energía y un agravamiento de su situación. Pues, el individuo es energía, todos sus procesos funcionan con energía; hay un equilibrio dentro de su ser que necesita mantenerse. Cuando el individuo no equilibra esa energía, implícita en la crisis, que se compone de todo lo que el individuo considera como rasgos negativos de su personalidad, dicha energía se va acumulando y llegado el momento ha de buscar una salida. Por lo general la energía es enviada a la parte del inconsciente que Jung llamó sombra, la cual se entiende “como el otro en nosotros; la personalidad inconsciente de nuestro mismo sexo; lo inferior y censurable; ese otro yo que nos llena de vergüenza y de embarazo. La sombra es lo que una persona no desea ser “(Jung, citado en Zweig, 2004, pp.34-35), incluye tanto aspectos positivos como negativos. La energía que ha sido enviada a la sombra se manifestará de muchas formas, la mayoría, aparentemente “negativas” para el individuo que las vive. La sombra se le presentará como algo amenazante con la intención de ser tomada en cuenta para poder dar su mensaje que generalmente conduce a la estabilidad y renovación de la persona² (yo).

² La persona es el “yo”; usualmente aspectos ideales de nosotros mismos, que presentamos al mundo externo (Sharp, 1997, p.145). “Persona significa originariamente la máscara que llevaba el actor y que indicaba el papel desempeñado por él” (Jung, 1990, p.50). En este sentido, es tanto una protección como una ventaja para interactuar con las demás personas.

El hecho de que la crisis y los cambios se le presenten a “la mala” o como peligrosas al individuo es porque reprime, guarda, ignora, rechaza o evita aquellos elementos y recursos o potencialidades no desarrolladas que forman parte de su personalidad y necesitan ser integrados porque les ha llegado la hora de ser integrados y es necesario que formen parte del repertorio consciente de características del yo del individuo. A estos cambios o crisis, que son causa y efecto de la enfermedad, manifestación de la sombra, generalmente, se les toma como un castigo o algo injusto y “negativo” por su carácter de incómodo y muchas veces imposibilitador (físicamente), en el sentido de que rompen con la rutina y cotidianidad del individuo, al tiempo que lo obligan a hacer lo que no hacía o dejar de hacer algo que hasta entonces hacía exageradamente o en demasía, provocando alteraciones y cambios en muchos sentidos.

El modo en que el individuo enfrenta las crisis determina el modo en que lo afectan. “Cada crisis nos confronta con la posibilidad de elegir, aceptarla conscientemente o defendernos de ella con todas nuestras fuerzas. En este momento se decide ya si va a ser un peligro o una oportunidad” (Dahlke, 1999, p.26). “Esa decisión puede cambiar drásticamente nuestra vida... al margen del poco poder que tengamos sobre las circunstancias, aún en la situación más terrible, siempre podemos elegir cómo reaccionar. Este conocimiento nos atribuye un poder” (Shinoda, 2006, pp.36-37). El individuo puede ser observador pasivo o participante activo de la propia enfermedad. Empero, no tiene la posibilidad consciente de elegir cuándo enfermarse, pero si tiene el poder de elegir cómo reaccionar ante tal situación.

Las crisis constituyen un elemento determinante para la vida de cualquier individuo; “en el curso de la evolución, crisis es el momento en que todo sufre un brusco giro del que el hombre sale transformado, ya sea con el nuevo origen de una decisión, ya con la rendición” (Jaspers, citado en Dahlke, 1999, p.25). Siempre, a lo largo de la vida, el individuo se topará con alguna crisis en determinado momento, particularmente en uno en el que se encuentran las circunstancias necesarias tanto internas como externas para que la crisis suceda. Las crisis son necesarias e inevitables y tienen su tiempo, no se las puede

anticipar ni saltar. Posibilitan la maduración y el aprendizaje del individuo y están acompañadas, generalmente, de eventos que le parecen “negativos” al individuo por ser incómodos e imposibilitadores. Pues, las crisis desencadenan y se acompañan de una serie de elementos, sincronicidades³ y energías que surgen principalmente del interior del individuo y están en función de un proyecto hecho por el sí-mismo⁴ “que incluye tanto lo vivenciable como lo no vivenciable (o lo que aun no se ha vivenciado)” (Sharp, 1997, p.180); y están orientadas en función del desarrollo y renovación de la persona y determinadas por aquellos aspectos que han sido negados o aun no han sido aceptados e integrados como elementos propios del individuo, la sombra.

Por lo que cuando distintas funciones corporales se conjugan en un modelo determinado, se produce un estado armonioso al que se le llama salud (Dethlefsen y Dalkhe, 2005). La salud de acuerdo con los escritos hipocráticos, requiere un estado de equilibrio entre las influencias ambientales, los modos de vida y los varios componentes de la naturaleza humana (Capra, 1982) así, “el bienestar no puede ser administrado por vía intravenosa, ni ingerirse a cucharadas. El bienestar nace de una matriz: cuerpo – mente. Es un reflejo de la armonía somática y psicológica” (Ferguson, 1994, p.283).

2.4. La enfermedad como oportunidad

Las enfermedades y sus crisis se encuentran trazadas y estructuradas por un proyecto esencial que obedece a una fuerza o energía inefable que escapa a la capacidad consciente de percibir, pues no es posible acceder a dicha energía directamente, se la conoce por sus manifestaciones o reflejos. La fuerza o energía

³ La sincronicidad “es la coincidencia en el tiempo de dos o más sucesos no relacionados causalmente que tienen el mismo significado o similar... ;es el acontecimiento simultáneo de un cierto estado psíquico con uno o más sucesos externos que aparecen como paralelos significativos en el estado subjetivo momentáneo –y viceversa en algunos casos” (Jung, 1988, p.35). Las sincronicidades “actúan como espejo de los procesos internos de la mente y toman la forma de manifestaciones exteriores de transformaciones interiores” (Peat, 2003, p.36).

⁴ El sí mismo (self) jungiano es el arquetipo de la totalidad y el centro regulador de la psique; es un poder transpersonal que trasciende al ego (Sharp, 1997, p.179). “Es el encargado de llevar a la práctica el proyecto de vida en todas y cada una de las fases del ciclo vital y de efectuar el mejor ajuste que las circunstancias concretas permitan” (Stevens, 1994, p.53).

que alimenta al proyecto de vida, planeado para cada individuo y en el cual van implícitas las enfermedades, es constelada por el universo o, para Jung, por el sí-mismo y tiene la finalidad de que cada individuo llegue a ser lo que tenga que ser. Saber cómo o cuál será o es el destino o lo que tiene que ser el individuo es imposible, pues, sólo lo conoce cuando llega a él, es una cuestión incierta ya que todo puede suceder (Stevens, 1994).

La enfermedad permite la renovación, transformación, maduración y trascendencia del individuo, pues, es una herramienta necesaria que le permite conectar e integrar aquellos elementos que le desagradan o le son extraños al individuo por considerarlos ajenos a él pero que le son constitutivos y propios. La enfermedad ofrece una oportunidad para crecer, pues los conflictos que no han sido afrontados conscientemente hacen su aparición de diversas maneras, una de ellas es la enfermedad, que orilla a prestar atención a los conflictos internos, si se aprende a escucharlos, se podrá resolverlos de una forma menos drástica (Ferguson, 1994).

La crisis de la enfermedad no necesariamente se tiene que resolver, es una cuestión de trascendencia, es decir, a partir de las partes en conflicto: por un lado, los elementos contenidos en la sombra que buscan su integración y, por el otro, los elementos que el individuo considera integran su persona, se trata de que surja algo nuevo y no que la una o la otra de las partes involucradas gane o sea mejor. “En el pensamiento Jungiano tanto la sombra como la persona-máscara son partes de la personalidad arraigadas en lo arquetípico, de las que nunca podemos ‘librarnos’, con las que más bien debemos tratar de vivir en armonía” (Frick, 2000, p.49). Pues, por una lado “la sombra compensa las pretensiones de la persona y (por el otro) la persona compensa las inclinaciones antisociales de la sombra” (Stevens, 1994, p.55).

Lo que muchas veces se ignora de la sombra es su lado complementador del yo; pues la sombra, en determinado momento, justo cuando ha llegado el momento, saca a la luz los aspectos, recursos y potencialidades que han sido guardados u olvidados en ella, como elementos no pertenecientes a lo que el individuo considera que es su persona. Es decir, cuando el individuo se ha

identificado con un solo aspecto de la gama que contiene su ser y no reconoce a ningún otro, la sombra revela aquellos aspectos del individuo que también le pertenecen aunque no le agrade, por ejemplo, cuando dice: “yo soy estudiante y nada más, descarta y transforma en elementos de la sombra a aquellos que también lo integran como podría ser su condición de ignorante, analfabeto, sirviente, etc., pero que no forman parte de él desde su perspectiva consciente y tarde o temprano ya sea a la buena o a la mala reclamaran su lugar como elementos constitutivos de la persona” (Manuel Morales, comunicación personal, febrero de 2010).

La sombra manifiesta a través de la enfermedad y sus crisis contenidos del inconsciente que no alcanzan el umbral de la conciencia, es decir, elementos reprimidos, rechazados o negados como constitutivos de la persona, así como recursos o potencialidades no desarrolladas. La sombra contiene una energía increíble de transformación a la cual se puede acudir más que huir; contiene los elementos rechazados que, quiera o no, le pertenecen al individuo y lo conforman, pero, generalmente, prefiere transferírselos a los demás en lugar de hacerse responsable de ellos (Jung, 1990).

Aquellos elementos que forman parte del individuo y que son necesarios para su maduración, crecimiento y renovación yóica, pero que no considera como tales (pero que muy a su pesar lo conforman) y que descarta, enviándolos a la sombra, sin saber que lo hace, surgirán, tarde o temprano, para reclamar su lugar y ser redimidos de una manera, entre otras, poco agradable como es el caso de la enfermedad: física, psíquica o emocional. Porque cuando el diálogo que intenta entablar la sombra con el yo es mal interpretado o es ignorado por el yo, surgen complicaciones que podrían considerarse como “llamadas de atención” que se manifiestan como crisis, errores, enfermedades, accidentes, amenazas, etc., la mayoría desagradables, es decir, todo aquello que resulta amenazante o peligroso para el individuo así como todo aquello que considera malo o “negativo” y que muestra su vulnerabilidad y necesidad. Son manifestaciones que a lo largo de su vida y en su momento llamarán la atención del individuo por medio de calamidades (P. Palacios, comunicación personal, enero de 2010), pues, de otra

forma no se les consideraría ni se les tomaría en cuenta y seguirían siendo ignorados. Por eso la sombra ha de valerse de síntomas manifiestos como la depresión, la enfermedad y en general todo aquello que le resulta o considera amenazante o extraño al individuo y que surgen precisamente en aquellos momentos en los que el individuo se recarga más en un aspecto (máscara) de su persona y descarta los demás aspectos que también lo integran pero que no reconoce como tales (M. Morales, comunicación personal, diciembre de 2009).

Si la sombra no se manifestara como amenazante tal vez el yo nunca la escucharía, es por eso que la sombra daña o le hace malas jugadas y le hace pasar malos ratos al yo, generalmente, utilizando síntomas o lapsus que contienen un gran mensaje y son de una complejidad particular a tal grado que no le permite seguir inflándose ni alejarse más de lo que verdaderamente es, y lo obliga a regresar los pies a la tierra (la mayoría de las veces de la peor forma). Empero, estos síntomas o lapsus pueden convertirse en un talismán con el que el individuo puede apoyarse para hacer lo que tiene que hacer. Paradójicamente, Jung (citado en Zweig, 2004, p.29) señalaba que “la sombra sólo resulta peligrosa cuando no le prestamos la debida atención”. En este sentido Neumann (citado en Zweig, 2004) menciona que:

“el Yo descansa oculto en la sombra, ella es quien custodia la puerta, el guardián del umbral. Así pues sólo podremos llegar a recuperar completamente nuestro Yo y alcanzar la totalidad reconciliándonos con la sombra y emprendiendo el camino que se halla detrás de ella, detrás de su sombría apariencia” (p.38).

De igual forma Dethlefsen & Dahlke (2005) comenta que “los aspectos oscuros sólo parecen malos y amenazadores mientras están en la oscuridad. La simple contemplación del contenido de la sombra lleva luz a las tinieblas y basta para darnos a conocer lo desconocido” (p.70). Y es por medio de la enfermedad y sus crisis que puede tener lugar la manifestación de la sombra y la renovación del yo y a través de la cual el individuo puede integrar y actualizar los elementos de su sombra en su personalidad.

Visto desde la necesidad del individuo de transformarse y renovarse constantemente, no es posible que tenga puesta sólo una máscara para todo porque cuando sólo se pone una máscara relega y fortalece, inconscientemente, a las otras máscaras que lo conforman y tarde o temprano tendrá que ponérsela, aunque no sea muy grato. Pues, como menciona Frick (2000) “nos vemos obligados a confrontarnos con símbolos arquetípicos debido a nuestra evolución vital” (p.19).

Se trata de que el individuo integre, a través de la enfermedad y las crisis, aquellas potencialidades o recursos no desarrollados que han sido guardados en su sombra y que proyecta⁵ en el mundo que le rodea por no considerar dichos elementos como propios de su persona, es decir, “eso que se admira en los demás, como hablar en público, y que cree no tener, forma parte de lo que guarda en su sombra y en la medida en que empiece a hablar en público, por la buena o por la mala, integrará eso que proyecta y admira en los demás” (Manuel Morales, comunicación personal, 24 de mayo de 2010). Como menciona Borja (2004):

“Lo que más atemoriza al ser humano es caer en una crisis, porque pone de manifiesto todo lo que está irresuelto: la dependencia, la necesidad, la carencia... No se puede resolver nada profundo si no es a través de una crisis, pues ella misma posee los elementos de la curación. Los procesos terapéuticos deben buscar los momentos de crisis, provocarlos, no irlos suavizando... ¡El ego intenta la salud pasando primero por un salón de belleza! Sin embargo, el proceso de curación pasa por convertirse en un enfermo más enfermo” (p.14)

Opuesto a la creencia popular de que la enfermedad y las etapas de transición que las acompañan son algo negativo, la enfermedad es y puede pensarse como algo positivo. Es decir, la enfermedad es más un apoyo, un aliado para la transformación y crecimiento del individuo (visión transpersonal de la enfermedad) que un obstáculo o enemigo con el cual hay que luchar, acabar y destruir (visión

⁵ La experiencia psicoanalítica ha mostrado que muchas personas atribuyen a otras los deseos e impulsos que les pertenecen, que no les parecen aceptables y de los que inconscientemente tratan de desprenderse mediante el mecanismo de proyección (Brenner, 1977, p.119)

mecanicista de la enfermedad). Pues la enfermedad y sus crisis traen el alivio de los males; son más una oportunidad (de crecer, de cambiar, de enfrentar, de recuperar la salud y el equilibrio) que un castigo o injusticia (P. Palacios, comunicación personal, enero de 2010).

La enfermedad lejos de ser algo negativo es y puede pensarse y vivirse como algo creativo. Es como la semillita que ha sido plantada y que guarda en sí y por sí misma un potencial de crecimiento si se le cultiva, cuida y atiende; o como un “engendramiento que muchas veces puede ser monstruoso, ya sea que se trate de escoliosis, un cáncer o de SIDA, pero siempre positivo, no negativo” (Nasio, 2004, p.76). Dentro de esta consideración cabe destacar que la enfermedad aparecerá cuando el individuo esté listo o cuando sea necesario que enfrente algo que no ha podido vislumbrar a nivel consciente. “Uno debe aprovechar la crisis del paciente, pues salido de ella ya no se puede movilizar nada. Puede tardar años, pues nadie entra en crisis estando bien. Por eso hay que aprovechar la oportunidad de transformación profunda que brinda la crisis” (Borja, 2004, p.54).

La enfermedad y sus crisis son consecuencia y causa de los cambios o transiciones necesarias por las que todo individuo ha de pasar y vivir en su proceso de maduración y aprendizaje en la vida; es una cuestión vinculada al desarrollo humano. Hay una estructura, plan o proyecto para cada individuo, el cual puede ser, en esencia, similar al constelado para todos los demás y es trazado por una fuerza invisible inconsciente que algunos llamarían sí-mismo, Dios, naturaleza, destino, entelequia⁶ o campo mórfico⁷. Este proyecto o plan se manifiesta y toma parte en la vida de los individuos por medio de eventos o cambios externos e internos que rompen con lo habitual y que resultan extraños además de que desajustan el “equilibrio” del individuo a tal punto que se ve

⁶ Siguiendo a Aristóteles, Hans Driesch (citado en Sheldrake, 1994, p.117) denominó “entelequia” al factor vital intencional y no-material. Pensaba que la entelequia de un organismo de algún modo contiene en sí misma la forma o plan del organismo adulto, y atrae hacia ese fin al organismo en desarrollo.

⁷ Este tipo de campos anima a los organismos de todos los niveles de complejidad. Organizan, integran y coordinan las partes constitutivas de los organismos, de modo que todo el sistema se desarrolla de acuerdo con sus metas o fines característicos; mantienen la integridad del sistema y le permiten regenerarse si lo necesita. Así, en términos de estos principios generales, cabe esperar que el campo mórfico coordine sus diversos procesos constitutivos. Por lo tanto estas actividades reguladoras involucrarían un ordenamiento de procesos de otro modo indeterminados y probabilísticos (Sheldrake, 1994, p.174).

obligado a considerarlos y tomarlos en cuenta para efectuar una posible transformación de lo que hasta ese momento constituía su yo.

A pesar de su aspecto “destrutivo” o “negativo”, las enfermedades como dice Sandner (citado en Rothenberg, 2003):

“son como el Shiva danzante que lleva el bastón, la espada y el tambor en sus múltiples manos, pero tiene una mano elevada al frente que con su gesto dice: No temas. Esta enfermedad es particularmente tuya, y si puedes seguir hacia donde conduce... te traerá a aquellos que pertenecen a tu propia especie, y a tu propia experiencia particular de tu destino que, en este camino, llega más allá de la muerte” (p.88).

“En la enfermedad se reconoce la vida, ya que es la ley de la vida que funda” (Foucault, 2001, p.23). Pues, “todos estamos nadando en el río de la vida y todos nos encontramos en una continuidad entre los polos de la salud y de la enfermedad, sin estar nunca totalmente enfermos ni totalmente sanos” (Frick, 2000, p.15). La enfermedad hace curable al ser humano. La enfermedad es uno de los puntos de inflexión en el que lo incompleto puede completarse. Para que esto pueda hacerse el ser humano tiene que abandonar la lucha y aprender a oír y ver lo que la enfermedad viene a decirle (Dethlefsen y Dahlke, 2005).

CAPÍTULO III

Psicología transpersonal

3.1. Antecedentes

El concepto de “psicología humanística” está reconocido en los Estados Unidos de Norteamérica como “tercera fuerza”, junto al psicoanálisis y el conductismo, se trata de una corriente psicológica que apareció en las décadas de los cincuenta y sesenta, se originó en Estados Unidos de Norteamérica y se extendió posteriormente a Alemania y al resto de Europa.

Anthony Sutich (1961, citado en Quitmann, 1989, p.13) escribió: “las psicologías existencialista y fenomenológica, entre otras surgieron en el curso de nuevos intentos para abrir la vasta y crucial vida interior del hombre, con vistas a liberar sus potencialidades y lograr su máxima autorrealización”.

Para Ch. Bühler (1961, citado en Quitmann, 1989), las metas de la vida del ser humano son la autorrealización y la satisfacción. Formuló, asimismo, cuatro “tendencias básicas” del ser humano para la consecución de la autorrealización y de la satisfacción, en su lucha por alcanzar dichas metas finales: satisfacción de las necesidades, autolimitación adaptativa, creatividad expansiva y apoyo del orden interno.

A. Maslow (1943, citado en Quitmann, 1989) afirma sobre las metas de Eupsychia, la comunidad ideal de hombres sanos:

“en nuestra Eupsychia... todo el mundo sería psicológicamente sano, todo el mundo sería capaz de manejar ideas espontáneas y ya que habría pocas hostilidades personales, existiría muy poco temor y, por consiguiente, una gran espontaneidad y creatividad. La gente tendría confianza en sí misma; se alegraría de las nuevas ideas, de las novedades y de los cambios. No habría necesidad de recurrir al pasado, la gente se adaptaría alegremente a las condiciones ambientales” (Quitmann, 1989, p.19).

En 1963, Carl Rogers formula afirmaciones parecidas. En su artículo *Toward a Science of a Person*, profetiza grandes transformaciones: “(la psicología humanística) conducirá a formulaciones teóricas que resultaran tan sorprendentes para los psicólogos convencionales como lo fueron las teorías del espacio no euclidiano para los físicos convencionales... conllevará una visión del hombre como arquitecto responsable de sí mismo, subjetivamente libre y que elige” (Quitmann, 1989, p.19).

Bugental (1964, citado en Quitman, 1989) formuló por vez primera algo parecido a unos principios de la psicología humanística, menciona cinco principios:

- En su condición de ser humano, el hombre es más que la suma de sus componentes, es decir, a pesar de la importancia que tiene el saber constituido por el conocimiento de las funciones parciales del ser humano, Bugental subraya la peculiaridad y el ser persona del hombre.
- La existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas, es decir, la peculiaridad del ser humano se expresa, por ejemplo, a través del hecho de que su existencia está siempre ligada a relaciones interhumanas.
- El hombre vive de forma consciente, es decir, independientemente de cuánta conciencia sea asequible al hombre, aquella de la que dispone representa una característica esencial del ser humano y es la base para la comprensión de la experiencia humana.
- El ser humano está en situación de elegir y decidir, es decir, este postulado sigue de algún modo al anterior, puesto que cuando un ser humano vive conscientemente no tiene por qué permanecer en el papel pasivo del espectador, sino que mediante sus decisiones activas puede variar su situación vital.
- El ser humano vive orientado hacia una meta, es decir, la persona vive orientada hacia un objetivo o unos valores que forman la base de su identidad, por lo cual se diferencia de otros seres vivientes. Este estar orientado tiene un doble carácter, esto es, el ser humano tiende en igual medida, por ejemplo, a la tranquilidad y a la excitación.

De igual modo propone una toma de postura teórico-científica:

- El ser humano está en el centro de la psicología humanística, es decir, la psicología humanística se vuelve contra la exigencia científica de objetividad. La psicología humanística insiste en que el ser humano que investiga tiene que ser siempre parte de la investigación sobre el ser humano.
- La psicología humanística confiere más importancia al sentido y significación de las cuestiones que al procedimiento metódico, es decir, la psicología humanística iría contra sus principios si, por muy necesarios que sean el desarrollo y la validación de los métodos científicos, descuidase ocuparse de las relaciones de significado de la existencia humana para favorecer la metodología.
- Para la validación de afirmaciones la psicología humanística se basa en criterios humanos, es decir, la psicología humanística no va en contra del empleo de métodos estadísticos y test, sino que exige que éstos estén subordinados al criterio de la experiencia humana.
- La psicología humanística proclama la importancia relativa de todo el conocimiento, es decir, la psicología humanística parte de que todo saber tiene una importancia relativa, por lo que invita a aprovechar las infinitas posibilidades de nuestra representación mental y creatividad para ampliar nuestro conocimiento.
- La psicología humanística confía ampliamente en la orientación fenomenológica, sin que por ello desprecie los logros de otras orientaciones; así intenta completarla y agregarla a la relación total de una concepción de la experiencia humana, es decir como se desprende de los puntos anteriores, la psicología humanística hace hincapié en la posición central de la orientación fenomenológica para la investigación de la existencia humana en su integridad.

3.2. Fundamentos filosóficos

De acuerdo con Naranjo (1990) en el centro de una filosofía existencialista se encuentra la contemplación y exploración del ser humano, la existencia; refiriéndose, en primer lugar, siempre a la existencia individual; la existencia se asigna únicamente a las personas, no a las cosas. Se considera como forma de ser típica del hombre. Lo que caracteriza todo existencialismo es la ruptura continua con todas las tradiciones filosóficas y su transmisión.

Soeren Kierkegaard (1813-1855) fue el primero en llevar a cabo una ruptura radical con la filosofía tradicional. Este cambio decisivo de dirección fue recogido y continuado en Alemania un siglo después de la muerte de Kierkegaard. Su principal representante es Martín Heidegger (1889- 1976) que con el desarrollo de su “ontología fundamental” y de su concepción, más bien dirigida hacia el individuo en cuanto individuo, entró completamente en la línea radical de Kierkegaard. Martín Buber (1878- 1965) dio por el contrario un valor especial a su filosofía del diálogo, mientras que Kart Jaspers (1883- 1969) y Jean Paul Sartre (1905- 1980) se pueden situar entre ambos.

3.3. Método fenomenológico

El método científico del existencialismo es la fenomenología. Aquí fue Edmund Husserl (1859- 1938) quien, continuando el pensamiento de Franz Brentano (1838- 1917), introdujo un cambio en el procedimiento metodológico de la ciencia (Quitmann, 1989).

La fenomenología según Husserl, no es conocimiento en sentido verdadero, sino un mirar espiritual, intuición. Husserl contrapone conscientemente la intuición a la abstracción. La “visión de la esencia” se encuentra en el centro del método fenomenológico: una expresión interna y espiritual del objeto, tal como está dado en la visión espiritual y no como existe fuera de la conciencia. Se trata de alcanzar la visión de la esencia, sobre todo con la ayuda de la “reducción eidética”, es decir, de la concentración sobre la esencia del objeto y los actos psíquicos que comprenden dicha esencia, la “exclusión” del mundo exterior, de la conciencia, del

conocimiento que ya se tenía sobre el objeto, de los métodos científicos conocidos, de toda demostración de cualquier tipo (Naranjo, 1990).

Según Quitmann (1989) en la exigencia de Husserl a la fenomenología de ser “psicología descriptiva” y de volver “a las cosas mismas” se basa el no reconocimiento de las ciencias tradicionales. El hombre no es el resultado o el punto de intersección de causalidades varias que determinan su cuerpo o su psique; el hombre no puede concebirse como parte del mundo ni como simple objeto de la biología, de la psicología y la sociología; ni agotarse completamente en el universo de las ciencias; todo lo que el hombre sabe sobre el mundo, incluso lo aprendido a través de la ciencia, lo conoce a partir de su visión o experiencia del mundo, sin la cual los símbolos de las ciencias carecerían de sentido.

El sentido de las “reducciones fenomenológicas”, frecuentemente citadas por Husserl, reside en el rechazo de una “absolutización del mundo”. La reducción del mundo a su sentido no se alcanza, según ello, con la sustitución de la realidad por los datos fenoménicos; al contrario: el mundo debe percibirse del modo en que se presenta a cada uno en el marco de sus experiencias.

°Por tanto, los datos físicos no representan ni una verdad única ni un mundo transfenoménico detrás de las experiencias subjetivas, sino que son una parte del mundo de la vida. En el caso de las experiencias fenoménicas no se trata de estados en el interior del hombre, sino de intencionalidades, es decir, de distintos tipos del ser en el mundo. Un análisis intencional de este tipo tiene como base el sentido con el que aparece ante el individuo el mundo en cada caso. Si me fijo en lo que el mundo significa para mí comprendo simultáneamente quién y que soy yo mismo.

3.4. Surgimiento de la psicología transpersonal

La psicología transpersonal surge a finales de la década de los sesentas como una necesidad de “completar” la psicología humanística. En sus teorías si bien es cierto que incluyeron ideas acerca de la conciencia y el crecimiento personal, comenzaron a observar en las personas psicológicamente sanas fenómenos de

expansión de conciencia, en donde los límites habituales del ego superaban las restricciones del tiempo y del espacio, experimentando una sensación de unidad con el todo.

Estos estados de conciencia más elevados, dentro de los cuales disponemos de todos los atributos y estados de vigilia normal más algunos atributos y funciones adicionales, son llamadas experiencias transpersonales (Vaughan,1985).

Al observar dicho fenómeno, Maslow propone dentro de su jerarquía de necesidades, una sexta necesidad o necesidad de Ser, la de ir más allá de uno mismo, a un nivel superior de trascendencia, el cual él llama transpersonal y es en 1969 durante una conferencia en la ciudad de San Francisco que hace la primera presentación pública de la “cuarta fuerza” en la psicología. Ese mismo año funda la Asociación de Psicología Transpersonal con, Anthony Sutich, Stan Grof, etc., y más tarde en 1969 se publica el primer número de “La revista de Psicología Transpersonal” (Almendro, 1998; Pintos,1996).

El movimiento transpersonal surge dentro y fuera de la psicología, pues lo transpersonal se expande a la sociología, economía, antropología, medicina, educación, comunicación, etc. (Descamps, 1993, citado en Almendro, 1998).

Es un modelo que se basa en el conocimiento de las relaciones que existen dentro de un sistema entero o todo –holos- cuyas cualidades son mucho más que la suma de sus partes, entendiendo que lo transpersonal forma a su vez parte de un pensamiento holístico.

Esta visión del mundo no es nueva ha existido dentro de las culturas antiguas, y ahora se trata de retomar el conocimiento que ha permanecido por mucho tiempo olvidado y encontrar sus aplicaciones a este nuevo mundo.

Pintos (1996) refiere que no se puede hablar de un solo líder en el movimiento transpersonal, sin embargo, para la presente investigación es imprescindible hacer hincapié en los fundamentos de Carl Gustav Jung así como la conceptualización de Fritz Perls y la terapia gestáltica ya que éstas constituyen la parte medular de dicha investigación.

3.5. Jung y la individuación

El psiquiatra y psicólogo suizo Carl Gustav Jung (1875 – 1961), estudió medicina en la universidad de Basilea, a menudo se le relaciona con Sigmund Freud y su trabajo psicoanalítico, de quien fuera colaborador en sus comienzos. Pues a partir de su trabajo con éste es que empieza a entre ver las primeras líneas de su propia obra.

El objeto de estudio del análisis jungiano es el individuo total, entendiéndolo como una unidad en permanente devenir que, mediante laboriosas síntesis puede llegar a integrar a lo largo de su ciclo vital, contenidos que incorpora a su psiquismo desde instancias que, a priori, le son inaccesibles, en un proceso de creciente individuación y desarrollo de facultades cada vez más complejas y poderosas que tienden a lograr estados superiores de conciencia (Cervera, citado en Grecco, 1995).

El individuo como totalidad “delimita un espacio psíquico complejo, autónomo e irreductible, siendo a él inherente el principio de oposición” (Grecco, 1995, p.19). El cual está basado en la idea de que el suceder psíquico en todas sus formas puede ser explicado en relación a una lucha de fuerzas antagónicas. “Todo lo humano es condición de antítesis interna. La energía depende de una antítesis preexistente, sin la cual no podría existir” (Jung citado en Grecco, 1995, p. 19). Según Dethlefsen & Dalhke (2005) el bien y el mal son dos aspectos de una misma unidad y, por lo tanto, interdependientes para la existencia. El bien depende del mal y el mal, del bien. Quien alimenta el bien también inconscientemente alimenta al mal, y viceversa. A su vez el individuo completamente sano es dividido en dos aspectos diferenciables llamados hombre y mujer.

Todo es doble, todo tiene dos polos; su par de opuestos: los semejantes y los antagónicos son lo mismo; los opuestos son idénticos en naturaleza, pero diferentes en grado; los extremos se tocan; todas las verdades son medias verdades, todas las paradojas pueden reconciliarse (Tres Iniciados, 2006).

Se entiende a la polaridad como dos cosas de un mismo asunto, dos aspectos de una misma realidad. La polaridad de nuestra conciencia la experimentamos subjetivamente en la alternancia de dos estados que se distinguen: la vigilia y el sueño (polaridad interna) asociados al día y la noche (polaridad externa), y entonces se habla de un estado de conciencia diurno y nocturno. Íntimamente relacionado con esta polaridad se encuentra la distinción entre una conciencia superior y un inconsciente (Melchor & Prado, 2009).

Las oposiciones son importantes para la psicología jungiana, por su función de complementariedad; es decir, toda fuerza necesita su opuesto para dar sentido a su existencia y energía a su acción. Así como por su función reguladora, pues cuando la libido alcanza un extremo, tiende a dirigirse hacia el lado contrario (Grecco, 1995): “principio de enantiodromia”⁸. La energía psíquica o libido, fluye entre dos polos opuestos. Cuanto mayor es la tensión entre los pares de opuestos, tanto mayor es la energía (Fordham, 1988, citado en Núñez, 2010).

De acuerdo con Grecco (1995) a lo largo de su obra Jung establece diferentes antagonías, clasificadas en:

- energéticas: aquellas en donde la energía se disputa entre la conservación y la transformación; y la energía transpersonal y la energía personal.
- Las dinámicas: que se dividen en progresión y regresión; y asociación e integración.
- Tópicas: clasificadas en consciente e inconsciente; individual y colectivo.
- Estructural: Yo y No Yo; y personalidades colectivas.
- Evolutivos: individuación; individualidad y personalidad.
- Tipológico: introversión y extraversion; función y posición; y funciones racionales e irracionales.

⁸ Quiere decir literalmente “oponerse a”, se refiere a la aparición de lo opuesto inconsciente en el transcurso del tiempo. “Este fenómeno ocurre virtualmente siempre que una tendencia extrema, unilateral, domina la vida consciente; andando el tiempo, se construye una contraposición igualmente poderosa, que al principio inhibe la actuación consciente y que luego conquista el control consciente” (Jung, citado en Sharp, 1997, p.64).

La enantiodromia se experimenta típicamente junto con síntomas asociados a neurosis agudas, y a menudo anuncia un renacimiento de la personalidad. “El gran plano sobre el cual se construye la vida consciente de la psique es tan inaccesible a nuestra comprensión que nunca podemos saber qué mal puede no ser necesario para producir el bien mediante la enantiodromia, y qué bien puede posiblemente conducir al mal” (Jung, citado en Sharp, 1997, p. 65).

- Semióticos: símbolo y arquetipo; causalidad y sincronicidad.

La obra de Jung persigue dos finalidades: pensar la variedad de los hechos que componen la vida psíquica como un todo integrado, como un sistema, y comprender este sistema como fruto de un proceso histórico, alimentado por dos vertientes: la transpersonal y la personal (Grecco, 1995).

La concepción que Jung tiene del aparato psíquico, llamada psique, es definida por la relación permanente entre el consciente y el inconsciente y por su extraordinaria dinámica de compensación y complementariedad entre ambos (Leblanc, 1998). Ésta, la psique, es un sistema dinámico, que tiende a la coherencia y armonía de sus componentes en una unidad holística con la función de autorregular y adaptar al sujeto tanto a su medio físico y social como a las necesidades internas de crecimiento personal (Rubino, citado en Rodríguez, 2009).

El todo, que Jung denomina realidad del alma, funciona como un péndulo puesto en movimiento por una fuerza que oscila entre la progresión y la regresión, la extraversión e introversión, la integración y disociación, el ascenso y el descenso (Grecco, 1995), es decir, un continuo “desplazamiento de la libido”⁹ (Jung, 1982a, p.51), que es la energía psíquica que empuja al sistema psíquico hacia un proceso de evolución, hacia la meta de autorrealización personal (Grecco, 1995, Jung, 1982a).

La psique, para Jung, podía ser definida desde dos instancias: la conciencia y el inconsciente.

Por un lado “el consciente se opone a todo lo inconsciente, es esa parte que le permite al individuo sentir y relacionar lo que le sucede ya sea por dentro o por fuera” (Miranda & Onofre, 2010, p. 16). De acuerdo con Sharp (1997, p.45):

“La conciencia no se crea a sí misma, brota desde las profundidades desconocidas. En la infancia nace gradualmente y a través de toda la vida despierta cada mañana desde las profundidades del sueño y desde un estado inconsciente. Es como un niño que nace diariamente

⁹ Esta expresión Jung la ha aplicado para significar su transformación o conversión energética, de la libido, concibiéndola como una traslación de las intensidades o de los valores psíquicos desde un contenido a otro.

del útero primordial inconsciente... No sólo está influenciada por el inconsciente, sino que emerge continuamente de él, en forma de innumerables ideas espontáneas y pensamientos imprevistos”.

Por lo que todos los valores, ideas, capacidades, sentimientos y actitudes que se desarrollan como partes funcionales de la personalidad consciente se originaron a partir de la cruda materia prima del inconsciente (Miranda & Onofre, 2010).

La conciencia crece sobre la psique inconsciente, que es más antigua y que sigue funcionando conjuntamente con ella, e incluso a pesar de ella. La conciencia es un brote tardío del alma inconsciente. A pesar de su intensidad y su concentración, la conciencia es efímera, pues solo se puede acomodar al presente inmediato y sus propias circunstancias, y dispone solamente de materiales personales (Jung, 1990; Sharp, 1997).

