



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**ENFOQUE GESTALT Y DUELO POR PÉRDIDA DE LA SALUD:
ESTUDIO DE CASO**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

GRISELDA MACÍAS GONZÁLEZ

DIRECTORA:

**MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

COMITÉ:

**DRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

DICIEMBRE 2016



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.

DEDICATORIA

A mi mamá Imelda, a mis hermanos Irma, Hilda, Oscar, Noemí, a mis amigos P. Idar Hidalgo., Ale Roldán, Lupita Lima, Dr. Melitón Valdepeña, al dedicarles esta tesis les doy en forma virtual lo que aunque quisiera renunciar a ello, sólo es fácil compartir:

Mi Ser.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

A la Mtra. Verónica Ruíz González por su dedicación, paciencia y generoso compartir su tiempo, experiencia, conocimiento...su vida.

A todos los profesores que participaron en mi formación y asesoría.

Al comité tutorial por compartir su experiencia profesional.

A la UNAM por la oportunidad de crecimiento personal y profesional que me ha dado.

A mis pacientes, y de forma especial a Mariana por su confianza y ejemplo de amor así misma.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	5

CAPÍTULO I. CÁNCER DE ENDOMETRIO

1.1. Definición.....	8
1.2. Epidemiología.....	9
1.3. Etiología y Factores de Riesgo.....	9
1.4. Sintomatología.....	10
1.5. Detección y Diagnóstico.....	10
1.6. Tratamiento.....	15
1.6.1. Tradicional.....	15
1.6.2. Alternativo.....	17
1.7. Pronóstico.....	18
1.8. Métodos de Prevención.....	18

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA GESTALT

2.1. Antecedentes.....	21
2.2. Psicoterapia Gestalt.....	24
2.3. Influencias.....	29
2.4. Principios Teóricos.....	30
2.5. Finalidad.....	34

2.6. Metodología.....	35
2.7. Diagnóstico.....	38
2.8. Terapeuta Gestalt.....	38
2.9. Técnicas.....	41
2.10. Alcances.....	46
2.11. Intervención Psicológica con Pacientes Oncológicos.....	46

CAPÍTULO III REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA PÉRDIDA DE LA SALUD

3.1. Aspectos Psicológicos Relacionados con el Diagnóstico de Cáncer de Endometrio.....	52
3.2. Percepción de la Imagen Corporal de la Mujer Diagnosticada . con Cáncer de Endometrio.....	57
3.3. Influencia de la Enfermedad las Relaciones Socio Afectivas en el Ámbito Social y Familiar.....	59
3.4. Estrategias de Afrontamiento del Paciente ante el Diagnóstico de Cáncer de Endometrio.....	61
3.5. Tratamiento Psicológico.....	64
3.6. Duelo por Pérdida de la Salud.....	65
3.7. Elaboración de Duelo por Pérdida de la Salud.....	74
3.8. Tratamiento Integral.....	76

CAPÍTULO IV MÉTODO CLÍNICO

4.1. Metodología Cualitativa.....	80
4.2. Tipo de Estudio.....	81
4.3. Objetivo General.....	81
4.4. Descripción del Paciente.....	81
4.5. Motivo de la Consulta.....	82
4.6. Objetivos del Tratamiento.....	84
4.7. Escenario.....	84
4.8. Procedimiento.....	85
4.9. Registro.....	85
4.10. Análisis de la Sesión.....	86
4.11. Estudio de Caso.....	86
4.12. Composición de Relaciones Familiares.....	86
4.13. Proceso Psicoterapéutico.....	87
4.14. Análisis del Proceso Psicoterapéutico.....	89
Etapa 1 Incredulidad.....	90
Etapa 2 Regresión.....	95

Etapa 3 Furia.....	99
Etapa 4 Culpa.....	104
Etapa 5 Desolación.....	106
Etapa 6 Fecundidad.....	108
Etapa 7 Aceptación.....	110
DISCUSIÓN.....	112
CONCLUSIONES.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124
ANEXOS.....	132

RESUMEN

El presente trabajo corresponde al programa de Maestría en Psicología Clínica, perteneciente al Posgrado de Maestría en Psicología (Psic. Clínica) del plan 1994. Se centra en describir y analizar la intervención psicoterapéutica desde el abordaje de la Psicoterapia Gestalt realizada con Mariana (el nombre fue cambiado para cuidar la privacidad de la paciente), una mujer de 41 años de edad que estando en proceso psicoterapéutico se enfrenta a un duelo por pérdida de la salud, debido a una enfermedad crónica degenerativa como es el cáncer de endometrio. La Psicoterapia Gestalt tiene como finalidad estimular a la persona para que se re-descubra y se reconozca en su totalidad, apoderándose de sus propios auto-conceptos, diferenciándolos de su Self, con el propósito de —llegar a ser quién es, siendo quien es, lo más importante para sí mismo—, integrándose consciente y deliberadamente, haciendo uso de sus recursos. El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en escenario de consulta privada de la ciudad de México. En un primer momento se realizó el re-encuadre para definir la estrategia de intervención, donde los objetivos del tratamiento fueron: Establecimiento del re-encuadre terapéutico, facilitar la transición del apoyo ambiental al auto-apoyo, facilitar la aceptación emocional e intelectual de la pérdida de la salud, favorecer la expresión de las emociones con el propósito de elaborar el duelo, facilitar el cierre de ciclos que surgen por la pérdida de la salud, y adicionar una manera de ver su vida a partir del diagnóstico de cáncer de endometrio. Las técnicas empleadas fueron técnicas del darse cuenta del mundo interior, del mundo exterior y de la fantasía, así como técnicas supresivas, expresivas e integrativas. Se llevaron a cabo 40 sesiones semanales con duración de 50-90 minutos. Los indicadores del análisis del proceso psicoterapéutico fueron las etapas de duelo referidas por Bucay (2016): incredulidad, regresión, furia, culpa, desolación, fecundidad y aceptación. Los resultados obtenidos fueron auto-apoyo, aumento en su productividad de bienes, ad-

quisición de herramientas para vivir el duelo por pérdida de la salud y duelos anteriores no resueltos y una manera de ver la vida con mayor satisfacción.

Palabras clave: Cáncer endometrio, Psicoterapia Gestalt, Duelo, Pérdida de la salud.

ABSTRACT

This work corresponds to the Master's program in Clinical Psychology, belonging to the Postgraduate Master of Psychology (Psych. Clinic) 1994. It focuses on describing and analyzing the psychotherapeutic intervention from the approach of Gestalt Psychotherapy conducted with Mariana (the name was changed to guard the privacy of the patient), a 41 year-old woman in psychotherapeutic process faces a mourning loss of health due to a degenerative chronic disease such as cancer of the endometrium, described as “glandular endometrial malignant neoplasm” (Health Secretary, 2010, p.10). The Gestalt Psychotherapy finality is to encourage the person to be re-discovered and re-fully known, seizing their own self concepts, differentiating their Selves, for the purpose of -becoming who they are being who they are, most importantly to themselves-, integrating consciously and deliberately, making use of their resources. The psychotherapeutic process was carried out in private practice scenario of Mexico City. At first moment the strategy of intervention was re-define, the treatment goals were: the establishment of therapeutic reframing, facilitate the transition from environmental support to self-support, facilitate the emotional and intellectual acceptance of loss health, promote the expression of emotions in order to develop the mourning loss, facilitate the closure of cycles arising from the loss of health, adding a way to view her life from the diagnosis of endometrial cancer.

The techniques used were techniques to realize the inner world, the outside world and fantasy, as well as suppressive, expressive and integrative techniques. 40 weekly sessions were conducted with duration of 50-90 minutes. The indicators analysis of the psychotherapeutic process were the stages of grief referred by Bucay (2016): disbelief, regression, anger, guilt, distress, fertility and acceptance. The results were self-supporting, increased productivity of assets, acquisition of

tools to grieve for the loss of health and previous unresolved grief and a way of seeing life with greater satisfaction.

Keywords: endometrial cancer, Gestalt Psychotherapy, Grief, Loss of health.

INTRODUCCIÓN

El proceso psicoterapéutico personal con el que me adentré en el auto-conocimiento fue de tipo gestalt, sin embargo, al ir avanzando profesionalmente me di cuenta de la necesidad de adquirir y adicionar bases teóricas y habilidades clínicas de observación, evaluación, diagnóstico, pronóstico; habilidades metodológicas y habilidades de investigación que me sirvieran como plataforma para construir posiciones frente a la terapia desde otros enfoques sin importar la modalidad de intervención psicoterapéutica. Esta adquisición de habilidades y competencias las fui adquiriendo en la Maestría de Psicología Clínica.

El inicio de mi práctica profesional la llevé a cabo en el ámbito educativo y posteriormente en consulta privada. En ambas partes las actividades psicoterapéuticas realizadas fueron en modalidad grupal, familiar e individual; en la primera modalidad facilitando grupos de crecimiento personal, grupos de entrenamiento, de autodirección, curso para padres, así como sesiones de terapia grupal; en la segunda modalidad en menor número atendí a familias con problemáticas propias de padres con hijos adolescentes en situaciones de “rebeldía”; y en la tercera modalidad en sesiones individuales donde los motivos de consulta entre otros están relacionados a una baja autoestima, depresión, problemas de pareja, trastornos de ansiedad, problemas relacionales en el área laboral, dificultades para concluir asuntos del tipo de duelos no resueltos y situaciones con problemática oncológica.

De los casos atendidos en mi práctica profesional como psicoterapeuta, llamó mi atención el caso de Mariana ya que al investigar en artículos publicados me percaté sobre el aumento de casos médicos con diagnóstico de cáncer de endometrio, y la poca información de estudios sobre intervenciones psicoterapéuticas, en especial de tipo gestalt aplicadas a pacientes con duelo por

perdida de salud. Al continuar la búsqueda, las evidencias de estudios en consulta privada fueron nulas.

El CE es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, y la tercera causa de cáncer ginecológico en México. Esta incidencia tiene relevancia por sus consecuencias a nivel físico y psicológico encontrándose otras alteraciones sexuales, infertilidad, menopausia inducida, cambios en la imagen corporal, ansiedad estrés, y autoestima baja (Crespo, 2004). Esto y los resultados obtenidos en el proceso psicoterapéutico incrementaron mi interés en la realización de esta tesis con el caso de Mariana.

El objetivo de este trabajo es analizar, sistematizar y documentar el proceso psicoterapéutico desde el enfoque gestalt, en un estudio de caso en contexto de consulta privada, aportando literatura y una manera de ayudar a elaborar el duelo por pérdida de la salud a partir de un diagnóstico de cáncer de endometrio.

Este trabajo constituye una propuesta de intervención eficaz e innovadora con población de pacientes de consulta privada, en este sentido representa una aportación al campo de la psicoterapia gestalt y al problema de salud pública.

El presente trabajo se organiza en cinco capítulos, cuyo contenido se describe a continuación:

El primer capítulo está dedicado a conocer médicamente que es el cáncer, sus causas, sintomatología, detección, prevención y tratamiento.

El segundo capítulo ofrece una reseña de los antecedentes de la Psicoterapia Gestalt, sus principios, finalidad, metodología y técnicas principalmente.

El tercer capítulo muestra las reacciones psicológicas ante la pérdida de la salud abarcando temas como duelo, percepción de la imagen corporal, influencia de la enfermedad en las relaciones socioafectivas en el ámbito social y familiar, estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer de endometrio.

En el cuarto capítulo se describe la metodología empleada para la realización de este trabajo, incluyendo el estudio de caso, en el que se describen y analizan las fases de duelo en el proceso terapéutico con Mariana. Posteriormente se presenta la discusión con las fortalezas y debilidades del trabajo; y por último las conclusiones del proceso de aprendizaje en mi experiencia profesional

CAPÍTULO I

CÁNCER DE ENDOMETRIO

“Al tratar a la enfermedad se puede ganar o perder. Al tratar a la persona siempre se gana, sin importar el desenlace”.

Patch Adams.

1.1. Definición

La palabra cáncer “viene del griego karkínos κρκίνοϲ, que significa "cangrejo". Su origen lo asignó el médico griego Hipócrates (460-340 a C) es utilizada para designar neoplasias con características “malignas” (Silva & Boaventura, 2011, p.37).

El Cáncer de Endometrio (CE) es definido como: “Neoplasia glandular maligna que se origina en la capa interna (endometrio) del cuerpo uterino, la mayoría de los cánceres del endometrio son adenocarcinomas (cánceres que derivan de células que producen y liberan moco u otros líquidos” (Secretaría de Salud, 2010, p. 10).

Los dos tipos principales de cáncer de útero son los sarcomas uterinos y los carcinomas endometriales, los primeros se originan en la capa muscular exterior llamada miometrio, y el segundo tipo se origina en el revestimiento o capa interna del *útero* llamado endometrio. Un porcentaje elevado de cáncer de útero es de este tipo. Los carcinomas endometriales se dividen

en función de su tipo histológico, es decir de cómo se ven las células al microscopio. El adenocarcinoma, es el más común, es conocido como cáncer *endometrioide*; un tipo es el de células claras siendo un cáncer agresivo ya que tiende a crecer de forma rápida en comparación a otros cánceres endometriales (American Cancer Society, 2016).

1.2. Epidemiología

El cáncer representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años, incrementando de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

El CE es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, siendo más común en la perinopausia. Ocupa la tercera causa de cáncer ginecológico en México. La incidencia es casi seis veces mayor en países desarrollados que en los menos desarrollados; el pronóstico en etapas clínicas tempranas es favorable con tasas de supervivencia de 80%, las pacientes con enfermedad de alto riesgo y etapas avanzadas la supervivencia es de 50%. El adenocarcinoma endometrioide constituye el 80% de los carcinomas endometriales, el seroso se reporta en un 5-10%, y el de células claras del 1-5% (Secretaría de Salud, 2010).

1.3. Etiología y factores de riesgo

Existen diferentes tipos de factores de riesgo. En los demográficos se considera edad mayor a 45 años, raza blanca, nivel socioeconómico alto, historia familiar de cáncer endometrial.

Entre los factores hormonales / reproductivos están: La estimulación estrogénica crónica: reemplazo hormonal (estrógenos), obesidad, menarca temprana/menopausia tardía, nuliparidad, anovulación. En los factores biológicos está hiperplasia endometrial, diabetes mellitus, enfermedad de vesícula biliar, hipertensión, radioterapia pélvica previa, tamoxifeno (Hospital General de México [HM], 2013).

1.4. Sintomatología

El síntoma que se presenta con mayor frecuencia es el sangrado uterino anormal.

Deberá sospecharse de CE en mujeres con las siguientes consideraciones clínicas (Secretaría de Salud, 2010, p.13): Sangrado uterino anormal en pacientes con factores de riesgo; sangrado uterino anormal con antecedentes de terapia estrogénica sin oposición; hormonoterapia con tamoxifeno; cualquier sangrado uterino en la postmenopausia; sangrado profuso e irregular si tiene una de las siguientes condiciones: peso mayor a 90 kg, edad mayor a 45 años, con antecedentes de hiperplasia “atípica” o carcinoma endometrial.

La dificultad para orinar, el dolor durante la relación sexual así como dolor en el área de la pelvis también son síntomas relacionados con el CE (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2015).

Se ha encontrado que el 10% de las pacientes con sangrado persistente después de una evaluación clínica pueden presentar la enfermedad.

1.5. Detección y diagnóstico.

En la mayoría de los casos, informar al médico de la aparición de sangrado o secreción vaginal anormal permite detectar y hacer un diagnóstico en una etapa temprana mejorando las pro-

habilidades de un tratamiento exitoso. Sin embargo, se requiere tener presente que algunos cánceres de endometrio pueden alcanzar una etapa avanzada antes de que se manifiesten signos y síntomas reconocibles. Es importante considerar que del 1-5% de las pacientes pueden ser asintomáticas en el momento del diagnóstico” (Secretaría de Salud, 2010, p. 13). Por lo que es recomendable que, a toda mujer en edad de riesgo se le oriente sobre peligros y síntomas. Ante la sospecha de CE es necesaria una valoración mediante historia clínica y exploración ginecológica detallada (SEOM, 2015).

La guía de la Secretaría de Salud (2010) refiere que deberá sospecharse de CE en mujeres que presenten las consideraciones clínicas siguientes:

- Sangrado uterino anormal en mujeres con factores de riesgo.
- Sangrado uterino anormal con antecedentes de terapia estrogénica sin oposición, hormonoterapia con tamoxifeno.
- Cualquier sangrado uterino en la postmenopausia.

Cuando una mujer tiene sangrado profuso e irregular debe ser sometida a ultrasonido transvaginal si tiene una de las siguientes condiciones:

- Peso mayor a 90 kg, edad mayor a 45 años.
- Paciente con antecedentes de hiperplasia “atípica” o carcinoma endometrial.

De igual manera las pacientes que presentan sangrado persistente después de dicha valoración médica deberán ser revaloradas, ya que 10% de estas pacientes pueden presentar CE. Sin embargo, para un diagnóstico definitivo es forzoso realizar una biopsia endometrial con su respectivo estudio histopatológico, el cual puede realizarse por diversos métodos:

- Biopsia endometrial ambulatoria. Se realiza para excluir el cáncer endometrial o

la

hiperplasia anormal, excepto en mujeres que no han iniciado su vida sexual.

- Legrado uterino fraccionado (endometrial y endocervical).
- Histeroscopia.

En los casos en los que no sea posible realizar biopsia de endometrio ambulatoria, deberá realizarse legrado biopsia bajo anestesia en quirófano o por histeroscopia. Así mismo, cuando existe estrechez cervical de tal forma que no es posible realizar biopsia de endometrio está indicada la realización de histerectomía total abdominal con estudio transoperatorio del útero para el diagnóstico y extensión del tumor.

La ecografía endovaginal (EV) es la primera exploración complementaria a realizar en el estudio de una hemorragia uterina anormal (pre o post menopáusica), debida a su alta capacidad diagnóstica para detectar engrosamientos significativos del endometrio, así como a su capacidad para analizar las características del contenido de la cavidad.

El ultrasonido (US) endovaginal es el ideal para el estudio de la paciente con sospecha de CE. De no contar con esta modalidad diagnóstica, el siguiente recurso es el US pélvico.

El marcador tumoral Ca 125 se solicitará en casos de sospechar CE con extensión extra uterina, ya que servirá para monitorizar la respuesta clínica. Sin embargo, este se puede elevar falsamente en pacientes con patologías no neoplásicas.

Según SEOM (2015) si se confirma el diagnóstico de cáncer, el médico valora según la situación y/o síntomas de cada paciente la necesidad de realizar otras exploraciones para definir la extensión del tumor y poder planificar el tratamiento adecuado a cada situación. Para ello se considera la tomografía computarizada (TAC) para determinar la presencia de metástasis a distancia, es útil para explorar hígado y la existencia de ganglios; cistoscopia (visualizar vejiga orina) o rectosigmoidoscopia; Resonancia Magnética Nuclear, que aporta información sobre el ni-

vel de invasión del tumor, afectación de parámetros y es útil para detectar infiltración de órganos pélvicos (vejiga, recto).

El 80% de los tumores que se desarrollan en el endometrio son los llamados de tipo I. Estos tumores están asociados a la estimulación de los estrógenos, a la obesidad y a los niveles altos de colesterol, las lesiones premalignas, son de bajo grado tumoral y tienen un buen pronóstico. Estos tumores pueden expresar una serie de genes tales como: K- ras, mutaciones en PTEN, defectos en los genes de reparación del ADN. Los tumores de tipo II incluyen carcinoma escamoso, mucinoso, células claras, seroso, microcítico e indiferenciado (G-III). No suele haber previamente lesiones premalignas, sin embargo, tienden a ser más agresivo (SEOM, 2015).

Tras la cirugía el estadiaje exhaustivo aporta información para la toma de decisiones para el tratamiento y predecir el pronóstico de la paciente ya que sirve para describir el cáncer, en relación a su localización y diseminación.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2008) adopta la clasificación del sistema de estadiaje TNM que utiliza tres criterios: T (tumor) que hace referencia al tamaño y donde está localizado el tumor N (ganglios) valora si hay metástasis ganglionares y M (metástasis) en otras localizaciones.

Estadio I FIGO/T1

Este CE en estadio I está limitado al cuerpo del útero.

- FIGO IA / T1a: tumor limitado al endometrio o invasión < 50 % del miometrio.

- FIGO IB /T1b: tumor que invade la mitad o más del miometrio.

Estadio II FIGO/T2

El CE en estadio II es el que invade el tejido conectivo del estroma cervical, pero no se ha extendido fuera del útero.

La presencia de afectación glandular sola debe ser considerada estadio I.

Estadio III FIGO/T3 N1/N2

El cáncer CE en estadio III se extiende fuera del útero pero está limitado a la pelvis verdadera.

- FIGO IIIA /T3a: Tumor invade la serosa y/o anexos (extensión directa o metástasis).
- FIGO IIIB / T3b: Afectación vaginal (extensión directa o metástasis) o afectación parametrial.
- FIGO III C1/ N1: Metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos.
- FIGO III C2/ N2: Metástasis a los ganglios linfáticos para-aorticos con o sin afectación de los ganglios pélvicos positivos.

Estadio IV FIGO/T4/M1

El CE en estadio IV infiltra la mucosa vesical o intestinal o ha hecho metástasis a sitios distantes.

- FIGO IVA / T4: Invasión tumoral de la mucosa vesical o intestinal.

- FIGO IVB / M1: Metástasis a distancia, ganglios linfáticos inguinales, enfermedad peritoneal o metástasis a pulmón, hígado, huesos (SEOM, 2015).

Ahora bien, tras la cirugía, el estadiaje patológico junto con el grado histológico es el factor pronóstico más importante.

El CE debe agruparse en relación al grado de diferenciación (porcentaje de crecimiento sólido del tumor) del adenocarcinoma. El grado de diferenciación del tumor (G-I, bien diferenciado, G-II, moderadamente diferenciado y G-III alto grado) es uno de los factores pronósticos más importantes.

- **G1:** $\leq 5\%$ tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- **G2:** de 6% a 50% tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.
- **G3:** $>50\%$ tienen características de crecimiento sólido no escamoso o no morular.

1.6. Tratamiento

1.6.1. Tradicional.

La mejor estrategia de tratamiento es definida por el equipo de doctores conjuntamente con el paciente. Este depende del tamaño, tipo y localización del tumor, así como del grado histológico. El uso de cada uno de ellos solos o combinados dependerá de la situación particular de salud de cada mujer, así como del estadio que haya alcanzado su enfermedad.

Para el tratamiento específico por estadios SEOM (2015) refiere:

Para los casos de Estadio I se debe realizar cirugía con histerectomía abdominal total y una salpingooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios). Cuando el tumor está moderadamente o bien diferenciado, sin afectar más del 66% de la parte superior del cuerpo uterino, tiene citología peritoneal negativa, la invasión es <50% del miometrio y no ha invadido los espacios vasculares. Se pueden extraer algunos ganglios linfáticos pélvicos seleccionados y si son negativos, no se indica tratamiento postoperatorio. De lo contrario debe combinarse el muestreo de ganglios pélvicos seleccionados y periaórticos con la histerectomía abdominal total y la salpingo-oforectomía bilateral así como la administración de radioterapia pélvica total si los ganglios pélvicos son positivos y los ganglios periaórticos son negativos o en caso que los ganglios pélvicos sean negativos. Para disminuir el riesgo de recaída se puede indicar tratamiento con quimioterapia adyuvante.

En el Estadio II el tratamiento recomendado es la histerectomía y salpingo-oforectomía bilateral con biopsia de los ganglios paraaórticos en el momento de la cirugía. Posteriormente se administrará radioterapia externa o braquiterapia vaginal y/o quimioterapia.

Para las pacientes en estadio III el tratamiento es la cirugía, aplicación de quimioterapia y/o radioterapia. En los casos que están contraindicada la operación se aplica la quimioterapia y radioterapia.

En los casos de Estadio IV se valora el sitio de la metástasis y los síntomas relacionados. En la enfermedad pélvica voluminosa, se puede usar la combinación de quimioterapia y radioterapia externa e intracavitaria.

Cuando hay metástasis a distancia una opción a considerar, es la terapia hormonal con progestágenos que producen respuestas entre el 15% y 30% de las pacientes. Es un tratamiento a considerar si el tumor es de bajo grado G- I / II, receptores hormonales positivos y pacientes con escasos síntomas o sin síntomas.

Una combinación con platino- Taxol es el tratamiento de quimioterapia de primera elección para la recaída del cáncer de endometrio y enfermedad metastásica.

La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, y la braquiterapia ocasionan diferentes perturbaciones como fatiga, náuseas, vómito entre otras; es por ello que con el fin de reducir los síntomas mencionados, se hace uso de tratamientos alternativos.

1.6.2. Alternativo.

En los últimos tiempos, los métodos de curación no ortodoxos han ganado terreno en los países occidentales, porque las personas ven en ellos las respuestas a sus problemas de salud, que la medicina tradicional no les provee. Estos métodos de tratamiento alternativo se realizan por medio de productos y prácticas que no forman parte de la medicina convencional (American Cancer Society, 2015).

La medicina alternativa comprende un número importante de terapias que van desde la acupuntura hasta el yoga (Ayón, 2014). La OMS (2013) menciona que la acupuntura ha quedado demostrada como tratamiento efectivo que puede ser utilizada para tratar síntomas o afecciones dentro de las que se encuentran reacciones adversas a la radioterapia y / o quimioterapia y depresión.

1.7. Pronóstico

El Instituto Nacional del Cáncer (NIH, 2016), menciona que la posibilidad de recuperación y la expectativa de supervivencia de la paciente, dependen de los siguientes aspectos:

-El estadio del cáncer, es decir si el cáncer solo afecta el endometrio o existe metástasis.

-La apariencia de las células cancerosas bajo un microscopio. Cuanto más diferentes sean las células del tejido original tomado como muestra, mayor será su malignidad y peor el pronóstico.

-Si las células cancerosas son afectadas por la progesterona.

Montalvo, et al. (2011) menciona “Los factores pronósticos desfavorables son la presencia de variedad no endometriode, invasión vascular y linfática, tumores G 3, penetración mayor al 50% y pacientes mayores de 70 años” (p.48).

1.8. Métodos de Prevención

“La prevención del cáncer cobra cada día mayor importancia. El control de hábitos de riesgo y la adopción de estilo de vida saludable pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes” (Arbizu, 2000, p. 174).

Cuatro de cada 10 casos de cáncer pueden ser prevenidos y otros pueden ser detectados y diagnosticados en forma temprana. En México la limitación del presupuesto y las fallas de organización disminuye el acceso de las personas a los programas de prevención y detección temprana, esto contribuye a que más del 70% de los casos diagnosticados llegan en etapas clínicas avanzadas incrementándose el costo de los tratamientos para la familia, la sociedad y el gobierno, peor aun reduciendo el éxito del mismo (Instituto Nacional de Cancerología [INCan], 2015).

Es por ello que, el Programa Integral de Prevención y Control de Cáncer en México (PIPCCM) es establecido por instrucción del Gobierno Federal, el 23 de octubre de 2014, para beneficio de todos los mexicanos que son diagnosticados con cáncer, sus familias y sus cuidadores. Cuyos objetivos principales son: fortalecer los programas de diagnóstico temprano para las principales neoplasias malignas, priorizar las medidas de prevención primaria con los factores de riesgo conocidos; regular las disparidades en los diferentes esquemas de tratamiento, mejorando los resultados y coordinando a nivel nacional las intervenciones basadas en evidencia (INCan, 2015).

El PIPCCM da forma y participa en las estrategias para el control nacional del cáncer; identifica y valida prioridades del control de cáncer; maneja una agenda nacional cohesiva de control de cáncer, así como el establecimiento de líneas de investigación y prevención y control de cáncer (INCan, 2015).

La Dra. Nancy Reynoso Noverón encargada del programa de control y prevención enfocado a la población menciona los cinco ejes estratégicos del programa: 1) Control de Factores de riesgo, como tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso, obesidad, infección por VPH, entre otros. 2) Tamizaje y detección temprana, principalmente en cáncer de mama, cervicouterino, entre otros. 3) Tratamiento, donde se han generado líneas de trabajo, intentando crear mecanismos de referencia y contra-referencia que permitan cubrir a la mayor parte de la población oncológica, para que reciban atención en el transcurso de la enfermedad. 4) Cuidados Paliativos y 5) Rehabilitación, estos dos últimos son áreas poco estudiadas y recientemente impulsados en México (INCan, 2015).

Las líneas de acción que están fuertemente relacionadas a los factores de riesgo del cáncer de endometrio son: a) continuar con las campañas existentes y diseñar estrategias nuevas para

reducir la prevalencia de tabaquismo; b) promover la actividad física; c) promover la dieta saludable; d) incrementar la detección temprana a través de servicios específicos que garanticen eficiencia y calidad; d) mejorar la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral mediante la formación de recursos humanos y la capacitación continua; e) empoderar al médico general o de primer contacto como pieza clave de la detección oportuna del cáncer mediante la identificación de signos de alarma y la referencia oportuna a clínicas de diagnóstico; f) definir y cumplir estándares de calidad para el diagnóstico temprano, para la referencia a diagnóstico confirmatorio y para ingreso a tratamiento; g) fortalecer la gestión de medicamentos, insumos y equipos médicos de acuerdo a las necesidades prioritarias, así como la elaboración de guías clínicas (INCan, 2015).

Dicho brevemente es necesario incluir a pacientes en un programa de escrutinio a partir de los 45 años cuando existen dos o más factores de riesgo. En mujeres con alto riesgo por historia familiar de cáncer de mama, tiroides, ovario o cáncer de colon sin poliposis (HNPCC) así como mujeres con síndrome de Lynch tipo II, se recomienda iniciar un programa de escrutinio a los 35 años (Montalvo, et al.,2011)

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA GESTALT

Actualmente un procedimiento se considera psicoterapéutico cuando sus intervenciones se sustentan en una teoría científica del cambio y del funcionamiento en lo que respecta al comportamiento, a la salud psíquica, física y espiritual con adaptación al entorno de la persona de acuerdo a su identidad de ser quien es, siendo quien es, una persona única e irrepetible.

Con el propósito de delimitar el marco del cual se parte en este trabajo se presenta una breve descripción de los antecedentes y fundamentos teóricos de la Terapia Gestalt, así como los fundamentos basados en la experiencia y resultados obtenidos desde este particular enfoque psicológico.

2.1. Antecedentes

El origen de la Terapia Gestalt se encuentra en el movimiento humanista también llamado tercera fuerza. Este movimiento nace en una época de fuertes cambios en la que nuevos valores empiezan a surgir; donde se considera que el conocimiento proporcionado por el psicoanálisis y conductismo era incompleto para ayudar a las personas a desarrollar su potencial humano. Esta nueva visión destaca los atributos del ser humano y la importancia del espíritu humano, originando un cambio que va de atribuir las causas de la conducta a los estímulos ambientales, experiencias tempranas o causas genéticas, a suponer que las personas son libres para elegir su propia manera de vivir su existencia. Se considera entonces, que la causa más importante de la conducta es la realidad individual (Tobías & García-Valdecasas, 2009). Esta concepción (humanista-

existencial) favorece que el ser humano experimente su existencia como éxtasis por el simple hecho de ser quien es, sin ninguna pretensión del tipo que sea. Tobías y García Valdecasas (2009) refiere:

En 1961, principalmente gracias a los esfuerzos de Abraham Maslow, dos hechos marcan el nacimiento de la psicología humanista: la constitución de la *American Association of Humanistic Psychology* (AAHP) y la publicación del *Journal of Humanistic Psychology*. Un año después, J. Bugental presenta el primer manifiesto humanista en la conferencia de la APA. En los años sesenta el movimiento de la psicología humanista creció de forma notable y fue aceptada como división 32 dentro de la APA. (p. 438).

Los principios que comparten los modelos humanísticos existenciales están contenidos en la declaración con la que se constituyó la AAHP (*American Association of Humanistic Psychology*) en 1961, destacando como aspectos fundamentales del ser humano:

- Autonomía personal y responsabilidad social.
- Autorrealización.
- Orientación hacia metas y búsqueda de sentido.
- Los seres humanos son únicos, tanto entre sí como respecto a otros animales por lo cual, lo aprendido a partir de otras especies es irrelevante para comprender a los primeros.
- Concepción global del ser humano.
- La conducta humana es intencional.
- El comportamiento de una persona está determinado principalmente por la percepción que tiene de sí misma y del mundo.

-Se concede poca importancia a la historia del cliente. Se hace hincapié en la experiencia inmediata y las emociones. Se considera fundamental el presente que vive la persona.

-Solo se puede comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. De este modo, se rechaza el concepto de enfermedad mental y las etiquetas diagnósticas, asumiendo que todo comportamiento humano es normal si se mira desde el punto de vista de la persona afectada.

-Se da más importancia a la actitud del terapeuta que a las técnicas concretas. La relación entre cliente y terapeuta se considera el medio único o fundamental a través del cual se consigue la autorrealización.

-El ser humano es superior a la suma de sus partes y debe ser concebido globalmente.

-La conducta humana se realiza en un contexto interpersonal.

-La persona es considerada en sí misma como un sujeto independiente y pensante, plenamente responsable de sus actos y capaz de planear, elegir y tomar decisiones respecto a su conducta.

-Cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento o una tendencia a desarrollarse y convertirse en un individuo maduro (Tobias & García-Valdecasas, 2009).

Perls (citado en Latner, 1994) refiere “La Gestalt es tan antigua y vieja como el mundo mismo” (p. 23). Ya que está basada en la naturaleza, sus principios básicos están basados en la observación de funcionamiento libre de la naturaleza.

Sin embargo, “Científicamente, la Psicoterapia Gestalt nace en 1912 con la Psicología de la Gestalt o Psicología de la Forma desarrollada por Max Wertheimer y sus discípulos Wolfgang Köhler y Kurt Koffka” (Castanedo, 2008, p. 309), quienes estudiaron las configuraciones y patrones naturales que aparecen en la experiencia directa. Siendo Wertheimer quien explicó el fe-

nómeno *phi* o ilusión perceptual del movimiento que se obtiene al iluminar en una pantalla la imagen en secuencia dando la sensación de movimiento mostrando con ello que las percepciones son más que sensaciones aisladas. Este fenómeno es conocido como la ley de la proximidad. Köhler elaboró la teoría del aprendizaje por discernimiento, descubriendo que cuando la persona aprende a encontrar solución a sus conflictos existenciales, puede seguir utilizando este conocimiento en situaciones semejantes (Ley de generalización). A Koffka se le debe la ley de la pregnancia según la cual, toda forma tiende a cerrarse de tal manera que sea percibida como un conjunto (Castanedo, 2008). A continuación, nos adentraremos a su fundamentación teórica.

2.2. Psicoterapia gestalt

La Psicoterapia Gestalt es un modelo del ejercicio de la Psicoterapia en el que se facilita el reconocimiento de sí mismas a aquellas personas que acuden a consulta en pos de “algo” y que sin darse cuenta ese algo es el reconocimiento de ellas mismas, por ellas mismas. De ahí que el principio y final es el ser humano y el desarrollo de su potencial en beneficio del propio ser humano (Rosas, 2008).

Es una herramienta de la que el ser humano se sirve cuando las alternativas que ha tomado para solucionar sus “problemas” no han funcionado y por ende no ha logrado la satisfacción de ser quien es (Rosas, 2008).

Propiamente la Terapia Gestalt “nació en la década de los cuarenta con la publicación del libro *Ego, hunger and aggression: The Beginning of Gestalt Therapy*, escrito por Fritz Perls” (Castanedo, 1997, p. 15).

La forma de terapia que Perls hacía era intuitiva; donde no se necesitaban explicaciones. Sin embargo, con el propósito de mostrar al mundo lo que él hacía pidió a Paul Goodman que le

confeccionara una teoría y en los años 50 a petición del Instituto Esalen, Claudio Naranjo escribe una monografía que se llamó “Yo y tú aquí y ahora” (Ramírez, 2011, p.289) basándose en lo que veía que Perls hacía. En este escrito incluye la importancia de evitar teorizar y mirar las cosas sin juicio. Siguiendo esta manera de ver la terapia en su libro “La vieja y novísima Gestalt, actitud y práctica de un experiencialismo ateórico”, señala que el espíritu de la Gestalt es trabajar con la experiencia presente y con el mínimo de interpretación teórica (Ramírez, 2011).

En la práctica terapéutica la teoría es algo importante, sin embargo, hay dos situaciones que se requiere considerar para evitar caer en trampas lógicas y fabricar problemas: En primer lugar, la exposición de la teoría requiere ser breve y sencilla, y deliberadamente limitada en su ámbito y en su conceptualización. En segundo lugar, la teoría no tiene que ser por fuerza algo sofisticado, complejo o definitivo, como si fuera una “verdad superior” o una “realidad última”, sino más bien ser una exposición meramente pragmática de cómo fomentar y favorecer cambios útiles a favor del Ser Humano (Rosas, 2008).

La teoría de la Terapia Gestalt no es más que un mapa conceptual para entender y tratar la clase de “problemas” que plantean los pacientes en su vida diaria.

Como cualquier mapa, constituye básicamente una herramienta o un medio del que el terapeuta se sirve para ayudar al paciente a dirigirse hasta que solucione con éxito su “problema”, “conflicto”, “concepto” o “interés” descubriendo o redescubriendo quien es. En tanto que herramienta, un mapa no es la realidad, es algo provisional y hay que juzgarlo primordialmente por el resultado que tenemos con él; es decir, es un medio y no el fin. Una comparación que se puede hacer para comprender mejor lo dicho es con una pintura: un cuadro expresa la visión que el artista tiene de su experiencia, es su percepción de la vida, sin embargo, no es la vida misma.

En esta limitación de lo conceptual, elaborar una definición resulta difícil, ya que cualquier formulación teórica implica restricciones derivadas de la conceptualización de la experiencia. Para motivos de este trabajo se define a la Psicoterapia Gestalt con base en lo que dice Baumgardner (citado en Rosas, 2008), apoyándose en la tradición de Kierkegaard. *“La Psicoterapia Gestalt es una terapia existencialista, que se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo que hacemos”*.

Enright, considera que la persona no necesita cambiar, sino que requiere ser como es, “el pez que nada contra corriente muere” (Castanedo, 2008, p. 317). La persona que no admite ser quien es, rechaza la realidad enfrentándose con una realidad falsificada y fabricándose problemas, ya que se sale de sí misma pretendiendo vivir un imposible, que es tratar de vivir siendo quien no es.

El momento de la falsificación se da por la frecuente interrupción de la experiencia en el aquí y ahora. Esta interrupción se da cuando la persona realiza cualquier conducta que favorece el statu quo, impidiendo o bloqueando el proceso de maduración, es decir, el paso del apoyo ambiental a la autonomía que se logra haciendo uso de sus propios recursos (parándose en sus propios pies), y desarrollando su potencial humano. Esta maniobra es producto del miedo a asumir la responsabilidad del lugar que ocupa en el mundo, mostrándose como es, sin máscaras, sin “debeismos” y la manera de estar y permanecer en el ahora es a través del continuo de conciencia que conlleva sentir la experiencia en cada momento sea cual sea esta experiencia.

De tal forma que la Terapia Gestalt atiende al ser humano en lo que ocurre aquí y ahora viendo los fantasmas y creencias con los que vive y por los que se fabrica problemas llevándolo a una existencia fragmentada o neurótica por no aceptar la responsabilidad de quien es y lo que actúa.

Perls dijo “tengo ojos y no tengo miedo” (Ramírez, 2011, p. 291). Cuando el paciente toma conciencia de quien es, de lo que está haciendo y es capaz de expresarlo se transforma por el hecho de crear conciencia.

La toma de conciencia (Awareness), es dar luz a lo que estaba oscuro para poder tomar una decisión clara, es una fuerza con la que se ancla la persona en su ser, en su existencia aquí y ahora, y esto por sí mismo es sanador ya que contribuye a la integración de los opuestos, a la aceptación de la persona misma (Ramírez, 2011).

Un tema central en la terapia Gestáltica es remitirnos a lo *orgánico* con un matiz de confianza en el organismo, ya que con una conciencia plena, la persona puede darse cuenta de la sabiduría del organismo sabiendo qué le sienta bien y qué le sienta mal. Es por eso que la Terapia Gestalt favorece que la persona se dé cuenta de quién es, de lo que piensa y lo que siente, esto es una pedagogía de lo que Perls llamó el alfabeto de sentirse a sí mismo. Básicamente es lo central en la terapia, por eso es práctica, libre; libre de criterios, conceptos ajenos a lo que no es la persona. El objetivo es que la persona pueda llegar a sentir cuando lo que siente es confiable y cuándo no, es indudable cuando la persona siente, enojo, celos tristeza etc. Pero de ahí a que eso que siente sea confiable hay una gran distancia (de Casso, 2011).

Se ha tratado de caracterizar la terapia de diversas maneras: por ej. Ginger como terapia de contacto; Claudio Naranjo como experiencialismo atóxico; Zinker como Proceso creativo, Francisco Peñarrubia como el vacío fértil, entre otros. Sin embargo, aunque con diferentes maneras de enfocar a la terapia, el propósito común es el ayudar a la persona a vivir su vida de una manera libre y satisfactoria (de Casso, 2011).

La Terapia Gestalt está basada en un enfoque práctico que versa sobre el ser humano y el desarrollo de su potencial a partir de elecciones deliberadas de cambios útiles a favor de la per-

sona y en favor de su crecimiento. Es decir, el proyecto de la terapia gestáltica es el ser humano y como en todo proyecto, es fundamental empezar con el fin en mente para acertar en el propósito.

Para esto, no se tiene que inventar algo, puesto que ya está hecho y este es el propio ser humano. Cada persona, cada cliente, cada paciente, no son sino seres humanos, y este es nuestro origen y nuestro destino; de aquí, que la terapia sea eminentemente práctica.

Muchos seres humanos se encuentran fuertemente investidos en conceptos, (el bueno, el malo, tonto, guapo, inteligente etc.), la terapia se enfoca a estimular a la persona para que se redescubra y se re-conozca en su totalidad, apoderándose de sus propios autoconceptos, diferenciándolos de sí misma o de su *Self*, y *he aquí el interés estratégico específico: —llegar a ser quién es siendo quién es, lo más importante para sí mismo—*, integrándose consciente y deliberadamente, y haciendo uso de sus recursos, desarrollando su potencial a través de sí mismo, fabricándose relaciones horizontales: de persona a persona, con lo que encuentre satisfacción en su existencia y creativamente se desarrolle en y para sí mismo con el resto de las personas usando su capacidad para manejar su ambiente a favor de sí y de todos. Esto, por supuesto, axiológicamente *sabiendo que: “ser quien es siendo quien es, es lo más importante para sí mismo”*. Esto es una cualidad estrictamente humana y natural, la que desafortunadamente por neuróticos, “comodinos”, o sencillamente por elección personal y voluntaria, la mayoría de las personas la “bloquea” haciendo de su vida un caos.

La Terapia Gestalt favorece a quienes recurren a consulta argumentando tener un “concepto” o “problema” o “interés” que no han podido resolver o realizar por sí mismos con las herramientas elegidas por ellos mismos hasta este momento, situaciones tales como: celos, escrúpulos, depresión, devoción, drogadicción, alcoholismo, homosexualismo, “ismos” inutilizadores y

limitantes o intereses que aún no hayan alcanzado por sí solos, etc. El terapeuta les facilita el Direccionarse hacia sí mismos, a re-encontrarse, a re-construirse, a re-valorarse, a hacerse cargo de sí y desarrollarse y prosperar, perfectamente diferenciados y capaces, reconociéndose en su totalidad y la de los demás aquí y ahora en y con el universo. Y todo esto a partir de sí mismos siendo ellos mismos lo más importante para sí mismos.

Aunque este enfoque o manera de concebir la terapia aparezca como un enfoque superficial, posee las ventajas de la sencillez, la concreción y la reducción al mínimo de las presuposiciones y las inferencias.

Para redondear la Terapia Gestalt es una forma de hacer terapia desde la intuición, desde la experiencia, desde la vida.

2.3. Influencias

Saber por qué teorías está influida la Terapia Gestalt es básico puesto que brinda el origen de su identidad.

Perls, el creador de la Terapia Gestalt recibió la influencia y los conocimientos de *Sigmund Freud*, *Wilhelm Reich*, *Kurt Goldstein*, *Sigmund Friedlander*, *Karen Horney*, *Kurt Lewin* y, naturalmente, también de su esposa *Laura Perls* (nombre de soltera Lore Possner), cofundadora de la Terapia Gestalt (Castanedo, 2008).

Como corrientes que han influido en la Terapia Gestalt tomaremos las siguientes: la filosofía existencial, el análisis caracterial y la filosofía oriental (Castanedo, 1997).

Un principio del existencialismo que toma la terapia gestáltica es notar cómo experimenta el ser humano su existencia inédita “hoy es el primer día del resto de tu vida” (Castanedo, 2008, p. 311), de tal manera que se haga responsable de sí mismo con sus circunstancias.

En lo que se refiere al análisis caracterial, Perls y Reich, coinciden en que toda resistencia está en el cuerpo. Por lo que el terapeuta requiere trabajar con el cuerpo del paciente. En el proceso terapéutico, la atención a los gestos, a la postura a la voz son espejo de las sensaciones de cada persona, de ahí la importancia de la expresión corporal en el darse cuenta ya que la persona habla con el cuerpo (Castanedo, 1997).

Otras de las influencias de la Terapia Gestalt proviene de la filosofía oriental Zen donde el ser humano sabio es el que se guía no por lo que ve, sino por lo que siente, penetrando en el objeto mismo.

«[...] Conocer la flor es convertirse en la flor, ser la flor, florecer como la flor, y gozar de la luz del sol y de la lluvia. Cuando se hace esto, la flor me habla y conozco todos sus secretos, todas sus alegrías, todos sus sufrimientos; es decir, toda su vida vibrando dentro de sí misma. (Soca, 2001, p. 9)

El conocimiento del ser humano en sí mismo, en el sentido primario y fundamental lo libera de la prisión de los conceptos y del engaño de su egoísmo; una vez reconociéndose se abre un nuevo y auténtico sentido a su existencia convirtiéndose en el artista de su vida (Soca, 2001).

Para el Budismo Zen la conciencia está en conexión con el inconsciente que es la conciencia de todos los días queriendo decir con esto que cuando el ser humano tiene hambre come; cuando está cansado descansa. Al hacer esto deja a un lado las preocupaciones y los temores que son derivadas de la conciencia limitada (Soca, 2001).

2.4. Principios teóricos

La Terapia Gestalt se sustenta en la naturaleza. Sus principios básicos se obtienen de la observación del funcionamiento de la naturaleza del cuerpo, y de la conducta libre y espontánea.

A continuación se citarán los principios más relevantes que se proponen para coordinar los pensamientos, las emociones, aumentar la percepción, y facilitar la mejor adaptación al medio ambiente.

La esencia de los principios de la Gestalt es el holismo cuya esencia es que la naturaleza es un todo unificado y coherente. El ser humano no es sólo una acumulación de funciones, “el todo es mayor que la suma de las partes” (Latner, 1994, p. 16).

-Autorregulación del Organismo. El equilibrio del organismo continuamente está alterado al surgir una necesidad, y este es recuperado cuando se satisface o se elimina dicha necesidad.

La autorregulación no implica ni asegura la satisfacción de las necesidades del organismo, es decir, el organismo es capaz de satisfacer sus necesidades siempre y cuando existan los recursos en el ambiente. Si el apoyo ambiental es insuficiente, se provoca una crisis que puede ser fatal de seguir con esa carencia.

-La Relación entre el Organismo y el ambiente. La vida de una persona depende de la relación con el ambiente. Organismo y ambiente son una unidad interdependiente, la existencia de uno está ligada a la existencia del otro, la relación no se puede romper, rechazar, ni elegir no es opcional, es necesaria. Hasta cierto punto se puede elegir la clase de ambiente que se quiere, sin embargo, no se puede negar a estar relacionado. La unidad del organismo y medio es el llamado campo, al entrar en él se lleva a cabo una adaptación.

-La Formación Gestalt: la Figura y el Fondo. El ser humano organiza sus percepciones en totalidades significativas, destacando los elementos de acuerdo a su interés, en la medida que el interés varíe la percepción de los elementos y sus relaciones cambiarán obteniendo un significado diferente.

Al experimentar el campo se elige un centro de interés que se destaca, respecto de un fondo difuso, esa es la Gestalt o figura.

Cuando existe confusión o dificultad para priorizar sus intereses o no separan lo esencial de lo accidental se mantiene abierta la Gestalt impidiendo la conclusión de la misma y la formación de otra, provocando en el ser humano lo que se llama neurosis y /o enfermedad.

En una persona sana ante la aparición simultánea de varios intereses, recurrirá a priorizar según sus valores, De esta forma se dedicará a atender el interés o necesidad más dominante, mientras que las otras necesidades retroceden temporalmente al fondo. Dando pauta a creación y destrucción de la Gestalt manteniendo el movimiento natural de la vida y crecimiento.

- Indiferencia Creadora. Es el estado de conciencia donde se está receptivo al ambiente, sin tener la atención en algo específico, “es parte del proceso de formación y destrucción de la Gestalt, es el punto ulterior a la destrucción de una figura y anterior a la formación de otra” (Latner, 1994 p. 38).

-Las Concepciones de la Naturaleza y de lo Natural. La naturaleza humana es flexible, una parte está determinada (aspectos que nos definen como seres humanos: autorregulación del organismo, formación de la Gestalt, entre otros), y otra se está creando constantemente en la interacción con el medio ambiente. Podemos crear segundas naturalezas que se oponen a las partes ya determinadas dificultando el camino.

“El máximo desafío de nuestra vida consiste en encontrar una forma de realizar satisfactoriamente nuestra humanidad” (Latner, 1994, p. 40).

La constitución del ser humano tiene por naturaleza un funcionamiento libre, el desafío en la vida es vivir esa forma de realizar satisfactoriamente su humanidad haciendo uso y desarrollando su potencial humano.

-La Destrucción y la Agresión. La formación y destrucción de la Gestalt son procesos estructurales intrínsecos a la naturaleza y existencia del ser humano, requieren de la participación activa de la persona, ambos procesos son agresivos. Esto es esencial en la autorregulación del organismo. Destruir es cambiar su Gestalt en otra, por ejemplo, destruimos la comida para convertirla en energía para el cuerpo, cuando morimos nos transformamos en alimento para animales, plantas etc.

-La concepción Gestalt de la realidad. La realidad posee aquellas cualidades que están en la naturaleza, y en las interacciones. Unas están dadas y las segundas las va creando el ser humano de acuerdo a sus intereses. Ambas realidades contribuyen una con la otra en beneficio de la vida.

-Excitación. Es la manifestación de energía en los niveles fisiológicos y de experiencia. Es la energía que se libera en las actividades que se realizan en la vida para asegurar la supervivencia en procesos tan básicos como el respirar. Cuando la excitación va al establecimiento de una Gestalt en formación, se experimenta en forma de emoción.

-La Diferenciación y la Dialéctica de las Polaridades. El proceso de separar las posibilidades en opuestos es la diferenciación, los opuestos están relacionados estrechamente. Se conoce el día en relación a la noche. La existencia de uno exige la existencia del otro, cuando el placer sobrepasa un punto se vuelve desagradable; se dice que “el amor es primo hermano del odio”; y “los opuestos se atraen” (Latner, 1994, p. 46).

La dinámica es la siguiente: los opuestos se distinguen y se oponen; cuando entran en conflicto se unen ambos y forman una nueva figura que es más que la simple combinación de los opuestos, es una figura nueva y unificada. Comprender las relaciones en términos dialécticos, implica considerar las cualidades que las separan y las que las aproximan.

“El contacto es el polo opuesto de la separación” (Castanedo, 1997, p. 84). En todo proceso interpersonal una persona reconoce a otra persona, con sus semejanzas y diferencias; se siente con ella, con la emoción que está presente en ese momento. Esto implica polaridades emocionales como amarla/odiarla. La emoción que manifiestan se convierte en la unión es esa energía que la une con la otra persona, la indiferencia se convierte en la ausencia de contacto. Ambos son intensos, sean de atracción o de rechazo (Castanedo, 1997).

2.5. Finalidad

Es oportuno referir la frase de Séneca que dice: "Ningún viento es favorable para quien no sabe a dónde va". Esto resume la importancia de tener en mente y en todo el cuerpo hacia dónde se quiere llegar al ejercer la psicoterapia, cuál es la finalidad en el ejercicio de ésta.

Al referirse a este tema Perls dice que la finalidad de la Terapia Gestalt es lograr la madurez de la persona; que consiste en pasar del apoyo ambiental al propio. Este cambio se realiza pasando de recibir el soporte del medio ambiente a darse el propio auto-soporte. Para ello es necesario entrar en contacto consigo mismo y con el mundo, respetando el ritmo natural, es decir, contacto-retirada; ya que el contacto continuo (confluencia), y la ausencia de él (aislarse), son formas neuróticas de relacionarse (Castanedo, 1997).