La consciencia obtiene su orientación a través de medios evidentes o funciones, que Jung categorizó en cuatro funciones: pensamiento y sentimiento como funciones racionales, y sensación e intuición como irracionales (Jung, 2002).

Por su parte el inconsciente se contrapone a todos aquellos contenidos o procesos psíquicos que son conscientes. Se refiere a todas las partes internas que no se conocen, que no se sienten, que no se piensan, que no se desean, que se han olvidado, que no se les presta atención (Miranda & Onofre, 2010). Jung plantea, que el inconsciente es una entidad viva, dinámica, en la cuál no sólo existen contenidos olvidados, sino que también es la matriz de la conciencia y en él se encuentran las semillas de nuevas posibilidades. El inconsciente es vasto e inagotable, incluye contenidos que se pueden hacer o se harán conscientes, es creador de símbolos (Jung, 1990; Sharp, 1997).

El inconsciente posee una función reguladora, pues aunque el aspecto consciente de la psique es diferente, el inconsciente funge como compensador del ego, y de esta manera mantiene un equilibrio psíquico, pues contiene todos aquellos elementos que le faltan a la conciencia (Jung, 1990).

Una vez los contenidos reprimidos y olvidados se encuentran en el inconsciente personal éstos se siguen desarrollando en principio como si fueran

conscientes, sin embargo, a medida que aumenta la disociación parecen caer en un estado más primitivo, al mismo tiempo que adquieren más fuerza (Morales, M., comunicación personal, 11 de octubre de 2008).

Una cualidad importante de mencionar acerca del inconsciente es que es una instancia atemporal y aespacial, pues en ellos el pasado, el presente y el futuro se entremezclan (Morales, M., comunicación personal, 11 de octubre de 2008).

Desde la perspectiva junguiana el inconsciente se conforma por dos sistemas psíquicos: el inconsciente individual o personal y el inconsciente colectivo.

El inconsciente colectivo, concepto innovador y controvertido de la psicología junguiana, es un estrato del inconsciente más profundo que el personal (Fordham, citado en Núñez, 2010). Este inconsciente colectivo, “contiene en sí, la herencia espiritual de la evolución de la humanidad, que nace nuevamente en la estructura cerebral de cada individuo” (Jung 1979, citado en Sharp 1997, p.105) desde el momento de su concepción; “representa una psique idéntica a sí misma en todos los hombres” (Jung, 2003, p.29). Sus contenidos y sus imágenes parecen ser compartidas por todas las épocas y todas las culturas, no varía en el individuo aunque madure y se transforme en una persona singular.

Jung ha denominado a este inconsciente como “colectivo” por su naturaleza universal, transespacial, transtemporal, eterna e incognoscible, pues, sus contenidos son los mismos en todas partes y en todos los individuos. Es idéntico a sí mismo en todos los hombres y constituye así un fundamento anímico de la naturaleza transpersonal existente en todo ser humano (Jung, 1997). “Es el centro de todo el material psíquico que no se origina en la experiencia personal, sino en las experiencias e ideas comunes a todas las personas... contiene toda la herencia espiritual de la evolución de la humanidad” (Miranda & Onofre, 2010, p.19).

Si el inconsciente colectivo pudiera personificarse, tomaría los rasgos de un ser humano colectivo que viviera al margen de la especificación de los sexos, de la juventud y de la vejez, del nacimiento y de la muerte, dueño de la experiencia humana, casi inmortal de uno o dos millones de años (Jung, 1979; Morales, M., comunicación personal, 11 de octubre de 2008).

También, el inconsciente colectivo esta constituido por motivos religiosos o imágenes primordiales, la mitología, los cuentos y las leyendas; está constituido por una especie de núcleos de concentración de energía llamados arquetipos¹⁰, los cuales enfatizan que un mismo patrón de comportamiento puede presentarse a sí mismo de forma colectiva.

Dichos patrones inconscientes y compartidos, según Jung, se fueron formando por medio del aprendizaje producido por la vía de las experiencias colectivas reiteradas y significativas (Grecco, 1995). Estos patrones previamente dispuestos en la psique “cuya presencia no puede explicarse por factor alguno de la vida del individuo están siempre determinadas individualmente por el lugar y por el tiempo” (Jung, 1982b, p.208). El arquetipo se experimenta y manifiesta de forma particular en cada persona y es común en toda la humanidad con independencia de raza, cultura, época histórica o localización geográfica.

Los arquetipos son “los esquemas más profundos del funcionamiento psíquico: las raíces del alma, que condicionan nuestra visión de nosotros mismos y del mundo” (Hillman, 1999, p.44). El arquetipo actúa en la psique de un individuo cuando se encuentra cercano o próximo a personas, figuras o situaciones apropiadas a la función del arquetipo. Éste logra activarse “acumulando ideas, percepciones y experiencias emocionales asociadas a la situación o personas responsables de su activación, y estas se incorporan a un complejo que después funciona en el inconsciente personal” (Stevens, 1994, p.43).

El concepto de inconsciente personal difiere de modo particular al de inconsciente colectivo en que sus contenidos pertenecen al individuo, es decir, lo que sólo a un ser de forma individual le corresponde y no a un grupo. Está formado por sus deseos e impulsos infantiles reprimidos, por las percepciones subliminales y por incontables vivencias olvidadas, pertenecientes solamente a él. Está constituido por todo aquello que, perteneciendo a lo anecdótico e histórico del

¹⁰ La palabra arquetipo proviene del griego arche, que significa primero, y tipos: patrón o molde, es decir, la primera idea, patrón o molde que se instaura desde el momento de la concepción de manera innata en la psique del ser humano, es la base originaria de todas las experiencias. Para Jung era una ‘protoimagen’ o ‘imagen primordial’ dominante del inconsciente, entendiendo primordial como lo primero u original que se instaura en la psique del ser humano para iniciar, influir, mediar y organizar los procesos psíquicos inconscientes.

individuo, no está asumido por su conciencia, es decir, lo reprimido, lo olvidado y lo que no recuerda (Grecco, 1995).

El inconsciente personal es el resultado de la interacción entre el inconsciente colectivo y el entorno donde el individuo se desarrolla, se adquiere y modifica a lo largo de su vida con base en sus experiencias. Y, al igual que el inconsciente colectivo, el inconsciente personal está constituido por una especie de núcleos de concentración de energía llamados complejos, que pueden considerarse también como la forma personal a través de la cual se manifiestan los arquetipos en el individuo (Sharp, 1997).

El complejo se define como “una entidad psíquica que está fuera del control de la mente consciente”, como un “elemento central altamente cargado de emoción y de significado personal que está relacionado a muchas asociaciones del mismo tono emocional” (Jung, citado en Pascal, 1998, p.72). “Constituye la estructura de nuestro organismo psíquico, nuestra espina dorsal interior” (Corneau, 1991, p.47).

El complejo es una interiorización de la relación que se tuvo con alguien, por ejemplo el padre, éste, el complejo, no dice cómo ha sido el padre, sino más bien cómo se percibió la relación vivida con él, lo que se interiorizó, es una manifestación y necesidad vital de la psique que se moldea a través de los años (Morales, M., comunicación personal, 5 de mayo de 2010). Es decir, el complejo se entiende como un grupo de ideas, recuerdos e imágenes asociadas que se va formando en el inconsciente del individuo de manera personal con base en su experiencia y en relación a ciertas situaciones psíquicas que tienen un fuerte significado y una considerable carga afectiva y emocional.

Además, es importante resaltar que el complejo cuenta con una carga positiva y una negativa, es bipolar. En su lado positivo el complejo sirve como un incentivo para esforzarse a enfrentar nuevas posibilidades de realización; es una fuente de transformación y crecimiento personal. En su lado negativo el complejo hace que la persona perciba la realidad de acuerdo a cómo se instauró en la psique de manera inconsciente, por lo tanto perturban la actuación consciente, aparecen y desaparecen; generan bloqueos en el flujo de asociaciones y alteran la memoria (M. Morales, comunicación personal, enero de 2010).

Aunque existe una gran cantidad de complejos, conviene distinguir un grupo de complejos arquetípicos, o instancias psíquicas colectivas, a los cuales Jung les atribuyó el formar parte de la estructura psíquica funcional: Sombra, Máscara, Yo, Ánima, Animus y Sí-Mismo.

El Yo es la instancia psíquica que representa el centro de la parte conciente, es el portador de la personalidad, organiza los pensamientos, decisiones, acciones, intuiciones, sentimientos, sensaciones, etc., así como también coordina la motricidad, el habla, el lenguaje, la palabra, la percepción; da continuidad, coherencia y unidad a la conducta, El Yo es el responsable de proporcionar el sentido de coherencia y dirección a la vida (Grecco, 1995).

Es por un lado, el encargado de recibir y aceptar los estímulos ambientales, asimilando y procesando la realidad, además, es el encargado de responder a todo lo que se relaciona con los acercamientos, agresiones o estímulos que vienen del mundo externo. Por lo que se infiere que el principal objetivo del Yo, al recibir y responder al mundo externo, es coordinar las relaciones intra y extrapsíquicas del sujeto, manteniéndolo con un sentido de identidad de “Así soy yo” o “Yo no soy así”. Un argumento típico del Yo es considerarse el centro del universo de la propia personalidad.

En su polaridad positiva, el Yo ayuda al sujeto a adaptarse a los cambios constantes que el mundo exige de él, con la capacidad de juicio, realidad y síntesis que desarrolla. En su polaridad negativa el Yo se vincula con la falta de límites, es el responsable de las conductas narcisistas, egoístas y egocéntricas, que se presentan en la vida del individuo (Grecco, 1995).

Entre las formas que adquiere el Yo como representación arquetípica son: el huérfano, el guerrero, el buscador, la quietud, la identidad, la rigidez, el control, la dependencia, la transitoriedad, Narciso.

La Máscara o Persona, es un mediador que protege al sujeto en sus relaciones, pero que oculta lo que verdaderamente es el sujeto, en función de una aceptación social (Grecco, 1995). Etimológicamente está muy justificado en su sentido de “máscara” teatral que da al actor una apariencia puramente externa,

ocultando su verdadero ser individual y convirtiéndolo en un “personaje para el público y dentro de la escena en que actúa (Vázquez, 1981, p.57).

La Máscara representa lo que yo soy en función de los otros, también, determina la imagen ideal consciente del sujeto, es decir la Máscara representa todo aquello que el sujeto determina como deseable y que presenta al mundo externo (Grecco, 1995; Jung, 1997; Sharp, 1997). La Máscara procede del yo ideal, es la imagen consciente que se anhela alcanzar, es la cara que guía en el modo de presentarse, mostrarse, comportarse y relacionarse entre los demás; es la responsable de anunciar cómo desea ser visto y cómo se quiere que reaccionen los demás ante el individuo.

La Máscara ayuda al individuo a amortiguar los golpes sociales, le sirve de protección a la hora de interactuar con los demás. La Máscara es funcional ya que surge por razones de adaptación o conveniencia personal; es aquello que en realidad no soy, pero que creo que soy y que los demás creen que soy. Sin embargo, el problema estriba en que el sujeto se sobre identifique con su Máscara, creyendo ser solamente lo que la persona representa y olvidándose de quien se es realmente. Las reacciones se vuelven predeterminadas por las expectativas colectivas, la persona querrá vivir de acuerdo a lo que es apropiado (Sharp, 1997; Sharp 2002).

De acuerdo con Sharp (2002, p.91) “la máscara es tanto un puente social útil, como una cubierta protectora indispensable; sin una máscara, estaríamos sencillamente demasiado vulnerables frente a otros”.

Grecco (1995) menciona que:

En su polaridad positiva la máscara “cumple con una importante tarea de adaptación del mundo, permite el establecimiento de las buenas relaciones para poder convivir, cooperar y participar con los demás individuos en la creación de un buen ambiente social de alegría, diversión y tranquilidad” (p.59).

En su polaridad negativa la máscara provoca una distorsión en la percepción de la realidad interior y exterior, surgiendo así una confusión entre lo que realmente se es y lo que se aparenta ser (Grecco, 1995).

Dentro de las manifestaciones de la Máscara encontramos a el payaso, el engaño, el fraude, la mentira, el antisocial, la duplicidad, la soledad, la resignación, lo oculto, la pasión, etc. (Grecco, 1995).

Por su parte y como complemento de la Máscara, la Sombra representa el aspecto inadaptado, rechazado, ignorado, complementario, oculto o impulsivo del individuo, es la parte reprimida de la conciencia, es la suma de todas las facetas de la realidad que el individuo no reconoce o no quiere reconocer en sí y que, por consiguiente, descarta.

La Sombra, es la totalidad del inconsciente personal y representa cualidades o atributos desconocidos o poco reconocidos del ego, tanto positivos como negativos; todo lo que el sujeto rechaza de sí mismo, lo que a su vez configura el núcleo del complejo autónomo de la Sombra. La mayoría de sus aspectos pertenecen a la esfera personal y que podrían llegar a ser conscientes. En algunos aspectos, la sombra también puede constar de factores colectivos que se entroncan fuera de la vida personal del sujeto (Grecco, 1995; Jung, 2002; Sharp, 1997).

Hay una historia en la que Bly (citado en Zweig & Abrams, 2004, p.239) cuenta cómo se produce el nacimiento de la Sombra en cada individuo, dice que:

“cuando contamos con uno o dos años de edad se tiene una personalidad de 360°, pero un día vemos que a nuestros padres no les gustan ciertas partes de nosotros, [entonces] estas partes las vamos echando en un saco invisible y en el vamos colocando todo aquello que es rechazado, no aceptado y que no nos agrada”.

De este modo la función de la Sombra está ligada a la sobrevivencia, pues surge como un mecanismo de adaptación al que la especie debió recurrir en su proceso de culturalización.

La Sombra es el ser inferior que habita en nosotros y desea hacer todas las cosas que no nos está permitido hacer (Grecco, 1995; Sharp, 2002; Palacios, P., comunicación personal, julio 2008). La Sombra se preocupa muy poco por lo socialmente aceptado, por lo que se puede inferir que el contenido de la Sombra es incompatible con el contenido de la Máscara. Lo que es valioso para la

Máscara, es detestable y repugnante para la Sombra, y viceversa, de este modo, la Sombra y la Máscara funcionan de manera compensatoria: mientras más se identifique el sujeto con su Máscara y niegue su Sombra, más problemas tendrá con los aspectos no reconocidos de su personalidad (Jung, 1997; Sharp, 2002). La Sombra contiene valores necesitados por la conciencia, pero que existen en una forma que hace difícil integrarlos en nuestra vida.

En su polaridad positiva, la Sombra incluye todos los contenidos posibles de la realización personal, en ella se encuentran los recursos no utilizados que pueden servir para el crecimiento; da fuerza para la lucha por la vida, no se rinde ante los problemas; ayuda a sobrevivir de una forma más plena si el individuo es capaz de integrarla, asumirla y aceptarla.

En su aspecto negativo, la Sombra es de carácter caprichoso, duro y desconsiderado, se descontrola fácilmente pasando al acto, desune, separa y disocia; se manifiesta mediante conductas destructivas, agresivas, de dominio y sometimiento de otros individuos.

“Curiosamente, a veces resulta más difícil aceptar la sombra positiva que la negativa: cuesta más percibir la nobleza y ternura que la indiferencia y crueldad que existe dentro del ser” (Miranda & Onofre, 2010, p.35).

Cuando el individuo se niega a vivir la vida ocultando realmente cómo es, la Sombra se manifiesta o se hace presente en la enfermedad a través de los síntomas, como la escoliosis, por ejemplo. Estos síntomas son la manifestación física de todos esos aspectos reprimidos de la conciencia que pugnan por resurgir y hacerse presentes a través del cuerpo. Por lo tanto, en la sombra se encuentra “la clave para la comprensión de la enfermedad y la curación” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.56), “ya que en el problema está contenida la solución” (Morales, M., comunicación personal, abril de 2010).

Las formas que la Sombra adquiere suelen ser: la locura, la peste, el diablo, las tinieblas o la oscuridad, la enfermedad, lo siniestro, la muerte, el pánico, el hambre, las furias, los celos, la vejez, la miseria, el sueño, el miedo, etc. (Grecco, 1995).

El *Ánima*¹¹ es una personificación de todas las tendencias psicológicas femeninas en la psique, representa la imagen colectiva de la mujer, tales como lo femenino, lo receptivo, lo pasivo, lo cóncavo, las emociones, estados de humor, intuiciones, captación de lo irracional, capacidad para el amor personal, sensibilidad para la naturaleza y la relación con el inconsciente, transmitiendo los mensajes vitales del Sí-mismo (Grecco, 1995; Jung, 2002). También representa el aspecto femenino inconsciente de la personalidad del hombre.

El *Ánima* es la imagen colectiva heredada de la mujer que nos ayuda a captar la naturaleza de las mujeres, esta imagen solo llega a ser consciente y tangible por medio del contacto con mujeres a lo largo de la vida, empezando con la madre personal (o con la que actúe como tal). En su manifestación individual, el *Ánima*, por regla general adopta la forma de la madre, sea de modo positivo o negativo (Jung, 1997; Jung, 2002), pues es ella la encargada de moldear y construir la imagen del *ánima*.

El *Ánima* actúa de acuerdo con una estructura rítmica y circular, relacionada a los aspectos nutricios y creativos del sujeto (Grecco, 1995).

En su aspecto positivo, es la instancia psíquica de la vida misma, aparece ligada a todo lo que en el individuo son sus aspectos nutricios, protectores y creativos; se presenta en personalidades muy afectivas, sensibles, suaves y tiernas que tienen una gran capacidad de auto observación, comprensión y abnegación, que son accesibles, cordiales y que tiene un buen sentir para el contacto con la intimidad (Grecco, 1995). Son personalidades que ayudan a crecer a los otros, nutriéndoles de acuerdo con sus necesidades sin pedir nada a cambio; siempre tienen algo para el otro, debido a que tienen una gran capacidad de amar, así como también para enfrentar con fortaleza situaciones límites y desafortunadas (P. Palacios, comunicación personal, abril de 2009).

Por otra parte, en su parte negativa, tiene una tendencia a ser posesiva, impulsiva, es alguien que ahoga con su control y demanda; hay un hambre afectiva que no es fácil colmar, que acarrea una experiencia de insaciabilidad; hay

¹¹ Literalmente significa 'alma'. "El alma no es una figura retórica o una superstición: el alma es una realidad psicológica, un órgano de la psique; vive en nuestro plano inconsciente, pero afecta profundamente nuestras vidas" (Johnson, 1998, p.82).

un miedo dominante de que no se ocupen de él (o de ella), hay temor de desagradar, de indisponer, de desairar a los otros o a la persona cuyo cariño más valora. Con tanta demanda provocan una situación de asfixia y aburrimiento que da como resultado el abandono o rechazo por parte de los otros. Hay un gran temor de ser abandonado por lo cual tienden a desarrollar sentimientos de lástima de sí mismos y a presentar falta de objetividad para juzgar situaciones.

El desarrollo del *Ánima* se expresa en una estructura de cuatro niveles de representaciones, teniendo cada una un nombre atribuido por Jung de acuerdo al nivel de desarrollo del psiquismo: la primera etapa o EVA, representa las relaciones puramente instintivas y biológicas; la segunda etapa o HELENA, personifica un nivel romántico y estético caracterizado por elementos sexuales; la tercera etapa o MARÍA, eleva el amor a alturas de devoción espiritual; y la cuarta y última, SOFÍA, es la sabiduría que trasciende lo más santo y lo más puro, llevando a la conciencia los contenidos del inconsciente (Sharp, 1997).

El *Ánima* puede ser personificada a través de imágenes de mujeres que van desde seductoras hasta guías espirituales, “a veces se muestra como seductora, ramera, ninfa, musa, santa, mártir, virgen en apuros, gitana, campesina, la vecina de al lado, o como la reina del cielo, la sagrada virgen, la prostituta sagrada” (Whitmont, citado en Downing, 2001, p.51).

El *Animus*¹² por su parte es la representación colectiva del hombre, lo masculino, lo lógico, lo objetivo, lo penetrante, lo activo y convexo (Grecco, 1995); representa el aspecto masculino inconsciente de la personalidad de la mujer. Así como el *Ánima* se encuentra íntimamente relacionada con la imagen de la madre, el *Animus* se encuentra mayormente influido por la relación con el padre (Jung, 2002). Jung (citado en Grecco, 1995, p.66) señala, hablando del *Animus*, señala que “si tuviera que expresar en una sola palabra qué es lo que constituye la diferencia entre el *Animus* y el *Ánima*, sólo podría decir que el *Ánima* produce estados de ánimo y el *Animus* opiniones”.

Todo lo que se refiere al *Animus* actúa de acuerdo con una estructura lineal y crítica. Principalmente, es un generador de juicios y opiniones, de aquí su

¹² Significa mente o espíritu en latín.

capacidad de orden, diferenciación y discriminación, cumple el rol de instancia crítica y normativa; es predominantemente reflexivo, por lo general hace prevalecer el pensar sobre el sentir, pues tiene una orientación lógica y objetiva (Grecco, 1995).

En su aspecto positivo, el Animus, presenta características de valor, iniciativa, entereza, acción, palabra y espiritualidad. Se presenta en personalidades de carácter estable, son personas objetivas, reflexivas, con una gran capacidad de trabajo productivo, debido a que son ordenadas, seguras y trabajan con claridad en la resolución de problemas; ayudan a crecer a los otros haciéndoles ver sus potencialidades, alcances y limitaciones; son personalidades de buen contacto con la realidad externa, independientes y con una buena disposición para el servicio.

En su aspecto negativo, el Animus, tiene una tendencia a ser duro, frío, obstinado, totalmente inaccesible, inflexible, tercos, con tendencia a la rigidez, al aislamiento, la injusticia y a la constante búsqueda de poder.

Corneau (1999, p.56) sintetiza los aspectos positivos y negativos del Animus del siguiente modo:

“El animus es esa energía que tiene necesidad de realizarse transformando la materia por su voluntad. Es esa capacidad de acción, de movimiento, de impulso. Pervertido, se convierte en frenesí maniaco, autoritarismo, dictadura, sadismo. Negado, se convierte en blandura, falta de rigor, autodestrucción”.

El Animus se manifiesta frecuentemente como una asamblea masculina donde numerosos hombres presentan características diferentes pero por lo general complementarias. Al igual que el *Ánima*, el Animus muestra cuatro etapas de desarrollo, sin embargo éstas no fueron definidas a través de un nombre simbólico: a) La primera etapa, está caracterizada por el poder físico donde predomina el aspecto corporal, como es el caso de un atleta o un hombre musculoso; es la representación del hombre primitivo, que puede personificarse en figuras colectivas tales como Hércules, Tarzán o Dionisio, por ejemplo; b) En la segunda etapa, posee iniciativa y capacidad para planear la acción de manera organizada, debido a que predomina el aspecto activo mediante el cual, por un

lado, el Animus, está detrás del deseo que siente una mujer de tener independencia y una carrera, mientras que por otro lado, actúa como el seductor: Don Juan; o el hombre que se distingue por sus acciones; el militar, el luchador, etc., y puede estar representado por Ares, Apolo y Zeus; c) En la tercera, el Animus se transforma en la “palabra”, en el verbo; a menudo se personifica como un hombre político, profesor, sacerdote o gran orador, y puede representarse como Hefesto o Hermes; d) En la cuarta manifestación, es la encarnación del pensamiento, del significado espiritual como mediador entre la mente consciente y el inconsciente representado por cualquier figura de sabio, como el mago Merlín, por ejemplo, o el Dios Hades (Jung, 2002, Sharp, 1997).

Con respecto a las formas en las que se expresa el Animus se encuentran el padre, el hijo, el abuelo, el padrastro, la autoridad, la ley, el guerrero, el peregrino, el rey, el salvador, el mago, el viajero, el creador, el juez, el maestro, Hércules, Ares, Apolo, Orfeo, Teseo, Moisés, Zeus, Poseidón, Merlín, etc.

El Sí-mismo, por su parte, representa la totalidad de lo psíquico y centro regulador de la psique. Aparece como lo que une lo consciente con lo inconsciente, lo interno con lo externo; expresa la voluntad de unidad y síntesis del espíritu humano. Media entre los diferentes pares antitéticos que componen el alma humana. Es la unión de los opuestos, una paradoja absoluta, pues representa tesis y antítesis y al propio tiempo síntesis. “Es el centro más allá del cual no resulta posible ir, es la meta objetivo hacia la cual todo se dirige, es el arquetipo de la orientación y el significado” (Stevens, 1994, p.192). En conjunto incluye tanto lo vivenciable como lo no vivenciable (o lo que aún no se ha vivenciado).

El Sí-mismo (self) es la instancia psíquica de la totalidad y es el centro regulador de la psique; es un poder transpersonal que trasciende al ego (Sharp, 1997, p.179). El Sí-mismo es tanto el centro como la circunferencia que abarca lo consciente y lo inconsciente, es el centro de esa totalidad, así como el ego es el centro de la conciencia (Jung, 2002).

En su aspecto positivo el Sí-mismo presenta capacidad para armonizar los distintos y diversos matices que componen al ser humano (procesos conscientes e

inconscientes); así como también muestra una fraternidad en la capacidad de crear y generar soluciones creativas, teniendo claridad en las metas (Grecco, 1995).

En su aspecto negativo se hace presente el autoritarismo por exceso de entusiasmo, imposición y forzamiento, debido a que no espera los tiempos adecuados del devenir de las cosas, le falta discriminación, lo cual lo puede llevar un carácter que genera mucha resistencia a su alrededor al ser arrogante; en ocasiones se sienten el ombligo del mundo, empero, no saben estar solos (Grecco, 1995).

El Sí-mismo no está comprendido en el tiempo, es joven y viejo simultáneamente. El Sí-mismo suele aparecer en los sueños personificado por una figura del mismo sexo que el soñante (Jung, 2002).

Como una de las formas más significativas del Sí-mismo está la unidad; éste puede tener manifestaciones de ciclos, el círculo, el árbol, la cuaternidad, el espiral, el anciano sabio, el Gran Hombre, el niño/a, las piedras, los mándalas¹³, Dios y Buda.

La función del Sí-mismo es la de unir coherentemente los complejos psíquicos, además de regular el sistema de compensación y oposición de los contrarios antitéticos: principio de enantiodromia. Para lograr una totalidad armoniosamente integrada y equilibrada (Grecco, 1995).

Toda la realidad psíquica interior de cada individuo está orientada, en definitiva, hacia el Sí-mismo, significando esto que el principal propósito del hombre es ser humano (Jung, 2002). El Sí-mismo “es el encargado de llevar a la práctica el proyecto de vida en todas y cada una de las fases del ciclo vital y de efectuar el mejor ajuste que las circunstancias concretas permitan” (Stevens, 1994, p. 53).

Vivenciando la propia naturaleza del individuo, y al mismo tiempo percibiendo su íntima conexión con toda la vida, con todo el cosmos. Esto lleva a una

¹³ El mándala es un “diagrama simbólico que puede ser imaginado o representado típicamente mediante un círculo que encierra un cuadrado con un símbolo central que puede ser una figura. Es un modelo de existencia y un sistema en el que se basa la visualización meditativa. También es el recinto del espacio sagrado y la penetración al centro sagrado; la totalidad, el microcosmos, la integración” (Cooper, 2004, p.113).

sensación de unicidad y de reconciliación con la vida que ahora ya puede ser aceptada como es realmente y no como debería ser (Fordham, 1988, citado en Núñez, 2010).

A partir de esta base en común, que son los arquetipos, cada persona se va diferenciando del resto, a través de un ciclo vital llamado individuación (Grecco, 1995).

Individuación significa llegar a ser un ente singular, en cuanto el individuo entiende por individualidad a su singularidad más íntima, última e incomparable, llegar a ser Sí-mismo. De modo que “individuación” podría traducirse también por “realización del sí-mismo o “realización de sí” [selbstverwirklichung, Verselbstung] (Jung, 1990, p.69) Más, el proceso de Individuación es la tendencia innata de la psique cuya meta es el desarrollo de la personalidad individual, por una parte despojando al Sí-mismo de los falsos atuendos de la persona, de las falsas envolturas, y por otra de la fuerza sugestiva que ejercen las imágenes del inconsciente (Jung, 1990, p.71; Sharp, 1997). La individuación conduce al ensanchamiento o expansión de la conciencia y de la vida psicológica conciente, por lo que, el individuo, para alcanzar pleno desarrollo de su ser debe estar dispuesto a desplegar todas las virtudes y potencialidades que moran y duermen dentro de él y desplegarse en una armoniosa unión (Jung, citado en Grecco, 1995).

La individuación es un proceso moldeado por el ideal arquetípico de totalidad, implicando una creciente percepción de nuestra realidad psicológica única, incluyendo fortaleza y limitaciones personales y al mismo tiempo una apreciación más profunda de la humanidad en general (Sharp, 1997).

La individuación y una vida regida por los valores colectivos, al mismo tiempo, es imposible, pues quien emprende el camino personal, se aparta hasta cierto punto de los valores colectivos, pues la individuación nos separa del ajuste personal y, por lo tanto, de la colectividad (Sharp, 1997). Por lo que, el proceso de individuación conscientemente perseguido lleva a la percepción del Sí-mismo como una realidad mayor que el ego, realizando una síntesis del Sí-mismo (Sharp, 1997).

El proceso de individuación se desarrolla gradualmente durante toda la vida, pero se le observa mejor durante la segunda parte de la existencia. Jung hincapié en que la primera mitad de la vida debe ir encaminada hacia el mundo exterior: concluir los estudios, desarrollarse profesionalmente, formar una familia, es decir, una adaptación al medio; y al llegar la segunda mitad de la vida el hombre se encuentra en una búsqueda de sentido y una nueva finalidad al propio vivir, un ir hacia adentro para compensar todo lo que se ha vivido hacia el exterior (Morales, M., comunicación personal, 21 enero 2009).

Es así que generalmente la individuación no es una meta o un ideal para gente muy joven, más bien lo es para personas maduras o para quienes una enfermedad seria los empuja a buscar una nueva manera de vivir (Fordham, citado en Núñez, 2010). Según Jung nadie está nunca completamente individuado, la meta es importante sólo como una idea; lo esencial es el opus que conduce a la meta; ése el objetivo de toda una vida (Sharp, 1997), es el proceso mismo.

Las instancias o lugares por Jung descritas (consciente, inconsciente personal, inconsciente colectivo), las funciones psíquicas (pensamiento, sensación, intuición, emoción) y las instancias psíquicas (yo, sombra, persona, ánima/animus, sí-mismo, e imágenes arquetípicas derivadas) se encuentran interactuando entre sí en estrecha relación y con el mundo externo de forma continua, apoyándose en los principios de complementariedad y compensación, cambiando constantemente a lo largo de la vida, emergiendo para desarrollarse desde los estados más indiferenciados hacia la realización integrada del ser, desplegando el programa completo e integral del potencial evolutivo: el proceso de individuación que da sentido a la vida entera, y que necesariamente incluye la decepción y el reconocimiento implícito de que el individuo es mucho más que su yo consciente (Leblanc, 1998; Stevens, 1994).

3.6. Perls y lo gestáltico

Frederick (Fritz) Perls (1893 – 1970) fue un psicólogo alemán que realizó estudios de medicina en Berlín, y posteriormente practicó el psicoanálisis freudiano. Años más tarde conoce a Kurt Goldstein (psicología organísmica) y a Salomón Friedlander (teorías de la indiferencia creativa, los opuestos remiten uno al otro), por lo que empieza a tener contacto con la filosofía existencialista y la fenomenología, las religiones orientales, el psicodrama y la psicología Gestalt, y es en la década de los 40's que empieza a dar forma a su terapia Gestalt.

Gestalt es un término alemán, sin traducción directa al castellano, que significa varias cosas a la vez: totalidad, forma, configuración, patrón y estructura. La forma o configuración de cualquier cosa está compuesta de una "figura" y un "fondo". Es decir, en determinado medio ambiente el individuo percibe cosas, elementos, que van a tomar una forma o figura específica sobre un fondo único, lo cual, figura y fondo, son percibidos en función de sus intereses y necesidades de ese momento. Pero cuando, en ese contexto, el interés y la excitación desaparecen, las formas o figuras se pierden el en fondo, "cerrando" una Gestalt, dando paso, "abriendo", a otras nuevas y más significativas Gestalten (como se dice en alemán), también en función de la necesidad presente en ese momento. Así, figura y fondo llegan a tomar posiciones diferentes (Castanedo, 1997). Por ejemplo, en este momento para quien lee este trabajo, las letras constituyen la figura y los espacios en blanco forman el fondo; aunque esta situación puede invertirse y lo que es figura puede pasar a convertirse en fondo. Este ciclo de abrir y cerrar Gestalts es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia.

La vida es un constante abrir y cerrar de situaciones o gestalten incompletas: tan pronto como se cierra una, otra nueva comienza, llevando así al individuo a la autoactualización que lo lleva a ser tal y como es; cuando lo anterior no ocurre, el equilibrio se rompe, el individuo deja de ser flexible, lo que da paso a la rigidez en su vida (Castanedo, 1997).

El enfoque Gestáltico es un enfoque holístico, es decir, que percibe a los objetos, y en especial a los seres vivos como totalidades. "En Gestalt decimos que

‘el todo es más que la suma de sus partes’. Todo existe y adquiere un significado al interior de un contexto específico; nada existe por sí solo, aislado” (Melchor & Prado, 2009, p.57).

El enfoque Gestáltico es esencialmente una forma de vivir con los pies bien puestos en la tierra. Es un modo de llegar a estar en este mundo en forma plena, libre y abierta; aceptando y responsabilizándonos por lo que somos, sin utilizar más recursos que apreciar lo obvio, lo que ES.

El enfoque Gestáltico es en sí mismo un estilo de vida; “de allí que sea más adecuado denominarlo ‘enfoque’, que es un término más amplio, en lugar de ‘terapia’, que restringe sus posibilidades de aplicación a lo clínico (Palacios, P., comunicación personal, marzo de 2010).

En la Teoría Gestáltica los terapeutas consideran a la conducta y las cualidades preceptuales de la experiencia del individuo como organizadas por las necesidades orgánicas más relevantes: físicas, psicológicas y espirituales (Castanedo, 1997). Así, en la teoría gestáltica, el concepto de autorregulación orgánica es de suma importancia, pues, este concepto deriva de la premisa de que la homeostasis se da, en todos los organismos, mediante un continuo intercambio de equilibrio y desequilibrio. Es decir, define que la persona se regula a sí misma, confiando nuestro bienestar al cuidado de un ser interno que se esfuerza inherentemente por ser sano. Este proceso se da la mayoría de las veces a un nivel no consciente (Latner, 1996; Baumgardner, 2006; Quitman, 1989; Salama, 1992). El organismo hace lo que puede con los medios y recursos que dispone.

El organismo depende de su relación (contacto) con el medio ambiente para satisfacer sus necesidades, para eso tiene dos sistemas interdependientes con el medio: el sistema de orientación sensorial (que recibe la información del medio: ojos, boca, piel, etc.) y el sistema motor (manipular: que le permite hacer cambios en el medio). El hombre puede recibir información del medio y manipularlo para satisfacerse así como el medio puede buscar y solicitar que el individuo este atento a lo que sucede; entonces, se da un proceso de acomodación mutuo que es llamado en Terapia Gestalt como “adaptación creadora”. Esta interacción le

permite ser capaz de poder satisfacer sus necesidades si el medio ambiente se lo permite, si esto no es así, sobreviene alguna crisis. Por tanto, la autorregulación del organismo se hace mediante adaptaciones creadoras (Naranjo, 1990).

Para la terapia Gestalt, el hombre es visto como un todo junto con el medio ambiente; de forma holística, es un ser completamente integrado que constantemente está manteniendo el equilibrio (homeostasis), está en autorregulación orgánica para satisfacer sus necesidades, y para ello necesita ser conciente, “darse cuenta” de lo que necesita, hacer contacto y así actuar. El darse cuenta se encuentra en el presente, en el “aquí y ahora”, en donde se logran cerrar las gestalten inconclusas. Así, homeostasis y holismo tienen como finalidad en el organismo que se realice a sí mismo tal como es.

La terapia Gestalt pretende que el individuo aprenda a utilizar el “darse cuenta”(o awareness¹⁴) de sí mismo como un organismo total que es; descubre lo que es y lo que no, lo que puede llegar a ser y lo que fue, aumentando la confianza en sí mismo, llevando un desarrollo óptimo de la personalidad. Así, el darse cuenta es un proceso continuo de estar en contacto consigo mismo y con el medio, darse cuenta en el aquí y ahora de sensaciones, acciones, sentimientos, valores, o lo que se quiere y lo que no, etc. Para llegar a ese desarrollo, es importante que mantenga el equilibrio, llevar el proceso de autorregulación orgánica u homeostasis (Hernández, 2002).

Perls (citado en Quitmann, 1989) relaciona el proceso de la homeostasis con la composición de la Gestalt; es decir, la aparición de figuras sobre fondos, la figura siempre será la necesidad que surge como reacción individual ante al proceso de ajuste u homeostasis. El organismo al moverse hacía el equilibrio, libra una lucha constante entre la autoconservación (seguridad, tranquilidad) y el crecimiento (cambio, riesgo, movimiento) (Salama, 2001).

En este proceso de contacto, de acuerdo con Kepner (2000) y Zinker (2006).se llevan a cabo las siguientes fases:

- Reposo: equilibrio y punto de inicio; vacío fértil.
- Sensación: identificar físicamente la tensión que aún se desconoce.

¹⁴ Que significa la toma de conciencia de lo que se es y cómo se es en el aquí y ahora.

- Formación de figura: la necesidad se convierte en una figura fuerte y clara.
- Excitación o movilización de la energía: reunir la energía necesaria para satisfacer la necesidad emergente.
- Acción: actuar.
- Precontacto: se localiza la fuente con que se satisfará la necesidad.
- Contacto: punto en que se disfruta, se une con la fuente de satisfacción, se establece una relación concreta con el estímulo.
- Poscontacto: se inicia la desenergetización y la búsqueda de reposo.
- Retirada y satisfacción (retroceso): se da la despedida, llegando al reposo para esperar nuevamente el surgimiento de otra necesidad.

En la terapia Gestalt el aspecto más importante es el proceso de contacto o interacción con el entorno para que el individuo satisfaga sus necesidades. Esta interacción se da por medio de la creación de figuras que obligan a encontrar la satisfacción en el medio y así lograr la autorregulación, el equilibrio organismo-entorno.

En la autorregulación orgánica, escoger y aprender suceden holísticamente, esto es, con una integración natural de cuerpo y mente, pensamiento y sentimientos, premeditación y espontaneidad (Salama, 1992).

En un individuo sano se forma una configuración que tiene todas las cualidades de una buena Gestalt, siendo la figura que lo organiza la necesidad dominante. El individuo satisface dicha necesidad, se regresa al equilibrio, la gestalt se cierra y el organismo queda libre para formar una nueva gestalt (Castanedo, 1997). La capacidad de interrumpir o resistir temporalmente el contacto es saludable como ajuste creativo a los problemas de la experiencia y el medio. Pues, el contacto y la retirada le permiten al organismo autorregularse.

Perls (1994) mencionaba que el contacto es necesario para la buena formación de la Gestalt, y para que se forme una Gestalt clara y con fuerza debemos estar vacíos (abiertos) a todas las posibilidades, estar receptivos, por eso el vacío fértil está lleno de potencialidades.

Sin embargo, para Perls (citado en Salama, 1992) existía además de la autorregulación orgánica, la “regulación debeísta”, basada en la satisfacción

parcial de las necesidades del individuo de acuerdo con lo que debería o no debería ser. Todo el control, incluso el control externo, interioriza el “tu debes”, por lo que interfiere con el funcionamiento sano del organismo. En la regulación debeísta la razón manda y no hay sentido holístico (Perls, 1976, citado en Núñez, 2010).

Cuando la formación y satisfacción de las gestalten están bloqueadas o cuando las necesidades no son reconocidas y expresadas, el organismo sufre un trastorno. Y esas gestalten no resueltas forman gestalten incompletas que exigen atención e impiden la formación de nuevas gestalten; estas gestalten incompletas también son llamadas situaciones inconclusas (Castanedo, 1997).

El problema surge cuando el ciclo de autorregulación es interrumpido constantemente y fuera de la conciencia, ocasionando que las necesidades no se resuelvan y por consiguiente surja malestar orgánico (ansiedad, depresión, dolor, etc.) y enfermedad; siendo la enfermedad (ignorar la necesidad) la corporificación del asunto inconcluso (Kepner, 2000; Quitman, 1989).

Pues, cuando el límite de contacto se hace difuso, impermeable o se pierde, se produce una alteración en el contacto entre el organismo y su ambiente. A estos malfuncionamientos del contacto se les llama “interrupciones”, pues inhiben la realización completa del ciclo de la experiencia por medio de interrumpir o generalizar el contacto. Estas interrupciones, no son necesariamente patológicas, pues fueron creadas como forma de adaptación y protección al medio, sin embargo cuando éstas se tornan excesivas, inoportunas y anacrónicas, dejan de servirnos como adaptación al medio y pasan a ser un estorbo que nos impide cerrar las gestalten incompletas (Castanedo, 1997; Ginge, 2005).

Perls mencionaba que las interrupciones son formas de evitar o impedir el contacto; además, esta evitación puede ser en ocasiones sana (ayuda al desarrollo) o neurótica (detiene el desarrollo) y dependiendo del autor (Kepner, 2000; Zinker, 2006; Quitman, 1989) se puede hablar de más o menos interrupciones. Así que entre las que se mencionarán aquí se encuentran: desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia, protoflexión, fijación y retención:

- **Desensibilización:** significa disociar el cuerpo y la mente; literalmente dejar de sentir para actuar de acuerdo a cuestiones intelectuales y no a necesidades corporales o emocionales por miedo a sufrir. No se permite vivir la experiencia, el paciente piensa que siente pero no siente; evita sentir y no expresar emociones.
- **Proyección:** es un rasgo de personalidad, deseos, pensamientos, una actitud, un sentimiento, una parte del comportamiento que pertenece a la personalidad sin ser sentida como tal por la persona, es decir, como algo ajeno. Se le atribuye a otras personas u objetos que forman parte del medio, depositando en ellos cualidades que no le pertenecen a nadie más que al paciente mismo. La proyección es el mecanismo por medio del cual la persona evita apropiarse de su propia realidad; le atribuye al exterior algo que es interno, por lo que no se responsabiliza de lo que se proyecta.
- **Introyección:** significa poner adentro; este mecanismo se convierte en una forma de ser, sentir, de evaluar todo el material que está integrado en el comportamiento de una persona. Las introyecciones responden a normas socialmente aceptadas y a valores familiares; es representar papeles, imitar. Es como ponerse una máscara o como una vocecita interior, que no es la propia, pero que dice constantemente qué si “debe” hacer, el individuo, y qué no, y le dificulta el escucharse a sí mismo.
- **Retroflexión:** significa volcar la hostilidad contra sí mismo, en lugar de dirigirla hacia la causa que la originó. En otras palabras, es hacerme a mi mismo lo que me gustaría hacerle al otro pero que por miedo a perder el afecto, aprobación, etc., no lo hago; o hacerme lo que querría que me hicieran.
- **Deflexión:** consiste en desviar lo que emerge en el aquí y ahora, con el fin de evitar entrar a una situación no deseada, muchas veces se da con la reacción contraria a la congruente, como reír en lugar de llorar cuando se habla de algo triste y doloroso, o hablar de uno mismo en tercera persona. Hay temor a enfrentar, por lo que se elude el contacto con el objeto y para

evitar la angustia de confrontarse se desvía la energía hacia otras alternativas.

- **Protoflexión:** consiste en tratar a los otros como me gustaría ser tratado, buscando la aceptación y el cariño; y, en última instancia, la persona que protoflexa espera recibir el trato que está dando. Cuando se protoflexa se le da a los demás lo mejor que se tiene, quedándose la persona con nada para sí misma.
- **Fijación (retroceso del contacto):** significa quedarse estancado en una o más situaciones, repitiendo fuera de contexto conductas que pertenecen al pasado, para no enfrentarse al presente y correr riesgos y seguir con el proceso de crecimiento. Es estar anclado a lo que ha pasado.
- **Retención:** consiste en no permitir el flujo natural de la experiencia reteniendo e interrumpiendo la continuidad. Se pospone el reposo para no iniciar una nueva Gestalt; no ha enfrentado el cierre de una experiencia que ya terminó.
- **Confluencia:** confluir significa juntarse; en las personas que confluyen el self y el medio ambiente parecen ser una unidad; se pierde el sí mismo y los demás. Es colarse en el otro para evitar el contacto real. La confluencia como mecanismo de defensa consiste en estar siempre de acuerdo con los otros, no confrontar por lo que el potencial existencial y creativo se encuentra disminuido por escapar al contacto diferenciado, particular, de confrontación.

Estas interrupciones pocas veces se encuentran aisladas, es decir, generalmente las personas solemos utilizar más de una a la vez, por ejemplo toda persona que protoflexa automáticamente retroflexa, pues al estar dando lo mejor de ella a otros, se queda únicamente con las cuestiones negativas para tratarse a sí misma (Palacios, P., comunicación personal, febrero de 2009).

Es importante recordar que la persona es siempre responsable por lo que hace, por lo tanto las interrupciones no son algo que nos sucede, si no algo que hacemos y que podemos elegir continuar haciendo o dejar de hacer (Naranjo, 2006).

Para que la persona pueda trascender dichas interrupciones así como satisfacer sus necesidades, es necesario el “darse cuenta” o awareness. Aprehendiendo con todos los sentidos el mundo fenoménico interno y externo. La toma de conciencia hace que una figura emerja del fondo. El darse cuenta o awareness se acompaña siempre de la formación de nuevas gestalten. Gracias al darse cuenta el organismo puede hacer lo que necesita para cerrar la gestalt incompleta (Castanedo, 1997).

El darse cuenta, está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y formación de una gestalt. El contacto es importante ya que este puede existir sin el darse cuenta, pero el darse cuenta no puede existir sin el contacto (Salama, 1992).

Cuando nos “damos cuenta”, alcanzamos a percibir el todo, esto implica contactar con todo aquello que nos gusta o sirve y también con aquello que nos han enseñado que es “malo”, es decir contactamos con las polaridades completas. Pues, la capacidad que tiene el cerebro de diferenciar y conceptualizar depende de lo que se conoce como polaridad. Esto es que para saber que algo es, debemos saber lo que no es (Castanedo, 1997).

Aunque Perls, nunca habló explícitamente de las polaridades, ya desde su primer libro, *Ego, Hunger and Agression*, mencionaba el proceso que él llamaba de opuestos (Salama, 1992).

Zinker (2006) define al individuo como un conglomerado de fuerzas polares, todas las cuales se interceptan entre sí, pero no necesariamente en el centro. Una persona no posee tan solo una polaridad opuesta, sino varias que se relacionan entre sí creando polaridades multilateralidades. En función de esto, por un lado, las cualidades polares con las que nos identificamos y a partir de las cuales nos permitimos actuar, forman la autoimagen, mientras que por otro lado, las cualidades que hemos alienado vienen a ser representadas por el sí mismo negado: esas que no forman parte de la autoimagen pero que de cualquier forma siguen operando en el interior (Kepner, 2000; Zinker, 2006).

El conflicto intrapersonal supone choques entre las propias polaridades positivas y negativas, y operan como si fueran dos personas dentro del individuo, y

generalmente el conflicto intrapersonal se representa también como conflicto interpersonal: cuando la persona ve en otros sus propias características negativas, es decir proyectando la parte de la polaridad, que es yo-distónica (Zinker, 2006).

Para el individuo saludable, el conocimiento de sus polaridades (incluso el no aceptar aquellas de su agrado, pero que trate de comprenderlas y ser consciente de ellas) le ayuda a ser un ser más integrado, en comparación con aquel que no logra aceptar muchos de estos opuestos, volviéndose rígido e inflexible ante los demás y ante sí mismo porque no cree que los opuestos puedan ser integrados. Así, a la Terapia Gestalt le interesa que el individuo confronte los elementos “incongruentes” o “bipolares”. Los opuestos, las “aparentes contradicciones” no son irreconciliables, desde esta visión holística, las partes son superadas, se trasciende; después de esa síntesis se concluye la Gestalt que vuelve al fondo. Mientras más fuerte la polaridad, más significativa la síntesis (Latner, 1996; Zinker, 2006; Palacios, 2004, Salama, 1992).

En terapia gestalt se dice que todo es relativo, lo que ahora es bueno quizás mañana sea malo, y viceversa, la cuestión reside en entender la vida como un proceso activo (Castanedo, 1997). Es por eso que uno de los objetivos de la terapia gestalt es estirar el autoconcepto, esto es, aprender a reconocer en el mismo ser, todo aquello que no aprueba, poner al descubierto esa parte suya que no asume; y, en segundo lugar, entrar en contacto con la forma de su ser que mantiene en secreto (Zinker, 2006).

Para poder desarrollar una terapia gestáltica, se han desarrollado diversas técnicas que se utilizan para facilitar el cierre de gestalten inconclusas, y de acuerdo con Palacios (comunicación personal, abril de 2009) pueden clasificarse en:

- Verbales y corporales
- Estructuradas y no estructuradas
- Simbólicas y no simbólicas

Pero en general se podrían dividir en:

- Técnicas que detengan la evitación, en dejar de hacer para descubrir la experiencia.

- Utilización de la energía para movernos hacia el contacto, hacia el darse cuenta aumentando la atención o exagerando.

Estas técnicas, de acuerdo con Naranjo (1990), se dividen en tres categorías:

- Técnicas supresivas: para poder vivenciar lo que en potencia se podría experimentar, se necesita dejar de hacer algo, o pensar acerca de otra cosa que no está sucediendo en el aquí y ahora. Muchas de nuestras actividades mentales consisten en recordar el pasado, adelantarnos al futuro, fantasear etc. y lo único que generan es una evitación al presente. Así, las técnicas supresivas tratan de no permitir que el paciente hable “acerca de tal” como información no necesaria, o los saludos cliché; también se prohíben los ‘debeísmos’, que es el decirse a uno mismo o a otros lo que debería de ser y no experimentar lo que es. El experimentar la nada o vacío, estando solamente en el aquí y ahora ayuda a tender un puente entre la evitación y el contacto (Naranjo, 1990; Salama, 1992). Por medio de las técnicas supresivas el terapeuta desalienta en el paciente lo que no es; al invitarlo a expresarse, el terapeuta estimula en el paciente lo que sí es.
- Técnicas expresivas: ayudan al paciente a expresar lo que hasta el momento no se había atrevido a expresar, exagerando la expresión, revelándose no sólo al terapeuta sino a él mismo (Salama, 1992). En la terapia Gestalt, las técnicas expresivas pueden resumirse en tres principios: expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión y buscar la dirección y hacer la expresión directa (Naranjo, 1990; Salama, 1992). Dentro de este rubro de técnicas, una especialmente importante para este trabajo, es la técnica de “traducción” o “explicación” que consiste en ponerle palabras a nuestros movimientos o a lo corporal, es decir, se le dan palabras a una conducta no verbal con la intención de que se contacte el mensaje que trae por sí misma, por ejemplo la enfermedad. Es decir, en este trabajo, dicha técnica podría aprovecharse como recurso para dialogar con la escoliosis, dándole voz para escuchar lo que tiene que decir.
- Técnicas de integración: en sí llevan a las técnicas expresivas, ya que al expresar se está poniendo en contacto al paciente con algo que estaba

disociado (pensamiento, sentimiento o imagen); en el sentido más general, toda técnica gestáltica es integrativa, ya que despierta el darse cuenta de lo que estaba alienado, sin embargo hay técnicas cuyo objetivo principal es integrar partes disociadas del paciente (Salama, 1992). Tales técnicas son el encuentro intrapersonal es decir los juegos de roles y la asimilación de proyecciones (Naranjo, 1990), que estimulan al paciente a que se experimente como unidad.

La gestalt desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano, integrando al mismo tiempo sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales, permitiendo así una experiencia global (Ginge, 2005). Intenta mostrar cómo la persona distrae su atención del mundo sensorial de la experiencia inmediata. Los mecanismos con los que la persona sustituye el continuo “aquí y ahora” en una situación emocional son motivo de trabajo permanente y particular en la vivencia y experimentación en terapia gestalt. Al “darse cuenta” de sus propios mecanismos, en principio fuera de conciencia, la persona al trabajar en gestalt puede llegar a ver, entender y analizar en qué y cómo se apoya su conducta insatisfecha o inconclusa, adquiriendo la capacidad necesaria para poder incrementar su toma de conciencia, apoyándose en sí mismo y en libertad del estímulo externo en el futuro (Núñez, 2010).

CAPÍTULO IV

La función estructurante en la relación padre-hija

Y los psicoanalistas hacen acopio de imaginación: podríamos concebir un padre imaginario, un padre simbólico o un padre real (a condición de tener precaución de decir que el real no existe), y toda esta abundancia de significantes en torno al padre sólo esconde algo: el significado de padre está vacío.

Christiane Olivier

4.1. La figura paterna en la actualidad

En algún momento de sus vidas la mayor parte de los seres humanos desean tener hijos, como también desean que sus hijos crezcan sanos, felices y seguros de sí mismos. En el caso de quienes tienen éxito, la recompensa es enorme; pero en el de quienes tienen hijos y no logran criarlos como personas sanas, felices y seguras de sí mismas, el costo en ansiedad, frustración, desavenencias y, tal vez, vergüenza o culpa, puede ser elevado. Por lo tanto, tener hijos supone correr un gran riesgo. Además, como la paternidad exitosa es una clave importante para la salud mental de la generación siguiente, necesitamos saber todo lo posible acerca de su naturaleza y acerca de las diversas condiciones sociales y psicológicas que influyen en su desarrollo positiva o negativamente (Bowlby, 1995).

Ser un padre exitoso supone un trabajo arduo. Cuidar a un niño que comienza a caminar es un trabajo de veinticuatro horas diarias durante siete días por semana, y a menudo es una tarea inquietante. E incluso aunque la carga se alivie un poco a medida que los niños crecen, si han de desarrollarse armoniosamente aún necesitan mucho tiempo y atención. Actualmente, para muchas personas éstas son verdades desagradables. Dedicarles tiempo y atención a los niños significa sacrificar otros intereses y actividades personales.

Diversos estudios, incluidos los iniciados en Chicago por Grinker (1962, citado en Bowlby, 1995, p.14) y continuados por Offer (1969, citado en Bowlby, 1995, p.14), demuestran que los adolescentes y los adultos jóvenes sanos, felices y seguros de sí mismos son el producto de hogares estables en los que ambos padres dedican gran cantidad de tiempo y atención a los hijos. Lo cual es

necesario para generar, por parte de ambos progenitores, una “base segura” a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si está asustado. Esencialmente, este rol consiste en ser accesible, estar preparado para responder cuando se le pide aliento, y tal vez ayudar pero intervenir activamente sólo cuando es evidentemente necesario (Bowlby, 1995).

De tal modo, ningún padre proporcionará una base segura a su hijo que crece, a menos que “tenga una comprensión intuitiva de y con respecto a la conducta de apego¹⁵ del niño, y la considere la intrínseca y valiosa parte de la naturaleza humana que es” (Bowlby, 1995, p.24).

Además, el cuidado de un bebé o de un niño pequeño no es tarea para una persona sola. Para que el trabajo esté bien hecho y el principal responsable de la atención del niño no se sienta demasiado exhausto, ella (o él) necesita una gran dosis de ayuda. De quién proviene esa ayuda es algo que puede variar, pero, a menudo, proviene del otro padre.

De acuerdo con Stevens (1994):

“El dimorfismo sexual ha conducido a que las hembras se ocupen de llevar en su cuerpo los embriones y de criar a los hijos, y a que los machos se ocupen de alejar a los intrusos, mantener el suministro de proteínas y dispersar a las poblaciones en el territorio disponible. Esta división se observa en prácticamente todas las especies de mamíferos y se refleja en las pautas de juego de sus crías” (p.107).

Sin embargo, no existe un modelo de padres ideal, así como no lo hay de familia ideal. Todos provenimos de un pasado con carencias que nos proyecta

¹⁵ La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación. Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se observa en casi todos los seres humanos (aunque según pautas variables), se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos (en distinto grado) con miembros de otras especies. La función biológica que se le atribuye es la de la protección (Bowlby, 1995).

hacia adelante, forzándonos a adaptarnos creativamente. Muchos de nuestros padres debieron responder a necesidades materiales y, por ende, su conciencia se define mucho en función de su necesidad de garantizar la supervivencia física. Hablan a través de sus gestos y callan su amor como su dolor. “Les cuesta trabajo desprender su individualidad de sus funciones como padre o madre, y se sienten torpes cuando les pedimos que expresen sus estados interiores” (Corneau, 1991, p.13).

Existe un desequilibrio fundamental en el triángulo padre-madre-hijos, porque la mayor parte del tiempo, la madre está presente en el plano afectivo y físico, mientras que el padre lo está poco. “Este triángulo defectuoso resulta de la familia nuclear que se fundó con un miembro ausente, el padre, que debía trabajar en el exterior” (Corneau, 1999, p.108), por lo que, así, “el padre desapareció como fuerza viva del hogar” (Bly, 1992, p.134).

“Nuestros padres han huido a los bosques, a las tabernas, al trabajo. Del mismo modo se han refugiado en sus automóviles, en la lectura del periódico, frente al televisor. Con frecuencia han preferido la evasión hacia un mundo abstracto y sintético, despreciando el presente, la cotidianidad, el cuerpo...” (Corneau, 1991, p.15).

En el mundo oficinesco: con el padre que sólo está en casa por la noche, y con los valores femeninos tan presentes en el hogar, el padre pierde a sus hijos cinco minutos después de su nacimiento. Es como si tuviese amnesia y no pudiese recordar quiénes son sus hijos. “El padre está lejos, no está en la casa donde están sus hijos, está en algún otro lugar. Lo mismo podría estar en Australia” (Bly, citado en Thompson, 2005, p.249).

Al respecto Jung hizo una observación muy interesante:

“si un hijo(a) es educado principalmente por la madre, adoptará una actitud femenina con su padre. Verá a su padre a través de los ojos de su madre. Si el padre y la madre compiten por el afecto del hijo, no le será posible tener una imagen correcta del padre aparte de la madre. Por el contrario, todas las insuficiencias del padre quedarán subrayadas. La madre tiende a manifestar que la civilización y la cultura

y los sentimientos y la relación son cosas que la madre y el hijo y la hermana comparten. Mientras que en el padre hay algo inadecuado. Es inmovilista, quizá brutal, insensible, obsesivo, racionalizador, hacedor de dinero, implacable” (citado en Thompson, 2005, p.252).

No importa cuanto simpaticen con sus hijos hambrientos de padre, las mujeres no pueden sustituir esa particular sustancia perdida. Cuando el padre-agua, metafóricamente hablando, se hunde y hay muy poco padre en lugar de mucho padre, los hijos se encuentran en una nueva situación. ¿Qué pueden hacer?, ¿un nuevo pozo donde sacar agua-padre?, ¿racionarla?, ¿destilar el agua-madre para transformarla en agua-padre? “Tanto las células masculinas cuanto las femeninas tienen música maravillosa, pero los hijos necesitan tanto resonar con la frecuencia masculina como con la femenina” (Bly, 1992, p.129).

Debido a que los padres trabajan, no pasan suficiente tiempo con sus hijos. Los hijos crecen en una especie de vacío y las imágenes paternas positivas no tienen la oportunidad de tomar su lugar. Su identidad masculina o femenina queda indefinida. “La confianza en sí mismo y la fuerza de afirmación del niño(a) se resienten” (Corneau, 1999, p.58). “Cuando un padre actual se sienta a la mesa se lo ve débil e insignificante, todos podemos sentir que él no ocupa un lugar tan importante como el que ocupaban los padres del siglo XIX” (Bly, 1992, p.135).

Al respecto, por más que los mitos nos revelen estructuras fundamentales de la historia, podríamos decir que el mito cristiano ya anunciaba el silencio del padre y el lamento de los hijos. El mito central que ha servido de modelo los últimos dos milenios de nuestra evolución posee la sorprendente marca de la ausencia del padre. Para comenzar, a San José le será negada su paternidad y rara vez participará en la vida de Jesús. No se le ve al pie de la cruz con María y con los otros apóstoles. Más bien es María a quien Miguel Ángel inmortalizará en su *Pietà*. En cuanto a las últimas palabras que Cristo, desde la cruz, dirigió a su padre, Dios, no podrían ser más explícitas: “Dios mío, ¿por qué me has abandonado?”.

Asistimos al reino del “padre faltante”¹⁶ creador de “hijos del silencio”¹⁷. Como menciona Robert Bly (1992): “no hay suficiente padre” (p.128), con lo cual sugiere que el padre es una sustancia, como la sal, escasa en tiempos antiguos, o como el agua, que, en algunos lugares hoy, simplemente ha desaparecido. Ya sea que esté ausente físicamente, ausente de espíritu, distante o terminantemente abusador, la relación que ofrece a su hija la hiere y ella reaccionará adoptando comportamientos que serán en reacción a la herida, pero que no la sanarán (Corneau, 1999).

En la mayoría de las familias actuales, los hijos e hijas reciben del padre, cuando regresa de trabajar, solamente su índole o su temperamento, que son, habitualmente, irritados y remotos. Pues, algunos hombres, sino es que la gran mayoría, tienen dificultad para asumir una paternidad comprometida con sus hijos por lo que es frecuente que “algunos niños sólo tengan los modelos televisivos para aprender a construirse” (Corneau, 1999, p.58), y como consecuencia se pueden ver, de generación en generación, lazos cada vez más pobres entre padres e hijos, con resultados catastróficos (Bly, 1992). “Ningún esclavo fue tanto la propiedad de su dueño como ocurre en el caso del niño” (Montessori, citado en Abrams, 2008, p.166). Nuestra sociedad considera que los hijos son propiedad de los padres. Los padres detentan un poder enorme, y los niños disponen de muy pocos medios eficaces con los que protestar contra el abuso. Pero finalmente el precio del abuso se cobrará a la generación venidera. Alice Miller escribe que “dentro de veinte años estos niños serán adultos que tendrán que cobrárselo todo a sus propios hijos” (citado en Abrams, 2008, p.166).

Por su lado, las culturas tradicionales que aún existen, principalmente en forma tribal, tienen cantidades de padre y en ellas muchos padres sustitutos trabajan con los jóvenes: los tíos malcrían a los hijos, los abuelos les cuentan cuentos, los

¹⁶ El término “padre faltante” tiene una extensión mucho más vasta que la del término “padre ausente”. El sentido de la expresión “padre faltante” engloba tanto el aspecto psicológico del padre como el físico. Significa tanto la ausencia espiritual como la ausencia emotiva. También comprende la noción de un padre que, pese a su presencia física, no se comporta de manera aceptable: padres autoritarios, aplastantes y envidiosos del talento de sus hijos, que pisotean toda su iniciativa creadora o intento de afirmación; padres alcohólicos, cuya inestabilidad emotiva mantiene a los hijos en una inseguridad permanente. (Corneau, 1991).

¹⁷ “‘Hijo del silencio’ quiere decir hijos ‘carentes’ de padre, por la ausencia física o moral de este último (Corneau, 1991, p.21).

guerreros les enseñan disciplina, los ancianos los instruyen sobre el ritual y el alma. “Todos ellos son padres honorarios” (Bly, 1992, p.128). Padres e hijos, en la mayoría de las culturas tribales, viven en armoniosa tolerancia mutua. “Cuando padre e hijos pasan largas horas juntos, lo que algunos todavía hacen, podemos decir que una sustancia, casi como alimento, pasa del cuerpo mayor al menor” (Bly, 1992, p.128).

Sin embargo, a diferencia de las culturas tribales, por su lado y particularmente en nuestra cultura, como figura paterna, el hombre mexicano dice sentir de diferente manera cuando le nace un hijo que cuando le nace una hija (Rivera, 2001). Algunos manifiestan desagrado de modo explícito en el segundo caso, ya que habrían preferido el nacimiento de un varón, en especial si es el primogénito. Algunos justifican su actitud con el argumento de que el mundo está más organizado para apoyar, por ejemplo en lo económico, al varón que a la mujer. Otros manifiestan aun temor por el futuro de esa mujercita. Se preguntan qué tipo de hombre le tocará, cómo la tratará. Y existen los que manifiestan gusto por el nacimiento de una hija “porque así estaré seguro de que mis nietos son realmente mi sangre” (Rivera, 2001, p.72).

Como podemos ver, esta cultura, en donde está inmerso el hombre, le produce una necesidad artificial de cuidar una imagen de la que algunos encuentran difícil despojarse, ¡a veces sin darse cuenta de ello! Como, por ejemplo: la imagen del hombre que no llora, fuerte como superman, que todo lo puede, proveedor, insensible, que no escucha. Estas mismas imágenes, por fortuna para muchos, pierden trascendencia cuando llegan los nietos, es decir, en la vejez. Es entonces cuando muchos de ellos se dan el permiso de ser ellos mismos, de mostrar quiénes son (quienes siempre han sido): cálidos, dulces, sensibles, amorosos y necesitados de amor, comprensivos y tolerantes. ¡Que magnífico que una mayoría de ellos se dejen despeinar por las manitas juguetonas de sus nietos! Esos mismos hombres que no permitían que su mujer o hijos los despeinaran cuando necesitaban ir impecables a la oficina en sus treintas o cuarentas (Rivera, 2001).

Mientras el padre no encarna el otro polo masculino, es decir lo masculino apto para la ternura y el amor, no habrá cambio significativo en la comunidad masculina

y, por consiguiente, tampoco lo habrá en la relación hombre-mujer. “Parece que la presencia afectiva del padre respecto a los hijos y a las hijas es una de las soluciones a los problemas de las relaciones interpersonales que afectan cada vez más a nuestra sociedad en desintegración” (Corneau, 1991, p.36).

Como es evidente vivimos dominados por un sistema ideológico que moldea las identidades psicológicas y sociales de los hombres y de las mujeres, condicionando a estas últimas a someterse a los hombres, es decir, a la sombra de “el patriarcado”. El cual se funda en el siguiente prejuicio: lo masculino es más importante que lo que hacen, piensan y sienten las mujeres. “La consecuencia de esto es una desvalorización de la femenino, sentimental y doméstico” (Corneau, 1999, p.27). El patriarcado no sólo oprime a las mujeres, sino que también enajena a los hombres de una gran parte de ellos mismos, al proponerles un prototipo de varón heroico y duro que no comunica lo que siente. Algunas mujeres creen que los hombres son incapaces de experimentar el menor sentimiento y que su competencia es nula en materia de organización familiar y educación de los hijos (Bly, 1992; Wher, citado en Downing, 2001, p.71). Obviamente, esta postura es la contraparte del prejuicio masculino que desearía que las mujeres no pudieran pensar.

Vivimos en una época en la que el arte de la crianza parece correr el riesgo de extinguirse. A menudo, no se entiende cuáles son los derechos y obligaciones saludables de los niños, o simplemente se ignoran o se rechazan, cosa que produce resultados desastrosos. “Los padres detentan un poder enorme y las lesiones sobre el alma infantil tienen consecuencias que durarán toda la vida” (Covitz, citado en Abrams, 2008, p.164). Dado que, cuando niños, no se dispone de otros modelos, los ojos infantiles perciben a sus padres como si fueran dioses. “Cuando los padres hacen ciertas cosas de manera determinada, el niño entiende que ésa es la manera en la que se hacen, en la que deben hacerse tales cosas” (Peck, citado en Abrams, 2008, p.139). Como consecuencia, “la mayoría de los niños son indulgentes con sus padres, prefieren verlos con buenos ojos y desean pasar por alto muchas deficiencias” (Bowlby, 1995, p.128). “Los niños necesitan a

sus padres todo el tiempo. Sienten necesidad por naturaleza no por elección” (Bradshaw, 2006, p.29).

La tarea de criar a los hijos encuentra hoy más obstáculos que nunca y requiere, por tanto, una mayor atención y apoyo. Las actitudes hacia los niños y su desarrollo están cambiando rápidamente. “Para las generaciones de antaño, los papeles de padre y de madre estaban definidos por anticipado... en la actualidad, ya no nos parecen tan evidentes” (Corneau, 1999, p.29). La rápida transformación de los valores en las sociedades postindustriales ha alterado la estructura familiar y está afectando de manera radical a la manera en que se crían a los hijos. Las mujeres se han incorporado masivamente al mundo laboral obligadas por motivos económicos y por la necesidad de reafirmar su identidad y su valor en la sociedad. Esta tendencia, junto al aumento de madres o padres solteros, exige replantear la tarea de los padres en la actualidad (Abrams, 2008).

Al respecto, Corneau (1999) menciona que:

“es necesario evitar encerrarse en una visión psicológica reductora, exigiendo la presencia del padre o de la madre naturales ante el niño. Los niños tienen necesidad de *maternage* y *paternage*, necesitan la presencia de hombres y mujeres que los traten paternal y maternalmente para modelar su identidad. Es preciso que se satisfaga la necesidad de relacionarse con lo femenino y lo masculino. El verdadero padre del niño y su verdadera madre no son obligatoriamente su genitor y su genitora, sino quienes lo atienden” (p.48).

Afortunados los niños que vienen a este mundo con buenos genes, padres cariñosos y abuelos que en seguida conectan con ellos entusiasmados y con quienes se la pasan muy bien. Hay que reconocer el hecho de que sin una confianza básica el niño no puede sobrevivir. De esto se sigue que cada persona tiene la confianza básica y con ella, hasta cierto punto, la fuerza de la esperanza. La confianza básica es la confirmación de la esperanza, el firme apoyo contra todas las adversidades y las llamadas tribulaciones de la vida en este mundo. Aunque la supervivencia sería difícil sin un poco de desconfianza para

protegernos, la desconfianza puede contaminar todos los aspectos de nuestra vida y privarnos del amor y de la amistad con los demás (Erikson, 2000).

La psicología ha conducido a tomar conciencia de la importancia de la infancia humana, subrayando la realidad de la experiencia infantil y su trascendencia en el desarrollo de la persona. Sigmund Freud (citado en Abrams, 2008, p.21; Jung, 1982c, p.88), cuya lucidez dio origen a la investigación psicológica moderna, comentó al final de su carrera que “el verdadero valor del psicoanálisis es el de mejorar la relación entre padres e hijos”.

4.2. Figura paterna como soporte o función estructurante

El recién nacido está precondicionado para buscar un padre y una madre en su medio, pues lleva en sí mismo esos arquetipos. Para poner en práctica este potencial, debe conocer a alguien en su medio cuyo comportamiento se asemeje lo suficiente al de un padre o al de una madre para hacer que el programa “arranque”. “El resultado de este encuentro entre la estructura de base innata y cada uno de los padres constituye lo que llamamos un *complejo paterno*¹⁸ y un *complejo materno*” (Corneau, 1991; Stevens, 1994).

A diferencia del adulto, el niño no puede satisfacer sus necesidades mediante sus propios recursos, por lo que tiene que depender de otros para cubrir dichas necesidades. Para bien o para mal, su vida es moldeada desde el principio por la habilidad que posean sus tutores para conocer y satisfacer sus necesidades en cada etapa de su desarrollo (Bradshaw, 2006; Bowlby, 1995; Jung, 1982c). Definitivamente, el destino de un niño está restringido por sus padres; “los padres son la influencia más poderosa que pesa sobre nuestra vida. Son los que dan forma a nuestro mundo, tal como sus propios padres formaron el suyo” (Richardson & Richardson, 1999, p.35; Jung, 1990, p.86).

¹⁸ En los hombres, un complejo paterno positivo muy a menudo produce cierta credulidad con respecto a la autoridad y una marcada buena voluntad para doblegarse ante todos los dogmas y valores espirituales; mientras que en las mujeres activa los más vivaces intereses y aspiraciones espirituales. En los sueños, las convicciones firmes, las prohibiciones y los consejos sabios siempre emanan de la figura paterna. (Jung, citado en Sharp, 1997, p.45).

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

Al respecto, “las pruebas de que las experiencias adversas con los padres durante la infancia tienen un importante papel en el origen de las perturbaciones cognitivas, son actualmente abundantes” (Bowlby, 1995, p.118). Pues, cada etapa se basa en la precedente. Pero los cimientos se construyen en la infancia. Un pequeño error al principio es un gran error al final. “Nosotros no influimos en el inicio de nuestras vidas; pero para sobrevivir dependemos completamente de quienes nos cuidan” (Bradshaw, 2006, p.71). La infancia no sólo es importante porque en ella tienen su origen sus posibles mutilaciones del instinto sino también porque “es el periodo en el que se configuran en el alma del niño los sueños e imágenes –terroríficos o esperanzadores- que condicionan todo su destino” (Jung, citado en Abrams, 2008, p.173).