Beisser (citado en Latner, 1994, p.141) refiere “El cambio se presenta cuando uno llega a ser lo que es, no cuando trata de ser lo que no es”

Al respecto Rosas (2008) con su toque actual de ver la finalidad de la Psicoterapia Gestalt afirma:

La finalidad de la Terapia Gestalt es estimular a la persona para que se re-descubra y se re-conozca en su totalidad, apoderándose de sus propios auto-

conceptos, diferenciándolos de su *Self* (sí misma), *con el propósito de — llegar a ser quién es siendo quien es, lo más importante para sí mismo—*, integrándose consciente y deliberadamente, haciendo uso de sus recursos, y desarrollando su potencial a través de relaciones de persona a persona, libre de etiquetas o papeles, fabricando satisfacción en su existencia y creativamente, desarrollándose y usando su capacidad para manejar su ambiente a favor de sí y de todos. Esto, *sabiendo sintiendo que: “ser quien es siendo quien es, es lo más importante para sí mismo”*.

Lo anterior se favorece estando aquí y ahora, en contacto consigo mismo, sin ninguna pretensión, viendo los fantasmas y supuestos errores en que vive; sólo estando en el mundo, confiando en la naturaleza incluso sirviéndose del policía interno que trae cada persona; de tal manera que podrá diferenciar quién es y quien no es.

2.6. Metodología

Todo cuanto sabemos del mundo y del ser humano lo conocemos mediante nuestra experiencia. El propósito de la metodología es investigar cómo funciona la persona en el mundo y cómo puede funcionar de mejor manera de acuerdo a su naturaleza en su contexto. Ahora bien, con la finalidad de lograr una comprensión y entendimiento psicológico es necesario estudiar la experiencia del modo en que se presenta a cada uno desde su propio marco, teniendo como referencia el funcionamiento natural del propio ser humano (Latner, 1994).

Es sabido que el organismo que funciona libremente se enfrenta en forma adecuada a los requerimientos de la vida, esto tiene la condición de mantenerse en contacto consigo mismo y con su ambiente o campo. Cuando este contacto se rompe, existe confusión en la distinción de

las necesidades vitales y genuinas con las necesidades creadas, de tal forma que la vida está enfocada a cubrir estas últimas y descuidando las genuinas y vitales provocando conflictos internos que al socializar dichos conflictos no resueltos llevan por consecuencia a la fabricación de problemas con el mundo y en el mundo. Así se encuentran personas que se provocan sufrimiento creyendo que el compromiso es la anulación de la libertad, por lo que sus relaciones personales quedan en lo superficial con el correspondiente vacío o aislamiento, es decir, pasan por el mundo sustentándose en una creencia, sobreviviendo, ya que su vida la ocupan en un imposible. Esta manera de ver su vida es producto de la interrupción del ciclo de la experiencia provocando una disminución de la conciencia (darse cuenta de lo que le sucede, de sus necesidades genuinas), evidenciando su falta de contacto consigo mismo y por ende con su ambiente; de tal forma que se mantiene a expensas del apoyo externo, sin importar la edad cronológica, es decir muestra una conducta de demanda desde una postura de necesidad, generando fobias, ansiedades al grado de incapacitarse física y emocionalmente (Rosas, 2008).

Lo anterior no es provocado propositivamente por la naturaleza del ser humano, sino que nace de una concepción errónea de ver al mundo y su persona, es por ello que surge la necesidad de ampliar la conciencia y re-educar en re-aprender a estar en contacto con sus emociones, dándoles un cauce, de tal manera que no existe cabida a las distracciones (confundir la existencia con un concepto), que caracterizan la alteración (Rosas, 2008).

El método que nos ocupa es el fenomenológico ya que se centra en la experiencia cognitiva mientras ocurre, sin intentar reducir esta experiencia a las partes que la componen. El objetivo general es “capturar” las “experiencias esenciales” o formas elevadas de conocimiento (Tobias & García-Valdecasas, 2009, p. 440). Y describir dicha vivencia intacta, entera, sin los fragmentos de experiencia consciente como la sensación aislada. El propósito es captar el significa-

do y la función del trastorno o conducta poco funcional de acuerdo a su contexto o marco de referencia, es decir captar el sentido de la experiencia subjetiva y de las conductas observables en relación con las circunstancias personales concretas e inmediatas y el marco social de fondo en el que está inmersa la persona.

El terapeuta, utiliza dos recursos para llegar al fenómeno en sí: la reducción fenomenológica cuyo propósito es describir al ser humano en el mundo captando el significado de la experiencia de vida. Y la epoché, que es la abstención de juicios preconcebidos con el fin de permitir la aparición del fenómeno en su facticidad (De Castro & de Souza, 2012).

Para llevar a cabo este método es esencial saber escuchar al paciente. Se considera tanto el comportamiento observado como los informes personales y experienciales, con el propósito de hacer una descripción detallada y clara de lo que está ocurriendo.

“La teoría nace en el entrelazamiento de la universalidad del conocimiento y la singularidad de la vivencia del investigador, por lo que es, en consecuencia, inevitablemente relativa, inacabada y modificable” (Sassenfeld Jonquera & Moncada Arroyo, 2006 p. 96).

Los prejuicios o preconcepciones del experimentador se restringen con el entrenamiento de la capacidad de darse cuenta del fenómeno en cuestión disminuyendo los sesgos.

El propósito es darse cuenta de las conductas y actitudes que forman el presente de la persona. Encontrando que lo que la persona hace no es satisfactorio por la disparidad que existe entre las necesidades que se pretenden cubrir y las necesidades que se requiere cubrir. De esta conciencia se pasa a un cambio de manera de ver la propia existencia traduciendo dicho cambio en actos que estén congruentes con las necesidades. Y dándose cuenta que las necesidades son más sencillas de lo que se creía ya que no se necesita lo que se creía, sino lo que se necesita (Latner, 1994).

Es decir, la metodología es tomada de la fenomenología que se centra en la experiencia cognitiva mientras ocurre, sin intentar reducirla en las partes que la componen. El objetivo general es “capturar” las “experiencias esenciales” o formas elevadas de conocimiento (Tobias & García-Valdecasas, 2009, p. 440). Como se mencionó con anterioridad.

2.7. Diagnóstico

A diferencia de las etiquetas psiquiátricas y la mentalidad que las acompaña, en la metodología Gestalt existe una especie de tipología no del individuo sino del proceso, donde se resaltan los *patrones de la conducta* del paciente y sus *interacciones* con el terapeuta de tal forma que, “en el curso de la terapia al cambiar el paciente, cambian las caracterizaciones” (Latner, 1994, p. 185). Las etiquetas no se refieren a algo inalterable de la persona sino a actitudes y conductas frecuentes que presenta la persona.

Ejemplo de ello son los patrones de conducta como bloqueos en la interacción con el medio ambiente, fijación en recuerdos del pasado, fantasías catastróficas por el futuro, justificación de conductas inapropiadas que producen malestar, resistencia al cambio, mantenimiento de emociones displacenteras como culpa, angustia, resentimientos, uso de palabras con carga afectiva del tipo de debería, entre otros patrones con los que disminuye o se evita el libre funcionamiento de la persona (Salama, 2015).

2.8. Terapeuta gestalt

Me parece importante mencionar que el terapeuta gestáltico no es el satisfactor de necesidades del paciente, ni los necesitados de satisfacción por parte del paciente, el terapeuta en realidad es sólo quien es, siendo quien es, lo más importante para él mismo, bajo la forma del

que ejercita un trabajo específico, por propia voluntad e iniciativa y responsabilidad, la Forma-Facilitador del desarrollo del potencial humano, y en este caso, la psicoterapia.

El trabajo y objetivo del terapeuta es, facilitar al paciente, la promoción de un cambio verdaderamente útil en favor suyo. Y a pesar de que esto suene a frío, es en realidad una relación perfectamente horizontal y profundamente significativa. Pero es menester destacar la importancia que esto tiene y lo que requiere por parte del terapeuta. Esto es, que para su realización requiere de estar alerta en mantener libertad de acción y de decisión. Y esto depende estricta y absolutamente del terapeuta mismo. A esta libertad la definimos el ejercicio de la capacidad de maniobra del terapeuta, porque libertad es un término que indica un estado de relativa pasividad en el que el terapeuta tiende a permanecer constantemente. En cambio, ejercer la capacidad de maniobra implica emprender acciones dotadas de un propósito perfectamente definido, deliberadamente elegido y debidamente estructurado para cada caso, aún a pesar de los obstáculos, contingencias o inconvenientes que “se presenten”, y de manera conjunta y horizontal. De no ser así, o el paciente se recarga en el terapeuta, o el terapeuta se recarga en el paciente, y así solo se estorban (Rosas, 2008).

¿Cómo logra, esta capacidad de maniobra un profesional de la psicoterapia?: En primer lugar, sustentando su propia identidad y unicidad, es decir, siendo él, el dueño y gobernante del concepto de terapeuta, y aunque suene trivial, no siendo “el terapeuta” ni ningún otro concepto; sino siendo persona ejerciendo una profesión.

El terapeuta opera como una co-conciencia, o un copiloto que audita aunque el conductor es el mismo paciente. Como terapeuta, su trabajo es: como el empleado que da el banderazo de salida, ¡el paciente hace la carrera! Y en este caso queda supervisar, monitorear, asesorar, con-

sultar y todo lo que es administrar, a veces muy veladamente y a veces muy directamente (Rosas, 2008).

“La tarea del terapeuta es como la del artista. Su medio de acción es una vida humana. Se admita o no esta afirmación, el terapeuta eficiente da forma a vidas” (Zinker, 1979, p. 37). Por tal motivo se requiere de conocimientos y respeto hacia sí mismo y hacia el paciente.

Esta tarea requiere capacidad de integrar dos estilos de conciencia de ser en el mundo, desarrollar sentido de distribución del tiempo y oportunidad, capacidad para saber el instante en que el paciente permite que se llegue a su interior, capacidad para saber qué cosas dejar pasar y qué cosas no; sabiduría para saber cuándo conviene dejar a la persona en estado de confusión para que ella forme su claridad. Saber y actuar:

- 1.- Tomar firmemente y colgar flojo y suelto.
- 2.- Estar proactivo y vivir en asombro pasivo y receptivo.
- 3.- Darse cuenta de particularidades y ver la totalidad, la Gestalt.
- 4.- Mantener la capacidad de maniobra controlando la dirección de la terapia y fluir en el proceso.
- 5.- Estar seguro de quién es y permitirse sentir confusión de lo que siente, percibe, observa, huele, escucha, palpa.
- 6.- Tomar con seriedad a la persona y jugar propositivamente sus juegos neuróticos manteniendo la seriedad o el sentido del humor según convenga.
- 7.- Ser curioso y ser mesurado.
- 8.- Experimentar carencias en secuencias y ver simultáneamente todo.
- 9.- Nombrar las cosas y experimentar la fantasía.
- 10.- Ser intelectual, y prestar atención a los sentimientos y las intuiciones.

La persona creativa es capaz de “sumergirse en su hemisferio intuitivo, repleto de imágenes, a la vez que gobierne e ilumine esta experiencia con su hemisferio izquierdo” (Zinker, 1979, p. 54)

La función del terapeuta es acompañar al paciente en su autoconocimiento y desarrollo personal, facilitando la toma de conciencia de quien es y promoviendo el desarrollo de nuevas habilidades que le permitan el paso de la dependencia a la independencia hasta llegar a la interdependencia que sería propiamente la madurez.

2.9. Técnicas

Las técnicas de la Terapia Gestalt sirven para facilitar en el ser humano sentir sus emociones, actuar de forma congruente y coherente, relacionarse con los demás movilizándolo y encaminando sus recursos de acuerdo a su dirección que es él mismo en su crecimiento continuo.

Son medios que sirven para sacar a la luz las resistencias y promover la toma de conciencia con el propósito de unificar el pensamiento y sentimiento facilitando interacciones directas, honestas y transparentes consigo mismo y con los demás integrando las polaridades de la persona en un proceso de maduración para lograr una persona integrada y lista para usar sus recursos.

Están divididas en reglas y juegos. De las primeras mencionaremos las siguientes (Rosas, 2008):

- ¡Estar alerta! El propósito es estar atento a sí mismo atendiendo su experiencia personal.
- Hablar en primera persona. Esta regla tiene que ver con la responsabilidad de su persona.
- Hablar en presente. La idea es fomentar la conciencia del aquí y ahora.
- Evitar formular preguntas. Es necesario distinguir las preguntas genuinas de las falsas. A

menudo la persona que pregunta ya tienen su respuesta y no necesita la información.

-No juzgar, etiquetar o diagnosticar. El juicio aprisiona a la persona. La etiqueta o diagnóstico es una manera de desconocer a la persona.

-Expresarse principalmente. Esta regla ayuda a dejar a un lado los juicios, reclamos etc. Y favorecer la responsabilidad y conciencia de la existencia de la persona.

-Cada uno es responsable de lo que aprenda y deje de aprender. El propósito es favorecer la interdependencia

Dentro de las técnicas se encuentran los juegos a través de los cuales la persona toma conciencia de sí misma y abre la posibilidad de sustituir los que no son gratificantes por los que sí lo son. Otra utilidad muy importante es la facilidad que estas proporcionan a las personas para expresarse, favoreciendo la capacidad creativa y una comunicación coherente, libre y espontánea.

En este trabajo se mencionan las siguientes clasificaciones:

A) Según la zona del darse cuenta Stevens (2012):

a) Del mundo exterior, esto es el contacto sensorial con eventos u objetos externos aquí y ahora.

b) Del mundo interior, es el contacto sensorial con eventos internos, es decir lo que está debajo de la piel de la persona.

c) Del mundo de la fantasía. Esto es darse cuenta de la actividad mental que va más allá de lo que ocurre en el presente, ej. Adivinar, recordar, anticipar etc. Es el darse cuenta de imágenes de cosas y de hechos que no existen en la realidad actual presente.

B) Naranjo (citado en Flores & Hernández, 2006) refiere la siguiente clasificación:

- Técnicas supresivas: Son aquellas técnicas con las que el terapeuta frustra las con

ductas evasivas del aquí y ahora, facilitando que el paciente experimente lo que oculta o no quiere vivenciar y expresar. Entre otras están:

-Evitar “hablar acerca de”, como una forma de escapar a lo que es. Se sustituye el hablar por el vivenciar

-Sustituir “debo” por decido; “tengo que...” por “elijo...”; “No puedo” por “No quiero”.

-Frustrar la manipulación destructiva como las preguntas, pedir permiso y las de mandas.

Por ejemplo, en lugar de preguntar afirmar.

• Técnicas expresivas: Son herramientas con las que el terapeuta facilita al paciente se dé cuenta y exteriorice, su sentimiento (expresar lo no expresado, completar la expresión, hacer la expresión directa). A continuación se mencionan algunos ejemplos:

-Pedir al paciente que exprese lo que siente.

-Maximizar la expresión. Se puede inducir a través de situaciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, con el propósito de que aflore sus miedos y asuntos inconclusos.

-Terminar o completar la expresión.

-Silla Vacía. Utilizando roles se trabaja imaginariamente las situaciones inconclusas

que el paciente tiene con personas vivas o muertas; otra manera es utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente experimentando y expresando lo que se evitó la primera vez.

-Repetición. El terapeuta pide al paciente que repita una acción o frase y que se de cuenta de su significado.

-Traducir: Consiste en verbalizar la conducta no verbal. Por ej. "Qué quieren decir tus ojos", "Si tus manos hablaran qué dirían", "Deja hablar a tu cara".

-Actuación e Identificación. El paciente actúa sus emociones, fantasías, pensamientos, identificándose con ellos

- Técnicas de integración: estas técnicas promueven que el paciente reintegre a su personalidad sus partes alienadas, escindidas, negadas o reprimidas. En comparación con las técnicas mencionadas anteriormente, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia:

-El encuentro intrapersonal: El paciente mantiene un diálogo explícito, vivo, con las partes de su ser que están en conflicto. Por ejemplo entre su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo etc. Se puede utilizar como técnica la silla vacía intercambiando los roles hasta integrar ambas partes.

-Asimilación de Proyecciones: El propósito es facilitar que el paciente reconozca como propias las proyecciones que emite y las experimente como si fueran realmente suyas.

Ejemplo

P: "Mi vecino me odia".

T: "Imagina que eres tú quien odia a tu vecino; cómo te sientes con ese sentimiento?"

¿Honestamente, puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?"

A continuación menciono las técnicas por excelencia que en este caso se utilizaron para el manejo de la paciente, sin duda pertenecen a la clasificación anterior.

Contención de la Paciente: Es la acción de aceptación por parte del terapeuta, estando dispuesto a admitir lo que traiga el paciente o surja en ese momento, a través de establecer la empatía con él (Rosas, 2008).

Espejeo: Es la imitación por parte del terapeuta de la conducta verbal y no verbal del paciente, con el fin de que éste se vea en el terapeuta y de ésta manera adquiera inicialmente conciencia indirecta de sus propios actos.

Hábil frustración: Se refiere a todas aquellas intervenciones del terapeuta para interrumpir la secuencia de conductas inadecuadas, de tal manera que el paciente se vea en la necesidad de recurrir a una conducta funcional.

Confrontación de la experiencia: Es la acción de evidenciar lo que se destaca como "figura" en contraste con el fondo de manera muy clara y nítida. La técnica consiste en desafiar la estructura superficial e incompleta (nos referimos a estructura del lenguaje tanto verbal como no verbal), quedándonos con la consabida estructura matriz o "pregnancia". Con esta técnica se desafía la comunicación verbal, que se aprecia poca sonora y hueca hasta obtener emisión de voz firme; en caso de comunicación no verbal, desafiar actividades fragmentadas hasta que se logre la comunicación de unidad.

Confirmación de la relación: Son una serie de eventos conductuales en la intervención, por parte del terapeuta, que consiste en transmitir o comunicar al paciente que él está con él, tal y como éste se manifiesta, favoreciendo mediante la comunicación, la consciencia de ambos de estar viviendo sólo el momento presente admitiendo ser contenedores y contenidos al mismo tiempo. Esto es, el momento del contacto tan paradójico en el que se confirma la experiencia de unión y separatividad al mismo tiempo. Pasando de un yo a un nosotros.

En cuanto a la técnica de asignación de tareas extraterapéuticas es necesaria ya que los asuntos que se mueven dentro de la terapia tienen proyecciones en el mundo exterior. Las personas atestiguan reacciones que revelan una autoexploración profunda (Polster & Polster, 2001).

Tareas Asignadas: Son actividades indicadas por el terapeuta con el propósito de extender los alcances de la relación terapéutica. Estas son ilimitadas. Se le puede pedir a una persona que mastique 20 veces cada bocado de comida, que cada vez que “piense por los demás”, escriba 100 veces lo que cree que los demás piensan.

2.10. Alcances

“Mientras un organismo viviente esté aún con vida algo se puede hacer por él” (Castanedo, 1997, p. 119).

Tiene aplicación en el trabajo individual, de pareja, familia y de grupo. En cuanto a la inteligencia que se requiere para tomar dicha terapia es tanto para personas con deficiencia mental, hasta superdotadas. Así también a personas con trastornos emocionales de diferente índole.

Las intervenciones requieren de habilidad y creatividad por parte del terapeuta de ahí que es importante señalar que es indispensable tomar en cuenta que el terapeuta tenga una madurez emocional, especialmente con respecto al tipo de psicopatología que trabaje con el paciente. El trabajo con personas que padecen perturbaciones más graves como los psicóticos es más problemático y exige mayor precaución, sensibilidad, paciencia y compromiso.

Sus limitaciones dependen de la capacidad, formación, experiencia y buen criterio del terapeuta, el mal empleo puede generar en la persona confusión y desorganización.

“La toma de conciencia es una propiedad de la Gestalt que conduce a la integración creativa del problema” (Castanedo, 1997, p. 71)

2.11. Intervención psicológica con pacientes oncológicos

La atención del paciente oncológico se dirige fundamentalmente a los aspectos biológicos como la genética, dándole una menor importancia a lo emocional, observándose esto con mayor frecuencia en pacientes en fase terminal. La psicooncología, tanatología y Psicoterapia atienden el aspecto emocional abandonado por los profesionales, los familiares, incluso el mismo paciente (Verdecia & Gómez, 2013).

La Psicoterapia es una herramienta importante que ayuda a facilitar que los pacientes adquieran una manera de ver y vivir su vida de acuerdo a sus circunstancias en el aquí y ahora. Las estrategias que son aplicadas dependen de la teoría que emplee el terapeuta.

Verdecia y Gómez (2013) menciona la importancia de los síntomas presentes y la teoría que sigue el terapeuta para definir las estrategias. La psicoterapia gestáltica brinda una alternativa de atención a los pacientes oncológicos con resultados favorables en el mejoramiento de la calidad de vida puesto que mejora la manera de ver la enfermedad, en su vida. Es decir, lo que al momento de recibir el diagnóstico es desorganizador y catastrófico, con ayuda terapéutica puede convertir ese suceso en una experiencia transformadora y enriquecedora.

El enfoque Gestalt es rico y flexible en su capacidad para generar cambios deliberados y responsables en el aquí y ahora. Es un enfoque que facilita en el paciente el descubrimiento de sus recursos personales y favorece la construcción del puente para realizar el paso del apoyo externo al auto-apoyo; sin estar en contra de algo o de alguien y sí a favor de sí mismo.

El terapeuta Gestalt reconoce que cada paciente experimenta de forma particular la pérdida de la salud y la manera de vivir este proceso. Entiende que no se trata de luchar contra esta

realidad, sino a partir de la aceptación de ser quien es con su circunstancia se sirva de todo hasta de lo más ínfimo con el propósito de mejorar su calidad de vida en el aquí y ahora.

A continuación referimos los estudios documentados encontrados en esta búsqueda. Es importante mencionar que existe poca información documentada de la aplicación de este enfoque en el tipo de paciente referido en este trabajo. Por lo que se agregaran estudios que sin ser de Gestalt, refieren resultados con las técnicas que se emplean con pacientes que experimentan una enfermedad crónica degenerativa.

Crespo (2004) menciona que la Terapia Psicológica Adyuvante (ATP), es una adaptación de la terapia cognitiva de Beck al tratamiento de los pacientes de cáncer; se aplicó una sesión semanal, por seis semanas a 134 pacientes con cáncer, reflejando una mejora en adopción de estrategias de afrontamiento positivas disminuyendo la ansiedad y depresión. Dichos resultados se mantuvieron en el seguimiento a los dos y doce meses. Mumford, Schlesinger y Glas, 1982 (citado en Crespo, 2004) encontraron que la estancia hospitalaria en los sujetos que recibieron tratamiento psicológico se redujo en dos días frente al grupo control y estas alcanzaron significación estadística.

Sebiani (2005) refiere que la Danza Terapia (DT) es un método muy efectivo para la rehabilitación de problemas físicos y psicológicos, ya que trabaja con la premisa de que el cuerpo refleja los estados psicológicos del individuo. “La DT es un excelente complemento para aliviar los efectos colaterales de las terapias tradicionales, permite reducir la fatiga, la ansiedad, depresión y percepción del dolor y aumenta el vigor, la energía vital, autoimagen y estados internos del paciente” (p.49).

En varios estudios se recomienda el ejercicio para mujeres con estados iniciales de cáncer de mama, ya que se encuentran diferencias significativas en las actitudes sexuales, imagen cor-

poral y en disturbios de los estados de ánimo, tanto en mujeres jóvenes como adultas (Pinto & Trunzo, 2004, citado en Sebiani, 2005).

Valiente (2006) en su artículo “El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer” refiere los beneficios que aporta el uso de terapias psicológicas en cáncer:

Disminuir sufrimiento y ayuda a controlar el dolor

Mejorar la calidad de vida

Aumentar la sensación de dominio y control sobre la situación de enfermedad

Mejorar la adaptación a la enfermedad

Reducir el estrés y aliviar la ansiedad y la depresión. (p.24).

En este mismo artículo hace referencia de los siguientes usos y beneficios de la visualización y relajación:

Reducir el efecto sobre el cuerpo del estrés asociado al desencadenamiento del cáncer y al miedo a la propia enfermedad.

Activar el sistema inmunológico contra la enfermedad mediante instauración de creencias positivas

Motivar cambios de actitud, en el estilo de vida y fortalecer el “deseo de vivir”.

Enfrentamiento y modificación para la desesperanza y el desamparo.

Herramienta para entrar en comunicación con el inconsciente (creencias sepultadas).

Evaluación y modificación de las creencias del enfermo con respecto a la enfermedad (p.29)

Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009) realizaron una evaluación psicológica a 40 mujeres con cáncer de mama, efectuándose la intervención psicológica grupal a 20 de ellas durante 12 semanas. Encontrando rasgos de personalidad con dificultades en la expresión emocional y síndromes clínicos que afectan al bienestar. Se incluyeron técnicas cognitivas haciéndoles ver la relación entre pensamiento, sentimiento, y comportamiento; intervenciones comportamentales; técnicas de la Gestalt que ayudan a la toma de conciencia, autoconocimiento y a la expresión de emociones; enfoques interpersonales y sistémicos, que consideran sus relaciones con las personas más próximas; terapia de grupo, utilizada para fomentar el apoyo social, ayudarles a la autoafirmación y a salir de sí mismas para ver a otras personas. El objetivo básico fue trabajar la expresión y regulación de emociones y mejorar el bienestar personal. Los resultados fueron los siguientes: Reconocimiento, aceptación y regulación de sus emociones en cada situación; mayor satisfacción a través del autoconocimiento personal, escuchando sus propias necesidades, planteando mejoras para y por sí mismas, de modo que manifestaron con mayor frecuencia sus emociones positivas, reconociendo y regulando mejor las emociones negativas. A pesar del cáncer sintieron mayor satisfacción consigo mismas y más felices que meses anteriores al estudio.

Verdecia y Gómez, (2013) en la experiencia de aplicación de Psicoterapia Gestalt a pacientes oncológicos en estado terminal en el hospital de Santiago de Cuba, presenta el proceso de atención a 8 pacientes de las cuáles sólo una termina el tratamiento propuesto de 14 sesiones, el resto fueron causa de baja por situaciones de muerte, traslado, alta, agravamiento con deterioro mental, imposibilitando el seguimiento de la intervención terapéutica.

La paciente que concluye la experiencia de terapia es de sexo femenino de 45 años de edad, de origen rural, casada, madre de 5 hijos y de religión pentecostal. Su diagnóstico es cáncer cérvico-uterino, fase terminal.

En las sesiones se establece rapport, se explora datos generales, conocimiento del diagnóstico, pronóstico de la enfermedad y análisis de su estado emocional. En las sesiones siguientes se explora su creencia en relación al riesgo de muerte, se abordan duelos significativos; se exploran y manejan asuntos inconclusos; se entrena en el vivir en el aquí y ahora; trabajo de sueños; concientización de logros, y manejo de remanentes de culpabilidad, vergüenza o experiencias con carga emocional.

No se agotó la potencialidad de este enfoque debido a las condiciones de su enfermedad y condiciones del lugar de trabajo. Sin embargo se pudo observar los siguientes resultados: modificación de estados emocionales negativos vinculados a sensaciones y pensamientos perturbadores, aliviando con ello la ansiedad, angustia y episodios depresivos, inclusive la disminución de su percepción subjetiva del dolor y los demás sufrimientos ocasionados por la enfermedad, permitiéndose vivir la proximidad de la muerte en mejores condiciones emocionales.

El deceso de la paciente ocurrió en su provincia de origen en condiciones de dignidad y aceptación.

CAPÍTULO III

REACCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA PÉRDIDA DE LA SALUD

3.1. Aspectos psicológicos relacionados con el diagnóstico de cáncer de endometrio

Existen fuertes conexiones entre lo biológico y lo psicológico. En la vida de las personas que padecen cáncer se puede observar que son múltiples los factores emocionales que están presentes generando un fuerte estrés, por ejemplo, ira, angustia, resentimiento, culpa entre otros. El Dr. Hamer citado en Aragón (2010,) refiere "el cáncer es una respuesta física a graves conflictos espirituales, aislamiento o agotamiento psíquico-físico muy elevado en determinados momentos. Cuando surge un conflicto, causa un choque en el cerebro, desde allí se emiten las instrucciones al cuerpo, iniciándose el proceso canceroso" (p.1).

Existen estudios donde se ha encontrado que la personalidad que tiene mayor predisposición al cáncer es la de tipo C es decir, son aquellas personas que inhiben y niegan las reacciones emocionales negativas como agresividad, ira, ansiedad, y atenúan las emociones positivas y funcionales socialmente como aceptación, tolerancia, paciencia entre otras. Es la típica buena persona que por jugar este papel actúan en perjuicio de sus necesidades y derechos. Estas características de personalidad están asociadas a la presencia de depresión, sentimientos de indefensión o abandono y pesimismo (Arbizu, 2000).

Galeno (citado en Arbizu, 2000) fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores *De tumoribus* señaló que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a tener un cáncer de mama (p.174). A partir de ello es frecuente la relación entre personalidad-estrés- cáncer.

El estrés, las dificultades emocionales, la depresión, los sentimientos de indefensión y las variables de personalidad, han sido asociadas como posibles precursores de cáncer ya que en un

sistema inmune poco fortalecido el cáncer puede tener probabilidad de tener que tomar una posición (Rodríguez, et al., 2009).

Se ha encontrado relación entre estados depresivos e incidencia del cáncer. En un estudio de Shekelle encontró que las personas que presentaban puntuaciones elevadas en la escala de depresión en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) años más tarde la probabilidad de haber muerto a causa de cáncer era doble. Otro estudio llevado a cabo en 1985 por Grossarth-Maticek et al. Se encontró que “el estilo de manejo racional/antiemocional era un predictor de cáncer de todos los tipos” (citado en Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez, & Oblitas, 2008, p. 178).

Las situaciones personales, familiares y sociales que se viven en combinación con sus creencias y valores dan como resultado una forma de afrontar esta pérdida que es la salud. La respuesta emocional que es considerada normal se presenta en tres fases:

- Reacción con incredulidad o rechazo y desesperación.

- Disforia, ansiedad, irritabilidad, depresión, concentración deficiente, alteración de actividades cotidianas.

- Adaptación a la nueva información reanudando sus actividades cotidianas. (Massie, Spiegel, Lederberg & Holland, 1996, citado en Valencia, 2006).

El tiempo de adaptación con el apoyo de la familia, amigos y equipo médico puede ser de unas semanas, sin embargo, si el paciente sigue experimentando altos niveles de ansiedad y depresión por meses habla de una persistencia no adaptativa que requiere tratamiento psicológico (Valencia, 2006).

Sin duda una respuesta física que está relacionada con el diagnóstico es el estrés, afecta al sistema inmunológico aumentando la susceptibilidad a enfermedades y generando cambios de

conducta que pueden ser perjudiciales para la salud, que van desde el consumo de alcohol, tabaco, alimentos inadecuados hasta el rechazo al tratamiento. Así mismo favorece la disminución del sistema inmune bajando la actividad de células NK (natural killer) encargadas de identificar y destruir las células tumorales, y reduce la capacidad del organismo para la reparación del ADN y la apoptosis representando una causa para la aparición de cáncer (Arbizu, 2000).

La idea de morir de manera dolorosa, el depender de alguien al perder funciones de su cuerpo, las alteraciones en la apariencia, y/o perder a personas allegadas son temores que favorecen la tasa alta de depresión. Con frecuencia es ignorada o mal diagnosticada teniendo como consecuencia complicaciones como el suicidio. (Charlson & Peterson, 2002; Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], 1997; Roca & Arroyo, 1996, citado en Valencia, 2006).

Es necesario mencionar que los tratamientos quirúrgicos tienen efectos antes, en y después de que son aplicados, entre los que cabe citar alteraciones sexuales, cambios en la imagen corporal, infertilidad y menopausia inducida (Crespo, 2004).

Una vez iniciado el tratamiento existen reacciones emocionales como ansiedad, miedo, sentimiento de inutilidad, pérdida de control. Es cierto que en el tipo de reacciones tiene que ver el tratamiento, es decir, en la cirugía existe el miedo a la anestesia, al dolor, a las consecuencias como alteraciones en la vida sexual, alteraciones del sueño, baja autoestima, incluso a la muerte. En la quimioterapia por sus efectos secundarios como fatiga, náuseas, alopecia, falta de concentración, alteración de la imagen corporal, alteraciones en el desempeño profesional, sentimiento de ineficacia, baja autoestima. En el tratamiento de radioterapia los problemas psicológicos son menores que en los tratamientos anteriores, estos son ansiedad, miedo y hostilidad (Crespo, 2004).

La reducción del dolor e incluso el salvar la vida con la aplicación de los tratamientos, no impide que los experimenten el paciente, los familiares y amigos como eventos estresantes. Para el paciente esta situación provoca una sensación de amenaza; cuando ésta se percibe mayor a los recursos personales, familiares y sociales el estrés se incrementa involucrando reacciones emocionales negativas, actividad autonómica, neuroendócrina, y reducción de la capacidad para realizar tareas cognitivas y conductuales. Cuando la ansiedad es elevada antes de la operación, se ha observado que después de la misma presentan mayor ansiedad y depresión, por tanto se dificulta la recuperación física (Crespo, 2004).

Un problema común durante el tratamiento oncológico involucra la interrupción de la actividad sexual por el efecto de la cirugía, irradiación o quimioterapia. En ocasiones la pérdida del deseo sexual no tiene una causa directa hormonal pero es un concomitante de depresión mayor, pérdida de bienestar físico, uso de medicamentos o impacto emocional de pérdida de atractivo. Los problemas orgásmicos son a menudo problemas secundarios relacionados a inhibición de deseo sexual, disminución de excitación o interferencias dolorosas con el placer sexual (Crespo, 2004)

Las mujeres con temprana menopausia por cirugía, son propensas a experimentar reacciones emocionales negativas (Hunter, 1993 en Valencia, 2006).

Es importante mencionar que en el periodo donde se han terminado los tratamientos y no existe evidencia de enfermedad puede aparecer diferentes consecuencias psicológicas como inseguridad, temor al rechazo, miedo al futuro, miedo a la recaída, ansiedad y dificultad para dormir cuando se acerca la revisión médica (Valencia, 2006).

Detectar la sintomatología psicológica, ayuda a determinar si los síntomas como el cansancio, la apatía, el insomnio o la falta de apetito son parte de la enfermedad cancerosa o resul-

tado de su impacto psicológico. La utilidad de la información ayuda a realizar una intervención adecuada y certera.

Como se veía anteriormente, el impacto también recae en la familia, y cuando la familia constituye un grupo familiar en el que cada uno tiene un rol bien definido con un grado de flexibilidad que le permita asumir otros roles en caso de que se requiera, el impacto de un diagnóstico de cáncer será menor; sin embargo, si es un grupo familiar con estrategias rígidas y disfuncionales se provocará una enquistación de los conflictos y por tanto comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros ocasionando un mayor daño emocional que los mismos problemas físicos ocasionados por la enfermedad.

La atención de los pacientes oncológicos con niveles de malestar presenta importantes dificultades en la toma de decisiones, se les dificulta seguir su tratamiento, requieren más servicios médicos, muestran insatisfacción con la labor médica, presentan poca aceptación y adaptación a su enfermedad y disminuyen considerablemente su calidad de vida.

El profesional del tratamiento psicológico no sólo debe tratar de resolver los problemas, sino que debe facilitarle los recursos teóricos y técnicos adecuados para que cada persona actúe proactivamente como agente de salud.; así mismo capacitarlo para ayudar a la prevención.

Con el diagnóstico y los efectos secundarios del tratamiento médico se crea la sensación de pérdida, de control e identidad, provocando ansiedad que requiere aprender a manejar de tal modo que de no hacerlo puede generarse un trastorno de pánico.

Así mismo el origen y mantenimiento del dolor en el enfermo de cáncer esta implicado aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales, donde los factores psicológicos tienen un papel importante.

Es de suma importancia la participación de profesionales en psicología ya que favorece la evaluación e intervención sobre el sufrimiento, así como la prevención del sufrimiento innecesario al manejar la amenaza que se percibe y promover un afrontamiento adaptativo a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Así mismo se requiere facilitar el involucramiento de la familia y la atención ya que el alivio del sufrimiento de unos potenciará el alivio del sufrimiento de los otros.

En cuanto a la alimentación, la contribución que puede realizar la psicología en este ámbito es de gran relevancia. Se ha probado que las dietas alimenticias tienen mayor éxito cuando se complementa con ayuda psicológica como grupos de apoyo, realizando contratos conductuales, modificación de creencias, actitudes, comportamientos. etc.

3.2. Percepción de la imagen corporal de la mujer diagnosticada con cáncer de endometrio

En las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres es una parte importante de su valoración social, y elemento importante de su identidad personal de ahí que la susceptibilidad y la percepción corporal es relevante en el tema que nos ocupa.

La imagen corporal involucra el área perceptiva (imagen y valoraciones de tamaño y forma de distintas partes del cuerpo), cognitiva (supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal) y emocional (experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción ligadas a la apariencia externa). Las distorsiones cognitivas más frecuentes basadas en diálogo interno centrado en la pérdida son: magnificación, razonamiento emocional, pensamiento polarizado, atención

selectiva y adivinación del pensamiento, este último consiste en la creencia de saber lo que el otro está pensando (Crespo, 2004)

Es decir, la imagen corporal contiene lo que se piensa, se siente, y cómo se percibe y actúa en relación con el propio cuerpo. Implica el auto-concepto, entendido como el “conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, incluyendo juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa” (Shavelson y Bolus, 1992 citado en Pintado, 2011, p. 29). Del auto concepto que tiene la persona desprende la autoestima que está basada en la evaluación tanto cognitiva como emocional que la mujer tiene de su propio cuerpo en un momento determinado. Por lo que la autoestima hace referencia a las evaluaciones, positivas y negativas, que la persona tiene de sí misma (Pintado, 2011).

Los cambios anatómicos resultantes de la extirpación del útero, tienen un significativo impacto en la auto-imagen y en el sentido de feminidad ya que el útero representa la feminidad, el ser atractiva para el sexo opuesto, la posibilidad de procrear y tener hijos, repercusiones que afectan la autoestima, pérdida de confianza personal con consecuencias en las relaciones sociales e interpersonales.

Es importante señalar que el tratamiento de quimioterapia o radioterapia repercute en la imagen corporal, en su libido y en la fertilidad de las mujeres. La pérdida de pelo que experimenta la mayoría de las mujeres que reciben quimioterapia generalmente tiene un fuerte impacto (Pintado, 2011).

La quimioterapia o las terapias hormonales pueden disminuir la libido y causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de su actividad sexual así como la entrada a la menopausia y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentarla como

una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal (Pintado, 2011).

Después de la enfermedad, el cuerpo puede ser visto como un impedimento para continuar con su labor diaria. Cuando se está saludable, se piensa y se siente que se tiene control del cuerpo. En la enfermedad, se pierde esa sensación de control, la imagen creada de cómo se percibe la paciente se altera, especialmente cuando se requiere de cirugía puesto que existe preocupación en relación a los cambios que ocurren internamente.

Los problemas de imagen corporal están asociados a baja autoestima, ansiedad social, autoconciencia y síntomas depresivos, situación que hace más difícil percibir objetivamente la realidad en el aquí y ahora (Crespo, 2004).

3.3. Influencia de la enfermedad en las relaciones socioafectivas en el ámbito social y familiar

El impacto del cáncer alcanza abismos profundos en los contextos tanto social como familiar, estos contextos son afectados en su funcionamiento tanto físico como psicológico. De ahí que podemos ver que los miembros de la familia de pacientes con cáncer presentan ansiedad, depresión, impotencia, desesperanza, resentimiento, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, desamparo, miedos reales o fantaseados entre otras emociones. Sin embargo, no es el cáncer lo que afecta, es la percepción que se tiene de él, es el sistema de creencias, los valores culturales y la propia historia familiar influida por su entorno (Baider, 2003).

Ante este acontecimiento que es la enfermedad se da una reestructuración emocional, cognitiva y de conducta puesto que se modifican la rutina, los planes a futuro e incluso el sentido de

vida. Se crea un nuevo sistema de demandas, restricciones y la necesidad de nuevas habilidades y capacidades para enfrentar problemas nuevos (Baider, 2003).

Cuando las personas tienen baja tolerancia a la frustración y un grado elevado de vulnerabilidad a la crisis de la enfermedad la viven de manera conflictuada y con desesperación, creando una interacción disfuncional en la familia, llevando esta disfuncionalidad a los demás ámbitos como el laboral y social. Esta se percibe como un enemigo al que se requiere combatir en un terreno sin las armas suficientes y sin protección, de tal suerte que esta situación se perfila a una sensación de impotencia y necesidad. Por el contrario si la persona tiene un grado suficiente de tolerancia a la frustración disminuye la vulnerabilidad a la crisis y se aprovechan los recursos para realizar los ajustes pertinentes personales y ambientales fortaleciéndose sin importar la severidad o el pronóstico de vida de la persona enferma. La versatilidad en el impacto socio afectivo está relacionada a las características personales, familiares y sociales. Por tanto se está frente a la “La variabilidad y la incertidumbre de la condición crónica de la enfermedad basada en los rasgos psicológicos de cada miembro individual y de la familia como *Gestalt*” (Baider, 2003, p. 507).

El sistema social y familiar al estar presente en el proceso de enfermedad favorece la disminución de los efectos negativos y el aumento de un bienestar independientemente del factor estresante, “el sistema social puede ayudar a los individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad” (Baider, 2003, p. 508), promoviendo recuperación tanto física como afectiva.

No se puede negar el tabú que aún existe en torno de la enfermedad de cáncer, la cual se asocia automáticamente con muerte y como algo temible que debe mantenerse lejos y negado.

Sin embargo, también es visto como una oportunidad de “re-pensar qué es lo importante y qué es lo trivial” (Baider, 2003, p. 510), en todos los aspectos de la vida social y familiar.

En contra de los prejuicios, se ha visto que el apoyo social juega un papel favorable en el proceso de la enfermedad puesto que favorece el pensamiento positivo y la esperanza de cura (Arcas de Felipe & de Castro, 2015).

Baider (2003) menciona que diversos estudios epidemiológicos de personas casadas adultas sanas o enfermas revelan mayor bienestar físico y mental en comparación con las solteras o viudas. También se encontró correlación significativa entre la ansiedad de pacientes y esposos de ambos géneros.

Schultz y van Wiel, 1992 (citado en Crespo, 2004), está de acuerdo en que buenas relaciones pueden ser el mejor apoyo para la recuperación sexual después de un tratamiento de cáncer ginecológico.

3.4. Estrategias de afrontamiento del paciente ante el diagnóstico de cáncer de endometrio.

El proceso de movilización emocional, conductual y cognitiva, dirigida a la adaptación de las situaciones cambiantes en cada etapa de la enfermedad se llama afrontamiento (Peçanha, citado en Silva, 2011).

Los procesos de afrontamiento son aquellos esfuerzos evidentes o encubiertos con lo que una persona intenta reducir la demanda o exigencia y busca restablecer el equilibrio entre sus recursos y demandas a través de patrones de respuesta a los estresores y exigencias asociadas a la enfermedad (Hernández, 1997, citado en González, Valencia & Bersh, 2006).

De acuerdo con Perls existen dos necesidades fundamentales en el ser humano: la necesidad de sobrevivir y la de crecimiento (Castanedo, 1997). Cubriendo estas necesidades, la percepción de una situación se dirige a darle un significado al evento, que está influido por la experiencia pasada, así como por las implicaciones que tiene o pueda tener para la persona. En este significado existe un interés que se conoce como figura, y el resto como fondo. A medida que el interés cambia, se modifica la figura y se reorganiza el fondo. Esta conducta está regida por el principio de homeostasis, o principio de adaptación. Esto se logra estableciendo el contacto consigo mismo y con el medio ambiente con el propósito de inventariar los recursos para cubrir las necesidades fisiológicas y psicológicas.

Cuando el paciente no tiene o no hace uso de la habilidad para seleccionar los medios para satisfacer sus necesidades, imposibilita la percepción de las alternativas que están disponibles dando inicio a maniobras defensivas con el propósito de protegerse de un medio amenazante. Para ello el organismo se sirve de los mecanismos de defensa, así se habla de la introyección que consiste en el proceso de “tragarse” algo o alguien sin digerirlo, de tal manera que la persona depende de los demás para establecer sus valores, actitudes y conductas; el siguiente mecanismo es la proyección, aquí la persona no se responsabiliza de sus propios actos o sentimientos porque no debería actuar o sentir así y culpa a otras personas de las consecuencias; Otra manera de defensa es la confluencia, donde el paciente borra la frontera que lo separa del medio y de otras personas actuando como si ambos fueran una sola unidad olvidando su identidad; deflexión, es una maniobra para evitar el contacto directo, como ejemplo de esto es tomando a risa lo que se dice, hablar sobre alguien en vez de hablar a alguien ; por último está la retroflexión, implicando con ello volver hacia sí mismo la hostilidad que quiere hacerle a otro (Polster & Polster, 2001).

Según la manera de encauzar su energía para entablar un contacto o resistirse al contacto, consigo mismo y con el medio crea estilos de afrontar un evento, en este caso el diagnóstico de cáncer.

Moorey & Greer en Díaz y Jerez, (2013) mencionan cinco estilos que el paciente presenta ante el diagnóstico de cáncer. Estas formas de afrontamiento son:

-Espíritu de Lucha: El diagnóstico es tomado como desafío personal ya que consideran que pueden sobrellevar la enfermedad realizando cosas para combatirla o controlarla. Son positivos respecto a su diagnóstico, sienten poca ansiedad tienden a retomar su estilo de vida. Estos pacientes tienden a tener un mejor pronóstico.

-Negación: Ante la amenaza de la enfermedad se niega minimizándola, pensando que lo que padece no es cáncer o que de ser así es benigno. Esta manera de ver el diagnóstico favorece un buen pronóstico al adherirse al tratamiento, la ansiedad y desesperanza es baja.

-Fatalismo o Aceptación Estoica: Acepta la amenaza de la enfermedad de forma pasiva. Se resigna a lo que suceda ya que piensa que su mejoría depende de los otros y no tiene control sobre ella.

Indefensión o Desesperanza: La enfermedad es una pérdida de salud o de algo de él, que no podrá recuperar. Muestra un pensamiento negativo respecto al futuro.

-Preocupación Ansiosa: Percibe al cáncer como fuerte amenaza, manteniendo niveles elevados de ansiedad y preocupación. Busca demasiada información para calmar su ansiedad, sin embargo no lo logra puesto que la interpretación de lo que encuentra es desde una perspectiva negativa.

La estrategia de afrontamiento que emplee cada persona depende de la valoración que hace del diagnóstico, de la percepción del pronóstico y su sensación de control que está en función del

significado existencial que le dé a la enfermedad, los recursos económicos, las capacidades y habilidades con que cuenta la persona al momento de la comunicación del diagnóstico.

Sin importar el diagnóstico, en ocasiones los pacientes son presionados para que tengan una actitud optimista ante la enfermedad cuando su estado físico, sólo le permite otro tipo de respuesta. No es posible generalizar diciendo que hay situaciones que son fáciles o difíciles para “todos”, es necesario considerar a la persona con su situación personal.

3.5. Tratamiento psicológico

Todas las enfermedades médicas y quirúrgicas, conllevan respuestas emocionales que forman parte integral del proceso de la enfermedad. Cuando las personas presentan respuestas mal adaptativas se complica el curso y pronóstico de su condición médica. Dejar a un lado estas respuestas afecta de manera poco favorable el ejercicio de un cuidado médico integral perturbando el resultado médico. Un efectivo acompañamiento terapéutico requiere el entendimiento del proceso mórbido desde los puntos de vista dinámico y psicosocial, ayudando a orientar al clínico en la elección de la estrategia psicoterapéutica que más convenga (González, Valencia, & Bersh, 2006).

La Psicoterapia es el tratamiento psicológico por excelencia, puesto que dentro de los factores que favorecen la aparición del cáncer está el estrés, depresión, alcoholismo, tabaquismo, el tipo de personalidad entre otros. Todos ellos tienen un fuerte componente emocional. De ahí que una intervención u abordaje psicológico ayuda a la persona a reconocerse desarrollando habilidades y alternativas funcionales para hacer frente a factores emocionales, logrando disminuir el grado de vulnerabilidad de la persona a las enfermedades como es el caso del cáncer, incluso, interrumpir un ciclo pre-canceroso en marcha (Rivero et al., 2008).

Las personas que reciben tratamiento psicológico desde el momento del diagnóstico demuestran una mejor manera de enfrentar la enfermedad. Ya que estas intervenciones están orientadas a la manera de ver su persona y al manejo emocional. Así mismo el manejo apropiado de patología subyacente como depresión mayor, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, reacciones al estrés agudo o duelos no resueltos facilitan el favorecimiento de la calidad de vida (Rivero et al., 2008).

Desde el enfoque Gestalt se parte sabiendo que el organismo de forma natural utiliza adecuadamente su capacidad de autorregulación y se enferma cuando por alguna razón no puede satisfacer sus necesidades impidiendo la homeostasis y prolongando demasiado tiempo el desequilibrio. Desde esta manera de ver al ser humano el propósito de la terapia es favorecer la conciencia de la persona y sus recursos para que haciendo uso de ellos mantenga la homeostasis.

La terapia psicológica reduce síntomas de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas, favoreciendo el ajuste mental a la nueva condición de vida induciendo una actitud positiva, facilitando el manejo sobre su persona y participando activamente en el mejoramiento de su salud, así como desarrollando estrategias de afrontamiento efectivas para encontrar solución a los problemas. Crespo (2004) refiere que el objetivo de la terapia psicológica es beneficiar a quienes tienen dificultad para afrontar el estrés derivado del cáncer como a quienes presentan alguna alteración psicopatológica a excepción de los pacientes psicóticos.

3.6. Duelo por pérdida de la salud

“La palabra duelo proviene de dos vocablos latinos: *Dolus*, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción y *Duellum*, variante fonética arcaica de *bellum*, que significa batalla, desafío, combate” (Bavab de Dreizzen, 2001 en Gómez, 2011 p. 43).

Harvey y Weber (1998; citado en Gil-Juliá, Bellver & Ballester, 2008) define la pérdida como “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional”.

Bucay citado en Gómez (2011) define el duelo como “El doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad” (p. 44).

Por lo que para este trabajo el duelo por pérdida de la salud se define como el proceso psicológico que se inicia ante el diagnóstico de una enfermedad degenerativa, que representa una muerte anunciada.

Entre la formación del cáncer y el diagnóstico existe un periodo sin algún tipo de signos o síntomas evidentes donde se están produciendo tanto cambios bioquímicos en el sistema inmunológico como alteraciones en el estado de ánimo, de tal forma que al momento de la comunicación del diagnóstico se produce un fuerte impacto generando un daño como resultado de esos cambios que en la mayoría de las veces se omiten o no se le da importancia.

Sin embargo, desde la perspectiva psicológica, el padecimiento de cualquier enfermedad degenerativa es un acontecimiento especialmente perturbador, donde se inicia un duelo que de no ser reconocido, se convierte en un riesgo para la aparición de enfermedades como la depresión o susceptibilidad inmunológica. Los duelos negados o no elaborados “Constituye un problema semi-oculto en la salud pública contemporánea que es preciso develar. Requiere un monitoreo cuidadoso y un manejo general para evitar complicaciones” (García-Viniegras, C; Grau, C.; Infante, O., 2013, p. 121).

A partir del diagnóstico se inicia un viaje lleno de incertidumbre y angustia sin la garantía y seguridad que proporciona la salud. El paciente y la familia se enfrentan a presiones personales

y sociales que son vividas como crisis donde se “confronta la ontología existencial del ser humano” (Velázquez, Mora & Zapata, 2006.p. 191)

Con frecuencia ante la pérdida se olvida diferenciar entre la aceptación intelectual y la emocional, la primera es la más fácil de procesar puesto que todos saben que la muerte es natural, sin embargo, la segunda tiene un grado mayor de dificultad para su aceptación no porque se tema tanto a la muerte, sino por el dolor y sufrimiento que ésta implica. Por lo que la aceptación emocional es más difícil de procesar, ya que incluye experimentar emociones desagradables donde muchas veces se prefiere hacer “como si nada pasara”, olvidando que las emociones y sentimientos requieren ser expresadas y manejadas para cerrar ciclos y poder abrir los que siguen. Negarlas o evadirlas no impide que existan y que al no ser reconocidas y manejadas hagan daño. El darse cuenta de ellas, vivirlas y manejarlas ayuda a recobrar la autonomía y manejo personal (Castro, 2008).

En la enfermedad oncológica es habitual encontrar un significado afectivo ante el dolor y el sufrimiento, este significado está ligado al contexto social, cultural y relacional. Es por ello que cada cultura favorece la aparición de unos afectos y censura la aparición de otros. Así se explica que la muerte en la cultura occidental es considerada como un fracaso a corregir y no como consecuencia natural de la vida olvidándose de todos somos mortales (Caycedo, 2007).

En el enfoque de la Terapia Gestalt, el ser humano en duelo por la pérdida de la salud, es percibido como una persona única e irrepetible en un proceso doloroso. En el que se plantea la oportunidad de referirse al encuentro y despedida, asumiendo la responsabilidad de sus actos, de sus sentimientos y de su experiencia desde el único lugar donde es posible, que es desde la existencia humana. La Terapia Gestalt ayuda a restaurar las facultades de hacer contacto y retirada

aprendiendo a despedirse, permitiendo con ello que la persona trascienda en el dolor viviendo libre de represiones, apegos y con apertura a lo nuevo y diferente (Mondragón, 2011).