Los niños se hallan tan implicados en la actitud psicológica de sus padres que no es extraño que la mayor parte de los trastornos infantiles puedan retrotraerse al clima psíquico del hogar. En general, se pone poco énfasis en lo importante que la conducta de los padres resulta para los hijos; no sólo las palabras cuentan, también los actos. “Una gran parte de la comunicación entre padres e hijos es de carácter no verbal y todos los mensajes subliminalmente transferidos de padres a hijos serán percibidos por el inconsciente del niño, quien se formará una impresión bastante ajustada de la personalidad de sus padres” (Corvitz, citado en Abrams, 2008, p.167). “Los padres deberían tener siempre presente el hecho de que la

causa principal de la neurosis de sus hijos radica en ellos mismos” (Jung, citado en Abrams, 2008, p.167).

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

Todo niño necesita sentirse amado incondicionalmente, cuando menos al principio de su vida. Si no puede verse reflejado en su padre, el niño no tendrá la manera de saber quién es él. Cada niño fue un nosotros antes de convertirse en un Yo. Necesitaba un rostro-espejo que reflejara todas sus partes como individuo (Winnicott, 2000). Necesitaba saber cuánto importaba, que lo tomaban en serio, qué parte de su ser era aceptada y merecedora de cariño. También necesitaba saber que podía depender del amor de sus padres. Éstas fueron sus saludables necesidades narcisistas (Miller, 1985). Si no fueron satisfechas, su sentido de YO SOY resultó perjudicado (Bradshaw, 2006; Corneau, 1999). “La historia de la caída de cada hombre y cada mujer se inicia cuando un niño precioso, maravilloso, valioso y especial perdió su sentido de ‘yo soy quien soy’” (Bradshaw, 2006, p.54).

Pues, cuando el niño contaba con uno o dos años de edad tenía lo que se puede visualizar como una personalidad de 360 grados. Irradiaba energía desde todas las zonas de su cuerpo y de su psique. Tenía una bola de energía, perfecta; pero un día vio que a sus padres no les gustaban ciertas partes de esa bola. “Detrás de nosotros tenemos un saco invisible y en él ponemos la parte de nosotros que no gusta a nuestros padres, a fin de conservar su amor. Así que cogemos nuestro enfado y lo ponemos en el saco” (Bly, citado en Downing, 2001,

p.45); de tal modo, “todas las experiencias infantiles conflictivas permanecen presas y ocultas en la oscuridad” (Miller, 1985, p.25).

Así, los padres encuentran en el “falso yo” del hijo la aprobación que buscan, un sustituto de las estructuras que les faltan, mientras que el hijo, que no ha podido construir sus propias estructuras, sigue dependiendo de sus padres, primero de modo consciente y más tarde a nivel inconsciente (introyectándolos). No puede confiar en sus emociones, no ha llegado a experimentarlas mediante ensayo y error, desconoce sus verdaderas necesidades y se halla completamente enajenado de sí mismo (Miller, 1985)

Los infantes humanos necesitan estar sostenidos por alguien para sentirse seguros. Si este sostén se les retira de repente y se caen, se asustan y llenan de ansiedad. La historia filogenética del animal humano manifestada en la necesidad que siente el infante de que lo sostengan para creerse seguro, es la causa que predispone a la ansiedad de caerse (Lowen, 2006).

Cuando los padres no inspiran seguridad, se desarrolla en los niños un profundo sentido de desconfianza. El mundo parece un lugar peligroso, hostil, impredecible. Por tanto, el niño debe estar siempre alerta y tener todo bajo control. Piensa que “*si yo lo controlo* todo entonces nadie me podrá sorprender descuidado y lastimarme” (Bradshaw, 2006, p.30).

Cuando una niña, por ejemplo, se da cuenta de que sus padres no confirmarán nunca lo que siente, se desanima, cede, y desarrolla una falsa persona que encubre una base muy frágil. Si no puede ser ella misma y experimentar sus propios sentimientos se convertirá en otra persona. Es algo que le ocurre a muchas personas: se han transformado en sus madres o en sus padres, o en la fantasía de lo que constituye el niño bueno o el niño malo. A veces se ocultan tan bien, que finalmente ni siquiera ellos mismos reconocen sus propias máscaras, y vagan lejos de su vínculo original con el verdadero yo, buscando la reconciliación sólo cuando sus enfermedades o accidentes, depresiones o ansiedades llegan a importunarlos (Short, citado en Abrams, 2008). La tarea de los padres consiste en apoyar las experimentaciones del niño y animar las expresiones de su individualidad. “Cuando se ofrece un marco de seguridad al niño, si dicho marco

es demasiado protector o demasiado rígido, dañará su creatividad” (Corneau, 1999, p.59).

En particular, la necesidad de un padre es fundamental para la especie humana: es una necesidad “arquetípica”. Cuando no está personalizada por la presencia paterna, esa necesidad permanece en estado arcaico, alimentada por imágenes culturales del padre que oscilan desde el diablo hasta Dios. “Cuanto más faltante sea el padre, menos posibilidades tendrá de ser humanizada por el hijo, y más imágenes primitivas producirá el inconsciente” (Corneau, 1991, p.44). Estas imágenes del inconsciente ejercerán una gran presión sobre el individuo. Asumirán formas míticas como la de Superman, Rambo o la del Increíble Hulk. “El padre, su simbólica, se confunde entonces con la del cielo y refleja el sentimiento de una ausencia, una falta, una pérdida, un vacío, que sólo el autor de los días podría colmar” (Chevalier & Gheerbrant, 2007, p.793).

Por eso es importante tener en cuenta que “cada padre tiene una doble función: una función de referencia corporal para su hijo del mismo sexo y una función de lugar de deseo para el hijo del sexo opuesto” (Corneau, 1991, p.41; Corneau, 1999, p.52). Esta distinción coincide con las diferencias fenomenológicas que existen entre el arquetipo del padre y el arquetipo de la madre. Mientras el arquetipo de la madre halla su expresión universal como Madre Naturaleza, fuente de vida, diosa de la fertilidad, suministradora de alimento, el arquetipo del padre se personifica en el mito, el sueño y la leyenda como gobernante, anciano, rey. En cuanto legislador, habla con la voz de la autoridad colectiva y es la encarnación viva del *principio de logos*¹⁹: su palabra es ley. “Como padre del cielo, simboliza las aspiraciones espirituales del principio masculino, y está sentado en un trono desde el que juzga, premiando con favores

¹⁹ “Es el principio de lógica y estructura, tradicionalmente asociado con el espíritu, el mundo paterno y la imagen divina. No hay conciencia sin discriminación de los opuestos. Este es el principio paterno, el Logos, que lucha eternamente para liberarse de la tibieza y oscuridad originales del útero materno; en una palabra, de la inconciencia. Para mí, Logos significaba discriminación, juicio, insight, y Eros, la capacidad para relacionarse” (Jung, citado en Sharp, 1997, p.126).

“La asociación arquetípica del *logos* (en griego, “palabra”, “razón”) con el espíritu y el principio masculino queda ilustrada en mitos de la creación como el del Génesis. El logos es la encarnación de la inteligencia divina: crea orden del caos e ilumina toda la creación con la luz de la conciencia” (Stevens, 1994, p.96).

y castigando con rayos” (Stevens, 1994, p.95). Es manantial de institución; como el señor y el cielo, es una imagen de trascendencia ordenada, sabia y justa.

Jung escribió al respecto:

“El arquetipo de la madre es lo más inmediato para el niño. Pero con el desarrollo de su conciencia penetra también el padre en su campo de visión y revive un arquetipo cuya naturaleza, en muchos aspectos, es opuesta al arquetipo de la madre. Del mismo modo que el arquetipo materno se corresponde con la definición de *yin* chino, el paterno se corresponde con la definición de *yang*. Éste determina la relación con el hombre, con la ley y el estado, con el entendimiento y el espíritu, y con la dinámica de la naturaleza” (Jung, 1976, p.147).

Jung, también menciona que:

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

Existe una relación particular de seducción entre padre e hija, que debe ser respetada. Aunque el padre influye en la formación del animus de la hija, no debemos olvidar que a la inversa, la hija trata de encarnar el ánima del padre para aproximarse a él. Así se teje un vínculo privilegiado de inconsciente a inconsciente. Se dedica a adivinar a su padre y a veces llega a ser la única que puede penetrar en su mundo interior, lo que puede dar lugar a relaciones

dramáticas que colocarán a la hija contra su madre (Corneau, 1999). Pertrechadas con los símbolos y conductas de pareja de la feminidad tradicional, se forman a sí mismas para proveer las necesidades de otros. “Conocidas en los círculos junguianos como mujeres anima, voluntariamente (aunque tal vez sin saberlo) cargan con las proyecciones de los hombres, adoptando las imágenes estereotipadas de belleza de la sociedad para complacerles y permanecer en contacto con ellos” (Zweig, citado en Downing, 2001, p.247).

“Lo masculino ofrece su propia manera de criar” (Frantz, citado en Abrams, 2008, p.102).

El padre presente es el primer otro que la niña reconoce fuera del vientre materno. Al representar un personaje vago para la recién nacida, el padre encarna primero a la no-madre, y configura todo aquello que no es “ella”. Al introducirse como factor de separación entre la madre y la hija, el padre se convierte en el tercer elemento (Corneau, 1991; Stevens, 1994).

Así, mientras la hija va creciendo, su desarrollo emocional y espiritual se ve profundamente afectado por su relación con el padre. Él es la primera figura masculina de su vida, esté presente o no, tiene una marcadísima influencia en la manera en que se relaciona con su propia parte masculina y, por extensión, con los hombres, como él es “el otro”, es decir, diferente a ella misma y a su madre, es él también quien da forma a su disimilitud, a su singularidad y a su individualidad. La forma en que él se relacione con la feminidad de la hija influirá en la manera en que ella se va haciendo una mujer adulta (Rivera, 2001; Schierse, 2005; Stevens, 1994).

Al respecto Rivera (2001) menciona:

“Si se pregona que el primer amor deja una marca emocional en la mujer, aunque la presencia en su vida haya sido corta, imaginemos entonces cuánto habrá ‘marcado’ al desarrollo psicológico de esa misma mujer la presencia de su padre, ya sea el biológico o su equivalente, el padre sustituto. Esto no significa que un padre biológico ausente, cuando la madre no proporcionó un sustituto de esa imagen

paterna, no afecte también a esa hija en su relación con los hombres en su vida familiar, social, amorosa o laboral” (p.52).

Desde el principio el padre debe de resultarle diferente, no sólo a la vista, sino también al tacto, al oído y el olfato. Por otra parte, la hija nunca ha estado unida físicamente a él, ni ha dependido de su cuerpo para nutrirse: el padre es, pues, la primera persona a la que la niña ama, no por motivos físicos, sino espirituales. A medida que la relación madura, la niña también es más consciente de que el amor del padre es cualitativamente distinto al de la madre: es menos total, menos acrítico. A la madre suele bastarle el hecho de que su hija *existe*: su amor es absoluto y en gran medida incondicional. El amor del padre, en cambio es más exigente: es un amor contingente, condicionado a la aceptación de ciertos valores, pautas y modos de comportamiento que él considera adecuados (Stevens, 1994). “El padre figura, en la simbólica, menos como un genitor igual a la madre que como dador de leyes” (Paul Ricoeur, citado en Chevalier & Gheerbrant, 2007, pp.793-794)

De tal modo, uno de los roles o principal responsabilidad del padre, es la de conducir a los hijos desde el reino protegido de la madre y del hogar al mundo exterior, facilitando la transición a la sociedad -una función seguramente en mutación-, ayudándolos a enfrentarse al mundo y sus conflictos (Corneau, 1999; Rivera, 2001; Schierse, 2005; Stevens, 1994). Talcott Parsons (1955, citado en Stevens, 1994, p.135) llamaba “papel instrumental del padre” a esta función paterna, a diferencia del papel expresivo de la madre. La orientación del padre es tradicionalmente centrífuga, es decir dirigida hacia el mundo exterior, en contraste con la preocupación centrípeta de la madre por el hogar y la familia.

La actitud del padre con respecto al trabajo y al éxito influirá en la actitud de la hija. Si él se siente confiado y alcanza el éxito, lo comunicará a su hija. Pero si es pusilánime y no logra triunfar, es posible que ella herede esta actitud temerosa. Normalmente el padre también proyecta ideales para su hija. Le brinda un modelo de autoridad, responsabilidad, toma de decisiones, objetividad, orden y disciplina. Cuando la hija alcanza la edad suficiente, él se aparta para que ella pueda hacer suyos estos ideales y actuar según los mismos. Si la actitud del padre con relación

a estos temas es demasiado rígida o bien despreocupada, eso afectará también a la actitud que su hija muestre hacia ellos (Schierse, 2005; Stevens, 1994; Corneau, 1991).

“Efectivamente, por lo general los hijos que han sido bien ‘paternizados’ se sienten seguros al continuar con sus estudios, al escoger una carrera o al tomar iniciativas personales” (Corneau, 1991, p.26).

Más, si papá fue un hombre cálido, enterado de las necesidades tanto psicológicas como físicas de la hija (techo, comida, médicos, escuelas, diversiones, cariño, respeto del desarrollo sano de la individualidad de la hija, de su necesidad de pertenencia al grupo familiar, de la evolución de sus apegos, primero a los padres y hermanos, después a los amigos y, posteriormente, al novio que le llevará fuera del núcleo familiar), entonces ésta, como es fácil de imaginar, querrá y podrá encontrar en otro hombre las características tan sanas que componen la personalidad del padre y que le reflejan sentimientos de confianza hacia sí misma, hacia el mundo, hacia la vida y hacia los hombres (Rivera, 2001). El padre ayudará a la hija a construir una estructura interna. Específicamente, su presencia le permitirá a la hija el acceso a la agresividad (afirmación de sí y capacidad para defenderse), el acceso a la sexualidad, al sentido de la exploración y al del logos (Corneau, 1991).

Al asumir sus propias funciones, el padre abre a la hija un mundo real que no sólo espera perfección de ella. Un mundo en que el ejercicio del poder no necesariamente se convierte en un ejercicio humillante, en el que la competencia y la emulación sanas no necesariamente producen úlcera estomacal o dolores de espalda, en el que la competencia puede ser una fuente de alegría y no de enajenación. Los actos de paternidad significativos son gestos que permiten el equilibrio entre la enajenación y el apoyo que necesita la hija, y los límites que deben imponerse a su dependencia infantil (Corneau, 1991).

El haber sido amada de manera no ambivalente por el padre significa que éste fue atento, que se interesó verdaderamente en sus proyectos, preocupándose por poner ciertos límites y creando, así, el cuadro de seguridad indispensable para el desarrollo armonioso de la hija. “No se escondió cobardemente detrás de su mujer

para imponer sus opiniones y sus decisiones, sino que supo comunicar sus puntos fuertes y sus puntos débiles, más que simplemente ser evasivo o, peor aún, totalmente autoritario” (Corneau, 1991, p.27).

Al respecto, Schierse (2005) identifica dos tendencias que constituyen la polaridad en el paternaje, destaca los aspectos positivos y negativos de éstos así como el efecto que tiene cada uno en la hija. Por un lado, el padre permisivo que carece de límites, autoridad, responsabilidad, orden y disciplina interior y por lo tanto los modelos que ofrecen a sus hijas resultan inadecuados. Estos hombres suelen ser ‘eternos jovencitos’ (*puer aeternus*). Son hombres que se han quedado estancados en las etapas adolescentes del desarrollo. Como aspecto negativo, un padre que se comporta como jovencito tiende a evadir responsabilidades, no aceptan compromisos, no asumen retos y llevan una vida provisional ‘al día’, no llevan las cosas a la conclusión. Como aspecto positivo, suelen ser encantadores, románticos e incluso inspiradores, porque revelan el espíritu en forma de posibilidad, la chispa creativa y la búsqueda; pero “como su calendario interior se centra en la parte de primavera y verano, carecen de la profundidad y el renacimiento que aportan el otoño y el invierno” (Schierse, 2005, p. 36).

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

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

De acuerdo con Schierse (2005) estas tendencias en el paternaje, el padre permisivo o el autoritario, pueden coexistir, es decir, la mayoría de los padres son una mezcla de ambas. Incluso en el caso de que un padre haya vivido su vida en sólo uno de esos extremos, suele manifestar el otro de manera inconsciente.

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

Con frecuencia la mujer que no ha dejado de ser una jovencita no ha logrado en su interior ni identificarse con las cualidades de un padre positivo que pueda

ayudarla en su desarrollo: concienciación, disciplina, valentía, toma de decisiones, amor propio, propósito. Muchas mujeres de nuestra cultura actual se han encontrado en esta tesitura porque los “padres culturales” no han animado precisamente a las mujeres a cultivar tales cualidades. Y en muchos casos las mujeres han sido convencidas para que no las desarrollen. El resultado es desastroso y deja a la mujer sintiéndose débil y desvalida, sin recursos, con miedo de vivir su propia vida y sometida a unos principios patriarcales anticuados y dictatoriales (Schierse, 2005; Wher, citado en Downing, 2001).

La “amazona acorazada” o “mujer animus”²⁰ es el patrón opuesto que adoptan muchas mujeres. Éste surge como reacción ante un padre negligente, estas mujeres tienden a identificarse con las funciones masculinas o paternas, relegando su propia feminidad (Johnson, 1997), en un intento de obtener lo que el padre no proveyó. Así que constituyen una fuerte identidad egoica masculina mediante sus logros profesionales, luchando por una causa, o controlando e imponiendo la ley ellas mismas (Von Franz, citado Corneau, 1999); pero esta identidad masculina generalmente no es más que una capa protectora, una coraza contra el dolor del abandono o del rechazo que experimentaron por parte del padre, una armadura contra su propia ternura, debilidad y vulnerabilidad (Zweig, citado en Downing, 2001).

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

Al igual que los patrones del “eterno jovencito” y el “viejo patriarca”, los patrones de la “puella” y de la “amazona acorazada” también pueden coexistir, es decir, en un momento de la vida puede surgir uno y en otro momento el otro patrón o simplemente dependiendo del contexto. El por qué una mujer escoge primero el

²⁰ “Llamadas popularmente “hijas del padre”, descartan las sendas de sus madres y se identifican más con el mundo masculino” (Zweig, citado en Downing, 2001, p.147).

camino de la eterna muchacha mientras otra escoge el de la amazona acorazada se debe a la combinación de varios factores, entre éstos, el temperamento, la posición que ocupa y el rol que desempeña en la familia, la relación con la madre, con quien se identifico (padre o madre), el aspecto físico, la raza, la clase socioeconómica entre otros. No existe “algo” marcadamente predominante para detonar uno u otro; sin embargo, el patrón que predomina o se manifiesta desplaza al otro a la sombra, por lo tanto, de forma inconsciente pueden actuar el otro patrón (Zweig, citado en Downing, 2001).

Vistas desde afuera, nos puede parecer que estas mujeres tienen un éxito considerable: son mujeres de negocio seguras de sí mismas, amas de casa satisfechas, estudiantes dedicadas, divorciadas alegres. Pero bajo el barniz de éxito o satisfacción está su yo herido, el desespero oculto, los sentimientos de soledad y aislamiento, el miedo al abandono y al rechazo, las lágrimas y la rabia. Para muchas de esas mujeres el origen de sus heridas radica en una deficiente relación con el padre. Puede que hayan resultado heridas por una inadecuada relación con su padre biológico, o bien por una sociedad patriarcal que a su vez funciona como un mal padre, devaluando culturalmente el valor de las mujeres. Sea cual sea el caso, la imagen que tienen de sí mismas, su identidad femenina, su relación con lo masculino y su manera de funcionar en el mundo suele estar maltrecha (Schierse, 2005; Rivera, 2001). “La lesión causada por el padre es una lesión relacional, afectiva” (Corneau, 1999, p.49).

Definitivamente, una de las principales secuelas de la ausencia, física o psicológica, del padre es que deja a las hijas sin cuerpo. En efecto, el cuerpo es la base de toda identidad y la sede en la que necesariamente toda identidad debe comenzar. La identidad de las hijas está anclada en el cuerpo del padre (Corneau, 1991; Bly, 1992).

Por lo anterior, en teoría y como supuesto de investigación para este trabajo, es probable que las hijas que recibieron un paternamiento inadecuado desarrollen una falta de estructura interna (metafórica y literalmente) que implicará una cierta blandura, falta de rigor y, en términos generales, complicaciones en torno a la organización de su propia vida. “En todos los niños sin padre sistemáticamente se

dan deficiencias a nivel social, sexual, moral o cognoscitivo” (Corneau, 1991, p.31). Así como efectos visibles en el plano corporal, como por ejemplo, problemas en la columna vertebral como la escoliosis. También, “numerosos estudios confirman la relativa frecuencia de confusión en cuanto al papel sexual en los muchachos que han crecido sin padre, y la relativa ausencia de tal confusión en muchachas que también han crecido sin padre” (Stevens, 1994, p.106).

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

Finalmente, Zweig menciona que:

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

Las mujeres no nacen, se hacen. Al explorar las raíces de las heridas padre-hija se puede ver que son profundas e incluyen conexiones entrelazadas con el padre personal, otros hombres significativos, la cultura patriarcal en que se encuentran inmersas y el principio interior masculino (animus). Todos estos factores contribuyen a formar sus imágenes y expectativas de los hombres y del ámbito masculino. Para desarrollarse psicológicamente, las mujeres, necesitan examinar cuidadosamente estos sentimientos y sus efectos en sus vidas. Es necesario mirar de cerca cómo se han apropiado de las cualidades de sus padres o las han rechazado, cómo se han identificado con sus padres y vuelto como ellos, cómo les han temido y cómo se les han rebelado.

4.3. La escoliosis como metáfora

De acuerdo con Lowen (2006) el individuo es su cuerpo. No hay persona que exista separada del cuerpo vivo en que tiene su ser y a través del cual se expresa y se relaciona con el mundo que lo rodea. Si tú eres tu cuerpo y tu cuerpo eres tú, éste expresa quién eres. Es tu modo de ser en el mundo. Del mismo modo, para Reich, el cuerpo y la mente son “funcionalmente idénticos” (citado en Zweig & Abrams, 2004, p.152). Reich consideraba que el psiquismo constituye una expresión de nuestro cuerpo. Al respecto, Jung escribe:

“Dado que el psiquismo y la materia están contenidos en uno y el mismo mundo, mantienen una constante relación entre sí y que, no es sólo posible sino que también resulta extraordinariamente probable que el psiquismo y la materia sean dos aspectos diferentes de una y la misma cosa” (citado en Zweig & Abrams, 2004, p.153).

Entonces, para cada experiencia y cada paso de su conciencia, el ser humano ha de utilizar el camino del cuerpo. Le será imposible asumir conscientemente los principios que no hayan descendido a lo corporal. Pues, “lo corporal nos impone una tremenda vinculación que habitualmente nos causa miedo, pero sin esta vinculación no podemos establecer contacto con el principio” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.99) que causa su enfermedad. Si el individuo es la suma total de sus experiencias vitales, cada una de las cuales está registrada en su personalidad y estructurada en su cuerpo, que es su disco duro (P. Palacios, comunicación personal, marzo de 2011); lo que siente puede también leerse en la expresión de su cuerpo. Las emociones son hechos corporales, son literalmente movimientos o alteraciones dentro del cuerpo, que generalmente se traducen en alguna acción exterior (Lowen, 2006).

Al respecto, Bradshaw (2006) dice:

”La emoción que no se liberó en el pasado a menudo se vuelve contra uno. La energía emocional que no fluye hacia el exterior puede causar graves problemas físicos, incluyendo desórdenes intestinales, dolores de cabeza, dolor de espalda, de cuello, [escoliosis idiopática] y severa

tensión muscular, artritis, asma, ataques cardíacos y cáncer. Ser propenso a los accidentes es otra forma de representación interior. Uno se inflinge castigo a sí mismo mediante los accidentes” (p.33).

El cuerpo encierra la conmovedora historia de todas las ocasiones en las que el individuo asfixia y reprime el flujo espontáneo de su propia energía vital con la desagradable consecuencia de terminar convirtiéndose en un objeto mortecino. De este modo, la balanza va desequilibrándose poco a poco hasta acabar inclinándose definitivamente del lado de la vida hiperracionalizada en detrimento de la vitalidad primitiva y natural, consecuencia de ajustarse a lo que papá y mamá consideran, conciente o inconscientemente, que es mejor para sus hijos. Quienes saben leer el cuerpo reconocen las huellas de los aspectos reprimidos en el individuo, se dan cuenta de aquellas facetas que se niegan a compartir y advierten en él, el cuerpo, sus miedos presentes y pasados. “Nuestro ‘carácter’ constituye la manifestación del cuerpo como sombra, es decir, un bloqueo de nuestro flujo energético que enajenamos y no reconocemos como propio y del que, por tanto, no podemos disponer” (Conger, citado en Zweig & Abrams, 2004, p.152).

“A la gran mayoría de las personas no les agrada contemplar su lado oscuro. Por ello hay tantas personas de nuestra civilizada sociedad que han perdido su sombra, que han perdido la tercera dimensión y que, con ello, han extraviado también su cuerpo. El cuerpo es un compañero sospechoso porque produce cosas que desagradan al individuo y constituye la personificación de la sombra del ego. El cuerpo, de algún modo, es una especie de esqueleto en el armario del que todo el mundo desea desembarazarse” (Jung, citado en Zweig & Abrams, 2004, pp.151-152).

Es pertinente aclarar que el cuerpo nunca está enfermo ni sano, ya que en él sólo se manifiestan las informaciones de la mente. El cuerpo no hace nada por sí mismo. Para comprobarlo, basta ver un cadáver. El cuerpo de una persona viva debe su funcionamiento precisamente a estas dos instancias inmateriales que solemos llamar conciencia (alma) y vida (espíritu). La conciencia emite la información que se manifiesta y se hace visible en el cuerpo. La conciencia es al

cuerpo lo que un programa de radio al receptor. El cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia (Dethlefsen & Dahlke, 2005). El camino del individuo va de lo insano a lo sano, de la enfermedad a la salud y a la salvación. La enfermedad no es un obstáculo que se cruza en el camino, sino que la enfermedad es en sí el camino por el que el individuo va hacia la curación. Cuanto más conscientemente se contemple el camino, mejor podría cumplir su cometido (P. Palacios, comunicación personal, marzo de 2009). El propósito del individuo no ha de ser combatir la enfermedad, sino servirse de ella. Para conseguir esto tiene que ampliar su horizonte de referencia.

Pero, la mayoría de la gente presenta dificultad para hablar de sus problemas más íntimos (suponiendo que los conozca) de forma franca y espontánea; los síntomas que se manifiestan en el cuerpo, por el contrario, los explican con todo detalle a la menor ocasión. El síntoma, valiéndose del cuerpo, reintegra la plenitud al ser humano. Es el principio de complementariedad lo que, en última instancia, impide que el ser humano deje de estar sano. Es decir, si una persona se niega a asumir conscientemente un principio, este principio se introduce en el cuerpo y se manifiesta en forma de síntoma como la escoliosis idiopática, por ejemplo. Entonces el individuo no tiene más remedio que asumir el principio rechazado. Por lo tanto, el síntoma completa al individuo, es el sucedáneo físico de aquello que falta en el alma (Dethlefsen & Dahlke, 2005). Al respecto, Jung (citado en Corneau, 1999, p.64) menciona que “lo que permanece inconsciente nos llega del exterior, como un destino que nos parece extraño, aunque simplemente refleja nuestra condición interna”, es decir, lo interno se refleja en lo externo; lo psicológico se manifiesta en lo físico y viceversa.

Sin embargo, “un síntoma no puede resolver el problema en el plano corporal sino sólo proporcionar el medio para realizar un aprendizaje” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.107). Por lo tanto, los procesos funcionales nunca tienen significado en sí.

“El significado de un hecho se revela al individuo por la interpretación que le atribuye. Por ejemplo, la subida de una columna

de mercurio en un tubo de cristal carece de significado hasta que interpretamos este hecho como manifestación de un cambio de temperatura. Cuando las personas dejan de interpretar los hechos que ocurren en el mundo y el curso de su propio destino, su existencia se disipa en la incoherencia y el absurdo. Para interpretar una cosa hace falta un marco de referencia que se encuentre fuera del plano en que se manifiesta lo que se ha de interpretar. Consecuentemente, los procesos de este mundo material de las formas no pueden ser interpretados sin recurrir a un marco de referencia metafísico. Hasta que el mundo visible de las formas ‘se convierte en alegoría’ no adquiere sentido y significado para el ser humano” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, pp.15-16).

Así, la metáfora²¹ que representa la enfermedad, hace visible la manera en que el individuo ha percibido la vida y su actitud frente a ésta. Los conceptos y asociaciones idiomáticas le permiten al individuo captar las imágenes con más rapidez que un razonamiento árido. Son las facultades del hemisferio derecho²² las más aptas para descubrir el significado de los cuadros de la enfermedad (Dethlefsen & Dahlke, 2005).

“El cuerpo no miente. Aun cuando el individuo trate de ocultar sus sentimientos con una actitud postural artificial, su cuerpo delata su estado de tensión” (Lowen, 2006, p.94). Así, si todo el mundo material no es sino el escenario en el que se plasma el juego de los arquetipos, con lo que se convierte en alegoría, también el cuerpo material es el escenario en el que se manifiestan las imágenes de la

²¹ La metáfora (del griego *metá* o *metastás*: ‘más allá, después de’; y *phorein*: ‘pasar, llevar’) consiste en la identificación de un término real con un término imagen. Establece una relación de identidad total entre dos seres, reflexiones o conceptos, de tal manera que para referirse a uno de los elementos de la metáfora se organiza el nombre de otro. Significa comparar dos elementos sin ocupar nexos.

El término es importante tanto en teoría literaria (donde se usa como recurso literario) como en lingüística (donde es una de las principales causas de cambio semántico). Se utiliza también en psicología para referirse al poder profundo de las «historias-metafóricas» y su acción en el cambio interno, la visión o el paso a un nivel de conciencia más profundo (disponible en red: <http://es.wikipedia.org/wiki/Met%C3%A1fora>)

De acuerdo a la Real Academia Española la metáfora es una figura retórica que consiste en identificar dos términos entre los cuales existe alguna semejanza. Uno de los términos es el literal y el otro se usa en sentido figurado. Es la aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación (con otro objeto o concepto) y facilitar su comprensión. (disponible en red: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=metafora)

²² El hemisferio derecho es holístico, procesa globalmente, va del todo a las partes, es intuitivo, piensa en imágenes (Robles, 1990).

conciencia. Por lo tanto, si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de síntoma. Por lo tanto, es un error afirmar que el cuerpo está enfermo –enfermo sólo puede estarlo el ser humano-, por más que el estado de enfermedad se manifieste en el cuerpo como síntoma. (¡En la representación de una tragedia, lo trágico no es el escenario sino la obra!) (Dethlefsen & Dahlke, 2005).

Por su postura natural podemos reconocer a una persona. Si la enfermedad, como la escoliosis idiopática, obliga al individuo a adoptar una postura determinada que voluntariamente nunca asumiría, tal postura revela una actitud interna que no ha sido vivida, nos revela contra qué se rebela el individuo. Las personas con estas desviaciones intentan escabullirse y no tener que mostrar una actitud de rectitud. Su columna vertebral va por caminos torcidos revelando que lo mismo ocurre en sentido figurado, aunque ellas no lo admitan” (Dahlke, 1999b). Específicamente, “en la giba se refleja a una humildad no asumida” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.243).

Dahlke (1999b) menciona que:

“Las desviaciones corporales reflejan desviaciones espirituales. En este caso nos referimos sobretodo a caminos tortuosos de los que el afectado no es en absoluto consciente. Por mucho que se giren y cambien de dirección, el tallo está detrás de ellos. Las desviaciones tienen siempre un doble carácter: uno se aparta de algo para dirigirse a otra cosa. Resulta muy interesante constatar que el número de escoliosis hacia la derecha, el lado masculino, es mucho mayor que el caso contrario” (p.233).

El propósito de la escoliosis idiopática, es hacer visibles ciertos condicionamientos, con la esperanza de que, conociéndolos, se les pueda superar (Corneau, 1999).

Recordando la definición de escoliosis (del griego “skoliōsis” condición torcida, de “skolios”, "torcida"; condición que causa una curvatura de lado a lado en la columna vertebral), se puede aludir la metáfora de este padecimiento como la forma en que el individuo percibe el mundo y su postura ante éste, así como

explorar o plantear la hipótesis con respecto a sus relaciones afectivas, específicamente con el padre (interés de este trabajo); pues (como supuesto), a través de la metáfora de la escoliosis idiopática es que se puede construir un puente que explique las manifestaciones corpóreas-materiales en las hijas de los efectos que la relación padre-hija dejó para ellas en su constitución y estructuración física y psicológica.

Pues, al tener, la escoliosis idiopática, *ausencia* de otras anormalidades vertebrales, como las anomalías vertebrales congénitas, los tumores, la infección, el traumatismo, las anomalías posquirúrgicas y los trastornos raquídeos que podrían explicar su aparición de manera justificada y puramente física; y recordando que Miot (2004) menciona que la escoliosis idiopática es un cuadro de índole familiar, pero remarca que no se ha encontrado ninguna base genética que lo demuestre. Se puede suponer que este tipo de escoliosis, al no tener un componente tangible que la provoque, tienen una causa que rebasa lo material por lo que se plantea una analogía de un componente metafísico que vendría a ser los efectos que dejan en la hija la relación con su figura paterna, particularmente los efectos de la ausencia de la figura paterna, que generalmente son negativos.

La columna vertebral, metafóricamente hablando, es el pilar óseo central de nuestro cuerpo. Es la columna vertebral lo que nos permite mantener la postura erguida. Da al ser humano verticalidad, movilidad, equilibrio y flexibilidad. Tiene forma de S doble y actúa por el principio del amortiguador. La polaridad de vértebras duras y discos blandos le dan movilidad y flexibilidad. Se puede tratar de modificar artificialmente la firmeza externa a fin de simular una firmeza interna. Por eso el padre dice al hijo: “¡ponte derecho!”, o “¿Es que no puedes erguir la espalda?” Y así se entra en el juego de la hipocresía (Dethlefsen & Dahlke, 2005), ya que como se mencionó, regularmente la figura paterna está “faltante” y cuando está presente quiere poner orden, dar estructura a los hijos, en unos cuantos minutos, olvidándose de aquel dicho que dice “educa con el ejemplo”.

Es prudente hacer hincapié en las principales funciones de la figura paterna que, como ya se ha mencionado, son brindar soporte y seguridad principalmente (atributos que también ofrece la columna vertebral, esto es literal y metafórico); así

como también recordar las polaridades de la figura del padre rígido-autoritario y el padre permisivo, es decir, rigidez y flexibilidad necesarias para la postura erguida y la movilidad provistas por la columna vertebral en el ser humano, que puede dar como posibles resultados, dependiendo de la figura paterna que tuvo predominantemente y con la que convivió más la hija (teniendo en cuenta que la que no actuó el padre de forma consciente, la actuó inconscientemente): la amazona acorazada: caracterizada por la rigidez, priorizando la razón sobre la emoción, es decir, mujer animus o pseudohombre; o bien la eterna jovencita o puella aeternus: caracterizada por exceso de blandura, carencia de límites y estructura, así como comportamiento inmaduro e infantil.

¿Por qué es la parte inferior de la espalda la que falla? ¿Por qué es esta zona particularmente vulnerable a la tensión? Porque en esta zona se encuentran dos fuerzas opuestas que provocan tensión. Una es la de la gravedad, que opera en función de todas las presiones que se ejercen sobre la persona desde arriba, órdenes de la autoridad, obligaciones de la profesión, sentido de culpabilidad y cargas tanto físicas como psicológicas, todas ellas procedentes de la figura masculina y de los ideales masculinos-patriarcales. La otra es una fuerza que actúa hacia arriba a lo largo de las piernas, manteniendo la postura erecta del individuo y sosteniéndolo para responder a las demandas y cargas colocadas sobre él –es decir, lo que ellas hacen para hacer frente a lo que muchas veces no se ajusta a lo que desean pero que tienen que hacer para encajar en el reino del padre-sociedad, incluso compensar o cargar-sustituir a sus figuras paternas-. Estas dos fuerzas se encuentran en la región sacrolumbar que es el punto de quiebre o flexibilidad.

Cuando se habla de la “postura” de una persona, por esta sola palabra no está claro si se refiere a lo corporal o a lo moral, es decir, literal o metafórica. Empero, esta ambivalencia semántica no da lugar a confusión, puesto que la postura exterior es reflejo de la interior. Lo interno siempre se refleja en lo externo. Así, toda postura que no refleja la esencia interior de una persona parece forzada, como cuando en el festival del día del padre la hija ante la ausencia del padre

finge una falsa fortaleza e inventa cualquier excusa para su padre, lo cual usualmente, los demás rápidamente perciben como una mentira.

La identidad psicológica de un individuo se basa en su sensación de tener una espina dorsal y de sentirse interiormente apoyado. Lo que ocasiona la ausencia del padre y que, por lo mismo resulta ser la esencia de un complejo paterno negativo, consiste en una falta de estructura interna. Un individuo que posee un complejo paterno no se siente estructurado en su propio interior (Corneau, 1991).

La marca del complejo paterno negativo es, por lo tanto, el desorden interno, que puede ir de un sentido superficial de confusión hasta la desorganización mental. Para compensarse ante esta realidad, los individuos tratarán de colmar la falta estructurándose con elementos exteriores. Cuanto más frágil se siente un individuo interiormente, más tratará de forjarse un caparazón exterior, para crear músculos o fortaleza aparente (Corneau, 1991).

El problema que revela la escoliosis idiopática es la sobrecarga, “por lo que, para saber quién está sustituido o a quién se carga es necesario saber hacia qué lado se recargó más: izquierda o derecha, aunque generalmente es hacia la derecha, es decir, a papa” (P. Palacios, comunicación personal, 3 de mayo de 2011). Quien toma mucho sobre sus hombros y no se da cuenta de este exceso, siente esta presión en el cuerpo en forma de dolor de espalda. “Cargar demasiado revela afán de aparentar grandeza y laboriosidad, a fin de compensar con los hechos un sentimiento de inferioridad” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, pp.243-244).

Todo lo anterior permite vislumbrar a la columna vertebral como símbolo²³ de la figura paterna, con todo lo que conlleva como símbolo. Pues, columna se puede

²³ La palabra símbolo (symbolon), derivado del griego symbollo, ha experimentado de siempre las más diversas definiciones e interpretaciones. Más todas están de acuerdo en que se ha de designar con ella algo más profundo. “Los símbolos son parábolas de lo imperecedero que se manifiestan en formas de lo perecedero; ambos aspectos se hallan mezclados en ellos, fundidos entre sí para construir una unidad de sentido” (Jacobi, 1983, p.76).

El símbolo logra unir lo más diverso en una impresión global y unitaria. Las palabras hacen finito lo infinito, los símbolos arrebatan al espíritu más allá de los límites de lo finito, de lo que deviene, hasta el reino del mundo que existe infinitamente. Despiertan intuiciones, son signos de lo indecible, inagotables como este. El símbolo “es capaz, en cierto modo de hacer visible incluso lo divino” (Jacobi, 1983, p.76)

“Entiendo por símbolo, no una alegoría o un signo cualesquiera, sino una imagen que trata de caracterizar, lo mejor posible, la naturaleza oscuramente presentida del espíritu. Un símbolo no comprende ni explica nada, sino que hace alusión a un sentido trascendente, inabarcable, oscuramente presentido, que no encontrará expresión suficiente en ninguna palabra de nuestro vocabulario actual” (Jung, 1982c, p.50).

definir como un elemento esencial de la arquitectura, la columna es soporte; representa el eje de la construcción y liga sus diferentes niveles. La columna le garantiza la solidez a un cuerpo. Quebrantarla o fracturarla es amenazar el edificio-cuerpo entero. Simboliza la solidez de un edificio-cuerpo, sea arquitectónico, social o personal. Simboliza el árbol de la vida. Es ella la que da vida al edificio que sostiene y a todo lo que éste significa (Chevalier & Gheerbrant, 2007).

Estos temas simbólicos de la columna expresan la vida infundida al edificio-cuerpo o su floración, que es lo que el padre tendría que infundirle a la hija para enfrentar la vida. Pues, las columnas indican límites. Marcan el paso de un mundo a otro (función propia del animus y de la figura paterna). El orden del Olimpo depende de esta columna, que lo soporta y que es el asiento del Dios supremo (una de las tantas representaciones arquetípicas del padre); el soporte material se identifica aquí simbólicamente con el poder personal.

La columna sostiene lo alto y por eso mismo tiene por función conectar lo bajo con lo alto. Se la compara al árbol de la vida, al árbol cósmico, al árbol de los mundos. Según el Bahir, la columna conecta el último *sefirah*, es decir la tierra, con el sexto, llamado cielo. Con esta idea, G. C. Scholem (citado en Chevalier & Gheerbrant, 2007, p.325) evoca la imagen del *hieros gamos* (matrimonio sagrado) del cielo con la tierra (de lo femenino a lo masculino; de lo materno a lo paterno). El simbolismo de la columna es como el soporte de lo sagrado, soporte de la vida, soporte del mundo.

Las columnas simbolizan la presencia de Dios, una presencia activa que, en el sentido histórico, guía al pueblo elegido a través de las emboscadas de la ruta y, en el sentido místico, dirige al alma por los caminos de la perfección. Las leyes están inscritas sobre la columna y sobre ella se pronuncian los juramentos. Es el eje sagrado de la sociedad, el símbolo de la columna que soporta el firmamento (Chevalier & Gheerbrant, 2007).

Por su misma verticalidad, la columna es un símbolo ascensional: en la evolución de la personalidad marca la etapa de la afirmación de sí mismo – necesaria para la maduración de la hija-. Corresponde en el cuerpo humano a la

columna vertebral, que es en el hombre el soporte de la verticalidad. Y puede observarse aquí el gesto de las personas que se afirman a sí mismas enderezándose, o las que acatan a otra inclinándose. Es una significación fálica (Chevalier & Gheerbrant, 2007), la columna.

“Cada parte y rasgo de la fisonomía tiene su propio lenguaje corporal” (Lowen, 2006, p.85). “Lo que ocurre en el cuerpo de un ser viviente es expresión de una información o concreción de la imagen correspondiente (imagen en griego es *eidolon* y se refiere también al concepto de idea)” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.17).

Considerando este enfoque holista-transpersonal, afín a la medicina homeopática, el método de trabajo de la medicina alópata ha fracasado. La medicina alópata cree que eliminando las causas podrá hacer imposible la enfermedad, sin contar con que la enfermedad es tan flexible que puede buscar y hallar nuevas causas para seguir manifestándose. “Habríamos de quitar al paciente todo el cuerpo, para asegurarnos de que la enfermedad no encuentre más causas” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.94). Pues, “lo que durante largo tiempo ha habitado en el espíritu, puede siempre reaparecer en él en una u otra forma, a veces disimulado tras algún equivalente de muy distinta apariencia” (Jung, 1982c, p.42).

“Cada síntoma tiene su significado y no admitimos excepciones” (Dethlefsen & Dahlke, 2005, p.95). “Todos los síntomas nos curan, pero sólo si les prestamos atención y reaccionamos” (Johnson, 1997, p.101). La enfermedad es la instauración de un equilibrio.

CAPÍTULO V

Investigación cualitativa y método fenomenológico

“El error consiste en suponer que lo que irradia luz deja de existir si se lo explica desde el punto de vista de la oscuridad”

C. G. Jung

La metodología cualitativa, misma que surge dentro de la antropología y la sociología, aporta una orientación fenomenológica, que permite entender el mundo del sujeto desde el sujeto mismo (Delgado & Gutiérrez, 1995). Tiene intención sustantiva y es una investigación desde dentro que supone una preponderancia de lo individual y lo subjetivo; es una investigación interpretativa referida al individuo, a lo particular, por lo que es de carácter representativo (Bisquerra, 2004); y, por que se refiere “en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y a la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1987, p.20).

La metodología cualitativa ha demostrado ser efectiva para estudiar la vida de las personas, la historia y las cuestiones sociales, pues no le interesa a ésta, cifras y verdades objetivas, sino más bien, busca el cómo es que los sujetos experimentan un algo, describiéndolo tal y cómo lo sintieron, pensaron y actuaron en determinado momento, sin importar que haya sido así o no, pues lo que busca rescatar es el mundo interno del sujeto (Straus & Corbin (1998).

Alvarez & Gayou (2004) plantean que la investigación cualitativa busca ingresar a la subjetividad del individuo para poder profundizar en los componentes del self, promoviendo ejercicios de introspección y logrando un “darse cuenta” por parte del sujeto.

De acuerdo con Vera (2008) la investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios materiales o instrumentos en una determinada situación o problema, lo cual procura lograr una descripción con sumo detalle de un asunto o actividad en particular.

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

El conocimiento científico desde la investigación cualitativa no se legitima por la cantidad de sujetos estudiados, sino por la cualidad de su expresión (González, 2002).

En la investigación cualitativa, la recolección de datos puede tomar muchas formas, incluyendo las entrevistas, la observación participante, los cuestionarios, las grabaciones en video y audio y las transcripciones del lenguaje de la vida diaria o, en el caso de la presente investigación se incluyen ejercicios vivenciales puesto que el tipo de recolección de datos está determinado por la pregunta de investigación y el propósito del estudio (Gehart, citado en Chang & Molotla, 2008).

Así, dentro de las formas o tipos de investigación cualitativa se encuentra el estudio de caso único: descriptivo, el cual “se convierte en herramienta – instrumento- para ilustrar un problema, una temática o un argumento (León & Montero, 2003, p.151). El estudio de caso consiste en llevar a cabo un estudio exhaustivo de una persona, donde el investigador se interesa por obtener respuestas sobre el significado de los comportamientos, de los discursos, de las motivaciones. Adentrándose en el interior de la realidad del individuo.

Cabe aclarar que, de acuerdo con Sosa (2006), los estudios de caso no representan a una muestra de una población o de un universo concreto, por lo que no pueden ser generalizables estadísticamente, sino a proposiciones teóricas, ya que el objetivo del investigador es ampliar y generalizar teorías –generalización analítica- y no aumentar frecuencias –generalización estadística-. En este sentido, Hartley (citado en Sosa, 2006) considera que el propósito de esta herramienta de investigación es comprender la interacción entre las distintas partes de un sistema y de las características importantes del mismo, de manera que este análisis pueda ser aplicado de manera genérica, incluso a partir de un único caso, en cuanto se logra una comprensión de la estructura, los procesos y las fuerzas impulsoras,

más que un establecimiento de correlaciones o relaciones causa y efecto. De este modo, Yin (citado en Sosa, 2006) advierte que se debe evitar caer en la consideración tradicional de que los estudios de caso son una forma de investigación que no puede utilizarse para describir o contrastar proposiciones. Por lo cual considera debemos defender, por un lado, que los estudios de caso, al igual que otras metodologías, pueden servir para propósitos tanto exploratorios como descriptivos y explicativos.

Así, los diseños de caso único son aquellos que centran su análisis en un único caso, y su utilización se justifica por varias razones:

- En primer lugar su uso en la medida en que el caso tenga un carácter crítico o lo que es lo mismo en tanto el caso permita confirmar, cambiar, como modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio. Lo cual puede tener una contribución al conocimiento y a la construcción teórica.
- En segundo lugar se justifica sobre la base de su carácter extremo o unicidad. El carácter único, irrepetible y peculiar de cada sujeto que interviene en un contexto educativo justifica, por si mismo, este tipo de diseño; aún más si se dan las circunstancias que lo hagan más extraño.
- La tercera razón reside en el carácter revelador del mismo que se produce cuando el investigador tiene la oportunidad de observar y analizar un fenómeno, situación, sujeto o hecho que con anterioridad era inaccesible para la investigación científica.

Otra razón para la utilización del diseño de caso único radica en que su utilización puede servir como un primer análisis exploratorio o como preludeo de un estudio de casos múltiples (Chang & Molotla, 2008).

Fernández & Pértigas (2002) mencionan que la investigación cualitativa está centrada en la fenomenología y comprensión, en la observación naturista sin control, de manera subjetiva, basada en las inferencias de sus datos, es exploratoria, inductiva y descriptiva. Orientada al proceso, logrando obtener datos “ricos y profundos”, de manera no generalizable, mediante una realidad dinámica.

La expresión individual del sujeto adquiere significación conforme al lugar que puede tener en un determinado momento para la producción de ideas por parte del investigador. La información expresada por un sujeto concreto puede convertirse en un momento significativo para la producción de conocimiento sin que tenga que repetirse necesariamente en otros sujetos. Tomando su fenomenología: su manera de percibir el mundo, su mundo. Esto es ver a la persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como eje central de la acción investigadora. Por el contrario, su lugar dentro del proceso teórico puede legitimarse de múltiples formas. La legitimación del conocimiento se produce por lo que significa una construcción o un resultado frente a las necesidades de investigación (Chang & Molotla, 2008).

La fenomenología va más allá de una mera explicación de los hechos, va a las cosas mismas, a las esencias (Quitmann, 1989), lo cual encamina la finalidad de esta investigación. Se trata de describir y no de explicar o analizar, de tomar en cuenta lo que aparece, “como” aparece. Pues, este aparecer se da en la conciencia (es un saber del mundo y de sí mismo), la conciencia que tiende hacia su objeto, hacia algo; la conciencia es intencional. Así, al hablar fenomenológicamente es hablar de la realidad desde la experiencia del individuo.

La fenomenología se basa en la idea de que el sujeto organiza el mundo desde su propia experiencia, desde su propia perspectiva a partir de ciertas “coordenadas” como son la temporalidad (es el tiempo experimentado, ya que, por ejemplo, el pasado objetivamente no existe pero puede seguir siendo real para el sujeto), la espacialidad (estructura de espacio), la causalidad y materialidad (cualidades materiales como por ejemplo ver de color rosa, sentir a alguien frío, pesado, etc.), con lo cual se reconstruye el mundo interior experiencial del sujeto (Ellenberger, 1970; Bech, 2001).

Álvarez & Gayou (2004) menciona que la fenomenología descansa en cuatro conceptos claves: 1) la temporalidad (tiempo vivido), 2) la espacialidad (el espacio vivido), 3) la corporalidad (el cuerpo vivido) y 4) la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados

con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.

La fenomenología es el sentido, es el cómo el sujeto ve el mundo que tiene frente a él, en función de su propia experiencia y posición; por tanto, no basta con que el sujeto tenga el mundo ahí, sino que ha de saber que hay una infinidad de significados, tantos como sujetos existen, así como diferentes modos en que estos aparecen ante él (Álvarez, 2003; Corres, 2001).

Conforme a sus experiencias, a cómo se ve a sí mismo, el sujeto y su mundo, así es como se lo describe, por esto no hay solo una realidad, hay muchas realidades, ya que el mundo está constituido de diferentes significados para cada sujeto, la realidad está más allá de su experiencia (San Martín, 1987; Bech, 2001). Así, al momento de explicar algo, el sujeto forma parte de eso que está explicando, sujeto y objeto siempre están en correlación; no puede definir el objeto sin definirse o definir parte de él mismo como individuo. “Lo importante es aprehender el proceso de cómo la gente concibe y define su mundo y actúa en consecuencia de lo que se ha construido” (Miranda & Onofre, 2010).

La intencionalidad, de acuerdo con San Martín (1987), es un concepto vital de la fenomenología y se refiere a que la conciencia es siempre “conciencia de algo” (conocer algo para algún propósito – re-conocer para re-significar, re-ordenar y re-orientar-) que sólo se es consciente si la conciencia se dirige hacia un objeto, el cual no se puede definir sin su relación con esa conciencia. Siempre es un objeto para un sujeto, se da esa relación entre la conciencia y el objeto, están en correlación, la conciencia es siempre “conciencia de algo” y el objeto es siempre “un objeto para la conciencia”, por lo que no se pueden definir lo uno sin lo otro, por que si no, no habría ni conciencia ni objeto (Palacios P., comunicación personal, mayo de 2011). En el sujeto hay algo más que el sujeto, hay el objeto mismo en cuanto se considera a sí mismo (Corres, 2001; Dartigues, 1989).

De tal modo, por medio del uso de la fenomenología se puede trascender la dualidad y se puede conocer el mundo del sujeto, tal y como éste lo vive, sin realizar interpretaciones autoritarias y deliberadas, dentro de las cuales el mismo investigador se podría proyectar, y por lo tanto se respetarán los significados que

el sujeto otorgue a los objetos de su mundo, permitiendo así una aproximación más limpia del problema.

Así, dentro del método cualitativo, como se mencionó anteriormente, se utilizan las entrevistas, entendiendo que el propósito de las mismas es comprender desde la perspectiva del sujeto estudiado (desde su fenomenología), temas de su vida diaria, mientras que en las sesiones terapéuticas se busca el cambio a través de la interacción con el sujeto, logrando cambios a nivel emocional y personal más que a nivel de conceptos. Las sesiones son semiestructuradas e inspiradas en una filosofía fenoménica, hermenéutica y dialéctica.

En el entendimiento hermenéutico la interpretación del significado es la línea central, la hermenéutica es el estudio de la interpretación de textos, ahora entendiendo discursos como una forma de textos, para encontrar el significado de dicho discurso, yendo de las partes al todo para poder entenderlo en su totalidad. La perspectiva fenoménica se centra en la vida diaria, con una apertura hacia las experiencias del sujeto respetando la manera en la que éste las vive, intentando romper el conocimiento ya dado sobre algo, para poder buscar significados esenciales de las descripciones, de los fenómenos. Respetando siempre su manera de hablar y entendiéndola como su forma de vivir el mundo. La dialéctica es el estudio de las contradicciones internas, entre lo general y lo específico, la cualitativo y lo cuantitativo etc. La importancia de las contradicciones es que conducen al cambio una vez que éstas se han hecho conscientes.

Las características de la entrevista cualitativa de acuerdo a Kvale (1996, citado en Nuñez, 2010) son las siguientes:

- El mundo del sujeto: el tema de estas entrevistas es la vida diaria del sujeto y su relación con ella.
- Significado: el entrevistador procura obtener el significado de los temas centrales de la vida del sujeto, respetando las interpretaciones que el mismo sujeto aporte.
- Cualitativa: estas entrevistas buscan conocimiento cualitativo, nunca cuantificar.

- Descriptiva: el entrevistador desea obtener descripciones acerca de diferentes temas de la vida del sujeto.
- Especificidad: se buscan las descripciones específicas sobre los temas tratados, nunca generalizaciones.
- Ingenuidad por parte del entrevistador: el entrevistador debe presentarse como una persona sin conocimiento ni juicios sobre el tema a investigar (aunque esto no sea así, el investigador deberá mantener una postura abierta acerca de la manera en la que el sujeto desee presentar el tema).
- Concentración: el entrevistador mantendrá la atención sobre el tema a investigar, sin realizar una entrevista estructurada.
- Ambigüedad: las declaraciones del entrevistador deberán ser ambiguas, para poder reflejar las contradicciones del sujeto.
- Cambio: el proceso de ser entrevistado producirá en el sujeto cambios respecto al tema tratado.
- Sensibilidad: diferentes entrevistadores podrán realizar diferentes declaraciones sobre los mismos temas, dependiendo de su sensibilidad y conocimiento del tema.
- Situación interpersonal: el conocimiento obtenido es producido a través de la interacción interpersonal entre entrevistado y entrevistador.

Sin embargo, el análisis de los datos cualitativos es un proceso complejo que típicamente requiere múltiples lecturas del material transcrito para codificar e identificar los temas principales, aún cuando, de hecho, éstos emerjan desde las sesiones de colección y guíen las múltiples decisiones durante su desarrollo. Antes que conceptualizar este proceso como un estadio discreto de la investigación los investigadores cualitativos frecuentemente describen el análisis como un proceso que comienza con la primera entrevista y se desarrolla en múltiples estadios a lo largo del proceso de investigación (Bodgan & Taylor, 1984).

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Para la presente investigación se utilizaron como lineamientos: tipo de investigación cualitativa, estudio de caso único, enfoque fenomenológico, pruebas psicométricas y ejercicios vivenciales para la obtención de información; un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura de la información obtenida para obtener su significado y estructurarla de manera congruente a la luz del marco teórico transpersonal.

Método de investigación

Planteamiento del problema

La pregunta a contestar en esta investigación es:

¿Es la escoliosis idiopática consecuencia de la carencia de la figura paterna en la relación padre-hija?

Supuesto

Por la naturaleza de esta investigación, el supuesto que se plantea es de tipo práctico-conceptual, siendo este:

La carencia de la figura paterna en la relación padre-hija puede traer como consecuencia la escoliosis idiopática en la mujer adulta.

Objetivos

Los objetivos a lograr en este estudio son:

- Objetivo general:

Identificar la carencia de la figura paterna como complejo paterno negativo en la mujer adulta y como factor estructurante en la relación padre-hija vinculado al padecimiento de escoliosis idiopática.

- Objetivos específicos:

Describir una visión integral de la salud, sustentando un paralelismo entre los distintos niveles que conforman al individuo: emocional, psicológico, físico y espiritual, desde un enfoque holista-transpersonal.

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

Desde la perspectiva holista-transpersonal, se mostrará a la escoliosis idiopática (enfermedad) como una metáfora, a nivel físico, que sirve para evidenciar los efectos de la carencia estructurante de la figura paterna a nivel psicológico en la mujer adulta.

Escenario

Consultorio adaptado, para manejar técnicas transpersonales, hermético, sin objetos distractores, cómodo, acogedor, lo que constituya un ambiente agradable.

Sujeto

Mujer de 26 años de edad, casada, labora como orientadora vocacional, con disposición para participar por padece escoliosis idiopática sin otro padecimiento crónico, sin tener tratamiento farmacológico. Por razones éticas se nombrara como ALE.

Criterios específicos de inclusión y exclusión:

- La paciente debía tener diagnóstico de escoliosis idiopática.
- El diagnóstico debía tener por lo menos un año de haber sido determinado.
- No tener otro padecimiento crónico.
- No estar tomando medicamentos, incluso dentro de su terapia médica.
- Disposición para participar en el estudio.

Instrumentos psicométricos y ejercicios vivenciales

- Entrevista Clínica Multimodal H. C. L.
- Inventario de Afirmatividad.
- Inventario de Ideas y Creencias IBT.
- Inventario de Síndrome Disfórico.
- Inventario de Fobias.

- Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI- español).
- Ejercicios vivenciales de origen transpersonal, gestálticas y jungianas:
 - Emoción que evita.
 - Ciudades y gobiernos, carros y chóferes.
 - Del héroe.
 - Del antivalor.

Procedimiento

- Se invitará a la paciente a participar, especificando que la información dada será utilizada única y exclusivamente para fines de investigación, por lo cual su nombre se mantendrá en el anonimato.
- Se le pedirá a la persona contestar los reactivos de cada inventario, en su casa, previamente siendo explicadas las instrucciones.
- Se calificarán los inventarios, los cuales tienen una orientación cognitivo-conductual y se interpretarán desde un enfoque fenomenológico, holista y transpersonal.
- A continuación se realizarán cuatro ejercicios vivenciales, a lo largo de 4 días, con sesiones de una duración aproximada de 50 minutos.
- Las sesiones se llevarán a cabo en un consultorio privado, al cual se tiene libre acceso.
- Se analizarán los datos de los ejercicios vivenciales.
- Se realizará una integración de las dinámicas e instrumentos.
- Al finalizar se le agradecerá su participación.
- Se le entregará a la paciente una copia de la investigación.

RESULTADOS

Instrumentos psicométricos

- **Historia clínica (anexo 1)**

La Historia Clínica de Lazarus (1984), la cual proporciona datos valiosos sobre la vida del paciente, la cual está dividida en los siguientes apartados:

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

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

Este instrumento fue la primera herramienta que se utilizó con la paciente, en la cual ésta plasmó sus antecedentes familiares, sentimientos, pensamientos, relaciones interpersonales, etc. comenzando a mostrar elementos importantes para la configuración del patrón de vida del individuo y que a su vez tienen relación con la presencia de su enfermedad.

Dada la naturaleza de la prueba, sólo se extrajeron algunos reactivos de cada modalidad para evidenciar el patrón observado en ALE.

En la descripción de problemas presentes ALE refiere impuntualidad y un carácter explosivo, ella menciona tener estos problemas desde que tiene uso de razón, esto se va corroborando a lo largo de la Historia Clínica, pues manifiesta conducta: agresiva, flojera, desidia y explosiones temperamentales y sentimientos tales como: enojo, ansiedad y aburrimiento. Entre las sensaciones físicas contempladas: problemas intestinales, dolor de espalda, dolor de cabeza y

malestar estomacal. Las imágenes señaladas por ALE fueron: imágenes sexuales placenteras, agresivas, de seducción e hiriendo a otros. En la modalidad de pensamientos, ella se piensa como: ambiciosa, confusa, valiosa, loca, inteligente y con pensamientos horribles. En sus relaciones interpersonales menciona que su padre la educó para ser competitiva, fuerte e inteligente pero hasta cierto punto fría, analítica, agresiva y poco tolerante. Finalmente en factores biológicos habla de la preocupación que le causa padecer escoliosis pues pudiera desencadenar algún tipo de parálisis o por rotación de discos pérdida de sensibilidad.

Las modalidades articuladas, vinculadas cuentan una historia de vida, la historia de ALE, en todos estos adjetivos empleados por ella misma para describirse constituyen la parte medular de esta investigación: su fenomenología, misma que se retomó y se complemento con el resto de las pruebas y los ejercicios vivenciales.

- **Inventario de afirmatividad (hoja de calificación en anexo 2)**

El inventario de afirmatividad de Gambrill y Richley (1975, adaptado por Palacios, 2000), evalúa problemas específicos de asertividad. Consta de 40 reactivos y se clasifica en cuatro categorías: 1) Reactivos que indican aproximación con extraños (16 reactivos); 2) Reactivos que indican aproximación con conocidos (19 reactivos); 3) Reactivos que indican respuestas de rechazo o protectoras con extraños (15 reactivos); y 4) Respuestas que indican rechazo o protectoras con conocidos (18 reactivos).

La prueba se resuelve contestando primero la columna que se encuentra a la derecha de los reactivos, la cual es para indicar la probabilidad de que se de cierto comportamiento y luego se procede con la columna de la izquierda, la cual indica el grado de incomodidad o ansiedad al realizar la conducta. Ambas columnas se contestan tanto para conocidos como para extraños.

Para calificar la prueba primero se obtiene el déficit por categoría de aproximación y de rechazo, luego por personas conocidas y extrañas. Posteriormente se calcula el porcentaje de reactivos por incomodidad y por probable respuesta y así poder determinar a qué se debe el problema. Por último

se saca el porcentaje por cuadrante. A continuación se verán los resultados de ALE.

Puntaje total: 47%.

Puntaje de los cuadrantes:

- Cuadrante I: 56%.
- Cuadrante II: 33%.
- Cuadrante III: 36%.
- Cuadrante IV: 44%.

Puntaje para aproximación: 25%.

Puntaje para rechazo: 22%.

Puntaje para incomodidad: 27%.

Puntaje para probabilidad de respuesta: 27%.

Puntaje para extraños: 40%.

Puntaje para conocidos: 45%.

- **Inventario de ideas y creencias - IBT (hoja de gráfica en anexo 3)**

El inventario de ideas y creencias como lo describe Jones (citado en Palacios, 2000) es un instrumento conformado por 100 reactivos cada uno de los cuales se contesta en una escala de 1 a 5, la cual indica el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada una de las afirmaciones que contiene el inventario. La prueba se califica con una plantilla y luego se grafica. En la gráfica aparecen cada una de las diez ideas irracionales para sacar un porcentaje y poder así interpretar el inventario.

La idea irracional número uno se refiere a la necesidad de ser amado y aprobado. La número dos se refiere a exigencias perfeccionistas; la tres a la intolerancia a errores ajenos o muy moralistas; la cuatro a exigencias absolutistas al universo, personas o cosas; la cinco se refiere a la responsabilidad emocional (control interno o externo); la seis a la aprehensión por posibles amenazas; la siete a la satisfacción inmediata, hedonismo de corto alcance; la ocho se refiere a la dependencia para la toma de decisiones; la nueve al determinismo del pasado y, por último, la diez se refiere a la solución de problemas de manera perfecta.

Para la prueba de Ideas y Creencias, hay que tomar en cuenta las escalas que son de mayor relevancia, las escalas nucleares²⁴, que sobresalen del perfil, esto es, las más altas y las más bajas.

Escala 1 baja (20 puntos)

Escala 2 alta (70 puntos).

Escala 3 alta (60 puntos).

Escala 4 alta (40 puntos).

Escala 5 baja (10 puntos).

Escala 6 alta (80 puntos).

Escala 7 baja (30 puntos).

Escala 8 baja (20 puntos).

Escala 9 alta (40 puntos).

Escala 10 baja (30 puntos).

- **Inventario de fobias (inventario en anexo 4)**

En éste instrumento de Fobias (Palacios, 2000) se enlistan 90 situaciones que podrían o no provocar perturbaciones en el sujeto, cada situación deberá ser calificada por el sujeto en una escala del 1 al 5, en donde el 1 significa nada, el 2 poco, el 3 regular, el 4 mucho y el 5 muchísimo de acuerdo al nivel que le perturbe dicha situación o cosa.

Los reactivos que se encuentren calificados en 5 y 4 serán los más problemáticos por implicar un mayor grado de perturbación en el sujeto, por lo que serán los únicos considerados como relevantes. Para ALE se encontró lo siguiente:

Reactivos con calificación de muchísimo (5):

- 40. Ver aguas profundas.

Reactivos con calificación de mucho (4):

- 12. Ser importunado.
- 16. Fracaso.

²⁴ “Las Escalas Nucleares dan el contexto de la interpretación. Para trabajar con ésta prueba hay que hacerlo con lo que está en mayor polaridad. Configurar la interpretación conflictiva del paciente, esto es un conflicto y un contexto, esto va a matizar a las otras escalas” (P. Palacios, comunicación personal, Abril 2008).

- 34. Multitudes.
- 61. Perspectiva de ser operado.
- 70. Perderse el ritmo cardiaco.
- 82. Ser responsabilizado para tomar decisiones.
- 84. Convertirse en enfermo mental.

- **Inventario de síndrome disfórico (inventario en anexo 5)**

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

Cada reactivo consta de una frase o palabra que describe algunas de las categorías antes mencionadas y a continuación aparecen 5 probables respuestas cada una con un valor determinado que va del 0 al 3, de las cuales el sujeto debe señalar la que mejor describa su situación actual respecto a la categoría.

Una vez contestado por el sujeto se califica en base a las respuestas obtenidas basándose en el valor ya designado de cada respuesta.

Los puntajes para interpretar el inventario están divididos en 4 categorías que son las siguientes: puntaje de 0 - 9 depresión nula o enmascarada; puntaje de 10 - 15 depresión leve; puntaje de 16 - 22 depresión moderada; y puntaje de 23 en adelante depresión severa.

El puntaje obtenido por ALE en este inventario fue de 13 y corresponde a la categoría de depresión leve.

- **Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI-español)(gráfica en anexo 6)**

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2), es uno de los instrumentos multiescalares de amplio espectro mejor validados para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad.

La prueba MMPI-2 de acuerdo con Bartol y Bartol (2004) fue desarrollada originalmente por Hathaway y McKinley; su posterior revisión y reestandarización

fue realizada a finales de la década de los 80's, es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general y en el contexto forense en particular.

Consta de 566 reactivos que se contestan como cierto o falso, a través de los cuales un individuo refleja sus propias características y la imagen que se tiene de sí mismo. El mecanismo de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante, al ser una prueba estandarizada, tiene una alta confiabilidad ya que depende de la elaboración de marcos de referencia fijos, principalmente estadísticos.

Está conformado por tres escalas de validez y diez clínicas. Las primeras son: L (mentiras y honestidad), F (aceptación y reconocimiento de conflictos psicológicos) y K (recursos psicológicos del paciente). Las escalas clínicas: E1 (canalización somática de los conflictos), E2 (auto evaluación y estado de ánimo), E3 (necesidad de aprobación), E4 (psicopatía), E5 (características masculinas y femeninas), E6 (paranoia), E7 (psicastenia), E8 (rasgos de corte esquizoide), E9 (energía vital e impulsividad), y E10 (introversión - extroversión).

Los resultados obtenidos con ALE para ésta prueba fueron los siguientes:

Escalas Control:

- Escala L baja.
- Escala F baja.
- Escala K alta.

Escalas Clínicas:

- Escala 1 (Hs) moderadamente alta.
- Escala 2 (D) alta.
- Escala 3 (Hi) baja.
- Escala 4 (Dp) alta.
- Escala 5 (Mf) alta.
- Escala 6 (Pa) alta.
- Escala 7 (Ps) baja.
- Escala 8 (Es) alta.
- Escala 9 (Ma) alta.

- Escala 0 (Is) baja.

Descripción fenomenológica de ejercicios vivenciales

- **Emoción que evita.**

Diseñado por P. Palacios (comunicación personal, febrero de 2008).

Para la realización de éste ejercicio, se le pide al paciente que cierre lo ojos, tome un profunda respiración y retenga el aire lo más que pueda mientras distingue las diferentes sensaciones que esto provoca en su cuerpo, lo mismo se hace al soltar el aire, se le pide que preste atención a lo que siente y ponga ambas sensaciones en dos metáforas, esto sirve como ejercicio de calentamiento e inducción al trance.

Ya que el paciente se encuentra en trance se le pide que identifique la emoción que más evita, ya que la tiene clara, se le indica que se imagine el color que tiene esa emoción y describa como es que lo ve, si es lejano o cercano, como en foto o película, brillante u opaco y posteriormente se le pregunta la impresión que ese color le da, así como que imagine el tipo de personalidad que tendría ese color, esto con el fin de profundizar en la fenomenología del paciente.

Una vez recabada la fenomenología del color, se le pide un segundo símbolo, ahora esta emoción evitada será un animal, este puede ser la representación de un animal real o imaginario, y se le pregunta la descripción del mismo, tal y como se hizo con el color.

Terminada la recabación fenomenológica del animal, se pide un tercer símbolo que también represente la emoción evitada, en este caso el tercer elemento deberá ser una planta misma que también podrá ser real o imaginaria, y se procede a realizar las mismas preguntas que con el color y el animal.

Una vez terminada la parte donde se recauda la fenomenología de la emoción evitada a través de los tres símbolos, se le pide al paciente que preste su voz a cada uno de los elementos, para que cada símbolo le de un consejo y una advertencia a los otros dos.

Ya que cada símbolo haya dado y recibido consejos y advertencias, el paciente tendrá que agradecer a cada uno de ellos por lo que han venido a decirle acerca

de esa emoción que evita y que necesita integrar de manera sana a su vida para seguir evolucionando.

Para terminar la dinámica, se le pide al paciente que visualice a esos tres elementos y observe como es que estos se unen para formar un cuarto símbolo que condensa la sabiduría de los tres, el cuarto símbolo puede ser cualquier cosa, una forma, un color, un olor, una frase, un gesto, una flor, un animal, un libro, etc. Ya que el cuarto símbolo ha aparecido se le realizan preguntas acerca del mismo, haciendo notar al paciente las similitudes entre este símbolo y la emoción que ha evitado, y como es que esta emoción le puede ayudar a seguir creciendo.

A continuación se le pide al paciente que preste atención y sienta a que parte de su cuerpo este cuarto símbolo se quiere ir a quedar, para que cada vez que lo necesite sepa donde encontrarlo (a manera de ancla corporal), se le pregunta también qué le nota ahora a esa parte de su cuerpo y se reafirma la importancia de aquella emoción que se evitaba.

Para finalizar se le pide tome una respiración profunda y se prepare para abrir sus ojos, ya que el paciente se encuentra fuera de trance se lleva a cabo una conversación acerca de lo que esta dinámica ha provocado en el paciente y como es que puede traducir lo que ha aprendido a través de sus símbolos a manera de dirigirse en su vida cotidiana.

A continuación se describirá lo que ALE reportó:

- Visualizando el color...

“Al momento de cerrar los ojos, instantáneamente pude observar un trozo de tela color rosa mexicano, tenía movimiento muy similar al ondeo de una bandera y la textura de seda. Pude relacionar fácilmente el color rosa con las emociones positivas, como el amor, confianza, ternura, compasión, alegría, etc. Pensar que me he pasado la mayor parte de tiempo evitando dichas emociones me hizo sentir mucha vergüenza”.

- Visualizando un animal...

“Llegó a mi mente un personaje de caricatura, una cebra nombrada Martí (Madagascar, 2005), que en lo particular me parece divertida y un poco loca, pude observarla en movimiento y como fondo la selva. Rápidamente pude extraer

algunas características del personaje más que de el animal en sí, éste es espontáneo, divertido y trata de ver lo positivo en todas las calamidades que le suceden”.