El ser humano como unidad única, dinámica e integradora conforma su mundo personal diferente al mundo general, este tiene la capacidad de tomar la responsabilidad de su existencia donde se prefiere la espontaneidad de lo que es, al control de lo que debería ser; la vivencia al enfrentar un diagnóstico, a la evitación del dolor haciendo como si no pasara nada; el sentir y aceptarse como seres finitos, a la racionalización y negación, comprendiendo que es a través de los opuestos donde se recupera el equilibrio y la armonía natural (Mondragón, 2011).

Ante el fuerte impacto de las experiencias dolorosas, se da una interrupción en la conciencia de lo que está pasando aquí y ahora impidiéndose fluir en el contacto y la retirada resultando difícil realizar el ajuste adecuado. Cuando esto sucede, la persona se estanca deteniéndose en un constante malestar e insatisfacción. Es por ello que ante la pérdida de la salud, la persona se olvida de sí misma instalándose en la periferia. Mondragón (2011) refiere “Sus capacidades y contenidos yoicos se han distanciado de su "sí mismo", de los datos primordiales de su naturaleza y como consecuencia, también de sus necesidades” (p.25). De este modo pierde el acceso a información importante quedándose con información poco relevante.

Es a través de establecer el contacto consigo mismo que la persona se da cuenta de su mundo interior dando pauta al proceso de asimilación e integración de lo nuevo con conciencia de que es una persona en relación con el ambiente creciendo en un proceso de identificación-diferenciación donde va adicionando nuevas formas de ser en el mundo. La capacidad de auto-descubrimiento, el respeto del ritmo personal y el aprendizaje de nuevas formas de ver la vida favorecen la recuperación de la salud emocional.

Como se ha mencionado anteriormente aprender a elegir y despedirse es lo que permite al ser humano trascender el dolor, y continuar abiertos a nuevas experiencias y relaciones.

El duelo interrumpido, es un asunto abierto que favorece el desgaste emocional, físico y espiritual de la persona, este requiere ser experimentado y concluido en el aquí y ahora para dejar de malgastar esa energía vital que se pierde inútilmente en deberías, culpas y resentimientos. Para ello el aquí y ahora es el único momento de revivir una situación y darse cuenta de lo que está ocurriendo, haciendo consciente lo que mantiene atada a la persona al pasado, dándose cuenta de las Gestalten que por diferentes causas no han tenido un cierre. Cabe citar el principio de pregnancia donde refiere “Todo campo psicológico se halla en un momento determinado tan bien organizado como lo permitan las condiciones generales” (Mondragón, 2011, p. 26).

Así pues, el ser humano tiende de manera innata a la autorregulación, al equilibrio, hacia el crecimiento y la salud. Sin embargo, existen factores que bloquean esta tendencia dando pauta a la interrupción del darse cuenta. Un ejemplo de ello son los conceptos erróneos que tiene la persona de sí misma, los deberías, y todo mensaje que no ha sido asimilado permaneciendo en la persona como introyecto (Ruiz Sánchez & Sánchez Cano, 2005, citado en Mondragón, 2011).

Por otra parte, en el duelo prolongado la persona se encuentra condicionada a la valoración de todo lo exterior (familia, sociedad), dificultándose el darse cuenta de su experiencia interna y de los recursos que tiene a su alcance para actualizar entender y comprender su experiencia interna de forma consciente, muchas veces dejando a un lado la falta de correspondencia de lo que piensa y siente con su realidad (Mondragón, 2011, p. 27).

De este modo alberga sentimientos que guarda celosamente en su inconsciente generando un auto-concepto erróneo de sí mismo y de su existencia. Existencia que en un proceso de duelo puede verse limitada por introyectos impidiendo que la Gestalt se complete de forma natural.

Así pues las necesidades no reconocidas o no atendidas adecuadamente pasan a ser fondo produciendo malestar y síntomas a que la persona viva desde un duelo patológico con su respectivo cuadro de depresión menor, hasta cuadros que pueden evolucionar a una patología “Borderline”. (Mondragón, 2011, p. 27)

No obstante, “la existencia es un complejo equilibrio entre los opuestos, la luz no se entendería sin la oscuridad, lo masculino sin lo femenino, la alegría sin la tristeza” (Mondragón, 2011, p. 28). Por lo que es necesario el reconocimiento y aceptación de los opuestos, es ahí cuando está la oportunidad de la integración y crecimiento. Permitiendo a la persona tener un auto concepto acorde a su ser y asumir los retos que representa el vivir la pérdida de la salud.

Ahora bien, vivir implica aceptación y renuncia, si se niega uno de ellos, se queda sin el opuesto que da sentido a la vida conformando las zonas oscuras que no son otra cosa que el olvido de una parte de la persona. Esta forma se da en la salud y en la pérdida de la salud. Los opuestos son necesarios para mantener la vida en movimiento (Mondragón, 2011).

Muchas veces el ser humano confunde el poder de elección, y de transformación, con el poder sobre los otros, empleando su fuerza, su vida en la pretensión de controlar lo no controlable como es el caso de la muerte o la pérdida de la salud. No siempre es fácil distinguir las situaciones que pueden ser cambiadas, de la que no lo son, sin embargo, la muerte, las restricciones de la edad avanzada, una enfermedad degenerativa son ejemplo de situaciones que no pueden ser cambiadas y es necesario aceptarlas de la mejor forma posible.

El propósito de la Gestalt es facilitar que la persona saque a la luz la emoción primaria, que la procese y la integre a su experiencia recobrando el equilibrio emocional, físico y espiritual (Mondragón, 2011).

Los duelos pueden iniciarse antes de la pérdida, o en el momento de la pérdida. Ambos pueden ser normales o patológicos, los primeros son aquellos donde se viven las etapas del proceso de acuerdo al ritmo personal hasta el cierre del ciclo. Los segundos son aquellos donde la persona no manifiesta dolor o este le impide vivir. El tiempo de duelo es variable, porque cada persona tiene su propio ritmo y tiempo. “Predecir cuánto tiempo nos tomará completar el proceso de recuperación es difícil. Algunos podrán hacerlo en unos meses, para otros se requerirán años” (Bucay, 2016, p. 122).

Se considera que todo proceso de duelo en condiciones normales puede extenderse entre uno y dos años (Fonteboa, 2014).

Alejo, et al., (2011) mencionan la siguiente clasificación:

- Duelo desautorizado.- Es en el que se experimenta una pérdida que no puede ser reconocida o expresada abiertamente ante la sociedad. Por ejemplo: relaciones no reconocidas (muerte de amantes, relaciones homosexuales), pérdidas no reconocidas (aborto, esterilidad, enfermedad mental, abusos) y muertes censuradas (sida, suicidio, homicidio).

Duelo traumático.- Es en el que se presenta un conjunto de síntomas como: Búsqueda y añoranza por lo perdido, excesiva soledad, pérdida de seguridad, baja autoestima. En este tipo de duelos se puede presentar abuso de alcohol y tabaco, pensamientos suicidas, trastornos cardíacos y enfermedades como cáncer.

Duelo complicado.- Se da en el caso de muerte súbita y no anticipada, especialmente si es traumática, violenta o desfigurativa. Se considera en los casos de muerte de un niño, por enfermedad larga, ante la percepción de falta de apoyo para el que vive el duelo.

Duelo enmascarado.- el superviviente puede llegar a desarrollar síntomas similares a los que experimenta la persona querida antes de morir.

Al igual que al enfrentar la noticia de la muerte de una persona o terminación de una relación, ante la noticia del diagnóstico de cáncer se desprende el proceso de duelo por la pérdida de la salud.

La psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross quien tiene un enfoque humanista sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica. Enfatiza que el duelo es un proceso, en el que las personas en duelo transitan por cinco fases, cada una con diferentes periodos de duración:

-Negación. Definida como la “imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación”.

-Ira. Es “una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud”

-Pacto/ negociación. Es “una forma de afrontar la culpa y se entabla, de forma imaginaria o real, con aquéllos hacia las cuales dirigió la ira”.

-Depresión. “Son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad”.

-Aceptación. Se define como “el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia” (Miaja, & Moral, 2013, p.110).

Para este trabajo tomaremos las etapas de duelo referidas por Bucay (2016) quien considera que un duelo es una respuesta normal a un estímulo (pérdida) que hiere a la persona. Cada estímulo de pérdida es una interrupción en lo cotidiano como una cortadura es una interrupción en la integridad de la piel. En esta coherencia del ser humano los pasos que sigue la sanación emocional son básicamente los mismos que sigue la sanación de una herida (vasoconstricción, dolor agudo, sangrado, coágulo, retracción del coágulo, reconstrucción tisular y cicatriz), aunque no se llamen igual pero resultan similares. Desde esta perspectiva gestalt que ofrece Bucay se realiza el análisis del proceso de elaboración de duelo, asumiendo que sólo recorriendo el camino del cambio, viviendo el dolor inevitable de las pérdidas, las personas se convierten en seres humanos plenamente desarrollados “Vivir esos cambios es animarnos a permitir que las cosas dejen de ser para que den lugar a otras nuevas cosas” (Bucay, 2016, p. 59).

El dolor en los duelos es inevitable, el sufrimiento es opcional. En el proceso de elaboración se recorren siete etapas:

- Etapa de incredulidad. En esta etapa existe parálisis, negación y confusión. “No puede ser”. “¿Es una broma verdad?”
- Etapa de regresión. Se deja de negar la realidad y aflora el dolor interno e intenso.
- Etapa de la furia. Después del dolor que produce la pérdida viene la furia que no se puede evitar.
- Etapa de la culpa. La persona empieza a culparse y refiere frases como “Hubiera

aprovechado más tiempo”, “Si me hubiera cuidado”.

- Etapa de la desolación. Aparece la impotencia y la soledad que se vive como desasosiego e idea de ruina.

- Etapa de la fecundidad. Se da la identificación con algunos aspectos de la persona perdida como el gusto por algo que a ella le gustaba. Tras la identificación empieza la fecundidad (haciendo acciones dedicadas a esa persona), la reconstrucción y la transformación logrando que esta experiencia sea útil para la persona y otras personas.

- Etapa de aceptación. Aquí se lleva a cabo a) la diferenciación, es decir, se diferencia de la persona que falleció. b) Saber que algo de esa persona sigue con ella, de forma diferente.

Existe un condicionamiento sobre qué se puede y qué no se puede sentir, a las mujeres les es permitido, la tristeza, el miedo, sin embargo el enojo es censurado de tal manera que se va bloqueando los sentimientos y las emociones al grado de no saber qué sentimiento se experimenta y para saber se requiere ayuda especializada.

Aceptar que la pérdida de la salud no es el final, abre la puerta para recorrer en camino de la vida, incluso con una riqueza mayor que le ha dado la pérdida.

3.7. Elaboración de duelo por pérdida de la salud

“La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida” es llamada elaboración de duelo (Barreto, 2008, p. 384). Elaboración que deriva de labor, de tarea; y duelo que deriva de dolor.

“Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su

ausencia” (Bucay, 2003, p. 15, en Gómez, 2011, p. 44). Es un proceso de aceptación que como tal implica tiempo y cambio donde se acepta la nueva realidad.

En el proceso de elaboración del duelo existen factores que influyen significativamente en la forma de vivirlo y llevarlo a cabo, como las diferencias personales, la capacidad de expresar sentimientos, tolerancia a la frustración, edad, capacidad de contención entre otros y sociales tales como la cultura, las creencias, y la religión.

El proceso se inicia de manera natural siempre y cuando existan las condiciones necesarias para ello.

La elaboración abarca el modo de abordar el dolor por la pérdida y la manera de hacer frente a la vida en la nueva situación. El duelo es “la madrina de todas las despedidas” (Jülicher, 2004, p. 15). No se trata de algo corporal o externo, es un trabajo interno que tiene repercusiones en el pensar, en el sentir y en el actuar con una proyección en el organismo. Curiosamente el pensar, sentir y actuar también tiene una influencia en la manera de elaborar este trabajo.

No se puede tener control sobre ello, sin embargo si se puede dar dirección. En el caso de tener duelos anteriores no concluidos en el momento menos esperado aparecen enfrentándose la persona no a una pérdida, sino a varias pérdidas y situaciones inconclusas que enferman, como decía Jorgs Canacakis (citado en Jülicher, 2004) “Las lágrimas no lloradas vagan por el cuerpo” (p.18).

Dar dirección es descubrir o redescubrir la capacidad que toda persona tiene para la elaboración de este trabajo de duelo. La capacidad de duelo es dada a todo ser vivo. Sin embargo, por miedo a las emociones y a los sentimientos se sepulta y se cubre con tabúes, con actividades, con deber ser, o tener que hacer. La elaboración del duelo tiene el propósito en el aquí y ahora de integrar las experiencias tanto internas como externas permitiendo el autoconocimiento y la au-

torrealización al aceptar la pérdida de la salud y su circunstancia, sin refugiarse en el pasado, o en el futuro. Por ello es necesario sacarlo a la luz y encausarlo dándole una dirección a favor de la persona, esto es tomar conciencia de los procesos internos que se están experimentando, vivirlos entregándose a ellos permitiendo la duración natural de los mismos hasta su asimilación que se ve reflejada en la aceptación e integración de la experiencia con un resultado de madurez.

Esto se logra gracias a la capacidad interior del ser humano de aceptar los cambios creando diferentes maneras de expresar su existencia manteniendo su sí mismo aquí y ahora, reconociendo quién es y quién no es, distinguiendo entre lo que puede ser cambiado y lo que no, y así evitar una lucha desgastante contra lo inevitable como es el caso de duelos enmascarados o patológicos.

A través de la toma de conciencia del aquí y ahora se favorece la integración de la experiencia tanto interna como externa permitiendo lograr la autorrealización asumiendo lo inevitable de hacer frente a la muerte.

Esto no termina aquí, mientras se vive, la vida exige continuar avanzando teniendo la necesidad de madurar, razonando, sintiendo y aceptando lo que se queda y lo que se va, sabiendo que toda elección conlleva una renuncia a algo y una aceptación de otra situación o circunstancia reencontrando nuevamente el equilibrio (Mondragón, 2011).

Ante la existencia de contratiempos en la elaboración del duelo y con el propósito de que la afectación sea menor se han implementado técnicas de abordaje para la comunicación y expresión del sentir y pensar, así como para la aceptación de la nueva realidad. Estas son aplicadas de acuerdo al contexto y a las condiciones personales y sociales de cada caso.

“Vivir totalmente en el presente es salud; todo lo necesario para la mejor solución posible en estas circunstancias, se encuentra aquí y ahora en dichas circunstancias” (Mondragón, 2011, p.30).

3.8. Tratamiento integral

La cara más conocida del cáncer es el aspecto biológico donde a pesar de los avances, la pérdida de vidas es elevada.

La implicación que tiene el centrarse en el aspecto biológico es que a los órganos se les estudia como algo independiente de la persona y con vida propia; se estudian los fenómenos alejados del contexto en que vive la persona; los médicos toman la objetividad como característica primordial pretendiendo tomar distancia de la enfermedad y del contexto social del paciente dejando a un lado su subjetividad y deshumanizando su práctica profesional donde se da un status superior al médico por tener los conocimientos e inferior al paciente que es el portador de la enfermedad (Arredondo, 2010).

La asistencia al paciente con cáncer requiere cada vez con mayor claridad un modelo que aborde la enfermedad desde un planteamiento integral que va del pre-diagnóstico hasta el final del tratamiento, ya sea este por curación o por fallecimiento.

Es necesario ver al paciente con cáncer como un todo en un proceso de transformación interaccional entre lo bioquímico, lo psicológico y lo espiritual, donde tiene cabida lo que vivencia y lo que imagina, lo personal y lo social.

La salud es un proceso dinámico, multicausal y multifactorial que tiene que ver con los procesos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que afectan a la persona en las diferentes etapas de su vida. Por lo que es conveniente una evaluación en el área afectiva y emocional

en cada una de las revisiones ginecológicas con el propósito de detectar oportunamente trastornos afectivos y manifestaciones clínicas para su tratamiento (Díaz, 2013).

Una tarea primera e importante para realizar un tratamiento integral es restituir la percepción y vivencia de la persona como un ser íntegro, que se de cuenta que ese órgano del que habla es una parte inseparable de él. Que asuma que está ocurriendo algo en su organismo, en su persona. Es indispensable la conciencia para conectar con la totalidad que forman la persona y su dolencia (Díaz, 2013).

La siguiente tarea es la construcción de una realidad de relación horizontal, donde el médico no es superior por tener los conocimientos y el paciente inferior por ser el portador de la enfermedad y el que requiere del servicio asumiendo un papel pasivo. Sino que ambos son dos personas que interactúan con un objetivo común que es el mejorar la calidad de vida del paciente. Por lo que el entendimiento del tratamiento integral debe surgir de la realidad de las personas en el contexto que se produce y reproduce la enfermedad. Berger y Luckman (2006, citado en Arredondo, 2010, p. 4) mencionan que “Así como es imposible que el hombre se desarrolle como tal en el aislamiento, también es imposible que el hombre aislado produzca un ambiente humano”.

CAPÍTULO IV.

MÉTODO CLÍNICO

En los seres humanos existe la posibilidad de perder la salud por una enfermedad crónica degenerativa. El significado que se le da está determinado por la experiencia personal y sociocultural. Ésta desempeña un factor importante en lo emocional con el que afrontará dicho proceso.

La atención psicológica, en especial la psicoterapia ha recalcado la importancia que tiene lo afectivo en relación a la pérdida de la salud tanto para el paciente como para su familia, amigos y su entorno, por lo que es considerada dentro de las acciones destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente, sustentando el estado emocional y atenuando o disminuyendo el dolor psicológico de los pacientes.

El objetivo de la Psicoterapia es apoyar al paciente a realizar un cambio de paradigma, es decir, para pasar de la idea y la vivencia de que tener cáncer implica irremediablemente combatir la enfermedad y sufrir hasta que llegue la muerte a aprender a vivir con la pérdida de la salud viviendo con la nueva salud hasta morir.

La Psicoterapia Gestalt ayuda a establecer contacto consigo mismo y darse cuenta de quién es, qué percibe, qué siente, qué piensa, cuáles son sus necesidades y los recursos con los que cuenta para cubririrlas; así mismo favorecer la creatividad de nuevas maneras de vivir su vida.

En el estudio de caso se presenta el proceso terapéutico con enfoque Gestalt del duelo de una paciente ante el diagnóstico de cáncer de endometrio.

Este enfoque es elegido por su capacidad para favorecer la toma de conciencia en el aquí y ahora “dando lugar a una gestalt fuerte, la cual es por sí misma curativa, porque constituye la integración creativa del problema” (Vázquez Bandín, C. 2003, citado en Verdecia & Gómez, 2013, p. 396), considerando que el pasado y el futuro existen como parte de la realidad presente, por ser un enfoque creativo, amoroso donde se abre la oportunidad de hacer contacto con el amor y el desamor, por su flexibilidad que da pauta a desarrollar un proceso creativo, porque está dirigida a la existencia del ser humano, por su capacidad de generar cambios y favorecer el cierre de ciclos de experiencia permitiendo cerrar asuntos inconclusos o Gestalt e iniciar otros con su consabida satisfacción.

4.1. Metodología cualitativa

Este trabajo es sustentado en una metodología de tipo cualitativo considerando las siguientes finalidades de dicha metodología. 1) Comprender los significados que los actores dan a sus acciones, vidas y experiencias y a los sucesos y situaciones en los que participan. 2) Comprender un contexto particular en el que los participantes actúan y la influencia que ese contexto ejerce sobre sus acciones (Vasilachis, 2007, p. 31). Dicha investigación es realizada en situaciones naturales pretendiendo dar sentido e interpretando los fenómenos en los términos que la persona le otorga (Vasilachis, 2007, p. 24).

4.2. Tipo de estudio

Estudio de caso. “Usualmente la aplicación del estudio de caso se ha referido a observaciones no controladas de un solo paciente (en el contexto de terapia). Se reportan datos que se basan en la información anecdótica, en los datos cualitativos no recopilados de forma sistemática o replicable, y sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas a la validez” (Kazdín, 2001).

4.3. Objetivo general

Analizar, a través de un estudio de caso, la intervención psicoterapéutica con enfoque gestáltico del proceso de duelo por pérdida de la salud ante un diagnóstico de cáncer de endometrio.

4.4. Descripción de la paciente

Mariana es una mujer casada sin hijos, de 41 años de edad, cuya apariencia física coincide con la edad cronológica, diestra, estatura baja y complexión robusta, notándose sobrepeso, es de tez morena clara, cabello lacio color negro, usa lentes y llega a terapia limpia y aliñada, la terapeuta la percibe con tensión y control, ya que era evidente la rigidez en su tono muscular, principalmente en su rostro. Se encuentra consciente, con marcha normal, en actitud libremente escogida, bien orientada en persona, tiempo, espacio y circunstancia. El lenguaje emitido en tono y volumen es medio. En la forma y curso de pensamiento no muestra alteraciones, al ser abordado en una conversación. En el contenido del pensamiento, no se detectan ideas delirantes. La me-

moria de corto y largo plazo se conserva satisfactoriamente. Desempeña su trabajo en el área educativa.

Es una persona que se contacta afectivamente con su medio en el dolor o en la alegría; se muestra dispuesta para ayudar a los demás en situaciones que así lo requieran. Fue donadora de un órgano a un amigo con el que tenía una relación cercana. Sin embargo, este contacto con su afectividad lo ha restringido notándose en su manera aislada de conducirse, al parecer por experiencias de devaluación en el ámbito familiar y que han sido llevadas a su vida laboral.

En las sesiones iniciales de terapia se mostró dispuesta y colaboradora, sin embargo, exhibe mecanismo de negación al ocultar información importante como la relación de pareja no reconocida socialmente que tenía con Jacobo; mecanismo de retroflexión al actuar de manera rígida y con juicios sobre ella; y mecanismo de confluencia al exhibir conductas de complacencia hacia la terapeuta.

Para la presente investigación le fue solicitado su consentimiento mediante una carta donde le fue informado el objetivo de dicho trabajo y el cuidado que se le dará a los datos para proteger su identidad.

4.5. Motivo de la consulta

La paciente viene de un proceso terapéutico que inició en 2010. Con el propósito de mejorar su estado de ánimo refiriendo dificultades en sus relaciones laborales y personales en el ámbito de familia y de amistad.

Se trabaja la toma de conciencia de la relación que tiene consigo misma, dificultades que tiene en las relaciones interpersonales donde manifiesta pérdida de límites emocionales, y físicos y la necesidad de ser incluida por los demás con la pretensión de ahorrarse reconocerse ella misma.

Se logra la identificación y disminución de patrones que actúa en contra de ella misma como la necesidad de complacer a costa de su persona; el patrón de compararse con los demás; el patrón de juzgarse; el de obtener información con la idea de tener poder, información que al no saber manejar la usa para alimentar su rasgo de desconfianza. Se favorece la proactividad a favor de su proyecto de vida.

Las limitaciones de esa etapa fueron: Por su temor a ser abandonada, traicionada y temor a ser juzgada guarda información importante para el tratamiento como el duelo que estaba viviendo por la muerte de Jacobo que lo refirió como amigo. Duelo que se considera desautorizado debido a la condición de ser vivido de forma oculta.

El proceso que se analiza a continuación es a partir de la llamada que la paciente realiza a la terapeuta después de haber recibido la noticia del diagnóstico, de CE.

En esta llamada, la terapeuta ante la noticia de diagnóstico de CE expresa su asombro e impacto refiriendo a la paciente “no sé qué decirte”. Según palabras de Mariana, esta intervención donde la terapeuta se reconoce con su confusión y su sentir, fue esencial: “fue muy importante para mí encontrar a la persona que ante mi diagnóstico no sabía qué decir, me sentí acompañada”.

En este contexto llega la paciente a su sesión donde es reformulada el encuadre del tratamiento. Reformulación de priorizar el manejo de duelo por pérdida de la salud.

4.6. Objetivos del tratamiento

- Establecimiento del re-encuadre terapéutico

- Facilitar la transición del apoyo ambiental al auto-apoyo.

- Facilitar la aceptación emocional e intelectual de la pérdida de la salud.

- Favorecer la expresión de las emociones con el propósito de elaborar el duelo.

- Facilitar el cierre de ciclos que surgen por la pérdida de la salud.

- Adicionar una manera de ver su vida a partir del diagnóstico de cáncer de endometrio.

- Análisis del proceso psicoterapéutico considerando como indicadores las etapas de duelo que Bucay (2016) refiere en su libro el camino de las lágrimas: Incredulidad, regresión, furia, culpa, desolación, fecundidad y aceptación.

4.7. Escenario

Las sesiones se realizaron en el sur de la ciudad de México, en un escenario de consulta privada. El consultorio de 3x3 m2 color beige con baño completo y con ventanal con vista a la calle con persianas color blanco. El mobiliario consiste en una sala de 3 piezas móviles y con 4

cojines color naranja con café, un reloj de pared, una mesa de esquina, una pequeña fuente, un cuadro decorativo y el título de la terapeuta. El ambiente es cálido, con ventilación adecuada.

4.8. Procedimiento

Para la elaboración de este trabajo se pidió la autorización de Mariana quien fue elegida de la consulta privada del sur de la Cd. de México, la consulta se da en el consultorio, con un tiempo de 50 a 90 minutos dependiendo de los requerimientos de la paciente, y con honorarios previamente fijados. El encuadre fue flexible. El trabajo temático no fue lineal, ya que cuando la figura era una demanda específica diferente al trabajo propiamente de duelo se atendió manteniendo siempre el contacto con dirección hacia la madurez e integración de la persona misma, llevando a cabo el proceso basándose experiencia, formación y creatividad de la terapeuta, centrándose en la *relación Yo-Tú* establecida con la paciente. Se da en una *relación horizontal de persona a persona* donde ambas tienen un objetivo y dirección común que es la persona misma.

Las sesiones fueron semanales. Se realizaron 40 sesiones en total, seleccionando 1 o dos sesiones representativas de cada etapa de duelo que refiere Bucay (2016).

La estructura de la sesión fue de la siguiente manera:

- a) Saludo y verificación de cómo está,
- b) Chequeo de la realización de la tarea y resultados de la misma.
- c) Intervención terapéutica con la aplicación de técnicas
- d) Cierre de la sesión chequeando cómo se sentía? Y recapitulando su aprendizaje.

4.9. Registro

Después de cada sesión se realizaron notas de lo relevante del trabajo, así como de la tarea pendiente para su próxima revisión.

4.10. Análisis de sesión

Se llevó a cabo considerando los siguientes puntos: Características de la etapa de duelo, descripción de cómo llega Mariana, viñetas, técnicas aplicadas, cierre de sesión y logros obtenidos.