- Visualizando la planta...

“Fue como mirar a través de una ventana, había un jardín repleto de flores, todos tamaños y colores, pero mi atención se posó sobre una maceta mediana que contenía un solo tulipán color naranja, con un tallo notablemente fuerte de un verde intenso; el tulipán era besado por los rayos del sol y acariciado por una ligera brisa”.

“Qué consejos me dió el color rosa”...

- *No tengas miedo de mostrarte vulnerable*
- *Demostrar alegría, amor o compasión no te hace débil*
- *Sé más sencilla y espontánea*
- *Cursi es una palabra que te impide actuar afectuosamente*

“Qué consejos me dio Martí la Cebra”...

- *Sé más natural*
- *No te tomes la vida tan en serio*
- *Sé más expresiva*
- *Disfrutar la vida en ocasiones exige el comportamiento infantil*

“Qué consejos me dio el tulipán”...

- *No te cierres al amor*
- *Parecer o ser frágil no es malo*
- *Puedes ser admirada y apreciada*
- *Tienes belleza y muchas cualidades*

Advertencias del color rosa...

- *Mostrarte vulnerable no te convierte en torpe, descuidada, inútil e improductiva*
- *Habrà personas que se aprovechen, por ello necesitas estar alerta pero no a la defensiva*

Advertencias de Martí la cebra...

- *Ser natural no es sinónimo de salvaje y violenta*

- *Puedes tomarte tu tiempo pero sé responsable*
- *Puedes actuar de manera infantil pero no todo el tiempo*

Advertencias del tulipán...

- *Si pasas mucho tiempo cerrándote y protegiéndote, te perderás de muchas cosas, algunas buenas, otras no tanto.*
- *Reconocer los defectos te permite crecer, pero desconocer las cualidades no te permite avanzar.*

Interacción de los elementos...

El color rosa le dijo a la cebra que era divertida, bonita, suave, fuerte y maravillosa, aunque otros la perciban insignificante. Al tulipán le dijo que permitiera que algunos bichos se le colgaran, que no temiera que arruinaran su belleza, de alguna forma los bichos son parte de su esplendor.

La cebra aconsejó al color ser prudente con las muestras de afecto, pues éstas no siempre son interpretadas adecuadamente, incluso llegar a molestar. Al tulipán sólo recomendó abrir un poco más sus pétalos, pues daba la impresión de querer mantener alejados a los demás.

El tulipán le pidió al color rosa no exagerar en sus muestras de afecto, así como entender la postura de los otros ante su actitud. A Martí la cebra le recomendó no distraerse en la diversión, que tomara en cuenta sus proyectos y fuera cauteloso con el tiempo que emplea.

- Integración de los elementos

*“Quise fusionar a la cebra, el tulipán y el color rosa; la imagen que llego en ese momento fue como una escena de la *Bella y la Bestia* (1991), donde la bestia se convierte en príncipe. Los elementos se elevaron en el aire y formaron un remolino, fue cobrando forma poco a poco de una princesa, una princesa muy sencilla, feliz, amable y cariñosa; que bien podría equipararse con Victoria el personaje de *“La princesa que creía en los cuentos de hadas”* (Grad, 2004), o bien, Giselle de la película *Encantada* (Lima, 2007). El cuarto elemento tenía toda la sencillez y ternura de Giselle y el valor, decisión y compromiso con la vida de Victoria.*

“Qué enseñanza me dejan estos elementos...”

Los tres simbolizan emociones positivas, lo cual me indica que tengo ciertas dificultades para demostrar amor, ternura, compasión, fragilidad y vulnerabilidad, por otra parte parece que no se como divertirme y ser espontánea y natural, menos preocupada.

Creo que me gustaría poder ser y hacer las cosas como lo sugieren los elementos, sin embargo, me he pasado todo este tiempo evitando emociones positivas por cuestiones como la crítica de los demás; un status falso íntimamente ligado a la racionalidad y los estereotipos; desde luego ocupar un lugar en el grupo de origen: familia (cuando la emoción es constantemente relegada y menospreciada), entonces actuar lo más parecido a, te garantiza pertenecer y en consecuencia ser aceptado o reconocido.

Lo cierto es que me gustaría empezar a integrar esta emoción a mi vida, porque paradójicamente los seres humanos anhelamos la felicidad y una vida placentera, pero me doy cuenta que hecho todo lo posible para no serlo, eso me llena de vergüenza y frustración.

Ahora, tengo otra perspectiva, puedo cambiar eso, me siento capaz y muy ilusionada en poder realizar algunos proyectos.

- **Ciudades, gobernantes, carros y chóferes.**

Diseñado por P. Palacios (comunicación personal, marzo de 2008).

Se le pide al sujeto que cierre sus ojos, tome una profunda respiración y note, que le resulta más sencillo, si inhalar o exhalar, esto como técnica de calentamiento e inducción al trance.

Una vez el paciente ya se encuentra en estado de trance, se le pide que imagine una ciudad, "su ciudad ideal", que observe detenidamente, que es lo que la convierte en una ciudad ideal, como se relacionan las personas en esa ciudad, y como se siente ella de estar ahí. Ya que se le ha dado tiempo de vivenciar esta ciudad ideal, se le dice que como toda ciudad, tiene un gobernante, que acorde a la ciudad ideal es un gobernante ideal, el mejor gobernante, y se le pide que describa a este "su gobernante ideal", qué es lo que lo hace ser ideal.

Ya que se ha descrito la ciudad y el gobernante ideal, se le dan las mismas indicaciones, pero ahora cambiando lo ideal por peor, la peor ciudad y el peor gobernante, esto bajo la idea de que no puede inventar nada que no conozca, por lo tanto estas descripciones nos hablarán de manera simbólica y a veces literal, de la atmósfera en casa así como de la percepción del padre con el gobernante y de la madre con la ciudad.

Para profundizar en la fenomenología y experiencia se le indica a continuación que imagine un carro ideal, “su carro ideal” y nuevamente se le pide que lo describa, que indique qué es lo que lo hace ideal y como se siente de estar ahí, al igual que la ciudad, este carro tiene un chofer, que es “su chofer ideal”, y nuevamente tiene que describir las características de éste.

Una vez realizada la vivencia del carro y chofer ideal, se le pide imagine el peor carro del mundo, y lo describa, y nuevamente este carro peor tiene un chofer peor, del cual también se recaba fenomenología.

Ya que se tiene suficiente información fenomenológica, se le pide que observe cómo ambas ciudades, la ideal y la peor junto con sus gobiernos ideales y peores, se fusionan y encuentran un lugar en su cuerpo a donde se quieren ir a quedar y que le nota ahora a ese lugar en donde se quedó la fusión.

De la misma manera se fusionan los carros y chóferes y también encuentran su lugar en el cuerpo.

Se saca del trance a la paciente y una vez afuera se le pide que verbalice los insights que tuvo, así como mencionar en que se parece ella a los peores y en función de lo que dijo de los ideales, que necesita empezar a hacer para que estos sean una realidad en su vida.

En esta dinámica ALE reportó:

- La ciudad ideal y el carro ideal

“La ciudad y el carro de mis sueños combinan de manera extraordinaria. Para empezar, la ciudad es muy parecida al pueblo donde vive Bella (personaje de La bella y la Bestia) con matices de la pradera de Heidi (personaje de anime, 1975), repleto de árboles y animales como una de las escenas de Encantada. El verde predomina en el ambiente, los habitantes viven en cabañas un tanto distanciadas

para tener armonía y privacidad, se llevan muy bien entre ellos, son amables y respetuosos. Lo que hace especial a esta ciudad es el clima, por las mañanas el sol es cálido y en la tarde llueve, para culminar con una noche fresca; hay una plaza donde los habitantes se dan lugar para tomar café y leer; en realidad abundan las cafeterías y librerías, cerca de la plaza hay un lago, este lugar es propicio para relajarse y quizás dibujar. Algo que distingue a este pueblo es el olor a pan dulce recién horneado, pareciera que los habitantes dejan las ventanas abiertas a propósito para deleitar a los viajeros, además las chimeneas humeantes de cada cabaña es una invitación para quedarse”.

“El carro no se queda atrás, deportivo en color rosa brillante con destellos que parece polvo de diamante con interiores en blanco, los asientos con textura suave, muy elegante; y aunque aparentemente era un estilo clásico tenía un equipo de sonido moderno; llantas nuevas en perfecto estado y toldo abatible.

Fue una agradable sorpresa descubrir que mi chofer era Beyoncé Knowles (cantante y compositora de R&B, productora discográfica, bailarina y actriz estadounidense); al entrar en el auto me sonrió, conducía excelente, tenía mucho estilo y yo estaba feliz de acompañarla, condujo por carretera y después llegamos a Miami, donde los ambientes naturales como palmeras y brisa marina se mezclan con las tiendas de lujo y salones de baile. Lo mejor del paseo era sentir la brisa en la cara y observar las palmeras en movimiento. Yo diría que la ciudad ideal y el carro ideal se complementan o ‘hacen juego”.

- La peor ciudad y el peor carro del mundo

“La peor ciudad del mundo es Afganistán, estaba del nabo tanta tierra, mucho desierto, todo en color gris y negro, parecía carente de vida. Las mujeres cubiertas de pies a cabeza, con la mirada triste y escondiéndose con mucho miedo, alrededor sólo había injusticia, miseria, hambre y soledad; los niños en lugar de jugar portaban armas y aprendían a matar, las “casas” eran carpas, como si estuvieran improvisados los hogares, me daban la sensación de que no eran seguras, cualquier viento se las podía llevar; los habitantes se acostaban en el suelo exponiéndose a picaduras de alacranes, no tenían un colchón o algo suave para poder descansar. Los hombres de esa ciudad estaban embrutecidos por la

ira, golpeaban a otros hombres más débiles y maltrataban a las mujeres y niños, era deprimente”.

“El peor carro del mundo “encaja” muy bien con esta ciudad, de color azul opaco y sucio, los interiores en negro, los asientos rotos con los resortes por todas partes; estaba oxidado, olía a muebles viejos, no tenía cristales y para ser un modelo 68 era un milagro que arrancara, hacía demasiado ruido”.

“El chofer de este carro, era arrebatado, no respetaba el reglamento de tránsito, al entrar al auto ni por equivocación me miró, sólo se subió y arranco el auto, no converso conmigo y me llevo por un camino repleto de piedras, baches y tierra, el chofer se parece a “el Vitor” (personaje caracterizado por Adrián Uribe: actor, comediante y conductor mexicano). Obviamente la peor ciudad y el peor carro “se juntan”, ambos son desagradables y deprimentes”.

- Los mejores gobernantes y el mejor chofer

“Los gobernantes de la mejor ciudad eran Reina y Rey, los dos con muy buen aspecto, su ropa era impecable, sus rostros denotaban seguridad, sabiduría y bondad. La Reina se hacía cargo de que las personas del pueblo socializaran, tuvieran alimento, casa y ropa; era ella quien llevaba los registros de los nacimientos, bodas, etc.”.

“El Rey resguardaba a los ciudadanos, se hacía cargo de administrar los bienes materiales, proporcionar educación y trabajo para todas las personas, incluyendo discapacitados y ancianos. El chofer del mejor carro: Beyoncé, tiene similitud con los reyes de la mejor ciudad, ella manejaba con suavidad, en todo momento fue respetuosa conmigo, respetuosa de los señalamientos y con los peatones, se aseguraba de tener puesto el cinturón de seguridad y que yo también lo tuviera puesto, por eso me sentía segura y feliz”.

- Los peores gobernantes y el peor chofer

“Ambos unos verdaderos hijos de la chingada, por una parte el gobernante de Afganistán sólo favorece a unos cuantos y a sí mismo, tiene hundido a su pueblo en la desesperación, en una lucha sin sentido, no tiene respeto por las mujeres y los niños; es cruel, insensible y todo lo hace arrebatadamente. El chofer parece primo hermano del mal gobernante, se avienta en el carro, no respeta los

señalamientos, no fue empático conmigo, me llevó por un camino lleno de piedras y polvo, por eso mi columna se resintió, baje del auto con dolor de espalda y cuello, todo el tiempo me sentí insegura y enfadada”.

“El carro ideal y el mejor chofer se condensaron en un auto deportivo color lila con blanco. La mejor ciudad y la peor ciudad se condensaron en gaitas. El auto color lila con blanco se quedaron instaurados en mis manos, mientras que las gaitas se quedaron en mi garganta”.

- Carro ideal y chofer ideal

“El carro deportivo en color rosa brillante sólo puede ser conducido por una mujer, pero no cualquier mujer, debe ser lo más parecido a una reina, papel que desempeña muy bien Beyonce, pues ella sabe como cuidar del auto para no dañarlo, por eso maneja suave y con mucha cautela. Un hombre no podría conducir este auto porque es un auto fino y delicado, por lo regular los hombres aceleran y frenan desmesuradamente y ponen la música a todo volumen, además les gusta rebasar y saltarse los altos, eso pondría en peligro la estructura del carro”.

- Peor carro y peor chofer

“Este carro le queda como anillo al dedo al chofer, “el Vitor”, pues sólo alguien tan arrebatado, descuidado e irrespetuoso podría ser el dueño de este carro desparpajado, sin cristales y oxidado, no me lo imagino conduciendo el deportivo color rosa, sería algo así como un crimen, no sabría apreciar el valor del auto, además quedaría un poco chocante su imagen con la del auto. Creo que es digno de portar el auto azul opaco y sucio, no le queda otro”.

- Que 20`s me cayeron con la dinámica

“Para empezar, me brincó a la idea de estar hablando de mamá con las ciudades y de papá con los autos, conductores y gobernantes. Fue interesante que al tratar de visualizar los autos, en ambas ocasiones mi papá se situaba junto a los respectivos conductores, como si quisiera abordar el auto y yo no se lo permitiera por temor a estropear la dinámica o bloquearme. En el caso de las ciudades, justo antes de cerrar la imagen, me quedaba la sensación de estar hablando de mi mamá”.

“Algo que llama mi atención es el lenguaje que utilizo para describir a los gobernantes de Afganistán y el peor chofer, utilizo palabras altisonantes, y al querer buscar palabras más apropiadas me di cuenta que perdía sentido o fuerza la vivencia de la dinámica, por ello lo dejé tal cual”.

“Cuando describo al gobernante de Afganistán, digo que sólo favorece a unos cuantos y que no tiene respeto por las mujeres, que todo lo hace arrebatadamente y que tiene a su pueblo hundido en la desesperación en una lucha sin sentido, me di cuenta que esto ha ocurrido en repetidas ocasiones con mi papá en relación con mis tíos (sus hermanos), el siempre ha querido ayudarlos económicamente, en este intento de “salvar” a uno de sus hermanos se fue a la ruina, se olvido que su prioridad era su familia (esposa e hijos), jamás respeto la opinión de mi mamá y nos arrastro a la desesperación, a no saber que sucederá, si perderemos la casa, etc.”.

“En cuanto a la ciudad de Afganistán, pienso que estoy describiendo la vida de mi mamá y de alguna forma la mía, porque así es como me educó: árida, triste, con miedo y deprimida. De no haber sido por la educación académica, mi comportamiento sería parecido al de una monja, tapada de pies a cabeza, incapaz de explorar mi sexualidad, afortunadamente la literatura, las clases de anatomía, fisiología y estudiar psicología, lograron romper con esta atadura. Aunque si me he quedado como monja en el sentido de no explorar mi entorno, hacer lo que realmente me gusta”.

“Las carpas de Afganistán, inseguras, me recuerdan la situación por la que estamos pasando en la familia, el temor de perder la casa”.

- **Héroe.**

Diseñado por M. Morales (comunicación personal, julio de 2008).

Se le pide al sujeto que cierre sus ojos, tome una profunda respiración y note, que le resulta más sencillo, si inhalar o exhalar, esto como técnica de calentamiento e inducción al trance.

Una vez que el paciente ya se encuentra en estado de trance, se le pide que imagine un bosque y que observe detenidamente, que vea sus características: si

es húmedo, oscuro, con muchos o pocos árboles, etc. Ya que se le ha dado tiempo de vivenciar este bosque, se le dice que imagine a un héroe y que lo describa. Ya que describió al héroe ahora se le pide que imagine a un dios que le va a otorgar un don y un arma, también se le pide que los describa.

Después se le va a pedir que imagine una caverna o cueva y que la describa. Dentro de esa caverna se le pide que visualice a las fuerzas del mal que ha de enfrentar, también se le pide que las describa, tanto el cómo son y el cómo las enfrenta. Después de enfrentarlas se le pide que imagine algo que se va a rescatar, que es por lo que su héroe la acompaña, una vez descrito lo que se rescató. Se le pide que salga de la caverna e imagine un bosque otra vez.

Se saca del trance a la paciente y una vez afuera se le pide que verbalice los insights que tuvo, así como mencionar en que se parece ella a las fuerzas del mal y en función de lo que hizo el héroe, que necesita empezar a hacer para poder rescatar eso que necesita para enfrentar situaciones difíciles en su vida.

La descripción de lo que ALE dijo es la siguiente:

El bosque era sombrío del lado izquierdo. Del lado derecho tenía mucha luz. Había un sendero largo. Yo tenía un vestido blanco, largo y tejido, dos trenzas amarradas alrededor del demás cabello suelto.

El héroe era un hombre castaño de barba de candado, con armadura medieval (cota) y casco como el espartano. Traía un caballo café, bonito. Me dio la mano y me subió con él. Olía a eucalipto el ambiente. Lo abraza y seguimos por el sendero hasta que apareció la cueva.

Antes de entrar a la cueva estaba el dios que lo guiaba: gordito, barbon (barba blanca), desnudo (enceradito) con un sabana blanca en la cintura, estaba brillosito (luz). Dio el don de la perseverancia y de la astucia y una espada tipo excalibur que es medieval con tres incrustaciones en el mango de oro: eran dos rubíes rojos y una turqueza azul.

Íbamos a entrar a la cueva, todo el tiempo me dio la mano e iba dos pasos delante de mí. No sé de donde saco una antorcha para iluminar la cueva. Las paredes eran rojas, color ladrillo, conforme caminábamos se iba retorciendo la cueva hasta que llegamos a un chingo de ramas que se retorcían y se retorcían

dentro de la cueva y él me decía que me esperara. Esas eran las fuerzas del mal que se te enredaban en el pie y ya no avanzabas, eran bien cabronas, no te dejaban salir por eso tenías que ser muy chida, muy perseverante y astuta. Mientras cortabas unas ramas otras ya se te estaban enredando por eso había que estar rápido. Después de mucho batallar él rodó y logró salir del otro lado de la cueva. Una mano la metió en las raíces que ya no se movían, debajo de las raíces saco un huevo color verde de cristal de jade, muy bonito, brillaba.

Me dijo que pasara sin peligro una vez que agarro el huevo, ya no se movían las raíces. Nos vimos a los ojos mucho rato, los suyos eran azules, y luego de frente y puso el huevo en mis manos y lo cubrió con ellas. Rodeó el huevo con mis manos, se acerco lento a mi y me dio un beso que apenas y me tocó los labios, fue un contacto con el que se diluyo conmigo, como en la de almas perdidas traspasan a otro nivel, traspaso mi cuerpo, entraba por él, sentí mucho calor en le pecho.

Al salir del lado luminoso (derecho) ahora había una casa blanca y un riachuelo que pasaba por ahí.

- **Antivalor.**

Diseñado por P. Palacios (comunicación personal, mayo de 2009).

Para éste ejercicio se le pide al paciente que mencione algo que no soporta o detesta en las personas. Una vez que menciona el antivalor se le pide que elija una fobia para que cuente una historia, con sus fobias. Es decir, que cuente una historia a través de sus fobias, donde se despersonaliza y utiliza como pantalla proyectiva y protagonista a la fobia que eligió y le pone las cualidades del antivalor.

El antivalor que ALE refirió fue la *volubilidad* y el *ser cambiante*, la fobia que utilizó fue la de *los insectos voladores (abejas)* y la historia que contó fue la siguiente:

Había una vez un mundo misterioso donde los insectos voladores gobernaban, tenían la fea costumbre de cambiar las reglas de un día para otro, lo que los hacía muy volubles. El resto de los insectos los no voladores les temían muchísimo

porque desconocían en que momento eso que sí estaba permitido de pronto estaría prohibido, dejándolos poco a poco paralizados. El riesgo que corrían los insectos no voladores era que con el paso del tiempo esta parálisis los convertía en vegetal, la mayoría de los insectos vivían con el sobresalto de romper las reglas sin saberlo, este injusto gobierno de insectos voladores castigaba cruelmente a sus súbditos clavándoles el agujón haciéndoles sentir un profundo dolor.

En una ocasión una oruga caminaba lentamente sobre un árbol, cosa que tenía permitida, cuando de pronto una abeja que patrullaba cerca y volublemente se le ocurrió que ya no estaba permitido, entonces sin más ni más le hundió el agujón hasta dejarla totalmente incapaz de moverse. Esta situación la pudieron contemplar el resto de los insectos quienes a partir de esto vivían sumamente paralizados, pues, al parecer, sólo tenían dos opciones: correr el riesgo de hacer lo que fuera y ser aguijoneados o perder el movimiento y convertirse en vegetales.

DISCUSIÓN

ALE creció en una familia con roles invertidos, es decir, la madre era quien organizaba y ponía orden (obsesivamente) y límites, mientras que el padre jugaba un rol periférico, desprendido, *ausentándose de casa debido al trabajo y por atender a su familia de origen* (historia clínica y dinámica de los chóferes) sin dar ejemplo de un animus sano a sus hijos. De acuerdo con Corneau (1991), el padre debe fungir como modelo de cualidades masculinas, enseñando a sus hijos por medio del ejemplo a defenderse, a saber controlar lo controlable y poner orden y límites, externa e internamente (historia clínica: *una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es: disciplinarme*). En el caso de ALE podemos observar que los rasgos de su patrón, al analizar los inventarios, muestran que no se encuentra bien estructurada, tiene una autopercepción distorsionada porque quiere dar una imagen idealizada de sí (un yo inflado), además de que es evasiva y sus recursos los utiliza para evadirse precisamente de sus problemas (historia clínica: *¿Qué le gustaría dejar de hacer? Respuesta: perder el tiempo en cosas triviales*; así como el puntaje total de inventario de afirmatividad); aunado a esto recordemos que uno de los puntajes considerados como alto dentro de los cuadrantes de afirmatividad es el cuadrante IV, en donde una de las características más importantes se refieren a no defender sus derechos, no poner límites, una expresión pasivo-agresiva de la hostilidad (inventario de síndrome disfórico: *ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes*) y por lo tanto existe una canalización somática de la misma que en este perfil, en particular, podemos asociar a la escoliosis idiopática, lo cual también se corrobora en la escala 1 moderadamente elevada del MMPI. El mal manejo de la hostilidad queda también explícito en la escala 4 alta, 6 alta y 9 alta del MMPI, que se relaciona así mismo con una ausencia paterna y una familia desestructurada; así como la impulsividad y la defensa conductual que utiliza para evadirse de su problemática, un ejemplo de esta situación (hostilidad, impulsividad y evasión) puede apreciarse en la película Suckerpunch (Legendary Pictures, 2011), donde la protagonista es recluida en un psiquiátrico a petición de su padre y, en este lugar, las internas son prostitutas. Para sobrevivir en este

ambiente, la protagonista fantasea una realidad alterna donde ella es una fiera guerrera que pelea contra un régimen de esclavitud y autoritarismo mientras fraguaba un plan de escape. En esta película se puede apreciar la metáfora que representa el psiquiátrico: el régimen de esclavitud y autoritarismo; es la imagen del padre autoritario que ejerce el control y, por otra parte, ser una guerrera que pelea por salir de la esclavitud y la prostitución es la representación del ánima pervertida, es decir, bajo el yugo del animus y el complejo paterno.

También, se puede observar en el inventario de ideas y creencias, un locus de control interno, dejando en evidencia una persona controladora, probablemente como su madre, sin tener los recursos necesarios para controlar, y por lo tanto ALE juega a creerse omnipotente por tener sentimientos de impotencia (escalas k alta y 9 alta de MMPI; 2 alta, 5 baja y 6 alta de IBT; miedo al mar –profundidades- que simboliza lo informe -sin forma- (Historia clínica); inventario de fobias situación 40: ver aguas profundas). Si el padre hubiera ofrecido a través de la convivencia con ella, el ejemplo adecuado de una hostilidad sana, ALE no presentaría estos rasgos de personalidad. Pues el padre ayuda al hijo a construir una estructura interna (orden, soporte, apoyo), su presencia permite al niño el acceso a la agresividad entendida como afirmación de sí y la capacidad para defenderse, y el sentido de la exploración que lo impulsa a salir y a enfrentar adecuadamente el mundo. Al tener ALE el cuadrante I alto del inventario de afirmatividad se indica que es una persona que no sale, no explora, tiene problemas para adaptarse a situaciones nuevas y para socializar, tiene una marcada tendencia a la monotonía y se restringe a su medio familiar, particularmente a mamá, pues él no estuvo para separarla y brindarle el aliento necesario para salir a explorar (porcentaje p del inventario de afirmatividad, historia clínica: *era castigada o disciplinada sin salir a jugar*), como se ejemplifica en la película Enredados (Disney, 2010) donde la madre “bruja” de Rapunzel la aísla del resto del mundo confinándola a una torre para poseer sus dones mágicos y curativos provenientes de su cabello dorado. Rapunzel consigue escapar del encierro con la ayuda de un bandido encantador, sin embargo, su madre bruja siempre le tiende trampas para devolverla a la torre, se libera del todo finalmente cuando su amado le corta el cabello y descubre que

su magia no radicaba sólo en su cabello, pues al ver en peligro de muerte a su amado derrama una lagrima sobre él y de este modo cura su herida. Este ejemplo detalla a la perfección los arquetipos de la madre negativa, que contamina el ánimo de la hija ya que la madre bruja es quien controla y ejerce el poder; por compensación la hija actúa la pasividad y la ingenuidad, es por ello que su animus, en ausencia del padre, queda configurado como negativo por lo que un “bandido” es quien le ayuda a escapar y la obliga a “cortar” con esa relación simbiótica.

Así, la primera consecuencia de dejar a la hija bajo el cuidado exclusivo de su madre es el miedo a la mujer (feminidad) y, más que nada, el temor de ella misma a ser femenina, ser como mamá (formación reactiva²⁵); y la segunda es que toda su vida tendrá miedo del cuerpo (inventario de síndrome disfórico: siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractiva), de que no se vea como el de una mujer (Corneau, 1991). Además del temor a su cuerpo, éste tipo de personas desarrollan un temor de su corazón, de lo que puedan sentir (inventario de fobias, situación 70: perderse el ritmo cardiaco; algunos de los casos escoliosis pueden dar lugar a la disminución de la capacidad pulmonar al ejercer presión sobre el corazón (Miot, 2004)), pues, ALE aprendió a *relegar las emociones positivas como amor, confianza, ternura, compasión y alegría dado que en su entorno familiar no son aceptadas o “bien vistas”, como un requisito para pertenecer y ser aceptada* (ejercicio vivencial: emoción que evita). En la película “Verónica decide morir” (Muse Productions, 2009) se puede apreciar un ejemplo de esta situación (relegar las emociones y aceptar códigos convencionales de comportamiento) ya que la protagonista renuncia a su sueño de ser pianista y se dedica a negocios bien remunerados que era lo que sus padres esperaban para ella; al sacrificar su verdadero ser se deprime tanto que planea suicidarse y casi lo logra, sin embargo, a raíz del paro cardiaco que se

²⁵ La formación reactiva es un mecanismo de defensa consistente en la expresión opuesta a la del deseo que el sujeto tiene pero evita, por motivos de censura. El motivo es que el sujeto anticipa censura moral a causa de la expresión de su deseo. Ejemplos de formación reactiva son la expresión de amor cuando se tiene odio hacia el otro (en una sociedad que censura fuertemente las expresiones de amor inconsistentes con intereses hegemónicos). De este modo, la formación reactiva es una actitud o hábito psicológico que marcha en sentido opuesto a un deseo proveniente del mundo de lo reprimido.

ocasiona con la ingesta de medicamentos, los médicos le diagnostican una lesión en el corazón que amenaza con ir extinguiendo su vida poco a poco. En este ejemplo se puede contemplar la materialización de un conflicto no resuelto “no querer sentir” se traduce en la lesión del corazón, este es un riesgo literal que corre ALE con los efectos colaterales de la escoliosis idiopática, es decir, aplastar su corazón por la deformación. Probablemente estas muestras de afecto fueron censuradas o amputadas ridiculizándole y humillándole, tan es así que ella manifiesta *sentirse avergonzada por evitar las emociones positivas*. En su fenomenología puede apreciarse, por ejemplo, en los consejos del ejercicio vivencial: emoción que evita, que *necesita ser espontánea, sencilla, natural y expresiva*. Ya que sus padres de ALE *querían un niño pero les toco niña*, en muchas formas ella fue *tratada como niño por sus padres* (historia clínica). Recordemos que en nuestra cultura, hombre significa principalmente no expresar sentimientos: no llorar, no escucharse, no hablar de lo que se siente, no parecer demasiado femenino.

La inversión de roles entre sus figuras parentales también puede apreciarse en sus diferentes ejercicios vivenciales cuando le atribuye propiedades femeninas a elementos masculinos y viceversa (ejercicio vivencial: antivalor: *volubilidad*), por ejemplo: *una abeja que patrulla (vigila); el tulipán con un tallo notablemente fuerte de un verde intenso; y una mujer como chofer descartando a toda costa un hombre ya que podría poner en peligro la estructura del auto fino y delicado* (ejercicio vivencial: ciudades, gobernantes, carros y chóferes). Y es justo aquí donde se hace presente la gestalten inconclusa principal: la inversión de roles puso en peligro la estructura de ALE, puesto que su ánima y animus están en desequilibrio; es decir, lo femenino está doblemente contaminado, si se tiene en cuenta que la figura que tuvo que proporcionar contención, apapacho, cuidado, comprensión y una base segura, mamá –primera portadora de la imagen del ánima-, fungió como un *padre cruel, injusto, voluble e insensible* y si la figura que tuvo que proporcionar *aliento, protección y apoyo* (historia clínica), papá –primer portador de la imagen del animus-, actuó de manera *arrebatada, descuidada y saltándose los altos*, no poniendo límites ni un soporte, todo esto configuró e

instauró un complejo paterno negativo – más adelante explicado- y por ende resultó afectada la relación padre-hija, pues es importante recordar que el papel del padre, quien activa el complejo paterno²⁶, es fundamental en la vida de la hija, para poder construir su identidad, pues es él quien le podrá proporcionar los más vivaces intereses y aspiraciones espirituales (Sharp, 1997). En la película “Mulán” (Disney, 1998), la hija de una honorable familia china se disfraza de guerrero para suplantar a su padre que está viejo y enfermo quien por lo tanto no puede ir a la guerra, Mulán está en edad para contraer nupcias, pero ella no se siente contenta con su “reflejo en el espejo” piensa que debe “hacer más” para merecer el reconocimiento de su padre. Mulán es descubierta y exiliada del ejército, sin embargo se percata del peligro que corren sus compañeros y el emperador y decide ayudarlos, pero esta vez sin ocultarse, se enfrenta con recursos femeninos y finalmente le muestran su gratitud y reconocimiento. Este es un ejemplo apropiado para ilustrar el caso de ALE, pues ella también busca ser reconocida y en esta búsqueda ha adoptado estrategias y herramientas masculinas que no le permiten revelarse (self) en lugar de rebelarse (máscara). Empero, al haber privilegiado sólo los atributos masculinos –posesión del animus²⁷- como la fuerza o la inteligencia y relegar las emociones, se le obligó a ALE vivir en un solo lado literalmente, entonces, no resulta extraño que se materializara este conflicto en una escoliosis idiopática –columna torcida-, haciendo de su cuerpo un lienzo donde se plasma la historia de su vida, la manera en que se ha “torcido” y desviado por querer ser *aceptada, apreciada, reconocida y admirada* (ejercicio vivencial: héroe: *las fuerzas del mal están representadas por ramas que se re-torcían y se enredaban en el pie y no le permitían avanzar*).

Las hijas de padres así evitan manifestar su gran sed de amor y de comprensión, su profunda necesidad de ser tocadas, de amar y de ser amadas, y esto se desarrolla como una Formación Reactiva (escalas F baja, 7 baja del

²⁶ “Grupo de ideas con acento en el sentimiento (entendido como la actividad que usamos para calificar objetos como agradables o desagradables, aceptables o rechazables, es decir, el punto de vista para ordenar el mundo en torno a la serie placer-displacer), asociadas con la experiencia e imagen del padre” (Sharp, 1997, p. 45).

²⁷ “El padre ejerce su influencia en la mente o el espíritu de su hija –en su ‘Logos’. Con esto la engrandece intelectualmente, llegando a menudo a un nivel patológico” (Sharp, 1997, p.46)

MMPI; 1 baja, 2 alta, 4 alta, 6 alta y 8 baja del IBT) a partir de la cual niegan necesitar el afecto o a las personas cuando, en realidad, es de lo que más necesitan, pero como no lo tuvieron en el pasado creen que siempre será así (escala 6 alta del IBT). Les cuesta trabajo penetrar en esos sentimientos que los hunden en una vulnerabilidad difícil de asumir (inventario de fobias, situación 61: perspectiva de ser operado = miedo a abrirse).

El sello del padre faltante es el signo de la fragilidad de la identidad de sus hijas, y para compensar esta fragilidad no es raro que opten por ser muy competitivas, racionales, interesarse por carreras propias de hombres, es decir, que como ALE, desarrollen una actitud amazónica, que haya rebeldía, megalomanía, problemas con la autoridad (historia clínica: *no obtuve el reconocimiento deseado, eso me frustró mucho y me volví rebelde*), actitud explosiva, personalidad dominante así como un gusto por la fortaleza física (compensación de la flaqueza emocional y afectiva) y que sean “feministas bien machas” (escala 5 alta de MMPI). Un claro ejemplo de esta sed de reconocimiento a través de roles preponderantemente masculinos es el personaje central de la película “La pontífice” (Moskowitz, 2009), en donde una niña con habilidades intelectuales extraordinarias, jamás es tomada en cuenta por su padre, pues él sólo instruye a sus hijos varones. La niña se empeña en cultivar su intelecto pese a vejaciones constantes por parte de su padre, compañeros y maestros (todos varones), finalmente toma la decisión de disfrazarse de varón y así consigue escalar rangos dentro de la Iglesia católica hasta convertirse en Papa, pero el precio que paga Johana es sacrificar su feminidad y no vivir con el hombre que amaba, abortar, morir y ser borrada del libro con el registro Papal. Johana se condenó a desaparecer desde que renunció a su verdadero ser, llevó al extremo la dolencia de un padre faltante, primero buscando en Dios padre la protección y el aliento y después, siendo ella misma “El padre” para todos excepto para ella misma.

Por lo tanto, como la identidad psicológica de una persona se basa en su sensación de tener una espina dorsal y sentirse interiormente apoyada. Lo que ocasiona un padre faltante y que, por lo mismo resulta ser **la esencia del**

complejo paterno negativo, consiste en una falta de estructura interna. Una persona que posee un complejo paterno no se siente estructurada en su propio interior, sus ideas son confusas, tiene problemas para fijarse objetivos, para hacer elecciones, para identificar lo que es bueno para ella y para detectar sus propias necesidades (ejercicio vivencial: héroe: *los dones de la perseverancia y la astucia, que le faltan*). “Las personas con estas desviaciones intentan escabullirse y no tener que mostrar una actitud de rectitud. Su columna vertebral va por caminos torcidos revelando que lo mismo ocurre en sentido figurado, aunque ellas no lo admitan” (Dahlke, 1999b, p.233). Todo se mezcla en ella: el amor con la razón, los apetitos sexuales con las simples necesidades de afecto. Tendrá problemas de concentración, se distraerá por detalles innecesarios y le costará trabajo organizar sus percepciones, como cuando se encuentra *planeando listas del súper, de pacientes, etc.* (historia clínica) lo cual no es más que “defensividad intelectual”²⁸ (K alta de MMPI), para distraerse de su problemática, más evasión. Nunca se siente segura de nada (historia clínica: *desde que yo era niña quise ser una mujer capaz y segura*).

La marca del complejo paterno negativo es, por lo tanto, el desorden interno (Corneau, 1991). Para compensarse ante esta realidad, las personas tratarán de colmar la falta estructurándose con elementos exteriores, que en el caso de ALE es a través de los ejercicios para tener *estructura física* y proyectando en los demás las características que ella necesita desarrollar (historia clínica: ¿qué cualidades personales cree que un psicólogo debería poseer? Respondió: *ser respetuoso, confiable, abierto, sensible, inteligente, tolerante y paciente* o bien la descripción de la personalidad de su pareja: *responsable, nobles sentimientos, inteligente, dedicado y perseverante*).

El riesgo que corre ALE de seguir con ese patrón de conducta es consistente y literal con el perfil y lo que se ve en los ejercicios vivenciales e instrumentos psicométricos y desde luego las complicaciones de la escoliosis idiopática: pérdida de sensibilidad (debido a la dificultad para expresar sus emociones), parálisis (por la rigidez y la falta de exploración) y quedar en estado vegetativo (que implica no

²⁸ Todo se racionaliza; se justifica para evitar sentir y se piensa que se hace.

dar algún signo de conciencia de sí y del ambiente, incapaz de interactuar con los demás o de reaccionar a estímulos adecuados). Explorando las ganancias secundarias²⁹ se puede advertir el daño: ¿Cuál sería la ventaja loca y absurda de quedar paralizada, insensible o en estado vegetativo? La respuesta se puede inferir conforme al perfil: evadirse por completo, (inventario de fobias: ser responsabilizado para tomar decisiones), aislamiento (inventario de síndrome disfórico: ahora estoy menos interesada en las personas de lo que era usual) y la más importante que cerraría la gestalten a la mala y por la fuerza: que se hagan cargo de ella “obligatoriamente”, es decir, que satisfagan sus necesidades de cuidado y de afecto, pues una persona en estado vegetal no pierde su cualidad de ser humano pero si su calidad de vida y es “obligación moral y responsabilidad” de la familia proporcionarle alimento y cuidados.

En efecto, ALE se arriesga, de continuar con los patrones de conducta que presenta hasta ahora, a integrar los elementos de la situación inconclusa de un modo *cruel e injusto*, lo cual le reforzaría su patrón disfuncional al obtener de la vida más de lo mismo, cuando es ella la que se sigue haciendo lo mismo que le hicieron sus agresores.

La tarea de ALE y de cualquier individuo en general que haya sufrido una ausencia paterna es la de despertar la agresividad funcional oculta en todo individuo, pero con la plena participación del mundo de los sentimientos y emociones. Dejar de exigir al padre externo lo que no puede o no sabe dar y aprender a paternarse a sí mismo, convirtiéndose, ahora como adulto, en el padre que le hubiera gustado tener, por ejemplo, en la película “El arco” (Ki-duk, 2005), la chica vive con su padre en un bote, ella funge literalmente como el ánima de su padre, sus “dones adivinatorios” (intuición) están en función de su buena y mala suerte para zarpar, pescar, negociar, etc. Por otra parte, la chica no es capaz de tomar sus propias decisiones pues dependía de lo que “papá ordenara”. La chica se enamora y quiere formar su propia familia, su padre se lo impide de muchas

²⁹ La ganancia secundaria es una resistencia a la salud que puede afectar a la progresión y la recuperación de la enfermedad (van Egmond, 2002). La ganancia secundaria se produce cuando el individuo utiliza sus síntomas para obtener algún beneficio, como la atención y ayuda de otros, o para evitar situaciones desagradables, todo a un gran costo personal (P. Palacios, comunicación personal, febrero de 2010).

formas incluso intenta suicidarse, poco serviría fugarse, para liberarse de este incesto psicológico, pues es necesario “casarse” con su padre, es decir, hacer consciente lo que ha depositado en su padre y viceversa para asumir lo proyectado y hacerse cargo de ello.

ALE necesita integrar animus y ánima, en función de ella misma, aprendiendo a ser femenina utilizando su propia masculinidad para defender su SER mujer. Aprender a defenderse, y explorar como MUJER, utilizar su hostilidad para afrontar todo aquello que le da miedo, tristeza, flojera, vergüenza y defender sus derechos ante los demás, pero más importante aún, ante ella misma y así poder asegurarse la atención y cuidados que necesita, siendo amorosa, cuidadosa, tierna, alegre, fuerte, valiente, puntual, responsable y comprometida, principalmente poniéndose en movimiento. Encarnando a su madre y padre ideales, tratándose a ella misma amablemente, respetuosamente, justamente y cálidamente, y entonces poder serlo también en general con los demás.

ALE necesita hacer conscientes los aspectos negativos de su complejo paterno. Esto le permitiría “darse cuenta” de las cosas que se hace y que aprendió a hacerse; es decir, se trata como la trataron sus figuras parentales -en su fenomenología-: *injustamente, cruelmente, insensiblemente, descuidadamente y arrebatadamente*. También necesitará hacer conscientes las idealizaciones que tiene respecto sus figuras parentales para que humanamente, dentro de lo posible, pueda asumir las características que les atribuye, o sea, ser su propio padre y madre, aprendiendo a ser *prudente, respetuosa, amable y cariñosa* consigo misma, para brindarse el soporte, el apoyo, la estructura y la seguridad que necesita, equilibrando los aspectos femeninos y masculinos y, así, a su vez transformar el complejo paterno negativo aprendiendo a poner y ponerse límites, ordenándose y responsabilizándose de sí misma. De este modo se daría un sentido a la enfermedad, a su escoliosis idiopática, el estar desviada, torcida y recargada hacia un solo lado (el derecho, masculino), y muy probablemente detener el avance de su enfermedad sin la intervención necesaria de remedios alópatas.

Como recordamos desde la teoría Gestáltica, la vida se compone de ciclos de contacto, de gestalten, por medio de los cuales el individuo satisface sus diferentes necesidades, desde las biológicas hasta las sociales y emocionales, así mismo cuando la formación y satisfacción de las gestalten están bloqueadas, cuando las necesidades no son reconocidas y expresadas, el organismo sufre un trastorno. Y esas gestalten no resueltas forman gestalten incompletas que exigen atención e impiden la formación de nuevas gestalten, una de las maneras de exigir atención serían las enfermedades; estas gestalten incompletas son también llamadas situaciones inconclusas (Castanedo, 1997).

En el caso de ALE, la situación inconclusa se puede conceptualizar de la siguiente manera:

Permitirse experimentar emociones positivas como el amor, ternura, alegría. Ser divertida, sensible, inteligente, un poco loca, espontánea, ponerse en movimiento, ver lo positivo de las calamidades. Besarse, acariciarse, apreciarse, admirarse, reconocerse. Ser afectuosa, natural, expresiva, alerta no a la defensiva, responsable, fuerte, valiente, segura, sabia, amable, cálida, abierta, sencilla. Comprometerse, ilusionarse, distanciarse, buscar su privacidad, armonía. Proporcionarse, respetarse, perseverar y ser astuta. Socializar, administrarse. Descansar y llegar a tiempo.

Versus

Relegar y menospreciar emociones por vergüenza, actuar, ser racional, carente de vida, infantil, injusta, triste, cerrada, salvaje, violenta, frágil, inútil, preocuparse de más, ser voluble, incapaz de explorar, arrebatada, impuntual, irrespetuosa, cruel, insensible, descuidada, desconsiderada, hiriente, desparpajada, árida, insegura, evasiva, improductiva, rebelde. Seguir cubriendo y tapando lo femenino y frustrándose continuamente. No avanzar, no salir para no exponerse a críticas, maltratándose, deprimiéndose. Permitir que la sigan enredando, retorciendo y paralizando y eso le genere odio y rencor.

Cuadro conceptual de la situación inconclusa				
Dinámicas	Arquetipos	Inventarios	Fenomenología	Polaridades Sombra versus Máscara
Emoción que evita	Color (ánima/madre) Animal (animus/padre) Planta (anima/animus) Consejos (self) 20's (yo)	Inventario Fobias: (perder el ritmo cardíaco, Perspectiva de ser operado). Historia Clínica: ¿Qué sensaciones físicas son placenteras? "suavidad (caricias) y calidez (abrazos)". Inventario Síndrome Disfórico: "estoy menos interesada en otras personas de lo que era usual" Inventario Ideas y Creencias: Combinación: 8 baja, 2 alta, combinación: 1 baja, 2 alta. Afirmatividad: A=25%>R=22% MMPI: 4 alta, 5 alta y 9 alta.	Color (rosa mexicano): Emociones positivas, movimiento, ondeo, textura de seda. Animal (Martí la cebra): Divertida, loca, ver lo positivo de las calamidades. Planta (tulipán naranja): Tallo notablemente fuerte de un verde intenso, besado por los rayos, acariciado por brisa. Consejos: se más natural, no te cierres al amor, parecer o ser frágil no es malo. 20's: pensar que me he pasado evitando dichas emociones me hizo sentir mucho vergüenza.	Amor vs. Odio Confianza vs. Desconfianza Ternura vs. Violenta Compasión vs. Insensible Espontánea vs. Racional Divertida vs. Cerrada Positiva vs. Insegura Besar/Acariciar vs. Cursi/Vulnerable
Ciudades, Carros, Gobiernos y Chóferes.	Cuidad Ideal (ánima positiva/ madre positiva) Peor Ciudad (ánima negativa/ madre negativa) Carro Ideal (ánima positiva/madre	Inventario Fobias: ser importunado/ ser responsabilizado para tomar decisiones. Historia Clínica: una madre debería (cuidar, papachar y	Cuidad ideal (distanciados para tener armonía y privacidad, se llevan muy bien... este lugar es propicio para relajarse). Peor Cuidad	Azul opaco vs. Rosa brillante Oxidado vs. Deportivo Roto vs. Suave Sucio vs. Estilo clásico Mucho ruido vs. Equipo moderno vs.

	<p>positiva) Peor Carro (ánima negativa/ madre negativa) Gobierno Ideal (animus positivo/ padre positivo) Peor gobierno (animus negativo/ padre negativo) Chofer Ideal (animus positivo/ padre positivo) Peor Chofer (animus negativo/ padre negativo) 20's (yo)</p>	<p>comprender). Un padre debería (proteger, alentar y apoyar). Inventario Síndrome Disfórico: me siento triste o melancólica. Inventario Ideas y Creencias: 4 alta, 6 alta, 9 alta. Afirmatividad: Cuadrante I 56% Cuadrante IV 44% MMPI: 8 alta, k alta y 7 baja.</p>	<p>(mucho desierto, todo en color gris y negro, carente de vida, improvisado). Carro ideal (rosa brillante, deportivo, elegante, estilo clásico, equipo de sonido moderno, toldo abatible). Peor Carro (azul opaco, sucio, roto, con resortes por todas partes, oxidado, hacia mucho ruido). Gobierno Ideal (Reina y Rey, buen aspecto, ropa impecable, seguridad, sabiduría, bondad, socializar, resguardar, administrar, proporcionar). Peor gobierno (hijos de la chingada, favorece a unos cuantos, hundido en la desesperación, lucha sin sentido). Chofer Ideal (maneja con suavidad, fue respetuosa de los señalamientos, me hizo sentir segura y feliz). Peor Chofer (se</p>	<p>Insegura vs. Segura Enfadada vs. Feliz Favorecer unos cuantos vs. Administrar Desesperación vs. Resguardar Resintió vs. Bondad No empático vs. Socializar Cruel/ insensible vs. Sabiduría.</p>
--	--	--	--	---

			avienta en el carro, no respeta, no fue empático, camino de piedras, se resintió mi columna, me sentí insegura y enfadada).	
Héroe	Bosque (inconsciente) Héroe (animus) Dones y Armas (sombra positiva) Cueva (anima negativa/ madre negativa) Fuerzas del mal (complejo materno) Rescate (self) Bosque nuevo (yo)	Inventario Fobias: ver aguas profundas. Historia Clínica: de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos (salir de casa con mucha anticipación pero no siempre lo logro) Síndrome Disfórico: me canso más fácilmente que antes. Inventario Ideas y Creencias: 10 alta, 1 baja Afirmatividad: Cuadrante I MMPI: 6 alta, 9 alta, 0 baja.	Lado izquierdo sombrío, derecho luminoso, vestido blanco, largo y tejido, armadura medieval cota, perseverancia, astucia, espada Excalibur, rojo ladrillo, ramas que se retorcían, se enredaban en el pie y no avanzabas, estar rápido, rodó y logró salir, huevo verde jade de cristal, beso, se diluyo conmigo, traspasan a otro nivel, mucho calor en el pecho, luminoso, casa blanca y riachuelo.	Sombrío izquierdo vs. Derecho luminoso Espada Excalibur vs. Trenzadas/ cota/tejido Astucia y Perseverancia vs. Ramas retorcidas/ enredadas en el pie Verde jade vs. Rojo ladrillo Traspasar a otro nivel vs. No avanzar
Antivalor	Volubilidad (sombra negativa/ sombra positiva) Insectos voladores (abejas) (sombra negativa/ sombra	Inventario Fobias: Insectos voladores. Historia Clínica: Si no tuviera miedo de ser yo misma "probablemente sería más libre". Inventario Ideas y Creencias: 4	Insectos voladores gobernaban, fea costumbre de cambiar las reglas, muy volubles, no voladores temían muchísimo, permitido, prohibido,	Prohibido vs. Permitido No volador vs. Volador Paralizar vs. Mover Perder el movimiento vs. Hacer lo que sea Oruga vs. Mariposa.

	positiva)	alta, 3 alta. Inventario Afirmatividad: T= 47% MMPI: 6 alta, 5 alta, 3 baja.	paralizar, en vegetal, sobresalto, injusto gobierno, castigaba cruelmente, aguijoneando, volublemente se le ocurrió que no estaba permitido, incapaz de moverse oruga, correr el riesgo de hacer lo que sea y ser aguijoneado o perder el movimiento y convertirse en vegetal, mariposa.	
--	-----------	---	--	--

CONCLUSIONES

Si bien el caso estudiado en este trabajo se refiere a una sola persona, existen datos que podrían ser generalizados respecto a la escoliosis idiopática, debido a la naturaleza de la misma.

Se podría empezar hablando de una desestructuración psicológica en las pacientes con Escoliosis Idiopática, al ser este un padecimiento musculoesquelético que afecta a la columna, estructura y soporte principal del cuerpo, que como tal, se presenta, cuando se la detecta, torciendo o deformando la columna vertebral. Claro está, que la manera de ser deformadas y deformadoras o de estar desestructuradas o desestructurar, cambiará de mujer a mujer (en función de cómo fue la relación padre-hija y al explorar en su historia de vida cómo se ha “equilibrado” su lado femenino y masculino), así como la reacción ante dicha situación, es decir, aunque podemos pensar en una mala integración de la hostilidad, por el hecho de no poder poner límites y orden (soporte) claros a los demás y a ella misma, y por ende, no defender sus derechos, ni respetar lo que siente ni expresar lo que verdaderamente es y tolerar excesivamente a los demás, el cómo se exprese esta mala integración de la hostilidad será diferente en cada caso. Aunque si la paciente padece ya de escoliosis idiopática lo más lógico sería pensar en una expresión pasivo-agresiva y autopunitiva (inconsciente) de la hostilidad a través de la somatización (recordando que desde la visión holista-transpersonal toda enfermedad tienen un concomitante psicológico y que lo que no es atendido en este plano se desplaza a lo corporal). Además de la canalización somática, como manera de expresar la hostilidad, dicho padecimiento físico también indica una depresión leve o distimia³⁰, debido a un deficiente

³⁰ La depresión leve, también llamada distimia (del griego clásico *δυσθυμία* "mal humor") o depresión neurótica, es considerada un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico en el cual los estados de ánimo de una persona están regularmente bajos, es decir, baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. Los síntomas no son tan graves como con la depresión mayor. Se desconoce la causa exacta de la distimia. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas (Brody, 1995). Ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres y afecta hasta un 5% de la población en general. Muchas personas con distimia tienen un problema de salud crónico u otro trastorno de salud mental como

manejo de las emociones y problemas para resolver y enfrentar los conflictos de la vida diaria.

De lo anterior se podría deducir que el animus de las pacientes con escoliosis idiopática no ha sido propiamente integrado y que esto podría deberse a varios factores, de los cuales el más probable sea el papel periférico del padre faltante y la inversión de roles dentro de la familia.

Al ser ésta, la escoliosis idiopática, una condición que ataca generalmente la columna vertebral –vértebras y músculos que la rodean, así como efectos colaterales en otros órganos como el corazón-, se pueden intuir también a groso modo problemas con la identidad del ser mujer, que probablemente provengan de una mala relación con la madre, que no supo dar un sano ejemplo de un ánima bien integrada, relacionado también a la inversión de roles que podría presentarse, en donde la mujer dentro y fuera de casa adopta cada vez más responsabilidades y papeles que en el pasado solían corresponder a los hombres. Es decir, el hecho de que la mujer tenga una profesión y trabaje no implica necesariamente que tenga que llevar ella sola el control del hogar e intentar ser padre y madre al mismo tiempo, pues fracasará, y terminará convirtiéndose en una madre deformadora (“torcida”), posesiva e invasora, dejando insatisfechas las necesidades de afecto-dependencia de la hija mientras crece. Un mal ejemplo de ánima también influirá en el reconocimiento y manejo de las emociones que, como ya se planteó, suele ser uno de los problemas en éstas pacientes, pues cuando se da una inversión de roles suele existir un conflicto entre lo intelectual y lo emocional, con una marcada tendencia hacia la intelectualización o racionalización, lo que podría configurar personalidades superyoicas (en base al que dirán y dar una buena imagen) o bien evasivas (por tanta idealización e ilusión de control).

Si bien la paciente con escoliosis idiopática, ha sufrido carencias y limitaciones en cuanto a su desarrollo emocional, cognitivo, físico y espiritual, todo eso que la

ansiedad, alcoholismo o drogadicción. Aproximadamente la mitad de las personas con distimia tendrán un episodio de depresión mayor en algún momento de sus vidas. El aislamiento y alguna afección física son factores que también influyen en el desarrollo de la distimia (Merrill, 2010).

estructura como individuo, al no poder experimentar dentro del núcleo familiar una vida con figuras parentales capaces de proporcionar ejemplos adecuados de un ánima y animus sanos, dentro y fuera de cada persona, la paciente suele ser ya una mujer adulta, quien probablemente se limite a ella misma, conservando el patrón de la infancia al introyectar al agresor, y que ahora deberá responsabilizarse por su vida y acciones, otorgándose todo aquello que le hizo falta para entonces poder integrar poco a poco aquellos aspectos de su sombra que necesita para seguir creciendo, y así entender que necesitará su animus (instinto de muerte y destrucción: Thanatos; que no es otra cosa que su agresividad y valor y perseverancia, que nutren la hostilidad funcional y bien dirigida) para defenderse y apoyarse (soportarse) y su ánima (instinto de vida y amor: Eros; todo eso que cuida, expresa emociones y afectos, lo cálido, lo femenino) para cuidar de ella misma, en ausencia de necesidad de buscar afuera lo que ella misma puede y necesita darse para enderezarse y reestructurarse desde adentro (recuérdese que el paciente visto desde el enfoque holista-transpersonal, envuelve en sí mismo la problemática y la solución, “no le sobra, ni le falta nada”, sus recursos podrán estar empleados de manera disfuncional, pero una vez que es consciente de ello y se lleva a la acción necesaria “todo toma su lugar” y, entonces, se puede dar la transformación de persona (máscara, fachada) a individuo (indivisible).

ALCANCES Y LIMITACIONES

Los alcances que se considera puede tener el presente trabajo son:

- La información sustentada, respecto a lo femenino en función de lo masculino, permite describir y evidenciar la función de la figura paterna, en relación con la hija, como aspecto psicológico estructurante. También, sirve como base para investigaciones en el ámbito clínico en cuanto a la elaboración del perfil de la mujer mexicana, tomando como referencia los tipos de complejo paterno que integran la personalidad de la mujer.
- La temática abordada fomenta un acercamiento del psicólogo al uso de metáforas, libros, películas, cuentos, símbolos, dibujos, mitos, etc.; en fin, recursos proyectivos como guías en el proceso terapéutico.
- Respetando la fenomenología del paciente se puede notar lo que hace daño y lo que se necesita hacer para sanar.
- Cualquier ejercicio vivencial o instrumento psicométrico que sea utilizado, va a mostrar el patrón de conducta del paciente.
- Mientras el paciente siga actuando de la misma manera, alimentando a sus ganancias secundarias y sus costos, no podrá trascenderlas.
- Los hallazgos encontrados en esta investigación apoyan y enriquecen el enfoque holista-transpersonal.
- Desde la visión holista-transpersonal es imposible evaluar sin intervenir e intervenir sin evaluar.
- Al conocer conceptos de la teoría junguiana como: arquetipo, complejo, Yo, Sombra, Máscara o Persona, Ánima, Ánimus, etc., permite al psicólogo entender y abordar el estado en el cual se encuentra el paciente para trabajar terapéuticamente con éste, de manera vivencial. Es decir, los arquetipos son un elemento teórico de corte espiritual que facilita al psicólogo un conocimiento para entender y comprender la personalidad del individuo, puesto que integran un análisis a nivel individual y colectivo. Complementándoles, se encuentran los complejos como auxiliares en el entendimiento de la idea que se ha construido el individuo de su realidad y por lo tanto del proceso que está viviendo. Y los elementos que conforman

la estructura de la psique (conciente, inconciente personal y colectivo) nos auxilian en el entendimiento de la personalidad de la personalidad del ser humano.

Algunas limitaciones que podrían plantearse para el presente trabajo son:

- Una de las limitantes de nuestra formación como profesionales es que se nos enseña con demasiada frecuencia a dar explicaciones lineales, de tipo causa-efecto; que se nos educa con la idea de “es o no es”, de que tiene que ser visible, tangible el problema para poder atacarlo y “curarlo”. Sin embargo, al estudiar la visión holística-transpersonal de la realidad se puede observar las partes, como parte del todo, y después comprender el todo, incluyendo sus manifestaciones particulares.
- Por otra parte, una limitante de esta investigación es que la problemática de la tesis únicamente se abordó desde una perspectiva clínica, pudiéndose así plantear en otras áreas en las que puede ser analizada como lo es en el ámbito educativo, social y laboral, para generar un mayor impacto de la problemática estudiada.
- Dado que en la presente investigación no se abordó a sujetos de ambos sexos, se desconocen los efectos de la relación padre hijo en la estructuración del paciente varón con escoliosis idiopática.
- También, al centrar la investigación únicamente en la relación padre-hija, se desconoce los efectos de la relación madre-hija en pacientes con escoliosis idiopática.
- No se considero la aplicación de un pre-test y un post-test para hacer una comparación entre los datos obtenidos, por lo tanto se recomienda utilizarlo en futuras investigaciones con la finalidad de evaluar los efectos terapéuticos obtenidos en el trabajo de intervención desde el enfoque holista-transpersonal.
- Al desarrollar esta tesis, se encontró que el enfoque junguiano tiene poca difusión en las facultades de psicología de la UNAM, ya que no es fácil encontrar libros, trabajos o investigaciones al respecto, principalmente porque es un tema al que se da poca relevancia en México, motivo por el

cual no se integraron a la presente tesis investigaciones de otras universidades.

Por lo anterior, como propuesta, se sugiere:

- Que se incluya la visión holista-transpersonal en la formación del futuro psicólogo. Mediante la realización de este trabajo, nos dimos cuenta que la escuela carece de una integración en cuanto a las materias abordadas, las cuales no son relacionadas mutuamente para un mejor aprendizaje como profesional. Se necesita de estudios complementarios fuera de la escuela para aprender a abordar las enfermedades y problemáticas del individuo de una manera integral.
- Que se observe que, si bien, dentro de las enfermedades físicas hay obviamente una cuestión fisiológica también hay un factor psicológico.
- El que se consideren más aspectos de la enfermedad, como son el psicológico, permite una inclusión más amplia en el campo laboral para el psicólogo, pues, al complementar y enriquecer la atención de enfermedades, en donde anteriormente sólo el médico participaba, el psicólogo aumenta su inclusión en el tratamiento de una enfermedad, al atender desde una perspectiva holista-transpersonal, que los fármacos si bien no son indispensables tampoco son muy necesarios.
- Insistir en un enfoque que permita al paciente asumir un rol activo desde la detección hasta la intervención-tratamiento de su padecimiento. Al tiempo, que es importante fomentar en el psicólogo, en su condición de ser humano, una educación integral, holista-transpersonal, que le permita construir a través de su propio autoconocimiento un proceso de enseñanza-aprendizaje que sea significativo a lo largo de su vida.
- Se considera de vital importancia, para el psicólogo, tener un conocimiento con respecto a toda la herencia espiritual, cultural y social de la evolución de la humanidad, ya que están llenos de símbolos, arquetipos, etc.; que pueden ser usados en el trabajo terapéutico mediante el uso del lenguaje metafórico como modelos de comportamiento y de posible transformación.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

- Abrams, J. (2008). *Recuperar el niño interior*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Almendro, M. (1998). *Consciencia Transpersonal*. España: Kairós.
- Álvarez, J. (2003). *Hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paídos.
- Álvarez, J. y Gayou, J. (2004). *Como hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidos.
- Bartol, C, y Bartol, A. (2004). *Introduction of forensic psychology*. London: SAGE.
- Baumgarder, P. (2006). *Terapia Gestalt. Teoría y práctica*. México: Pax México.
- Bech, J. (2001). *De Husserl a Heidegger: la transformación del pensamiento fenomenológico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bisquerra, A. (2004). *Métodos de investigación educativa: guía práctica*. Barcelona: CEAC.
- Bly, R. (1992). *Hombres de hierro. Los ritos de iniciación masculina del nuevo hombre*. México: Planeta.
- Bodgan, R. y Taylor, S. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidos.
- Borja, G. (2004). *La locura lo cura. Un manifiesto psicoterapéutico* (3ª ed.). México: Cuatro Vientos Editorial.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. España: Paidós.
- Bradshaw, J. (2006). *Volver a la niñez. Cómo recobrar y vivir con su niño interior*. México: Selector.
- Brenner, C. (1977). *Elementos fundamentales de psicoanálisis*. Argentina: Editorial Libros Básicos S. C. A.
- Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. España: Herder.

- Capra, F. (1982). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona: Integral ediciones.
- Chang, L. y Molotla, N. (2008). *Un enfoque transpersonal para el estudio y comprensión de la diabetes mellitus tipo II: estudio de caso*. Tesis de licenciatura: UNAM- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Chevalier, J. y Gheerbrant, A. (2007). *Diccionario de los símbolos*. España Herder.
- Cooper, J. (2004). *Diccionario de símbolos*. España: Gustavo Gili.
- Corneau, G. (1991). *Hijos del silencio. ¿Qué significa hoy la masculinidad y la paternidad?* España: Circe.
- Corneau, G. (1999). *¿Existe el amor feliz?* México: Grijalbo.
- Corres, P. (2001). *Alteridad y tiempo en el sujeto y la historia*. México: Fontamara.
- Dahlke, R. (1999). *Las etapas críticas de la vida*. Barcelona: Plaza & Janés Editores, S. A.
- Dahlke, R. (1999b). *El mensaje curativo del alma*. México: Océano
- Dartigues, A. (1989). *La fenomenología*. Barcelona: Herder.
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis Psicológica.
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (2005). *La enfermedad como camino*. México: Debolsillo.
- Downing, C. (2001). *Espejos del yo. Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestra vida*. Barcelona: Kairós.
- Ellenberg, H. (1970). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Editorial Gredos.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. México: Paidós.
- Ferguson, M. (1994). *La conspiración de acuario*. España: Biblioteca Fundamental Año Cero.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica (20ª ed.)*. México: Siglo veintiuno editores.

- Frick, E. (2000). *Curar por la herida. Sobre el psicoanálisis del arquetipo de la curación*. Argentina: Lumen.
- Fitzgerald, R. (2004). *Ortopedia* (2ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gambrill, E. y Richey, C. (1975). *An assertion inventory for use in assessment and research*. Behavior Therapy.
- Ginge, S. (2005). *Gestalt el arte del contacto. Una perspectiva optimista del comportamiento humano*. México: Oceano.
- Grad, M. (2004). *La princesa que creía en los cuentos de hadas*. (42ª ed.). España: Ediciones Obelisco.
- Grecco, E. (1995). *Volver a jung*. Argentina: Ediciones Continente.
- Hillman, J. (1999). *Re-imaginar la psicología*. España: Siruela.
- Jacobi, J. (1983). *Complejo Arquetipo y símbolo*. En la psicología de C. G. Jung. México: Fondo de Cultura Económica.
- Johnson R. (1997). *El rey pescador y la doncella sin manos. Análisis de la función del sentimiento herido en la psicología masculina y femenina*. España: Ediciones Obelisco.
- Johnson, R. (1998). *We. Para comprender la psicología del amor romántico*. Argentina: Era Naciente.
- Jung, C. (1976). *Problemas psíquicos del mundo actual*. Venezuela: Monte Avila Editores, C. A.
- Jung, C. (1979). *Los complejos y el inconsciente*. España: Alianza Editorial.
- Jung, C. (1982a). *Energética psíquica y esencia del sueño*. México: Paidós.
- Jung, C. (1982b). *Psicología y simbólica del arquetipo*. España: Paidós.
- Jung, C. (1982c). *Conflictos del alma infantil*. Barcelona: Paidós.
- Jung, C. (1988). *Sincronicidad*. España: Sirio.
- Jung, C. (1990). *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. México: Paidós.
- Jung, C. (1997). *Realidad del alma*. Argentina: Losada.
- Jung, C. (2002). *El hombre y sus símbolos*. (7ª ed.). España: Biblioteca Universal.
- Jung, C. (2003). *La interpretación de la naturaleza y la psique*. España: Paidós.

- Kepner, J. (2000). *Proceso corporal. Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.
- Latner, J. (1996). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Lazarus, A. (1984). *Terapia multimodal*. México: Editorial McGraw Hill.
- Leblanc, E. (1998). *Psicoanálisis junguiano*. España: Gaia Ediciones.
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en Psicología y educación*. 3ª ed. España: Mac Graw Hill.
- López, A. (1999). *Fundamentos de ortopedia y traumatología*. Barcelona: Masson, S. A.
- Lowen, A. (2006). *Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente*. México: Editorial Diana.
- Melchor, A. y Prado, D. (2009). *Visión holística del patrón esquizofrénico. Estudio de caso*. Tesis de licenciatura. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Miller, A. (1985). *El drama del niño dotado. En busca del verdadero yo*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Miranda, K. y Onofre, M. (2010). *El complejo materno y el apego ansioso como factores estructurantes del aspecto femenino*. Tesis de licenciatura. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Murdock, M. (1991). *Ser mujer: Un viaje heroico*. España: Gaia Ediciones.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateorico*. Chile: Cuatro Vientos.
- Nasio, J. (2004). *Los gritos del cuerpo*. México: Paidós.
- Nava, M. (2000). *Del psicoanálisis a la psicología transpersonal: el papel de la consciencia en la salud mental*. Tesis de licenciatura: UNAM-Facultad de Psicología.
- Núñez, E. (2010). *Patrón psicológico de pacientes con virus de papiloma humano. Estudio de caso*. Tesina de licenciatura. UNAM-Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

- Palacios, P. (2000) *Manual de interpretación de los auxiliares en la evaluación*. México: Ed. Centro de Desarrollo Transpersonal.
- Palacios, P. (2004). *Paradigma holístico-transpersonal*. México D. F.: Centro de Desarrollo Transpersonal.
- Palacios, P. y Morales, M. (2008). *Diplomado en terapia transpersonal*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.
- Pascal, E. (1998). *Jung para la vida cotidiana*. España: Obelisco.
- Peat, D. (2003). *Sincronicidad. Puente entre mente y materia*. Barcelona: Kairós.
- Perls, F. (1994). *Terapia Gestalt: teoría y práctica*. California: Concepto.
- Pintos, E. (1996). *Psicología Transpersonal. Consciencia y meditación*. México: Plaza y Valdez.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. España: Turner Fondo de cultura económica.
- Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona: Herder.
- Richardson, R. y Richardson, L. (1999). *Tu carácter según el orden de nacimiento. De qué manera el sexo y la posición en la familia afectan a tu personalidad y tus relaciones*. México: Ediciones Urano.
- Rivera, R. (2001). *Mi padre: soy yo misma. Cómo traslada una mujer la imagen del padre, presente o ausente, a su pareja*. México: Editorial Diana.
- Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México: Instituto Milton H. Erickson de la ciudad de México A. C.
- Rothenberg, R. (2003). *La joya en la herida. La manera en la que el cuerpo expresa las necesidades de la psique y ofrece un camino para la transformación*. México: Editorial Fata Morgana.
- Salama, H. (1992). *El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista*. México: Manual Moderno.
- Salama, H. (2001). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología*. México: Allfaomega.

- San Martín, J. (1987). *La fenomenología de Husserl como utopía de la razón*. España: Anthropos.
- Schierse, L. (2005) *La mujer herida. Cómo sanar la relación padre-hija*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Schnake, A. (2005). *Los diálogos del cuerpo. Un enfoque holístico de la salud y la enfermedad*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Sharp, D. (1997). *Lexicon Jungiano. Compendio de términos y conceptos de la psicología de Carl Gustav Jung*. México: Cuatro vientos.
- Sharp, D. (2002). *Tipos Psicológicos Jungianos*. Chile: Cuatro Vientos.
- Sheldrake, R. (1994). *El renacimiento de la naturaleza. La nueva imagen de la ciencia y de Dios*. México: Paidós.
- Shinoda, J. (2006). *El sentido de la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Skkiner, H. (1995). *Diagnóstico y tratamiento en ortopedia*. México: Manual Moderno.
- Stevens, A. (1994). *Jung o la búsqueda de la identidad*. España: Editorial Debate, S. A.
- Strauss, L. y Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures of developing grounded theory*. Estados Unidos: Sage.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. España: Paídos.
- Thompson, K. (2005). *Ser hombre*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Tres Iniciados (2006). *El Kybalion*. México: Colofon.
- Vaughan, F. (1985). *Más allá del ego. Textos de psicología transpersonal*. España: Kairos.
- Vázquez, A. (1981). *Psicología de la personalidad en C. G. Jung*. España: Sígueme.
- Winnicott, D. (2000). *Realidad y juego*. España: Gedisa.
- Zinker, J. (2006). *El proceso creativo en terapia gestáltica*. México: Paidós.
- Zweig, C. & ABRAMS, J. (2004). *Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana*. Barcelona: Kairós.

Referencias electrónicas

- Brody, J. (1995). Help awaits those who live with sadness. Disponible en red: <http://news.google.com/newspapers?id=NeopAAAAIBAJ&sjid=YdMEAAAAIBAJ&dq=dr-james-kocsis&pg=2251%2C6530609> consultado el 09 de Octubre de 2011.
- Cantero, A. (2007). *Descripcion de la escoliosis, cifosis, lordosis, enfermedades del tronco.* Disponible en <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEAppZpZkkmwxuigNP.php> recuperado el 23 de febrero de 2011.
- Cordero, J. (2009). *Columna vertebral.* Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/columna-vertebral/columna-vertebral.shtml> recuperado el 07 de febrero de 2011.
- De la Cruz, H. (2001). *Eficacia de las corrientes interferenciales para la mejoría de la angulación en niños mexicanos con escoliosis idiopática atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.* Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación: Volumen 13, No. 2. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2001/mf012b.pdf> recuperado el 24 de febrero de 2011.
- Diccionario de la Lengua Española. 22^a edición. Disponible en red: <http://buscon.rae.es/drael/> el recuperado el 18de marzo de 2011.
- Fernández, P. y Pértigas, S. (2002). Investigación cualitativa y cuantitativa. Disponible en red: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp consultado el 13 de agosto de 2011.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Disponible en red: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80002905> consultado el 15 de agosto de 2011.
- Hernández, M. (2002). *Insight, darse cuenta y awareness.* Disponible en red: www.mundogestalt.com consultado el 20 de abril de 2011.