4.11. Estudio de caso.

Mariana es una persona de 41 años de edad, con estudios de licenciatura y un posgrado, es generosa puesto que le gusta ayudar a quien considera que lo requiere, se entrega a su trabajo, es fiel, honesta, agradecida, buena amiga, por su facilidad de contactarse crea un ambiente de confianza. Tiende a ser leal a su palabra, con sus respectivas consecuencias al dar en ocasiones más importancia a su palabra que a su persona. Cuando se le encarga alguna actividad, hace todo para cumplir lo que ofreció.

4.12. Composición y relaciones familiares

Es la mayor de dos hijos del primer matrimonio de sus padres, tiene dos medias hermanas por parte del segundo matrimonio de su padre el cual actualmente está casado, siendo su ocupación la mecánica. La madre de Mariana falleció de cáncer cervicouterino a la edad de 48 años;

Refiere que su mamá era rígida, distante, y controladora, constantemente la descalificaba ya que “no me bajaba de pendeja”. Al enfermar su madre de cáncer, existe un acercamiento que se ve truncado con su muerte. A su padre lo percibe distante y poco afectivo. Ambos progenitores sentían preferencia por el hijo ya que “él era obediente, inteligente, guapo, buen niño que no les daba problemas, a diferencia de ella que era rebelde, gorda, burra y contestona” según referencias de la paciente. De niña peleaba con su hermano y “se lo chingaba”, a pesar de ello él la buscaba; después se invierten los papeles ya que él era quien “la chingaba”. Mariana tiende a perder límites por su fuerte necesidad de reconocimiento y cariño de tal manera que constantemente busca complacer.

La relación de los padres fue poco funcional, puesto que él tomaba alcohol y en sus interacciones descalificaba a su familia.

A continuación nos referiremos al proceso terapéutico, para lo cual considero mencionar que esta paciente ha estado en terapia por problemas de baja autoestima, dificultades al relacionarse, pérdida de límites, fuerte necesidad de ser incluida y aprobada por los demás.

Ante el diagnóstico de cáncer, se detona un duelo desautorizado ante la muerte de Jacobo con quien mantuvo una relación de pareja no reconocida abiertamente.

4.13. Proceso psicoterapéutico

El proceso psicoterapéutico de Mariana inicia cuatro meses antes de recibir su diagnóstico de cáncer, por problemas interpersonales y dificultades en la toma de decisiones, principalmente la de concebir un hijo o no, puesto que aunado a sentirse incapaz emocionalmente de educarlo, albergaba dudas respecto a su condición física, debido a haber sido donadora de riñón y tener 41 años. Por tal motivo se recomendó una valoración médica.

Para este trabajo se considera el análisis a partir de la llamada telefónica que realiza Mariana a la terapeuta donde le comunica su diagnóstico de CE.

Después de la valoración ginecológica Mariana asiste a consulta para la entrega de resultados de estudios, donde el médico le dice lo siguiente. “tengo dos noticias, la mala es que se encontró carcinoma (tumor maligno), y la buena es que la va a atender el oncólogo Rafael”, que le fue presentado en ese momento. Ante esta inesperada noticia refiere que pensó: “me voy a morir”, y se cuestionó “cómo le voy a decir a mi esposo”. Una vez en el consultorio del oncólogo ella irrumpió en llanto ante lo que el médico le dice: “Llora hoy porque mañana se necesita que saques la casta”. Esta información es proporcionada por Mariana al llamarle a la terapeuta una vez que salió de la consulta médica.

Ante esta llamada la terapeuta contiene a Mariana escuchándola, quien se mostraba en estado de confusión, ansiedad y angustia, brindando comprensión, facilitando que se sintiera acompañada, interviniendo la terapeuta con la siguiente pregunta: “cómo te sientes al compartírmelo”. Una vez que se escuchó más tranquila y ante la insistencia de Mariana de obtener una respuesta de cómo decirle a su esposo la terapeuta espejea su pregunta logrando que ella misma

se dé respuesta. Posteriormente atiende cómo se siente, se fija día y hora de la cita para su psicoterapia.

Lo que se obtuvo fue disminuir su angustia al compartir, sentirse escuchada y acompañada; así como claridad y tranquilidad de cómo darle la noticia a su esposo; esto lo denota en su tono y en la opción que toma para dar la noticia. Posteriormente se fija una cita con fecha más cercana a lo programado.

Es necesario tener presente que no es el propósito de este trabajo adaptarse a las etapas rígidas, el desafío es sintonizarse con la persona para descubrir el significado que tiene la pérdida para ella y cómo la vive. “Es la terapia que debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia. (Nardone & Watzlawick, 2007, p.74).

Por lo que es recomendable tomar lo que se va describiendo no como una información acerca de un país ya conocido sino como el mapa de una nueva tierra, o de una tierra diferente. Ya que un duelo es algo personal.

Las sesiones para su análisis fueron seleccionadas para ejemplificar la etapa correspondiente y el proceso que experimentó Mariana. Se consideró un periodo de un año en sesiones semanales

4.14. Análisis del proceso psicoterapéutico

El proceso psicoterapéutico fue realizado en la modalidad individual, siendo 40 sesiones, acordadas de forma semanales en un período de 12 meses como fue referido anteriormente. Los

indicadores para efectuar el análisis del proceso psicoterapéutico fueron las etapas de duelo referidas por Bucay (2016): incredulidad, regresión, furia, culpa, desolación, fecundidad y aceptación. En cada etapa se consideran los siguientes puntos: el primero refiere características propias de la etapa de duelo, el segundo punto se describe cómo llega Mariana a la sesión terapéutica, en el tercer punto se le da voz a la paciente refiriendo frases seleccionadas de la sesión que ejemplifican la etapa (viñeta), el cuarto punto se citan algunas técnicas que fueron aplicadas para su manejo del proceso, el quinto punto se hace un cierre y por último se mencionan los logros obtenidos de la etapa correspondiente.

Cabe mencionar que en las etapas que implicaron mayor resistencia para un fluido desarrollo del proceso se eligieron dos sesiones con el propósito de dar continuidad al proceso, tal fue el caso de la etapa de incredulidad, regresión y furia. Estas etapas tienen un patrón lineal, a diferencia del proceso psicoterapéutico que es continuo pero no lineal.

Etapa 1. Incredulidad (8 sesiones)

Esta fase de elaboración de duelo por pérdida de la salud es un intento de amortiguar el efecto de la realidad, dando tiempo para adaptarse y pensar en el futuro con cierta distancia. Se caracteriza por parálisis, negación, confusión y fantasía.

Sesión 1

En esta etapa Mariana llega en shock, confundida instalada en el pasado, y respondiendo en automático a los estímulos sensoriales como lo hizo al responder al saludo de la terapeuta. Se instala en la idea de culpa olvidándose de sí misma, dando mayor importancia a sus pensamientos de lo que según ella “le pasará”. Utiliza su energía para desviar lo que implique entrar en

contacto con su sentir. De inicio habla de generalidades y asuntos secundarios, luego expresa su fantasía de muerte, evidenciando cierta confusión ante la interrupción de la continuidad de su salud.

Viñetas

M-“Me voy a morir, y no sé qué va a pasar.”

M- “Tengo poco tiempo de casada, esto no estaba previsto, no puede ser”

M- “Me van a quitar la matriz.”

Vemos que ante el acontecimiento del diagnóstico de CE, muestra un desequilibrio en la autorregulación del organismo en su función física, emocional, y de pensamiento que se evidencia en la expresión de confusión y negación, esta defensa es utilizada por el organismo como una lucha por regularse a sí mismo.

Regulación que está relacionada a su medio ambiente, esta relación no se puede rechazar, ni romper, ni negarse, solamente aprovecharla para iniciar y cerrar ciclos donde una parte importante es la expresión de sus emociones cualquiera que estas sean “La mayoría de las emociones precisan del medio como objeto o no se satisfacen” (F.S. Perls, 1947, p 117, referido en Latner, 1994, p. 28). Por lo que sin el apoyo ambiental, Mariana no podría cubrir sus necesidades puesto que la autorregulación por sí misma no garantiza la satisfacción de necesidades, es necesario que haga uso de los recursos que le brinda el ambiente evitando consecuencias catastróficas.

Con el propósito de facilitar la elaboración de duelo por pérdida de la salud se le proporcionó recursos a través de las técnicas para ayudarla a vivir esta etapa. Por lo que se aplicó la

técnica de contención (técnica expresiva), donde la terapeuta crea una atmosfera de contacto y aceptación, desde una escucha activa aceptando dicha necesidad haciendo un ambiente para que se exprese; todo ello manteniendo el equilibrio entre la libertad y la unión respetando el espacio emocional propio y aceptando la invitación al de ella, sin quedar atrapada o confluír, sino favoreciendo una creación nueva donde no hay un yo o un tu, sino un nosotros con un propósito terapéutico bien definido que es la disminución de la dolencia a través de la aceptación de sí misma y su circunstancia.

La aceptación de la terapeuta fue un buen inicio de la conciencia de esta interdependencia con el ambiente. Para afianzar la relación persona-ambiente (principio básico), se aplicaron técnicas del darse cuenta como “escuchando lo que nos rodea”, “Proceso”. Todo ello con el propósito de facilitar la toma de conciencia de sí misma en el aquí y ahora, sin ninguna pretensión de cambiar, detener o evitar o alguna exigencia del tipo que sea, sólo dejando que el cambio tome su curso natural, favoreciendo que se contacte consigo misma y con su ambiente en su circunstancia de pérdida de salud.

Al finalizar cada sesión se realiza el cierre que consiste en revisar ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

El logro que se obtiene es una mayor conciencia de sí misma, de su circunstancia, y un cambio de estado de ánimo refiriendo sentirse mejor. Comienza a valorar su situación de pérdida de la salud identificándola como lo importante a atender.

A continuación ejemplificaremos la siguiente sesión:

Sesión 2

Mariana llega disociada, alterando su realidad y mostrándose distante, refiriendo lo siguiente:

Viñeta

M-“Ya le dije a mi esposo que cuando yo me muera, él se case”

T- Escucho que le dijiste a tu esposo que cuando te mueras, él se case. Ahora bien, tu cómo estas?

M-“Voy a realizar los trámites para mi operación.”

T- Vas a realizar los trámites para tu operación (pausa). Repítelo y escúchate.

M-“Voy a realizar los trámites para mi operación

T- De qué te das cuenta?

M- (hace un largo silencio).

La Gestalt que muestra Mariana tiene como figura situaciones futuras como el interés en la pretensión de controlar lo que pase cuando ella muera, alternando con la figura de lo que va a hacer en cuanto a trámites para su operación, y como fondo están sus emociones ante su situación presente. Situación que impide cerrar la Gestalt para la formación de otra, impidiendo el movimiento natural de la vida y desarrollo.

La terapeuta contiene a Mariana aceptando su disociación, y desvío del contacto, ante lo cual emplea varias técnicas expresivas como la del espejeo, la de maximizar la expresión, así

como la de completar la frase de “aquí y ahora”. Y por último la técnica supresiva frustrando la evitación del contacto.

En esta etapa el cáncer es encuadrado como una reacción de protección y alerta por parte de su organismo ante un desequilibrio. Por lo que no se requiere combatir, sino aceptar y favorecer el nuevo equilibrio con la nueva salud, donde implica un cambio importante en el estilo de vida.

El diagnóstico es considerado como una eventualidad o un resultado, no como un problema. Se menciona que para que esta situación sorpresiva de cáncer se convierta en un problema es necesario que se enfrente de manera inadecuada (combatiendo el cáncer, negando la necesidad de cambio, dándole vida propia al cáncer, confundiendo el fin con los medios, entre otras cosas) , es decir que la persona en lugar de centrarse en la realidad con las áreas de oportunidad se centre y oriente en las dificultades haciendo como si no pasara nada, como si fuera una situación inamovible, llegando a adquirir dimensiones tales que la lleven a una depresión o un suicidio.

Se re-encuadra en un duelo por pérdida de la salud y se alienta a reconocer los recursos con los que cuenta para vivir este proceso de elaboración de duelo.

Desde esta perspectiva lo que se comunica es que la terapia no se ocupa de los problemas, sino de las personas encausando las acciones hacia una dirección a favor de sí mismas. Esto es promoviendo cambios de forma estratégica como “hacer menos de lo mismo” que alimenta y mantiene el desequilibrio y sí hacer más de lo importante que es atender a la persona.

El cierre se realiza con las preguntas de ¿aquí y ahora cómo se siente? , ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?.

Estratégicamente con el propósito de favorecer el cauce del proceso así como checar los logros obtenidos en dicha sesión y obtener la retroalimentación de cómo seguir en la próxima sesión.

Los logros fueron favorecer el contacto consigo misma aquí y ahora, tomar conciencia de que el cáncer no es un problema sino una reacción de protección ante un desequilibrio del organismo que comunica la necesidad de realizar cambios a nivel físico y emocional; así mismo tomar conciencia del inicio de elaboración de duelo donde vivirá emociones intensas que en ocasiones no se podrán entender, sino solamente vivir.

Este tiempo fue una preparación para la siguiente etapa de “Regresión”.

Etapa 2 Regresión (7 sesiones)

Ante el cúmulo de sensaciones que vive en la primera etapa, donde las figuras eran la parálisis, la confusión y la negación, viene el darse cuenta de que es real la pérdida, desencadenándose la expresión irracional y desmedida de un cúmulo de emociones, donde lo único que siente es el dolor.

Sesión 1

Esta etapa inicia propiamente después de la histerectomía, en su estancia post operatoria en el hospital. Donde es llamada la terapeuta para consulta ya que Mariana se encuentra “mal emocionalmente” según refiere el esposo.

Se encuentra contenida, a la llegada de la terapeuta, Mariana se desborda en llanto, sin poder controlarlo.

T- Hola Mariana (pausa).

M-(Llora, y una vez que puede hablar), “Siento mucho, mucho coraje, mi hermano me culpa de que mi cuñada descuida a sus hijos por venir a cuidarme. He estado llorando y no puedo parar, me siento muy mal, enojada, triste, con ganas de madrear a mi hermano”.

La energía que está encaminada a una adaptación se ve interrumpida por la intrusión de su hermano rompiendo el precario equilibrio y el contacto que tiene consigo misma, situación con la que favorece una defensa donde dirige su hostilidad hacia sí misma (retrofectando), debilitando su energía, en lugar de abastecerse de la energía de la otra persona confrontándose y expresar lo que siente haciéndoselo saber, perfectamente diferenciada del medio ambiente. “La confrontación directa moviliza el afecto y da vida a la experiencia” (Castanedo, 1997, p. 129).

Por lo que la terapeuta re-encuadra esta conducta de demanda en un marco de elaboración de duelo, donde las emociones experimentadas de coraje, enojo, tristeza, son la manera de como deja aflorar intensamente su dolor interno ante la pérdida, satisfaciendo la necesidad de expresarse. Latner (1994) refiere “El máximo desafío de nuestra vida consiste en encontrar una forma de realizar satisfactoriamente nuestra humanidad” (p.40). Con esta estrategia de re-encuadre se favorece la figura de la etapa de regresión sirviéndose del reclamo descontextualizado de su hermano.

La manifestación de excitación y de contacto que fluyen libremente es característica de un buen funcionamiento, donde si se detiene el movimiento, la persona se vuelve opaca, sin vida.

Funcionar libremente implica una constante readaptación, ya que las realidades cambian y Mariana también

Para continuar el proceso de elaboración de duelo por pérdida de la salud se aplicó la técnica de contención aceptando su expresión de dolor; una vez que externó el exceso de presión se emplearon técnicas tanto expresivas como supresivas, incluyendo el darse cuenta de su mundo interior, exterior y de fantasía con el propósito de frustrar hábilmente el desvío de su expresión, alentando expresar lo no expresado o terminar la expresión en los casos donde la reprimía, frustrando los juicios que en determinado momento hacía y con los que impedía su sentir y/o el reconocimiento de este. Todo ello con el propósito de facilitar su conocimiento y aceptación sin juicios o deberías, promoviendo un funcionamiento libre.

El contacto con ella misma y con el entorno es indispensable para la elaboración del duelo y por ende el desarrollo de su potencial, en un ambiente de libertad y amor a pesar de que “le llueva en el desfile”.

Entre las técnicas utilizadas se encuentran “hablar en primera persona”, “sustituir el debo por decido; tengo que por elijo”; “completar la expresión”; “fantasía dirigida”.

Para el cierre se hace un chequeo con las siguientes preguntas ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

Los logros obtenidos fueron los siguientes: disminución de estrés ante la expresión de emociones en un ambiente controlado y sin juicios, diferenciarse de su hermano y tener conciencia de lo que es su responsabilidad y lo que no lo es. Por último se observó tranquila y relajada.

Sesión 2

Mariana después del periodo de recuperación por la cirugía llega a consulta donde lo que resalta es lo siguiente:

M- “No entiendo, ¿por qué me siento así, si la operación salió bien, y estoy en buenas manos”.

T- No entiendes ¿ por qué te sientes así, si la operación salió bien y estás en buenas manos?.

M- “Si.

T- (silencio)

M- Porque ya no voy a poder tener hijos.

Aunque parece que pide información, al escucharla atentamente revela una demanda velada e indirecta de apoyo ante lo que la terapeuta espejea facilitando que se escuche, posteriormente con el silencio frustra su demanda de respuesta externa y la estimula para que ella se apoye dando su propia respuesta a su pregunta.

Se facilitó la toma de conciencia de la importancia del dolor como una manera de conectarse con la tristeza y aunque ésta genere crisis permite el cambio que se requiere para continuar la vida.

Se realiza el cierre de la sesión ¿aquí y ahora cómo se siente? ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?.

Los logros que se obtuvieron en esta etapa son: la aceptación de la expresión de su sentir sin juzgarse, la re-significación del dolor y la tristeza como algo necesario para la elaboración del duelo, una manera de auto-apoyarse aprendiendo a pedir directamente las cosas que ella requiere y disminución de la intensidad en su dolor, valorar el apoyo y compañía médica de amigos y de familiares.

Etapa 3. Furia (8 sesiones)

Después de la negación, y del desborde emocional con el que se contactó con el dolor de la pérdida llega la furia. Son momentos de mucho enojo, de mucha problemática, sin importar con quien, (incluida ella), sin importar si es o no razonable, la furia aparece, algunas veces explícita y otras disimuladas.

La función de la furia es terminar con el desborde de la situación catastrófica de la regresión, de protección y preparación para el dolor de la tristeza que está gestándose. Con la furia Mariana se ancla a la realidad. Esta furia es la que esconde la tristeza.

Sesión 1

Mariana llega tarde a su sesión de terapia, se le observa enojada con cara congestionada, refiere fuertes enojos y discusiones en su trabajo y con su familia:

Viñetas:

-“No me creen que tengo cáncer, y que me están dando quimios, dicen que con la quimio se cae el cabello y que a mí no me han visto pelona. Pendejos, que no ven que tengo peluca”.

-“Que no ven que estoy subiendo de peso. Pinche gorda”. (Haciendo referencia a los efectos del tratamiento).

Considerando su circunstancia personal, la conducta de enojo intenso es esperada, es una forma de mantenerse en contacto consigo misma, con su ambiente, con la realidad.

Si esto no es vivido como parte del proceso le dará un significado diferente rompiendo el contacto y confundiendo sus necesidades genuinas (pertenencia, y estima), por necesidades creadas (ser comprendida por “todas las personas”). Dicha confusión le llevaría a fabricar problemas con el mundo y en el mundo, y una incapacidad emocional adquirida.

Es por ello que aunado a una de las técnicas por excelencia que es la contención del paciente, se emplearon técnicas del darse cuenta como “generalizando”, selección” “identificación con un objeto”, con técnicas expresivas de actuación, y exageración. Así mismo resignificación de su enojo intenso.

Para ello se utilizó la reducción fenomenológica cuyo propósito fue describir y captar el significado de la experiencia de vida en su contexto. Y la epoché, que es la abstención de juicios preconcebidos (de Castro & de Souza, 2012, p.9).

Se pasó a la realización del cierre ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

Se logró tomar conciencia de la etapa del proceso que estaba viviendo y de la disparidad que hacía entre las necesidades que pretendía cubrir y las necesidades que requería satisfacer, dándose cuenta que estas últimas son más fácil de satisfacer.

Sesión 2

En esta etapa salen asuntos que no han sido concluidos conteniendo sentimientos no expresados, culpabilidades no resueltas que forman parte de duelos interrumpidos. El de su mamá, perteneciendo al tipo traumático donde experimentó añoranza, pérdida de seguridad y baja autoestima. Donde según Alejo, et al. (2011) se puede presentar enfermedad de cáncer.

El siguiente asunto sin resolver fue el duelo de su amigo Jacobo, pertenece a la clasificación de duelo desautorizado viviendo a su muerte una relación de pareja que no fue expresada abiertamente ante su familia, ni amistades, de tal suerte que dicha pérdida la vive sola con consecuencias del tipo de aislamiento de sus compañeros de trabajo, tendencia a dormir toda la tarde después de llegar de trabajar, y un decremento del cumplimiento de su trabajo.

Viñeta:

M- “Mi mamá se muere cuando ya nos estábamos empezando a llevar mejor”.

M- “Jacobo y mi mamá se murieron, cobardes, me abandonaron”. “Jacobo me prometió no morir, yo le dije que la condición para quererlo era que no se muriera, pues a la gente que quería se moría”.

En esta etapa se aplican técnicas expresivas facilitando completar la expresión de aquellas emociones que interrumpió o nunca expresó. Y técnicas supresivas para frustrar la deflexión; de igual manera se reconstruyen situaciones con el propósito de favorecer la expresión e integración de lo evitado la primera vez.

En esta etapa se asignaron tareas con el propósito de sensibilizarse en su sentir, y facilitar la toma de conciencia de los asuntos inconclusos en cada relación.

Se asigna la tarea de elegir una foto de su mamá y otra de Jacobo, indicándole que cada día durante 3 minutos con reloj en mano hable con la persona de la foto, y que no continúe aunque lo quiera hacer. Cada día con una persona. El propósito de la tarea es que Mariana se sensibilice y tome conciencia de su sentir con las personas fallecidas, al mismo tiempo dejarle interesada en continuar con la tarea.

Otra tarea que se le asignó fue escribir dos cartas, la primera escribiéndole a Jacobo expresándole lo que quedó pendiente con él y la segunda dando respuesta a la primera carta. La indicación anterior también se le dio para la realización de las cartas con su mamá. Esto fue en diferentes sesiones.

Se realizó el cierre estratégico ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

Lo obtenido en esta etapa es reconocimiento de duelos interrumpidos, reducción de la carga emocional y del sufrimiento que se provocaba ante la falta de expresión. Ver a las emociones como aliadas para favorecer la madurez emocional. Anclaje a la realidad a partir de la expresión y aceptación. Preparación para la etapa de la tristeza.

En esta etapa una figura recurrente en Mariana fueron maniobras para arrancar la dirección del tratamiento, tal fue el caso de solicitar terapia de pareja con el propósito de “no enojarse con su esposo” según sus palabras se frustró hábilmente con respuestas del tipo que a continuación se ejemplifican:

T- “bueno, déjame pensar un poco en ello, hoy me cuesta captar los beneficios de una terapia de pareja en este momento”.

Logrando por un lado frustrar hábilmente su demanda ilegítima de querer evitar sentir las emociones propias del duelo (el enojo y la furia) y por otro mantener la dirección del tratamiento a favor de la paciente promoviendo que se reconozca, se aprecie y haga uso de sus recursos en favor suyo y no en favor de sus conceptos o máscaras o roles, creencias limitantes, de tal forma que salga de su fiesta privada de autocompasión y se encuentre con ella y con el mundo (en este caso representado por la terapeuta en una relación horizontal).

O bien, ante preguntas sugeridas del tipo: “No crees que mi esposo está equivocado en lo que piensa” donde ella ya tiene su respuesta), si el terapeuta contesta sí se somete a la conación de control de la paciente, y en el primer caso una coalición contra su marido, pero si dice no, provoca una discusión u oposición dando la impresión de co-alianza con el marido contra de ella; y de cualquiera de estas formas se desvía el proceso y se disminuye la capacidad de manio- bra de la terapeuta. Por lo cual se frustraron las respuestas de distracción, manteniendo una pos- tura de profesionalismo y colaboración empleando respuestas como la siguiente:

T- “No conozco a tu esposo lo suficiente; pero basándome en lo que me dices, me inclina- ría a estar de acuerdo contigo”.

Como en toda sesión al final se realiza el cierre ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

Aceptación de la frustración de sus demandas, favorecimiento del auto-apoyo y la prepara- ción para la siguiente etapa.

Etapa 4 Culpa (6 sesiones)

Si Mariana siguiera con la misma intensidad emocional que en la etapa de furia, se agotaría de tal suerte que de no parar el agotamiento la llevaría a la muerte. Por lo que es necesario detener esa intensidad emocional, donde la manera es la culpa, esta también tiene la función de defenderla de la sensación de impotencia ante la pérdida.

Viñetas

M- “Yo me fabrique el cáncer, porque yo traté mal a Jacobo, y con esto lo estoy pagando”
“Si yo lo hubiera tratado bien, no me hubiera enfermado”.

M- “Si yo hubiera querido tener hijos, esto no me hubiera pasado”.

M-“Si hubiera hecho caso cuando la Dra. me dijo que me quitara la matriz”.

El primer paso fue facilitar el darse cuenta y entender lo que estaba viviendo respecto a la culpa. Con ello se fue adicionando a la construcción del camino en dirección de un funcionamiento libre ampliando las posibilidades de una nueva reorganización de sus recursos. Para esto se re-significó el sentido de la culpa, viéndola como una oportunidad de cambio y movimiento, en lugar de algo estático e inamovible que era vivido como una pesada carga.

Con esto se abrió el espacio para que sacara los patrones de conducta y de pensamiento que ante las pérdidas pasadas eligió y que mantenía hasta la fecha mostrando conductas auto-destructoras como la culpa de duelos anteriores. En un primer paso el objetivo fue llevarla a una

conciencia y una aceptación de sí misma con sus conductas y pensamientos de culpa en el aquí y ahora. Encontrando que lo que hacía no la satisfacía dándose cuenta de muchas restricciones que se había puesto con las que solamente alimentaba una conducta de omnipotencia impidiéndose vivir su vida de forma libre.

Se evidenciaron discrepancia entre las necesidades presentes y necesidades creadas por mensajes introyectados con los que hacía a un lado sus necesidades como el descanso después de tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia minando su energía, estos mensajes fueron del siguiente tipo: “eres floja,” “lo que se te da lo haces basura”, “te gustan los maricones”.

Por lo que se facilitó en Mariana un contacto más estrecho en el aquí y ahora. Ayudándola para que fuera mínimo el espacio para la zona de la fantasía.