- Merrill, D. (2010). Distimia. Disponible en red: http://www.umm.edu/esp_ency/article/000918.htm consultado el 13 de Octubre de 2011.
- Miot, D. (2004). *Escoliosis idiopática. Breve recuento de la patología y diagnóstico*. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos27/escoliosis-idiopatica/escoliosis-idiopatica.shtml> recuperado el 22 de febrero de 2011.
- Montalvo, M. y cols. (2010). *Escoliosis idiopática del adolescente*. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2010/op101b.pdf> recuperado el 20 de febrero de 2011.
- Rodriguez, A. (2009). *Estructura compleja del Inconsciente en la Obra de C.G. Jung. Una Reflexión integrativa psicoanalítica*. Disponible en: <http://www.fundacion-jung.com.ar/forum/Laestructuracompleja.htm> consultado el 20 de abril de 2011.
- Rosales, L., García, J., Miramontes, V., Alpízar, A., Arenas, Ma. y Reyes, A. (2007). Tratamiento quirúrgico de la escoliosis. Control de evolución mínimo de 5 años. Cirugía y Cirujanos. Vol. 75. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=66275207> consultado el 03 de abril de 2012.
- Saludalia (2005). *Escoliosis*. Disponible en http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/cirugia/doc/rehabilitacion/doc/escoliosis.htm consultado el 10 de febrero de 2011.
- Simoneau, M. (2006). *Sensorial alterada mecanismos de ponderación se observa en los adolescentes con escoliosis idiopática*. Disponible en: http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1633738 consultado el 22 de febrero de 2011.
- Sosa, S. (2006). *El estudio de casos como estrategia de investigación*. Disponible en red: <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/2c.htm> consultado el 18 de agosto de 2011.
- Van Egmond (2002). *La ganancia secundaria afecta a la evolución de la terapia: comprensión insuficiente de un área*. Disponible en:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsy2002/5/294-303.pdf> consultado el 28 de agosto de 2011.

- Vera, L. (2008). *La investigación cualitativa*. Disponible en red: <http://es.scribd.com/doc/7185002/Vera-L> consultado el 20 de agosto de 2011.
- Weiss, H. (2006). *La escoliosis: una revista dedicada a la investigación multidisciplinar en la prevención, control y tratamiento de la escoliosis y otras deformidades de la columna vertebral*. Disponible en http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1459275 consultado el 11 de feb de 2011.

Referencias cinematográficas

- Bross, J., Das, S. y Hanley, C. (Productores) y Young, E. (Directora) (2009). *Verónica decide morir* [cinta cinematográfica]. EE. UU.: Wide Pictures.
- Coats, P. (Productor) y Cook, B. y Bancroft, T. (Directores) (1998). *Mulan* [cinta cinematográfica]. EE. UU.: Walt Disney Pictures.
- Conly, R. (Productor) y Greno, N. y Howard, B. (Directores) (2010). *Enredados* [cinta cinematográfica]. EE. UU.: Walt Disney Pictures.
- Hahn, D. (Productor) y Trousdale, G. y Wise, K. (Directores) (1991). *La Bella y la Bestia* [cinta cinematográfica]. EE. UU.: Walt Disney Pictures.
- Josephson, C. (Productor) y Lima, K. (Director) (2007). *Encantada* [cinta cinematográfica]. EE. UU.: Walt Disney Pictures.
- Ki-Duk, K. (Productor y Director) (2005). *El arco* [cinta cinematográfica]. Corea del Sur.
- Moskowicz, M. y Berben, O. (Productores) y Wortmann, S. (2009). *La pontifice* [cinta cinematográfica]. Alemania.
- Snyder, D. y Snyder, Z. (Productores) y Snyder, Z. (Director) (2011). *Sucker Punch: Mundo surreal* [cinta cinematográfica]. EE. UU.: Warner Bros. Productions.
- Takahashi, S. (Productor) y Takahata, I. (Director) (1975). *Heidi, la niña de los Alpes* [serie de anime]. Japón: Nipon Animation.

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: _____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre:

ALE

2.- Dirección:

Delegación: _____ C.P. _____.

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

4.- Edad: 26 años 5.- Ocupación: Orientadora

6.- Sexo: femenino 7.- Por quién fue referido: _____.

8.- Estado civil (encierre en un círculo):

a) Soltero – a

b) Separado – a

c) Comprometido – a

d) Viudo – a

e) Divorciado – a

f) Casado – a

g) Unión Libre

h) Se ha vuelto a casar? _____ ¿Cuántas veces?

9.- Tipo de Vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) SI (X) NO ()

b) ¿Quiénes la habitan? mi esposo y yo

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:
_____problemas con la puntualidad, carácter explosivo. Desde que tengo uso de razón.

b) Por favor, estime la severidad de su (s) problema (s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

1.- Levemente inquietante

2.- Moderadamente severo

3.- Muy severo

4.- Extremadamente severo

5.- Totalmente incapacitante

c) ¿Cuándo empezaron sus problemas? (de fechas si es posible)

_____ Toda mi vida he sido así, en la adolescencia se acentúa un poco más y hasta la fecha.

d) ¿ A qué atribuye sus problemas? ___Puntualidad: falta de planeación. Carácter explosivo: me frustro con facilidad, no me gusta que me nieguen las cosas.

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas _Pues solía ser una buena estudiante pero no obtuve el reconocimiento deseado y eso me frustro mucho, me volví rebelde.

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos

___Puntualidad: salir de casa con mucha anticipación pero no siempre lo logro. Carácter explosivo: Ignorando a la gente u ocupándome de otras cosas.

f) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: ___no he tomado terapia

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

a) Fecha de Nacimiento:

_____.

b) Lugar de Nacimiento:

_____.

c) Hermanos: Número de hermanos: ___1_____. Edades: 22

d) Número de hermanas: _____. Edades: _____.

e) Padre: ¿Vive? ___si_____, si es así su edad es: 47

f) Ocupación es: ___Comerciante

g) Su salud es:

___Buena_____.

¿Murió?_____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió?

_____.

h) Madre: ¿Vive? ___si_____, si es así su edad es: 47

i) . Ocupación es: ___Ama de casa

j) Su salud es:

___Buena_____.

¿Murió?_____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió?

_____.

k) Religión cuándo era niño _____ católica_____ de adulto

_____ Creyente/Practicante

l) Educación : ¿Cuál es su último grado escolar? ___Licenciatura

m) Indique sus fuertes y debilidades académicas: _____ Fuertes: Anatomía, Filosofía e Inglés Débiles: Matemáticas y Física.

n) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

- | | | |
|---------------------------------|----------------------|---|
| 1) <u>Infancia feliz</u> | 2) Mojar la cama | 3) <u>problemas emocionales y de conducta</u> |
| 4) <u>problemas escolares</u> | | 5) problemas familiares |
| 6) Fuertes creencias religiosas | | 7) Problemas médicos |
| 8) Abuso de Alcohol | 9) Infancia infeliz | 10) Tartamudez |
| 11) Problemas legales | 12) Abuso de drogas | |
| 13) Terrores nocturnos | 14) Comerse las uñas | |
| 15) Chuparse el dedo | 16) Temores o miedos | |

o) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.?

_____ Orientadora _____.

¿Cuántas horas al día? _____ 5hrs. _____ ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? _____ venta de joyería.

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

¿Cuál es su ingreso quincenal? _____ 2000 a 2500

¿Cuánto gasta a la quincena? _____ 1500 a 2000

p) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? _ahorrar para comprar una casa

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _Comprar una casa y tener otro empleo

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores Biológicos.

IV. CONDUCTA:

a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. <u>Problemas del Comer</u> | 12. <u>Problemas de sueño</u> |
| 2. Tomar drogas | 13. Correr riesgos |
| 3. Vomitar | 14. <u>Flojera</u> |
| 4. Conductas extrañas | 15. <u>Desidia</u> |
| 5. Beber en exceso | 16. <u>Reacciones impulsivas</u> |
| 6. Intentos suicidas | 17. Pérdida de Control |
| 7. Compulsiones | 18. <u>Explosiones temperamentales</u> |
| 8. Fumar | 19. Fobias, miedos o temores |
| 9. Aislamiento | 20. <u>Conducta agresiva</u> |
| 10. Tics nerviosos | 21. Llorar |

11. No conserva el trabajo

22. Otros

- b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a
Deportes, dibujo, cocina, decoración.
- c) ¿Qué le gustaría hacer más? ____Entrenar
¿Qué le gustaría hacer menos? _____Tareas domésticas.
¿Qué le gustaría comenzar a hacer? _Tomar un curso de inglés
¿Qué le gustaría dejar de hacer? _Perder el tiempo en cosas triviales.
- d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? ____si__ Si es así diga ¿ Cuáles son? _listas del súper, los pendientes del mes, etc.
- e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? _si
Si es así, ¿Cuál? ____spinning, pilates y pesas.

V. SENTIMIENTOS

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

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

- a) Enliste sus cinco miedos principales:
- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. ____mar (profundidad)_ | 4. enfermedades mentales__ |
| 2.. ____multitudes_ | 5. animales muertos._ |
| 3.__operaciones_ | |
- b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? __Cálma, ternura, amabilidad, comprensión y amor.
¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? __Odio, rencor y frustración.
- c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? ____ternura y amor.
¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? _____frustración.
- d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? __Cuando me veo acorralada
- e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado ____hacer ejercicio, tomar una ducha, dormir por las tardes.
- f) Por favor complete las siguientes frases:
- Si pudiera decir como me siento ahora, diría que: ____me desconozco, no estoy actuando como usualmente lo haría.
 - Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es ____ser una persona que le gusta aprender.
 - Una de las cosas por las que me siento culpable es ____no ser tan cariñosa o amorosa con los seres más importantes en mi vida.
 - Me siento de lo más feliz cuando ____siento que voy sincronizada con el tiempo (me salen las cosas como las planeo).

- Una de las cosas que más triste me pone es no valorar todo lo que tengo.
- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo probablemente sería más libre.
- Me enojo muchísimo cuando me inculpan por algo que no hice o deciden por mi o bien me dicen que “no” sin un porqué.

VI. SENSACIONES FÍSICAS

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

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Mareo | 2. <u>Dolores de Cabeza</u> |
| 3. Palpitaciones | 4. Espasmos Musculares |
| 5. Tensión Muscular | 6. Breves Desmayos |
| 7. Escuchar cosas | 8. Ojos llorosos |
| 9. Ruborización | 10. Problemas de la piel |
| 11. Boca seca | 12. Incapaz de relajarse |
| 13. <u>Problemas Intestinales</u> | 14. Hormigueo |
| 15. Entumecimiento | 16. <u>Malestar estomacal</u> |
| 17. Tics | 18. Fatiga |
| 19. <u>Dolor de espalda</u> | 20. Temblores |
| 21. Dolores de Pecho | 22. Disgusto al ser tocado |
| 23. Pérdida de la conciencia | 24. Sudoración excesiva |
| 25. Problemas visuales | 26. Problemas de audición |
| 27. Activado o con energía | 28. relajado |
| 29. Descansado | 30. Otras |

b) Historia menstrual

Edad al primer período 13 años. ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? Estaba informada.

¿Es usted regular? si fecha del último período 13 de septiembre duración 3 a 4 días ¿Padece de malestares? si ¿Cuáles? cólicos
¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? de vez en cuando

si es así, explique estoy más irritable que de costumbre

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? suavidad (caricias) y calidez (abrazos o estar abrigada).

¿Cuáles displacenteras? sentirme apretada o la ropa áspera.

c) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	gritar / pegar _____	apretar los puños y mandíbula
-alegría	<u>reír/ cantar/ abrazar</u> _____	<u>sonriente, ojos brillosos</u>
-tristeza	<u>sin hablar/ llorar</u> _____	<u>mirada perdida</u>
-ansiedad	<u>sin dormir/ sin comer</u> _____	<u>movimientos exagerados</u>

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

a) **Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.**

1. Imágenes sexuales placenteras
 2. Imágenes de infancia infeliz
 3. Imágenes de desesperanza
 4. Imágenes agresivas
 5. Imágenes de ser lastimado
 6. Imágenes no enfrentando problemas
 7. Imágenes de aliento exitoso
 8. Imágenes sexuales displacenteras
 9. Imágenes de soledad
 10. Imágenes de seducción
 11. Imágenes de ser amado
 12. Imágenes hiriendo a otros
 13. Imágenes que va cayendo
 14. Imágenes de que es atrapado
 15. Imágenes en que se burlan de uno
 16. Imágenes perdiendo el control
 17. Imágenes de ser perseguido
 18. Imágenes en que hablan de uno
 19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto
 20. Otras.
-

- b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? ____no hay una imagen específica son muchos recuerdos viejos y recientes.
- c) Describa la imagen o fantasía más placentera ____refugiarme en una cabaña apartada de toda la gente, sólo mi esposo y yo.
- d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro __en medio de un campo, tendida sobre el pasto.
- e) Describa los sueños más frecuentes ____de contenido sexual o bien relacionados con el dinero o el trabajo.
- f) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas?__no mucho, un promedio de 5 veces al año.

Descríbalas __matando a alguien o participando en rituales satánicos.

g) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? __poco.

¿En qué? ____teniendo una mejor situación económica.

VIII. PENSAMIENTOS

- a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

Ae : 1. Soy un don nadie

Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad

D : 1. La vida es vacía

D : 2. No hay nada que valga la pena

D : 3. La vida es un desperdicio

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

Ac1. ambicioso

Ac2. ingenuo

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Ac3. sin valor | Ac4. valioso |
| Ac5. perseverante | Ai6. poco atractivo (imagen corporal) |
| Ac7. lleno de penas | Ac8. no puedo hacer nada bien |
| Ac9. malo | Ac10. <u>leal</u> |
| D11. desesperanzado | O12. culpable |
| Ac13. <u>confuso</u> | Ac14. optimista |
| Ac15. considerado | O16. celoso |
| O17. sin amor | Ac18. <u>bueno para el trabajo</u> |
| AI19. atractivo | O20. conflictuado |
| Ac21. con problemas de memoria | AC22. confiable |
| O23. envidioso | Ac24. ideas suicidas |
| Ai. 25 feo (imagen corporal) | Ac26. <u>inteligente</u> |
| Ac27. <u>loco</u>
decisiones | Ac28. con problemas para tomar |
| Ac 29. inútil | Ac30. con buen sentido del humor |
| O31. <u>con pensamientos horribles</u> | Ac32. honesto |
| Ac33. degenerado | Ac34. sensible |
| Ac35. con problemas de concentración | Ac36. seguro |
| Ac37. estúpido | Ac38. indeseable |
| Ac39. incompetente | Ac40. inadecuado |
| Ac41. desviado | Ac42. cometo muchos errores |

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? Tener una gemela o que hay dos como yo.

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

e) **Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar, de acuerdo a la siguiente escala**

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

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

Expectativas:

a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? __un espacio dedicado a explorar una historia de vida y transformarla funcionalmente.

- b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? trascenderme
- c) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes?
éticamente
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? el tiempo que sea necesario.
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? respetuoso, confiable, abierto, sensible, inteligente, tolerante y paciente.
- f) Complete las siguientes frases:
- Soy una persona que creo firmemente en lo que hace.
 - Toda mi vida he tomado sólo lo que creo conveniente.
 - Desde que yo era niño-a quise ser una mujer capaz y segura.
 - Es difícil para mí admitir que soy desidiosa, impuntual y agresiva.
 - Una de las cosas que no puedo perdonar es la volubilidad.
 - Una ventaja de tener problemas es aprender de éstos.
 - Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es disciplinarme.

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

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

- b) Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) Es amable, sobreprotector, desidioso, pasivo, tolerante y desprendido. Me educó para ser competitiva, fuerte e inteligente pero hasta cierto punto fría, analítica, agresiva y poco tolerante.
- c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) Es obsesiva con el orden y la limpieza, es muy exigente, poco afectuosa. Me educó para ser ordenada, limpia y responsable, si cumplía con esto garantizaba mi tranquilidad, de no cumplir la tenía todo el tiempo encima de mi.
- d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? si.
¿ desde qué edad? desde los 8 o 9 años.
- d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? no
- d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? si.
¿ desde qué edad? desde los 8 o 9 años.
- d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? sin salir a jugar y a veces con golpes.
¿por quién? por mamá casi siempre, muy rara vez por papá.
- e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos mis papás se llevaban bien aunque si discutían frecuentemente, mi hermano y yo si nos entendíamos muy pocas veces peleamos, entre mis padres, hermano y yo hubo respeto.

- f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? ___si
g) ¿Sus padres lo comprendieron? ___no siempre.
h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? ___si.
i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar
-

j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus matrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)?

k)¿ Quién es la persona más importante en su vida? ___mi esposo y mi sobrino.

2. Amistades

- a) ¿hace amigos fácilmente? ___no, ¿conserva la amistad? _si.
b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? _si.
c) ¿Cuándo u en qué circunstancias? no fui capaz de confiar en otros niños porque robaban mis cosas en el Zinder y yo tuve que defenderme, desarrollé una conducta muy agresiva.
d) Describa cualquier relación que le proporcione:
- Alegría ___ser esposa, tía, amiga, prima, hija y orientadora.
- Molestia ___tener roces con mi familia política.
e) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)
1. Muy relajado
2. Relativamente comfortable
3. Relativamente incómodo
4. Muy ansioso
f) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? ___directa si, adecuada no siempre, a veces soy hiriente y desconsiderada. Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación ___tías y primos políticos.
g) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? _si
h) ¿ Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? ___si
- ## 3. Matrimonio o relaciones de pareja
- a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?
___alrededor de 8 años.

- b) ¿Hace cuanto que están juntos? 10 años
- c) ¿Qué edad tiene su pareja? 27
- d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? Estudiante
- e) Describa la personalidad de su pareja responsable, exigente, nobles sentimientos, inteligente, dedicado, enojón, perseverante, terco, leal, detallista.

f) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:

- 1. incompatible
- 2. poco compatible
- 3. regularmente compatible
- 4. compatible
- 5. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	<u>5</u>
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5
C) ACTIVIDADES SOCIALES			1	2	<u>3</u> 4
D) DINERO	1	2	3	<u>4</u>	5
E) COMUNICACIÓN	1	2	<u>3</u>	4	5
F) SEXO	1	2	3	<u>4</u>	5
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL		1	2	3	4
H) INDEPENDENCIA PERSONAL			1	2	<u>3</u> 4
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA			1	2	<u>3</u> 4
J) FELICIDAD GENERAL			1	2	3 4

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

- g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? llevamos una relación de mucho respeto.

h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

_____, si es así indique cuál

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

1. Relaciones sexuales

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

PADRE ___muy abierto, podemos hablar de sexo como hablar de revistas, deportes, programas, etc.

MADRE ___abierta, con algunos tabúes, defiende fuertemente sus opiniones sobre virginidad, homosexualidad o diferentes prácticas sexuales.

f) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? ___si para orientarnos a mi hermano y a mí.

g) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? ___a los 8 o 9 años en la escuela y casa.

h) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? _a los 13 o 14 años.

i) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? ___no o ¿en relación a la masturbación? __tampoco, lo veo como algo natural. si es así, por favor explíquelo

j) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales?

k) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual ___

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

2. Otras relaciones

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

Si es así, por favor descríballo

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es __devaluando lo que hago.
- Puedo fastidiar a alguien a través de __críticas hirientes o ignorándoles.
- Una madre debería __cuidar, papachar y comprender.
- Un padre debería ____proteger, alentar y apoyar.
- Un verdadero amigo debería __escuchar y aconsejar.

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

Su pareja __desidiosa, enojona, impuntual, inteligente, agresiva, arriesgada, exigente.

Su mejor amigo (a) __inteligente, capaz, fuerte, segura, atrevida, enojona y comprensiva.

Alguien que no lo quiera a Ud. __arrogante, presumida, fría, cruel, terca y antisocial.

e) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo

X. FACTORES BIOLÓGICOS

- a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo __padezco de escoliosis idiopática por lo que pudiera desencadenar algún tipo de parálisis o por rotación de discos pérdida de la sensibilidad.
- b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico ____paracetamol y penicilina.
- c) ¿Come en forma balanceada? ____procuro hacerlo, aunque no siempre se puede.
- d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? __ejercicio.
- e) ¿Practica alguna actividad relajante? ____sí.
- f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia?

____spinning, pesas y pilates.

g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? ____no.

h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor ____

i) ¿Cuántas horas de sueño tiene? __de 6 a 7 hrs.

j) **Elija cualquiera e las situaciones que se apliques a Ud.. tachando en la columna correspondiente:**

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana	X			
2. tranquilizantes		X		
3. sedantes	X			
4. aspirina			X	
5. cocaína	X			
6. analgésicos			X	
7. alcohol		X		
8. café			X	
9. cigarros	X			
10. narcóticos	X			
11. estimulantes	X			
12. alucinógenos	X			
13. diarrea		X		
14. constipación		X		
15. alergias		X		
16. presión alta		X		
17. presión baja		X		
18. problemas cardiacos		X		
19. náuseas		X		
20. vómitos		X		
21. dolores de cabeza			X	
22. dolores de espalda				X
23. no poderse dormir			X	
24. despertarse temprano		X		
25. despertar durante la noche			X	
26. problemas de piel		X		
27. poco apetito		X		

28. comer en exceso			X	
29. comer porquerías		X		

k) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, ESPECIFIQUE CON UNA **P** SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA **M** SI ES MATERNA.

- | | |
|---|--|
| 1. Problemas de tiroides | 8. problemas gastrointestinales M y P |
| 2. problemas renales | 9. alcoholismo M y P |
| 3. asma P | 10. problemas de próstata M |
| 4. enfermedades neurológicas | 11. glaucoma |
| 5. diabetes M y P | 12. epilepsia |
| 6. cáncer | 13. dolor de cabeza |
| 7. problemas de presión M y P
alta o baja | 14. otros: |

- l) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles ____ me desmayé por falta de oxígeno.
- m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) ____ 2 veces por quistes, en el ojo izquierdo y en las encías.
- n) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido ____ accidente automovilístico dio como resultado la escoliosis idiopática.
- o) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:
- 0 - 5 ____ festejando mis tres años, la salida del kinder y la llegada de mi hermanito
- 6 - 10 ____ entrando a la primaria, mudando los dientes, jugando con mi hermano, los viajes a Veracruz y a Chihuahua.
- 11 - 15 ____ mi primer beso, la salida de 6to. Grado, el festejo de mis 15 años, las tardeadas con mis amigos de la secundaria.
- 16 - 20 ____ Ingrese al CCH, conocí al hombre que más tarde sería mi esposo, tuve mi primer encuentro sexual, viaje por primera vez si mis padres.
- 20 - 25 ____ Ingrese a la facultad, conocí a mis mejores amigos.
- 26 - 30 ____ Conocí a personas extraordinarias, concluí mi carrera, me casé, nació mi sobrinito, empecé a ejercer.
- 31 - 35

36 -
40

41 – 45

46 –
50

51 – 55

56 – 60

61 en adelante

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA:

Anexo 2

MATRIZ ASERTIVA

	Respuestas de Aproximación Social o Peticiones	Respuestas de Rechazo o Protectora	
E X T R A Y A Ñ O S S O N A L E S	4 6 9 10 14 15 17	3 5 7 11 23 24 25	
	18 19 20 21 22 26	27 28 31 33 34 35 38	
	29 36 37	40	
	$\frac{9}{16}$ i_8_	$\frac{5}{15}$ i_2_	$\frac{14}{31}$
	<u>56%</u> p_5_	<u>33%</u> p_5_	<u>45%</u>
R E L. O M I N G T I M A S	2 4 6 9 10 12 14 16	1 3 5 7 8 11 13 24 27	
	17 18 19 20 21 22 26	28 31 32 33 34 35 38	
	29 30 36 37	39 40	
	$\frac{7}{19}$ i_4_	$\frac{8}{18}$ i_5_	$\frac{15}{37}$
	+_1_ p_4_	+_4_ p_5_	40%
	<u>36%</u>	<u>44%</u>	

Expresión del ser

A= 25%

i= 27%

Defensa del ser

R= 22%

p= 27%

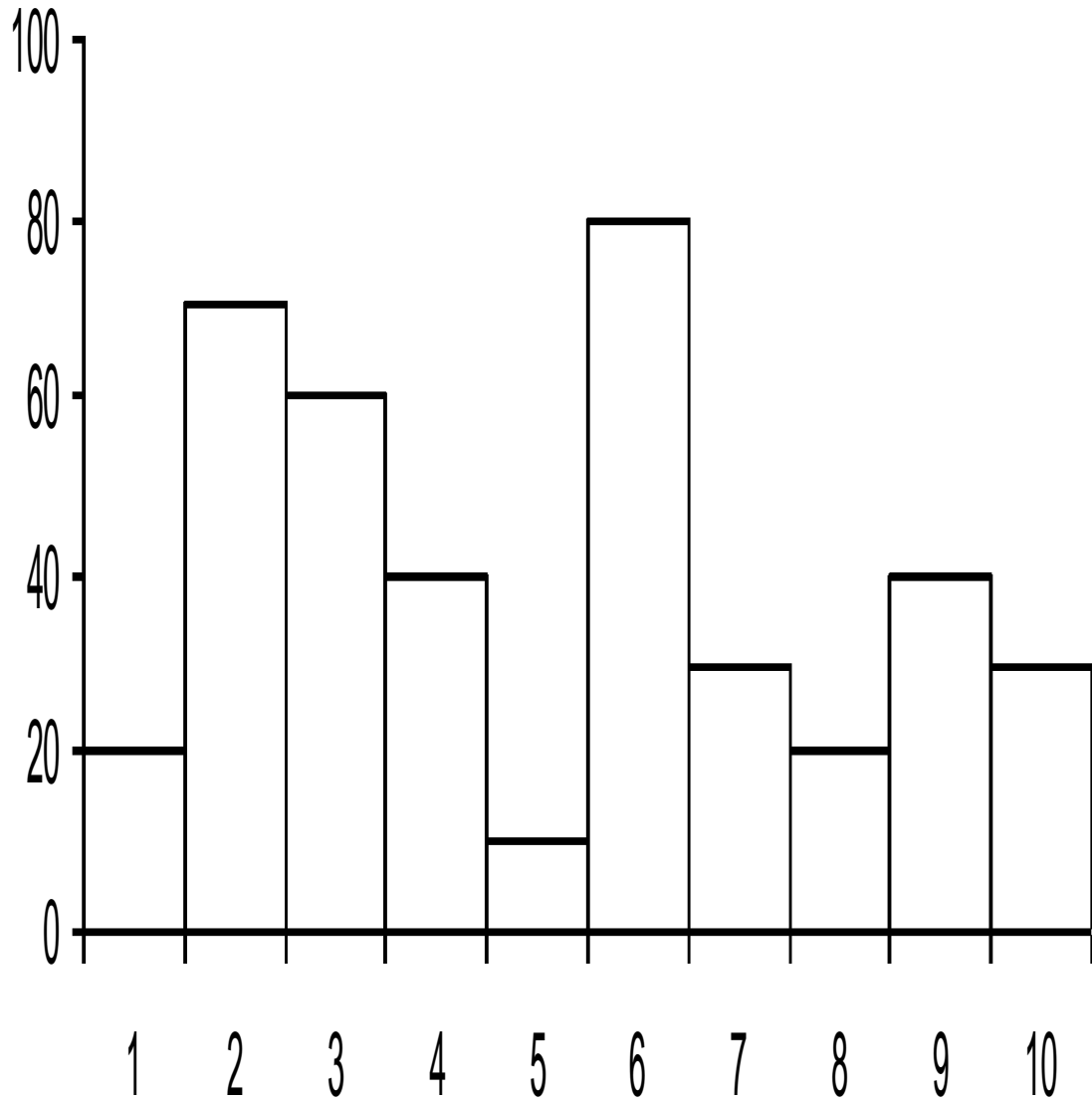
Individuación

T= 47%

PERFIL DE IDEAS Y CREENCIAS

Nombre: ALE

Edad: 26 años



Anexo 4

INVENTARIO DE TEMORES

A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque una “x” en la columna que mejor describa que tanto le perturba dicha situación.

La equivalencia de los números es la siguiente:

- 1.-significa **nada**
- 2.-significa **poco**
- 3.-significa **regular**
- 4.-significa **mucho**
- 5.-significa **muchísimo**

SITUACIONES	1	2	3	4	5
1. Ruido de aspiradoras	X				
2. Heridas abiertas		X			
3. Estar solo(a)	X				
4. Estar en un lugar extraño		X			
5. Voces altas		X			
6. Personas muertas		x			
7. Hablar en publico		X			
8. Cruzar las calles	X				
9. Gente que parece loca		X			
10. Caer			X		
11. Automóviles	X				
12. Ser importunado				X	
13. Dentistas		X			
14. Truenos	X				
15. Sirenas		X			
16. Fracaso				X	
17. Entrar a un lugar donde otros estén sentados		X			
18. Lugares altos	X				
19. Mirar hacia abajo, desde edificios altos	X				
20. Gusanos	X				
21. Criaturas imaginarias		X			
22. Desconocidos		X			
23. Recibir inyecciones		X			
24. Murciélagos			X		
25. Viajes en tren	X				
26. Viajes en autobús		X			
27. Viajes en automóvil		X			
28. Sentir cólera o furia	X				
29. Gente con autoridad	X				
30. Insectos voladores			X		

31. Ver inyectar a otra persona	X				
32. Ruidos repentinos		X			
33. Tiempo nublado	X				
34. Multitudes				X	
35. Espacios largos y abiertos	X				
36. Gatos	X				
37. Una persona amenazando a otra		X			
38. Gente con apariencia de maleante		X			
39. Pájaros	X				
40. Ver aguas profundas					X
41. Ser observado al trabajar			X		
42. Animales muertos	X				
43. Armas		X			
44. Suciedad		X			
45. Insectos que se arrastran			X		
46. Gente fea		X			
47. Ver pelear		X			
48. Fuego			X		
49. Gente enferma	X				
50. Perros	X				
51. Ser criticado		X			
52. Figuras extrañas		X			
53. Estar en un elevador	X				
54. Presenciar operaciones		X			
55. Gente enojada		X			
56. Ratones	X				
57. Sangre humana		X			
58. Sangre de animales		X			
59. Partida de amigos		X			
60. Lugares cerrados	X				
61. Perspectiva de ser operado				X	
62. Sentirse rechazado por otro		X			
63. Aviones			X		
64. Olores a medicina	X				
65. Sentirse desaprobado			X		
66. Serpientes inofensivas			X		
67. Cementerios	X				
68. Ser ignorado	X				
69. Oscuridad		X			
70. Perderse el ritmo cardiaco				X	
71. Hombre desnudo	X				
72. Mujer desnuda	X				
73. Relámpago		X			
74. Medico	X				
75. Personas deformes		X			

76. Cometer errores			X		
77. Parecer bobo	X				
78. Tener nauseas	X				
79. Perder el control			X		
80. Desmayarse		X			
81. Arañas		X			
82. Ser responsabilizado para tomar decisiones				X	
83. Vista de cuchillos y objetos cortantes		X			
84. Convertirse en enfermo mental				X	
85. Estar con un hombre	X				
86. Estar con una mujer	X				
87. Presentar exámenes escritos		X			
88. Ser tocado por otros		X			
89. Sentirse diferente a otros		X			
90. Silencios en la conversación	X				

Anexo 5

INVENTARIO DE SINDROME DISFORICO

Nombre ALE

Puntuación 13

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de malestar: Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A.-ESTADO DE ANIMO

0. No me siento triste.
- (1). Me siento triste o melancólico.
- 2.a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo.
- 2.b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.

B.-PESIMISMO

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado, con respecto al futuro.
1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
- (2.a). Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
- 2.b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

C.- SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento fracasado.
1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
- 2.a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2.b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

D.- FALTA DE SATISFACCION.

0. No estoy particularmente insatisfecho.
- (1a). Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho con todo.

E.- SENTIMIENTO DE CULPA

- (0). No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
- 2a. Me siento bastante culpable.
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
- 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

F.- SENTIMIENTO DE CASTIGO

- (0). No siento que esté siendo castigado.
- 1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.
- 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
- 3.a Siento que merezco ser castigado.
- 3.b Quiero ser castigado.

G.- ODIO A SI MISMO

- 0. No me siento desilusionado de mí mismo.
- 1.a Me siento desilusionado de mí mismo.
- 1.b No me gusta a mí mismo.
- (2). Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio a mí mismo.

H.- AUTOACUSACIONES

- 0. No me siento que yo sea peor que los demás.
- (1). Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
- 2.a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
- 2.b. Siento que tengo muchos defectos.
- 3. Siento que no sirvo para nada

I.- DESEOS AUTOPUNITIVOS

- (0). No tengo ninguna intención de dañarme.
- 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
- 2.a. Pienso que estaría mejor muerto.
- 2.b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
- 3. Me mataría a mí mismo si pudiera.

J.- BROTES DE LLANTO

- (0). No lloro más que lo usual.
- 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
- 2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo detenerme
- 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

K.- IRRITABILIDAD

- 0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
- (1). Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
- 2. Me siento irritado todo el tiempo.
- 3. Las cosas que usualmente me irritan, ya no consiguen hacerlo ahora.

L.- AISLAMIENTO SOCIAL

- 0. No he perdido interés en otras personas.
- (1). Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
- 2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda.
- 3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.

M.-INDECISIÓN

- (0). Tomo decisiones tan bien como antes.
- 1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.
- 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
- 3. En ningún momento puedo tomar ningún tipo de decisiones.

N.- IMAGEN CORPORAL

- 0. No siento que me vea peor ahora que antes.
- 1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
 - (2). Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.

O.-INHIBICION DEL TRABAJO

- (0). Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1.a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
- 1.b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
- 2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
- 3. De plano no puedo hacer nada.

P.- PERTURBACION DEL SUEÑO

- 0. Puedo dormir tan bien como antes.
- (1). Ahora despierto más cansado que antes.
- 2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
- 3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.

Q.-FATIGABILIDAD

- 0. No me canso más que lo usual.
- (1). Me canso más fácilmente que antes.
- 2. Me cansa hacer algo.
- 3. Estoy muy cansado para hacer algo.

R.-PERDIDA DE APETITO

- (0). Mi apetito no es peor que lo usual.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Mi apetito es mucho peor ahora.
- 3. No tengo apetito de nada.

S.- PERDIDA DE PESO

- (0). No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
- 1. He perdido más de 3 kilos
- 2. He perdido más de 5 kilos
- 3. He perdido más de 7 kilos.

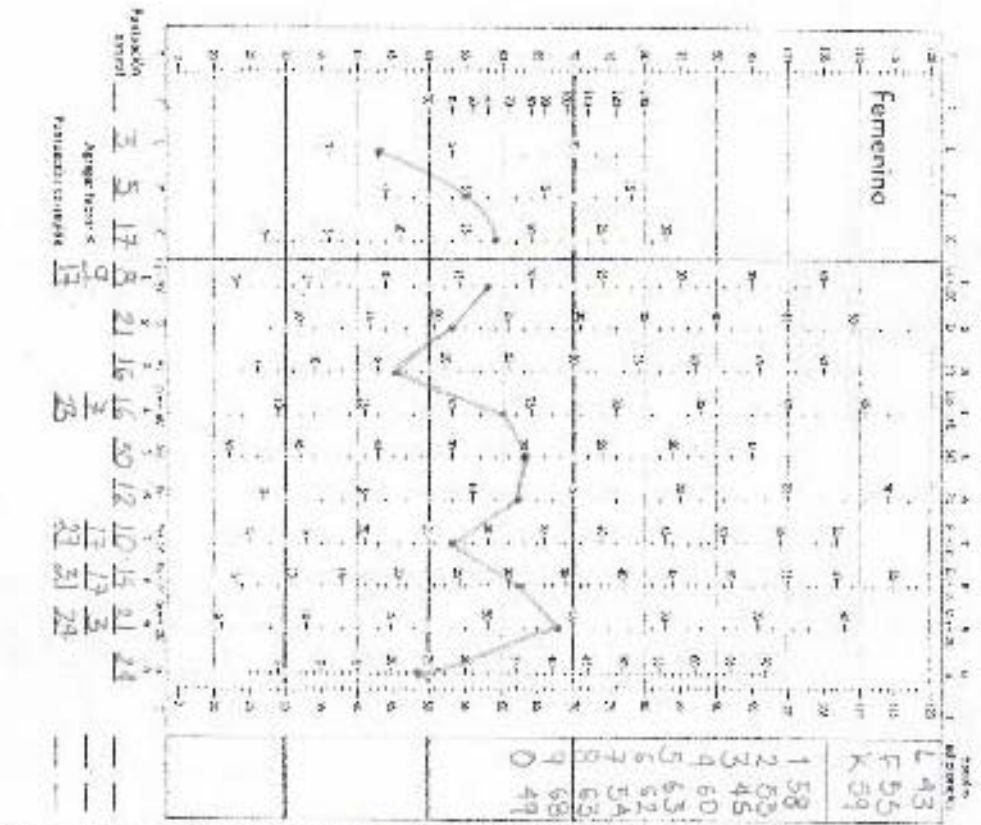
PUNTUACIÓN: __13__



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke D. Hathaway y J. C. McNamara

2.4



Nombre: ALF (Nota de mano)

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: masculino

Edad: _____

Profesión: _____

Estado de salud: _____

Estado de ánimo: _____

Fecha de examen: _____

Examinado por: _____

SERIE 041

Forma 26

NOTAS