Las técnicas utilizadas fueron del darse cuenta de su mundo interno, externo y de fantasía, como “liberando su cuerpo”, “contacto-retirada”, “retraerse”, “verificando la realidad”. “asimilación de proyecciones”, y “silla vacía”.

Se aplicó técnica de confrontación ante actitudes de omnipotencia.

Por último considerando sus necesidades e intereses y como una manera de adicionar un sustento para la etapa de desolación que estaba por vivir, se promovió la aceptación de un reto que consistió en reunir en 6 meses una cantidad de recursos económicos, así como la remodelación de un área de su casa y regularización de documentos legales de propiedad de su casa. Reto que fue aceptado.

Después de lo anterior se pasa al cierre ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?.

Se logró adicionar una manera de ver la culpa, incluir el trabajo de duelos anteriores, identificación de introyecciones, proyecciones y mayor conciencia de sus necesidades. Aceptación del pasado. Una base que refuerza el sustento para la etapa que continúa que es la desolación.

Etapas 5 Desolación (4 sesiones)

Esta etapa fue la más difícil del duelo, porque se vivió la verdadera tristeza, la impotencia al tener conciencia de que las pérdidas eran irreversibles y que nada podía hacer, la soledad de estar sin lo perdido se hizo presente, con los espacios que dejó su mamá y Jacobo, y la pérdida de la salud, ya no podía estar con ellos; ni realizar actividades que disfrutaba.

Conectada con sus vacíos personales experimentó falta de energía y una “gran tristeza”

M- “Sólo quiero estar en la casa”.

M- “Me siento triste, vacía, no tengo matriz, ni riñón, es un vacío que no sé con qué llenarlo”

También experimentó como refiere Bucay (2016) pseudoalucinaciones, normales en esta etapa:

Viñeta

M- “Ayer que estaba en la casa percibí el olor de Jacobo, y escuche su bastón. Yo creo que me acompaña en mi enfermedad”.

Así como identificación con Jacobo principalmente.

Viñeta

M- “He estado estudiando, cuando estoy en mi trabajo me doy cuenta que aplico lo que aprendí con Jacobo”.

En este periodo Mariana canceló algunas sesiones de terapia, argumentando pocos deseos de salir de casa. Ante esto la terapeuta mantenía el contacto con Mariana a través de una llamada telefónica con el propósito de ser incluida en su soledad y hacerle sentir acompañada.

Esta etapa fue principalmente de compañía, escucha y comprensión, donde expresó su creencia de que Jacobo y su mamá la acompañaban en su enfermedad. Todo esto sin juicios y sin interrupciones del tipo de “debes de”, o “tienes que...”.

Con la escucha sin juicios se favoreció el contacto con su impotencia dando pauta a terminar su ciclo e iniciar un nuevo ciclo de interés, de transformación de la emoción a la acción, encontrando sentido a la desolación, viéndola como un retiro necesario para llorar lo que tenía que llorar y preservarse de estímulos hasta estar lista para recibirlos recorriendo su camino de duelo.

Se da cuenta de las similitudes que tenía con su mamá y con Jacobo, aceptándolas y promoviéndolas en ella. Esta identificación es un inicio de la salida de esta etapa y un puente para la etapa de la fecundidad siendo el principio de algo nuevo.

Es aquí donde expresa inquietud de dar, dar testimonio de ser hija, de haber sido pareja de Jacobo, y de lo que ha cambiado su vida ante la pérdida de la salud.

Fue importante cuidar y frustrar hábilmente la idealización que hacía de Jacobo, y favorecer la propia revalorización ya que con la primera se permanece en el dolor y sufrimiento y con la segunda se elabora el dolor viviéndolo y dejando que finalice su ciclo.

En esta etapa se hace un puente con el exterior, centrando la atención de su interior hacia el mundo que le rodea anclándola en sus propósitos de mejora en salud y en objetivos de proyecto de vida. Se promueve el recibir y agradecer el aprecio. Se emplearon técnicas supresivas para frustrar los desvíos del camino de elaboración de duelo y expresivas para abrir espacio y renovar la energía favoreciendo el cambio de estado de ánimo y adicionar una manera positiva de ver las situaciones. Estas técnicas se fueron improvisando según la disposición de la paciente.

Se emplearon frases que Jacobo usaba para afianzar la identificación y hacer el puente para la siguiente etapa.

Con el propósito de cerrar asuntos pendientes con su mamá y Jacobo, y su anterior estado de salud, una tarea asignada fue la elaboración de un ritual que incluyera una despedida, un reconocimiento de lo que la persona le dejó, y una bienvenida a un nuevo estatus, a un nuevo yo.

Al finalizar la intervención se realiza el cierre revisando ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

Lo obtenido es la aceptación de sus sentimientos poco agradables, como la soledad, la tristeza, la impotencia. Cierre de asuntos pendientes ante la pérdida de su mamá, Jacobo y pérdida de la salud. Adicionar una nueva manera de ver las situaciones y su existencia en este momento, sin juicios y sin pretensiones, sólo aceptándola. Aceptación del desafío de una mejor organiza-

ción económica como analogía de la organización emocional. Establecimiento del puente para la siguiente etapa.

Etapa 6 Fecundidad (5 sesiones)

Mariana inicia un tiempo de reconocimiento de sí misma con su capacidad, redescubriéndose con habilidades que son parecidas a las que tenía su mamá como el cocinar, y su amigo en las ventas. Encausa esta identificación en el cuidado de su alimentación, así mismo contempla iniciar estudios de posgrado. Se documenta sobre alimentación para personas con cáncer. Una de las batallas principales es su sobrepeso.

Se siente orgullosa de las relaciones que ha construido con los médicos, enfermeras, amigos y familiares. Refiere que ha tenido logros que nunca hubiera imaginado como el mantener su matrimonio, promover en ella y su esposo una mentalidad de prosperidad que se ve reflejada en la obtención de bienes materiales, y de relaciones laborales y sociales

Comparte los beneficios que ha obtenido en la terapia promoviendo la misma.

Un patrón de esta etapa era su baja tolerancia para aceptar el ritmo de las personas ante lo cual mostraba enojo y desesperación:

Viñeta

M- “Me enojé con mi esposo, dice que para qué comprar un coche nuevo, si se lo pueden robar”. Me molesta su mentalidad de necesitado, no lo soporto”.

M-“Cuando salimos de vacaciones busca hoteles baratos y con eso me enojo y discutimos”.

Otro patrón frecuente era la distracción con conductas de otras personas para no hacer su trabajo.

M-“Mi compañera de trabajo no atiende a sus alumnos, los deja que entren a la escuela sin uniforme”.

Se utilizan técnicas integrativas como la silla vacía, encuentro intrapersonal y asimilación de proyecciones, invertir roles. Técnicas expresivas y supresivas como el desafío a la estructura superficial de su lenguaje con el propósito de que hablara completo.

Al finalizar la intervención se realiza el cierre revisando ¿aquí y ahora cómo se siente?, ¿de qué se da cuenta?, y ¿para qué le sirve este darse cuenta?

Se logró ampliar sus redes sociales y valoración de las mismas, inquietud para estudio de un posgrado, un mayor autoapoyo, reconocimiento de su capacidad y logros obtenidos y logros en proceso. Continuar el proceso de elaboración de duelos anteriores.

Etapa 7 De Aceptación (2 sesiones)

Mariana, muestra una aceptación intelectual y emocional de la pérdida de la salud, valorando logros y cambios que tuvo que realizar a partir de ello

M- “De no ser por el cáncer, tal vez no me hubiera dado cuenta de mi capacidad”

Cambios que menciona donde de no ser por la interrupción que tuvo a partir del diagnóstico CE no los hubiera hecho, ni descubierto su capacidad.

En cuanto a la muerte de su mamá acepta que fue fuerte en su momento y se reconoce diferente a ella (esto es un avance importante puesto que en este proceso de terapia se trabajó la identificación que tenía con su mamá donde daba por hecho que moriría como ella).

La más dolorosa y con mayor dificultad de asimilar es la de Jacobo, debido a que el tipo de duelo pertenece a un duelo desautorizado, por la relación de pareja que tenía con él. Situación que en su momento decidió vivir sola.

Reconoce y acepta que ahora tiene una nueva y diferente salud, con otras circunstancias de vida y otras relaciones.

Actualmente está casada, en una relación estable y con mayor independencia de su esposo. Muestra gratitud y una apertura de mentalidad y aceptación de su circunstancia.

El cierre del proceso psicoterapéutico lo realizó compartiendo sus logros a través de una carta.

DISCUSIÓN

El propósito del presente trabajo de tesis fue analizar a través de un estudio de caso la intervención psicoterapéutica con enfoque gestáltico del proceso de duelo por pérdida de la salud ante un diagnóstico de Cáncer de Endometrio (CE).

Aunque todos saben que la vida humana es pasajera y se desarrolla en un constante cambio de encuentros y despedidas, muchas experiencias producen un impacto tan fuerte en la persona que le resulta difícil hacer el ajuste necesario para seguir en un funcionamiento libre y espontáneo.

Cuando esto sucede, la persona actúa como si pretendiera detener el tiempo negando este continuo fluir de la vida, atándose a situaciones con las que se provoca malestar e insatisfacción, dejando pasar las oportunidades del presente sin darse cuenta que está muriendo en vida.

Tal es el caso ante la pérdida de la salud por CE, donde la persona al recibir el diagnóstico inicia un viaje lleno de incertidumbre y angustia sin la garantía de la seguridad que proporciona la salud, enfrentándose a presiones personales y sociales que son vividas como crisis, perdiéndose a ella como centro, e instalándose en la periferia disminuyendo su capacidad de darse cuenta de sus necesidades y los recursos que tiene para cubrirlas, en ocasiones llegando a complicaciones innecesarias como un diagnóstico en etapa avanzada o incluso al desenlace de la muerte en condiciones poco favorables que se pudieron evitar.

Por esta razón es de vital importancia que la persona distinga entre lo que puede evitar o cambiar y lo que sólo le queda aceptar y vivir; de lo contrario, se emprende una batalla contra

lo inevitable generando una sensación de impotencia e insatisfacción. “El primer paso es estar consciente de lo que nos estamos haciendo” (Latner, 1994, p. 138).

Ante la pérdida de la salud, se abre un camino de lágrimas y dolor al tener que dejar ir lo que “ya no está” y aceptar la nueva realidad. En este contexto la psicoterapia es una herramienta que le al paciente alternativas para recorrer de la mejor manera este camino, haciendo uso de sus recursos personales y ambientales.

Se ha comprobado que las personas que reciben tratamiento psicológico desde el momento del diagnóstico, muestran una mejor manera de enfrentar la enfermedad (Rivero, 2008) mediante la adopción de estrategias de afrontamiento (Crespo, 2004), cognitivas, emocionales y conductuales. Un ejemplo es la danza siendo esta efectiva para la rehabilitación de problemas físicos y psicológicos (Sebiani, 2005); la visualización y relajación favorece la disminución de estrés, dolor y sufrimiento mejorando la adaptación a la nueva salud (Valiente, 2006). Coincidiendo con Cerezo (2009), Verdecia y Gómez (2013) con la aplicación de técnicas entre las que se encuentran las gestálticas se logran resultados como disminución de fatiga, depresión, ansiedad, y sensación de control sobre la enfermedad; al igual que la modificación de estados emocionales negativos vinculados a sensaciones y pensamientos perturbadores, permitiéndose vivir la en mejores condiciones emocionales.

Sin pretender negar que existen varias maneras de elaborar un duelo, para este trabajo se eligió la Psicoterapia Gestalt, puesto que ofrece la riqueza del darse cuenta en el aquí y ahora facilitando que la persona reconozca su existencia perfectamente diferenciada de cualquier concepto o situación, valorándose con sus recursos, viviendo la satisfacción de ser quien es, es decir ser ella lo más importante para sí misma sin importar y aun importando las contingencias que se

presenten. Beisser (citado en Latner, 1994, p. 141) refiere “El cambio se presenta cuando uno llega a ser lo que es, no cuando trata de ser lo que no es”. En esa misma sintonía Enright, considera que la persona requiere ser como es ya que “el pez que nada contra corriente muere” (Castanedo, 2008, p. 317).

En la Psicoterapia Gestalt se trabaja con la confianza de que la persona posee la capacidad de autorregularse cuando tiene los recursos para llevarlo a cabo (Latner, 1994). Sabemos que por naturaleza “El organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación” (F.S. Perls, 1947, p. 7, citado en Latner, 1994, p. 24). Con esta certeza se inicia la elaboración de duelo con Mariana.

Mariana de 41 años de edad estando en proceso psicoterapéutico con el propósito de mejorar su estado de ánimo, sus relaciones laborales y valorar la decisión de embarazarse o no es diagnosticada con CE., situación que al presentarse modifica su interés de consulta solicitando ayuda para combatir el cáncer, sin darse cuenta que lo que buscaba era a ella misma. Por lo que la opción no era combatir o atacar el cáncer, puesto que sería equivalente a atacar su Self, donde para ganar la batalla, moriría, y si no lo “combatía” también. En este contexto de pérdida de salud el abordaje psicoterapéutico consistió en facilitar que Mariana se re-descubriera, se reconociera logrando una aceptación incondicional de su persona con sus circunstancias en el aquí y ahora, integrándose consciente y deliberadamente, haciendo uso de sus recursos personales, ambientales y desarrollando su potencial humano.

Para facilitar este proceso se emplearon técnicas, con aplicación de acuerdo al requerimiento del proceso de Mariana que vivía un afrontamiento de tipo ansioso puesto que para ella cáncer era igual a muerte (Moorey & Greer en Díaz y Jerez, 2013). El análisis inicia con la lla-

mada de Mariana a la terapeuta informándole de su diagnóstico de CE. Los indicadores tomados para el análisis del proceso psicoterapéutico fueron las etapas de duelo referidas por Bucay (2016): incredulidad, regresión, furia, culpa, desolación, fecundidad y aceptación.

Resultó evidente que la situación médica de Mariana no fue el principal motivo de su respuesta de desorganización emocional ante el diagnóstico de CE; sino su percepción particular del cáncer, así como su historia personal sustentada por asuntos inconclusos, y un patrón de conducta de desconocimiento de su persona creyéndose “la gorda, la burra, la contestona”, creyendo ser todo, menos ser Mariana.

Si bien, la respuesta de incredulidad fue una respuesta de defensa contra una realidad impactante como es un diagnóstico de CE, en este desequilibrio físico y emocional que estaba viviendo, la figura que destacó en la etapa de incredulidad fluctuó entre negación, confusión, pretensión de control sobre lo que tenía que hacer su esposo y su fantasía de muerte, provocándose dolor por algo que en el presente no estaba sucediendo, dejando de ver lo verdaderamente importante, es decir, atender sus necesidades de salud. De acuerdo con Perls existen dos necesidades fundamentales en el ser humano: la necesidad de sobrevivir y la de crecimiento (Castanedo, 1997). Cuando Mariana no tiene o no hace uso de la habilidad para seleccionar los medios y satisfacer sus necesidades, imposibilita su percepción de las alternativas disponibles para su atención dando inicio a maniobras defensivas con el propósito de protegerse de un medio amenazante (Polster & Polster, 2001).

Para atender lo verdaderamente importante que era su persona (Mariana) fue necesario facilitar la conciencia de sí misma y su circunstancia a través del contacto, respetando su ritmo

natural, de contacto-retirada; ya que el contacto continuo (confluencia), y la ausencia de él (aislarse), son formas neuróticas de relacionarse (Castanedo, 1997).

Para tal propósito fueron aplicadas la técnica de contención, de expresión, y de darse cuenta facilitando primero el reconocimiento y aceptación de su persona por parte de la terapeuta, posteriormente se fabricó un puente para que se reconociera y aceptara como Mariana en una situación de pérdida de salud. Con este avance fue posible adicionar una manera diferente de ver el cáncer, es decir ver que el cáncer fue una respuesta de protección ante un desequilibrio del organismo que comunicaba la necesidad de realizar cambios a nivel físico y emocional.

Tras el trabajo realizado entra a la etapa de regresión estando en el hospital en recuperación de la histerectomía donde ya no fue posible sustentar la negación, pues la pérdida era real, la histerectomía también, el dolor estaba presente. Sin embargo los intentos fallidos por defenderse del dolor se hacen presentes al desviar su atención y enojo hacia su hermano evitando la expresión del límite ante un reclamo injustificado por parte de este con la respectiva consecuencia de la disminución de energía “La confrontación directa moviliza el afecto y da vida a la experiencia” (Castanedo, 1997, p. 129).

La conducta de enojo es re-encuadrada en un marco de elaboración del duelo como algo necesario para favorecer la expresión de su dolor ante la pérdida. “El máximo desafío de nuestra vida consiste en encontrar una forma de realizar satisfactoriamente nuestra humanidad” (Latner, 1994, p.40).

Es así como en este camino se llega a la etapa de furia donde aparece ese enojo violento sin importar si es razonable o no, sin importar contra quien lo dirige. Esta es la manera que tiene

Mariana de anclarse a la realidad manteniendo el contacto consigo misma; por lo que fue importante contextualizar esa furia como parte necesaria del proceso de elaboración de duelo

En esta fase es donde expresa duelos no elaborados como la muerte de su mamá y posteriormente la muerte de Jacobo experimentando añoranza, pérdida de seguridad, soledad y decremento en la productividad laboral; asuntos inconclusos que al parecer los convirtió en síntomas hasta llegar a la expresión de un CE. Latner, (1994), menciona “nuestras mentes no están enfermas; nosotros somos los que estamos enfermos: todo nuestro ser está enfermo” (p. 93) Al respecto el Dr. Hamer citado en Aragón (2010,) refiere "el cáncer es una respuesta física a graves conflictos espirituales, aislamiento o agotamiento psíquico-físico muy elevado en determinados momentos. Cuando surge un conflicto, causa un choque en el cerebro, desde allí se emiten las instrucciones al cuerpo, iniciándose el proceso canceroso” (p.1). Por su parte Salama (2015) menciona “Todo síntoma representa un grito del Yo que implica un asunto inconcluso que se necesita cerrar y se vale de la expresión verbal o no verbal para buscar la resolución del mismo” (p. 87).

En esta etapa fue importante la adición de técnicas de asignación de tarea extra terapéutica con el propósito de reforzar y extender los alcances de la terapia (Polster & Polster, 2001).

En la etapa de culpa frena la intensidad de sus emociones y con ella se defiende de la impotencia que siente ante las pérdidas. En esta etapa del proceso fue importante facilitar que Mariana tomara conciencia de lo que estaba en su ámbito de influencia y por tanto era posible modificar diferenciándolo de lo que solamente era posible aceptar para continuar en este proceso de elaboración de duelo.

La etapa de desolación fue la que vivió con mayor tristeza, dejó de realizar actividades que disfrutaba, canceló citas de psicoterapia permaneciendo el mayor tiempo en casa. Aquí fue importante el contacto telefónico que tuvo la terapeuta con Mariana comunicando aceptación de su persona sin juicios preconcebidos, sin “deberías” permitiendo continuar el proceso (De Castro & de Souza, 2012). En este tiempo hace contacto y cierra el ciclo de impotencia e inicia su interés de dar testimonio de ser Mariana hija, Mariana pareja. Fue importante frustrar hábilmente la idealización que tenía de Jacobo con el propósito de mantenerse en contacto con la realidad. Mondragón (2011) apunta la terapia gestalt ayuda a restaurar las facultades de hacer contacto y retirada aprendiendo a despedirse, permitiendo con ello que la persona trascienda en el dolor viviendo libre de represiones, apegos y con apertura a lo nuevo y diferente.

En la etapa de fecundidad encausa su energía en el cuidado de su alimentación, de su persona y familia. Su cambio de mentalidad realizado en el proceso de duelo la hace evidente en su actitud positiva, en sus proyectos de vida entre los que destaca el propósito de estudiar una maestría, incremento de bienes en el ámbito material, emocional y espiritual.

Por último, la etapa de aceptación fue el resultado de su trabajo personal sabiendo que no es un concepto, sino Mariana con existencia propia.

En esta dinámica de contacto consigo mismo se fue facilitando el proceso de Mariana hasta llegar a la aceptación de lo inevitable y necesario de dejar ir lo que ya no está para poder recibir lo nuevo “Cuando estamos sanos, estamos en contacto con nosotros mismos y con la realidad” (Latner, 1994, p.55). “La salud no nos asegura que los obstáculos desaparecerán cuando tropecemos con ellos; sólo significa que nos debemos dedicar a esa tarea específica con todos

nuestros recursos” (Latner, 1994, p. 53). Es por ello que ante la dificultad de aceptar una pérdida es necesaria la ayuda profesional para recobrar un funcionamiento libre.

En la elaboración de duelo por pérdida de la salud se logró el cierre de duelos significativos anteriores con los que alimentaba el CE, así como la disminución de conductas de no merecimiento, aislamiento y depresivas con las que frenaban su desarrollo, se estimuló las necesidades de desarrollo personal y autorrealización incluido el ámbito material. Esto último toma relevancia puesto que en la literatura revisada no se encontró estudio alguno que mencione este tópico.

Otra consideración que es importante tomar en cuenta en la relevancia de este trabajo es que fue realizado con una paciente en consulta privada donde los recursos, oportunidades e intereses son diferentes al compararse con el sector público. Destacando lo siguiente:

La persona que asiste a consulta privada las necesidades de alimentación y médicas, están cubiertas, permitiendo emplear sus recursos al restablecimiento de su salud emocional. La continuidad y frecuencia están de acuerdo a los requerimientos de la paciente, el ambiente es más acogedor en cuestión de mobiliario, los motivos por los que llegan a consulta son diferentes mostrando un mayor compromiso cuando es evidente la inversión económica que realizan en una consulta privada. Circunstancias que en el sector público no es posible contar con ellas, por situaciones de presupuesto, políticas de la institución y demanda de servicio.

Por ello es una responsabilidad realizar y documentar investigaciones de casos de consulta privada, que por motivos diversos se ha dejado a un lado este tipo de pacientes que brindan una riqueza para la comunidad científica.

Una limitación que tiene este trabajo es que no se puede generalizar, ni utilizar como fórmula puesto que las personas y las circunstancias cambian, aunado a la restricción que se tiene por el tipo de investigación: estudio de caso. Otra limitación fue que el área sexual fue abordada con una respuesta de poco interés de la paciente, decidiendo la terapeuta optar por trabajar la figura que mostraba mayor fuerza.

Para futuras investigaciones se recomienda la videograbación de sesiones para estudiar e implementar variaciones creativas de cada técnica. Creación de una guía del proceso para poder aplicarla a un mayor número de personas con esta opción de intervención psicoterapéutica. Adición de técnicas donde el área sexual pueda tener un mayor trabajo terapéutico debido a la relevancia en el tipo de cáncer ginecológico.

CONCLUSIONES

Mi experiencia en la formación en el posgrado de Psicología Clínica, del plan anterior, fue enriquecedora para mi vida, puesto que me brindó la posibilidad de adquirir y adicionar bases teóricas, filosóficas, clínicas y de investigación y ponerlas en práctica en el presente trabajo y en el ejercicio de mi profesión.

En cuanto a las habilidades clínicas fue de gran importancia el desarrollo de la observación para percatarme de los fenómenos tal y como se presentan en determinado contexto; la evaluación para saber las áreas de fortaleza y oportunidad que cada paciente tiene, el diagnóstico para poder ubicar las características de personalidad y los patrones de conducta; y el pronóstico para tener una referencia de qué se puede lograr en la persona con la intervención psicoterapéutica. El empleo de estas habilidades en el proceso psicoterapéutico me ayudó a realizar intervenciones efectivas, como en el caso de Mariana en un contexto de pérdida de la salud ante el diagnóstico de cáncer de endometrio. Estas habilidades aplicadas con una metodología de investigación en un enfoque gestáltico me ayudaron a ampliar mi perspectiva y mejorar mi capacidad de comprensión e integración. Es por ello que el estudio de la Maestría en Psicología Clínica me proporcionó una plataforma invaluable para un desempeño profesional y personal.

Lo mencionado anteriormente se refleja en la elaboración de esta tesis en un estudio de caso de duelo por pérdida de la salud ante un diagnóstico de cáncer de endometrio. Donde se concluyen el logro de los siguientes resultados:

Etapa 1 Incredulidad: Conciencia de sí misma en su circunstancia de pérdida de la salud e identificación de la importancia de atenderse de forma integral. Conciencia de que el cáncer no

es un problema, sino una reacción de protección ante un desequilibrio que comunica la urgencia de un cambio a nivel físico y emocional. Conciencia de saber que inicia un proceso de elaboración de duelo donde vivirá emociones intensas que en ocasiones no entenderá sólo las vivirá.

Etapa 2 Regresión. Ante el desborde emocional se logró la expresión de emociones en un medio controlado como es el consultorio. Favorecer la puesta de límites teniendo conciencia de quién es y quién no es, tomando sólo la responsabilidad de sí misma, y no de lo que decidan otras personas. Resignificación de la tristeza y el dolor como algo necesario en el proceso de elaboración del duelo consiguiendo la disminución de estrés y la posibilidad de una depresión.

Etapa 3 Furia. La expresión de mucho enojo (razonable o no), fue la manera que tuvo por el momento de mantenerse en contacto con ella. En esta circunstancia manifiesta asuntos de duelos no concluidos por la muerte de su mamá (duelo traumático) y la muerte de Jacobo (duelo desautorizado), reduciendo la gran carga emocional. En esta etapa toma importancia el frustrar su petición de terapia de pareja puesto que por el momento que estaba viviendo era una maniobra para hacer más de lo mismo y frenar el auto-apoyo que estaba fortaleciendo.

Etapa 4 Culpa. Se logra la conciencia de introyectos dando pauta al reconocimiento de sus necesidades genuinas como era el descanso después de la aplicación de su tratamiento; aceptación de lo ocurrido en el pasado como la muerte de su mamá y de Jacobo, así como de su pérdida de salud.

Como estrategia y preparación para la siguiente etapa se le propone el reto de incrementar sus ingresos el cual aceptó.

Etapa 5 Desolación. Adicionó una manera de ver su existencia en el aquí y ahora, disminuyendo juicios, pretensiones y aceptando sus sentimientos de soledad, tristeza e impotencia. Cie-

re de asuntos pendientes y la aceptación de una mejor organización dio la pauta para la siguiente etapa.

Etapa 6 Fecundidad. Se re-descubre con habilidades que aprendió de su mamá y de Jacobo, dándole un significado de aceptación y agradecimiento por su presencia en su vida.

Etapa 7 Aceptación. Se da una aceptación emocional e intelectual, dejando ir la salud anterior y aceptando la nueva salud y agradecida con Dios, con ella y las personas que la acompañaron en este proceso abre proyectos de vida.

Se anexa una carta elaborada por Mariana (se transcribió para guardar su identidad), según la cual se encuentra satisfecha con los cambios y logros obtenidos en el tratamiento.

Por lo que los objetivos planteados fueron cubiertos en un porcentaje suficiente para el cambio a favor de Mariana.

Las herramientas obtenidas en la Maestría de Psicología Clínica aplicándolas a un enfoque Gestalt brindan resultados a favor de la persona y el desarrollo de su potencial humano, con conciencia de que nada es para siempre donde lo único que tenemos es el presente.

Con esto se cierra una Gestalt. . . y se abre otra Gestalt . . . para continuar desarrollando el potencial humano, . . . aquí y ahora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Cancer Society (28 abril 2016). *¿Qué es el cáncer de endometrio?* Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeendometrio/guiadetallada/cancer-de-endometrio-uterino-what-is-what-is-endometrial-cancer>

American Cancer Society (20 julio 2015). *Métodos complementarios y alternativos para la atención del cáncer*. Recuperado de

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002374-pdf.pdf>

Alejo Santiago, R.O., Álvarez Ramírez, D.P., Cervantes Salazar, A.P., De la Cruz, E.C., Díaz Ramírez, A. Farelas Guerrero, E.Y., ... Reyes Lugo, C. (4 Junio 2011). *Personalidad en Duelo*. Recuperado de <https://personalidadenduelo.wordpress.com/>

Aragón, C. (2010). *Terapia alternativa por medio de Flores de Bach*. Recuperado de

<http://alternativafloaldebach.blogspot.mx/2010/10/cancer-tratamiento-alternativo-mediante.html>

Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 24, pp. 173-178).

Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5848>

Arcas de Felipe, T. C., & de Castro, P. F. (2015). Percepção sobre diagnóstico e tratamento em pacientes oncológicos. *Revista Saúde, 9*.

Arredondo, M. V. (2010). El cáncer cervicouterino, una mirada desde el interaccionismo simbólico. *Revista Poiésis, 10*(19).

Ayón, O. M. (2014). Medicina alternativa. Importancia en nuestra sociedad. Recuperado de

<http://es.slideshare.net/marianayon/la-medicina-alternativa-35778541>

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud International journal of clinical and health psychology*, 3(3), 505-520.

Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2/3), 383. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/6a6600da0637b1f13bc20b976430b1b2/1?pq-origsite=gscholar>

Bucay, J. (2016). *El camino de las lágrimas*. México: Debolsillo.

Castanedo, C. (1997). *Terapia gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. 3ª ed. Barcelona. Herder.

Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. 2da ed. México: Editorial Moderno.

Castro, G. M del C. (2008). *Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso del duelo*. 2ª ed. México: Ed. Trillas.

Caycedo, B, M.L. (2007). Filosofía de la mente y bioética. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI, núm. 2, 2007, pp. 332-339.

Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, D.C., Colombia Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80636212.pdf>

Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n1/v41n1a11>

Crespo, M. E.O. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en psicología latinoamericana*, 22(1), 29-48. Recuperado de

<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewArticle/1263>

De Casso, P. (2012, marzo, 12). Conferencia ¿Qué es y qué no es la Terapia Gestalt? [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=tCIRiDn6x3c>

De Castro, E. S. A., & de Souza, A. M. (2012). Cuidando da pessoa com câncer: Contribuições da Gestalt-Terapia. *Revista IGT na Rede*, V.9, Nº 16, 2012, página 43 de 69. Recuperado de

https://www.google.com.mx/webhp?hl=es&gws_rd=cr,ssl&ei=nOwLWP3OLoXbmAG8g43YBg#hl=es&q=Cuidando+da+pessoa+com+c%C3%A2ncer:+Contribui%C3%A7%C3%B5es+

Díaz, A., Jerez, J. (2013). *Espiritualidad y cáncer*. (Tesis para optar al título profesional de psicóloga). Recuperado de

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/133213/Memoria.pdf?sequence=1>

Flores, J & Hernández, Y. (2006). *Técnicas en el enfoque gestalt según Claudio Naranjo*.

Recuperado de:

http://www.institutovenezolanodeGestalt.com.ve/articulos_estudiantes/T%C9CNICAS%20CLAUDIO%20NARANJO%20por%20Jeisebel%20Flores%20y%20Yolanda%20Hernandez.pdf

Fonteboa, M. (2014). Proceso de duelo: pasos para superar la diabetes. Recuperado de

<http://www.diabetesbienestarysalud.com/2014/07/proceso-de-duelo-pasos-para-superar-la-diabetes/>

García-V. C.R.V., Grau, A. J.A., Infante P., O.E. (2013). Duelo y Proceso Salud-Enfermedad en la Atención Primaria de Salud como Escenario para su Atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 30(1), p. 121-131.

Gil-Juliá, B., Bellver, A., Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Psicooncología*, Vol. 5, (1). Pp. 103-116.

González Caro, César H.; Valencia Upegui, Henry; Bersh Toros, Sonia. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV Sin mes, 72S-91S

Gómez-Gutiérrez, J. (2011). La reacción ante la muerte en la cultura del mexicano actual. *Investigación y Saberes*, 1(1), 39-48.

Hospital General de México (2013). *Guía clínica diagnóstica cáncer endometrio*.

Recuperado de

http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Endometrio.pdf

Instituto Nacional del Cáncer (29 de julio de 2016). Cáncer de endometrio: Tratamiento – Versión

para pacientes. Recuperado de

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/uterino/paciente/tratamiento-endometrio-pdq>

INCan (2015). *Revista Líderes Médicos*. Sep- Oct. Recuperado de

<http://www.lideresmedicos.com/wp-content/uploads/2015/02/REVISTAINCANSEPTIEMBRE-WEB.pdf>

Jülicher, J. (2004). Todo volverá a ir bien, pero nunca como antes. El acompañamiento en el

- duelo. Sal Terrae.
- Kazdín, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología Clínica*. (3ª Ed.). México. Pearson Educación.
- Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile. Cuatro Vientos.
- León, Q., & David, M. (2010). Cáncer del endometrio-guía de manejo. *Rev. centroam. obstet. ginecol*, 15(2), 70-72.
- Mondragón, G. D. (2011). Enfoque filosófico Gestalt de la Tanatología. *Horizonte Sanitario*, 10(1), 21-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305276>
- Montalvo Esquivel, G., Isla Ortiz, D., Solorza Luna, G., Cantú de León, D. F. González Enciso, A., Muñoz González, D.E. Robles Flores, J. U., Mota García, A., Gallardo Rincón, D. (2011). Oncología: Cáncer de Endometrio. 6, 47-52. Recuperado de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324358.pdf>
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (2007). *L'Arte del Cambiamento*. Ponte Alle Grazie.
- Organización Mundial de la salud. (Febrero de 2015). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre, 2013). Indicaciones de la Acupuntura M.T.C. recuperado de <https://es-es.facebook.com/notes/consultorio-m%C3%A9dico-dr-huang-tratamiento-de-acupuntura/seg%C3%BAn-la-oms-indicaciones-de-la-acupuntura-mtc/563879837019981/>
- Pintado, C, Ma. Sheila. (2011). Bienestar Emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. Recuperado

de

<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26371/Tesis%20Sheila%20Pintado.pdf?sequence=1>

nce=1

Polster, E. y Polster, M. (2001). *Terapia Gestáltica: Perfiles de Teoría y Práctica*. (5ª Ed.) Buenos Aires. Amorrortu.

Ramírez, Calderón, I. (2011) La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: Una entrevista a Claudio Naranjo. *Universitas Psychologica*. 10 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64719284021>

Rivero Burón, R., Antonio Piqueras Rodríguez, J., Ramos Linares, V., Joaquín García López, L., Ernesto Martínez González, A., & Armando Oblitas Guadalupe, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1).

Rodríguez, E. I., Pérez, S. L., Villarreal, L., Loaiza, D., Loaiza, C., Corona, R., & Iglesias, J. (2009). Fenomenología del resentimiento: expresiones en mujeres con cáncer terminal y de mama. *Géneros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*. 4(2), 19-35.

Rosas C., G. (Febrero, 2008). *¿Qué es Gestalt?, esto es Gestalt!!*. Conferencia llevada a cabo en Colegio Gestáltico Mexicano S.C., D.F., México.

Salama P.H. (2015). *Psicoterapia Gestalt. Proceso y Metodología*. (4ª Ed.) Vigésima novena reimpresión México: Alfaomega, Grupo Editor.

Sassenfeld Jonquera A., Moncada Arroyo L. (2006). Fenomenología y Psicoterapia Humanista-Existencial. *Revista de Psicología*. XV (1). P. 91-106. Recuperado de <http://www.semanariorepublicano.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewArticle/17146>

Sebiani, L. (2005). Uso de la danza-terapia en la adaptación psicológica a enfermedades

crónicas.(cáncer, fibrosis, SIDA). *Reflexiones*, 84(1), 3. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796161>

Secretaría de Salud (2010), Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Endometrio. México.

Recuperado de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/478_GPC_CxncerEndometrio/GER_Cxncer_de_Endometrio.pdf

SEOM. (17 Julio, 2015). *Cáncer de endometrio-útero*. Recuperado de

<http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/endometrio?showall=1>

Silva, R. B., & Boaventura, C. B. F. (2011). Psico-oncología e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 37-46.

Soca Guarnieri, J.J. (2001, enero-julio). Psicoanálisis y psicología humanista-existencial y sus posibles encuentros con el budismo zen. *Psicología desde el Caribe*. (7),1-34. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300702>.

Stevens, J. O. (2012). *El Darse Cuenta*. Santiago Chile. Cuatro Vientos.

Tobías Imbernón, C. y García-Valdecasas Campelo, J. (2009). Psicoterapias humanisto-

existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revistas de la Asociación*

Española de Neuropsiquiatría, XXIX, (104) 437-453. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000200010&script=sci_arttext

Valencia Lara, S. C. (2006). Depression in patients with cancer. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 2(2), 241-257.

Valiente, M. (2006). El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 19. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/01ae91aebd1f31118718051968970409/1?pq-origsite=gscholar>

Vasilachis, I (2007). Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa.

Velázquez, M.J.E., Mora, L. A. M., Zapata, C. J.M. (2006). La Crisis Familiar ante la Situación de la Muerte Presunta: Una mirada Gestáltica y Existencial. AGO.USB Medellín Colombia 6(2) p. 147-315.

Verdecia-Montero, K., Gómez- del Castillo, J. (2013). Psicoterapia de orientación gestáltica en la atención a pacientes oncológicos en estadio terminal. Santiago, (131). Recuperado en <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/91>

Zinker, J. (1979). El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica. (1ª. Ed.) Barcelona. Paidós.

ANEXOS

TÉCNICAS

A continuación se describe de forma general las técnicas empleadas en la elaboración del proceso de duelo, algunas de estas se tomaron de textos de gestalt y otras son aplicadas de lo aprendido en el proceso de formación y en el trayecto de práctica profesional. De esta manera se fueron empleando con base en su conveniencia clínica.

Actuación y exageración

Se solicita a la persona que actúe un evento y posteriormente lo exagere., hasta percatarse de lo que está sintiendo.

Completar la expresión

Se le pide a la persona que complete la expresión que deja incompleta, por ejemplo: “Soy responsable de”.

Completarla frase de aquí y ahora

Se indica a la persona que diga la frase “Aquí y ahora...” y la finalice con lo que estas realizando en ese momento.

Confirmación de la relación

Es una serie de conductas por parte del terapeuta, que consiste en comunicar al paciente que está con él, tal y como éste se manifiesta (Rosas, 2008).

Confrontación

Consiste en evidenciar lo que se destaca como "figura" en contraste con el fondo de manera muy clara y nítida. La técnica consiste en desafiar la estructura superficial e incompleta (estructura

del lenguaje tanto verbal como no verbal), por ej. se desafía la comunicación verbal, que se aprecia poca sonora y hueca hasta obtener emisión de voz firme; en caso de comunicación no verbal, desafiar actividades fragmentadas hasta que se logre la comunicación de unidad.

Contención

Es la aceptación por parte del terapeuta admitiendo lo que trae el paciente o surja en ese momento, a través de establecer la empatía con él (Rosas, 2008)

Contacto- retirada

La instrucción es la siguiente: Mira a tu alrededor y contáctate con lo que te rodea. ¿Qué experimentas aquí?...ahora cierra los ojos...Retírate de la situación y aléjate de aquí en tu imaginación. Ve a donde te agrada y experimenta cómo te sientes allí?

Abre los ojos y date cuenta de la situación aquí. ¿Cómo te sientes ahora?.. Compara tu situación aquí con la situación allá... (Se repite por algunos minutos esta situación imaginando el mismo lugar u otro dándose cuenta de lo que experimenta) (Stevens, 2012)

Darse cuenta de su mundo interior, exterior y de fantasía

Presta atención a tu darte cuenta, expresa “Ahora me doy cuenta de...” y finaliza la frase con aquello de lo cual te estás dando cuenta en este momento. Date cuenta si es algo de afuera, interno, externo o está en tu fantasía.

Ahora dirige tu darte cuenta al área de lo que llama menos tu atención.

Distingue tu mundo interior, exterior y de fantasía (Stevens, 2012).

El encuentro intrapersonal

Elabora un diálogo explícito, con las partes de tu ser que están en conflicto. Por ejemplo entre tu lado femenino con el masculino, tu lado pasivo con el activo.

Escuchando lo que nos rodea

Mira a tu alrededor ahora, más y más, observa lo que te rodea y permite que cada cosa te hable de sí misma y de la relación contigo. Por ejemplo, tu escritorio dice “estoy desordenado y lleno de trabajo que tú tienes que hacer. Hasta que me ordenes te irritaré e impediré que te concentres”. Una escultura de madera dice, “mira cómo puedo fluir aun cuando soy rígida. Detente a descubrir mi belleza”.

Tómate cinco minutos para permitir que las cosas de tu medio ambiente te hablen. Atiende cuidadosamente a todos esos mensajes que obtienes de todo tu alrededor.

Si aprendes a prestar atención a lo que te rodea, podrás darte cuenta del efecto que te producen. En la medida que te des más cuenta de esas influencias, puedes cambiar tu medio ambiente y hacerlo más cómodo, así como menos irritante (Stevens, 2012).

Espejeo

El terapeuta imita la conducta verbal y no verbal del paciente, con el fin de que éste se vea en él y de ésta manera adquiera inicialmente conciencia indirecta de sus propios actos.

Expresar lo no expresado o terminar la expresión.

Ante frases con estructura superficial como “estoy triste”, se desafía con la pregunta “por qué estás triste” o “de qué estas triste?”

Fantasía dirigida

Es un relato donde se profundiza el sentimiento de identificación con la experiencia imaginaria con el propósito de favorecer la expresión de la persona y de su situación vital.

La persona sabia

Cierra los ojos e imagina que te encuentras caminando de noche por un sendero que conduce a las montañas. Es una noche de luna llena que te permite ver bien el camino y también sus alre-

dedores. ¿Cómo es ese camino? ¿Qué ves a tu alrededor? ¿Cómo te sientes al caminar por ese sendero entre las montañas? Sigue caminando y acércate a la cueva donde sabes que vive una persona sabia, un guía espiritual que puede responderte cualquier pregunta que le hagas.

Cuando llegas a la cueva ves una pequeña fogata y sentado frente a ella está una persona sabia. La luz que desprende la hoguera ilumina su cara. Ve directamente a la fogata, coloca algo más de leña en el fuego de la misma y siéntate frente a la persona sabia. A medida que el fuego alumbra más, llegas a percibir más nítidamente a la persona sabia. Tomate el tiempo para ver cómo viste, cómo es su cuerpo, su cara, sus ojos...

Ahora pregunta a la persona sabia algo que sea importante para ti en este momento. Observa cómo reacciona a lo que le dices. Ella te puede responder con palabras solamente o puede responderte con un gesto o expresión facial. ¿Qué clase de respuesta te da? Ahora conviértete en esa persona sabia. ¿Cómo eres siendo esa persona sabia? ¿Cuál es tu actitud hacia el visitante que te pregunta? ¿Cómo te sientes respecto al visitante? ¿Cómo respondes a tu visitante, utilizando palabras o gestos?

Se de nuevo tú y continúa el diálogo con la persona sabia. ¿Tienes alguna otra pregunta que hacerle? ¿Cómo te sientes en compañía de la persona sabia? Ahora vuelva a ser de nuevo la persona sabia y contesta a las preguntas que le formula el visitante. ¿Hay algo más que quieras decir al visitante?

Se de nuevo tú. Enseguida dirás adiós a la persona sabia. Si hay algo más que desees decir a la persona sabia díselo ahora. En el momento en que te dispones a decir adiós a la persona sabia, ésta entra en la cueva y sale con una vieja mochila de cuero, la abre y busca en su interior algo que quiere entregarte.

Cuando lo encuentra lo saca de la mochila y te lo entrega. Tú mira el regalo que la persona sabia te obsequia. ¿Cómo te sientes con la persona sabia ahora? Dile qué sientes hacia ella y ve diciéndole adiós.

Ahora comienza a descender la cuesta por el mismo camino que la subiste, llevando contigo el regalo que te dio la persona sabia. Al descender por el sendero date cuenta de cómo este es, de tal modo que recuerdes el camino que conduce a la persona sabia, por si necesitas volver a visitarla. Observa bien y haz contacto con los alrededores.

Continúa caminando y llega a este consultorio trayendo el regalo contigo. Examina en detalle el regalo. ¿Qué es? Tócalo, dale vueltas entre tus manos. Ahora conviértete en ese regalo y descríbete siendo ese regalo. ¿Cómo te sientes al ser ese regalo? ¿Cuáles son tus cualidades? ¿Cómo puedes ser utilizado o apreciado siendo ese regalo? Ahora de nuevo tú y mira al regalo, ve si puedes descubrir algo más de él. ¿Te das cuenta de algo que no viste antes? Ahora coloca el regalo a un lado, en un sitio seguro de tu memoria y dile adiós de momento.

Ya puedes abrir los ojos (Castanedo, 2008).

Frustrando la evitación del contacto

El terapeuta realiza intervenciones para interrumpir la secuencia de conductas inadecuadas, de tal manera que la persona se vea en la necesidad de recurrir a una conducta funcional.

Generalizando

Cuando la persona está generalizando, se le pide que regrese su atención al momento presente, y se ponga en contacto con lo real en el aquí y ahora.

Hablar en primera persona.

Se le pide al paciente que hable en primera persona. Que utilice afirmaciones que comiencen con “yo”. Ejemplo, “yo me siento a gusto”

Identificación con un objeto.

Se pide que observe su entorno y se percate de lo que percibes reiteradamente...¿Cómo es?... ¿cuáles son sus características?... tomate tu tiempo para descubrir más detalles...

Ahora identifícate con esa cosa hasta convertirte en ella, Imagínate que tú eres esa cosa. Siendo esa cosa ¿cómo eres?... ¿Cuáles son tus cualidades?...Describe a ti misma: di “yo soy...” Ve qué más puedes descubrir acerca de tu experiencia de ser esa cosa...

Si empiezas a analizarte o a juzgarte, vuelve a la experiencia misma. La explicación sólo te aleja de tu experiencia (Stevens, 2012).

Invertir roles

Se le pide a la persona que haga el rol opuesto al que ha estado realizando. Por ejemplo víctima Vs verdugo (Castanedo, 1997).

Liberando su cuerpo.

Ponte en una posición cómoda cierra los ojos y contáctate con tu cuerpo, toma conciencia de tu respiración, nota todos los detalles de cómo estás respirando... siente como el aire se mueve a través de tu nariz o boca y garganta ... Nota todos los detalles de cómo se mueve tu pecho y abdomen mientras el aire entra y sale de tus pulmones...

Nota los pensamientos o imágenes que acudan a tu mente...nota cómo estas palabras e imágenes interfieren con tu darte cuenta de las sensaciones físicas de tu respiración... Ahora pon atención a esos pensamientos e imágenes y date cuenta de qué es lo que pasa cuando tratas de contenerlos...

¿Qué experimentas cuando tratas de detener tus pensamientos? ¿Qué sientes en tu cuerpo ahora?...Ahora en vez de detener tus pensamientos, sólo enfoca tu atención sobre tu respira-

ción...Siempre que notes que tu atención se ha extraviado en tus pensamientos e imágenes, vuelve a enfocar tu atención en las sensaciones físicas de tu respiración...

Ahora enfoca tu atención en tu cuerpo y nota qué partes de tu cuerpo entran espontáneamente dentro de tu conciencia... ¿De qué partes de tu cuerpo te das cuenta fácilmente... y qué partes de tu cuerpo sientes con poca claridad, aun cuando enfocas tu atención en ellas...?

Ahora date cuenta de cualquier incomodidad que sientas y centra tu atención sobre ella... Toma más contacto con ella y date detalladamente cuenta de ella... descubre qué cambios se dan, un sentimiento, un movimiento o una imagen puede desarrollarse. Permite este desarrollo sin interferirlos y continúa enfocando tu atención sobre lo que emerge. Deja a tu cuerpo hacer lo que quiera, y deja suceder lo que suceda. Continúa esto por unos minutos y ve qué se desarrolla a partir de este enfoque de tu atención, sobre lo que sea que te vayas dando cuenta. (Stevens, 2012).

Maximizar la expresión.

Ante los movimientos y gestos ligeros que realiza el paciente para bloquear la verdadera toma de conciencia, el terapeuta le pide a la paciente que repita y exagere el movimiento.

Se pide que repita y exagere un movimiento o gesto alguna situación, estas pueden ser imaginarias, desconocidas o raras, con el propósito de que aflore sus miedos y asuntos inconclusos.

Proceso

Contrario a la realidad, tendemos a estructurar nuestro mundo como algo estático o como si ocasionalmente cambiara. “Contáctate con tu experiencia y exprésate en términos de proceso. Por ejemplo, me siento enojado (Stevens, 2012).

Retraerse

Cierra los ojos y pon atención a lo que estás sintiendo en este momento. Date cuenta de tu cuerpo, de cualquier tensión o incomodidad que estés experimentando...nota cómo cambia (la tensión o incomodidad), a medida que te contactas con ella.

Abre los ojos y expresa cómo te sientes, ¿qué descubres?

Selección

De una gran cantidad de experiencias que existen a cada momento, sólo a una pequeña cantidad diriges tu atención por ser importantes para ti. Tomate unos minutos para ser sólo un observador mientras deja correr tu capacidad de darte cuenta. Qué tipo de imágenes y eventos surgen a tu conciencia espontáneamente, y descubre algo acerca de cómo es tu proceso selectivo...

Ahora di: “Estoy seleccionando tomar conciencia de...” y concluye la frase con lo que te estás dando cuenta en ese momento. Hazlo por unos minutos.

Silla vacía

Utilizando roles se trabaja imaginariamente las situaciones inconclusas que el paciente tiene con personas vivas o muertas; otra manera es utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente experimentando y expresando lo que se evitó la primera vez.

Sustituir el debo por decido, tengo que por elijo.

Realiza una lista de cosas que según tú debes hacer, posteriormente exprésalas.

Retrocede a esas frases y reemplaza el “debo...” por “decido...” realiza la misma actividad ahora con “tengo que...” y cámbiala por “elijo...”.

¿Qué descubres?

Verificando la realidad.

Deliberadamente imagina qué es lo que ve la otra persona al mirarte... ¿Exactamente qué imaginas que ve, y qué respuesta imaginas que tiene a lo que ve?... Ahora nota cómo interfiere la fantasía entre tú y tus vivencias... Ahora exprésalas y confróntalas con la realidad.

ANEXO 2

CARTA – TESTIMONIO

Ciudad de México a 23 de Agosto de 2016.

Me parece difícil plasmar tantas cosas en un pedazo de papel. Ya que más que una carta es un testimonio de AMOR Y GRATITUD a Dios a mi terapeuta Griselda Macías González a mi Esposo y al resto de las personas que me acompañaron y a mí ja ja ja a Mariana.

Antes de empezar mi tratamiento en Gestalt recorrí otras corrientes: Psicoanálisis, Terapia familiar, terapia Breve, yo fui una especie de “Barracuda”, sentía que nadie podía ayudarme hasta que conocí la corriente Gestáltica que más que una corriente es para mí un estilo de vida.

Aunque había logrado cambios con la terapia cuando recibí el diagnóstico de cáncer pensé nuevamente que nadie podría ayudarme porque me faltaban pocos días de agonía ya que padecía un cáncer de endometrio en etapa III con células claras, sonaba aterrador porque mi madre y Jacobo murieron de cáncer lo cual no pude impedir ni regalándole mi riñón a Jacobo

Yo tenía la plena certeza que moriría pero Dios encamino mis pasos hacia donde encontré una herramienta y un medio para hacerme amiga de mi cáncer, sin pelear, sin combatir, sino caminar juntos hacía la otra salud ¿suena fácil? No lo fue, al principio más por mi costumbre a juzgarme – Cómo era posible que yo una profesionista y con una especialidad no hubiera podido librarme de esa enfermedad. En fin, fueron transcurriendo doce cortos meses en los cuales viví mi histerectomía, mi quimioterapia, mi radioterapia y mi braquiterapia. A la par fui logrando beneficios no solo en la aceptación de la pérdida de la salud y logro de otra salud sino de ser yo “Mariana” el mejor regalo que Dios me ha dado. Acepté que también tenía el derecho a expresarme con todo mi enojo, con toda mi tristeza y mi enojo como parte de la elaboración de mis duelos in-

conclusos (Jacobo y Mamá) que para mí habían sido importantes. Valorar que era y que soy capaz de fabricar la compañía de Griselda de mi Esposo, Familiares, Doctores y Amigos. Acepte que era una persona digna de amor y valiosa de darlo y aceptarlo. Acepte que era merecedora de promover una casa propia y digna y de tener una solvencia económica diferente y mejor que la de mis Padres. Acepte que tenía la fuerza para favorecer el crecimiento de mi relación de pareja y de familia extensa.

Mi esposo estaba negado a cambiar de coche y mucho menos a comprar carro del año y ahora vamos con el segundo, incluso ya estamos construyendo nuestra casa de campo. El hijo de mi esposo que vive con nosotros llegó después de haberlo corrido de la escuela por materias reprobadas. Logré junto con mi esposo que continuara en otra escuela su bachillerato con promedio de 8. En la actualidad realiza ejercicio y estudia inglés.

Uno de mis miedos mayores era el agua de las albercas por lo que aprendí a nadar como una analogía de que soy capaz de manejarme con mis miedos. Actualmente estoy a punto de Certificarme en Competencia Docentes y con el propósito de estudiar una maestría.

En mi ambiente laboral he cambiado mi relación con mis alumnos y compañeros de hostil a una relación y actitud armónica y de colaboración.

Por tanto termino este testimonio de AMOR Y AGRADECIMIENTO agradeciéndole a Dios, a Griselda Macías González el estar VIVA EN EL AQUÍ Y AHORA.

Con cariño: Mariana