



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

**PATRÓN PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON  
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. ESTUDIO DE CASO.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

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

**KARINA BRAVO MACIAS**

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

COMITÉ: LIC. LETICIA BETANCOURT REYES

MTRA. PAULA ELIZABETH ZAMORA PALOMINO

MTRO. ALEJANDRO BALDERAS GONZÁLEZ

DRA. ANA TERESA ROJAS RAMÍREZ



CIUDAD DE MÉXICO.

ABRIL 2017.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *AGRADECIMIENTOS*

### *MI FAMILIA*

*Por brindarme la oportunidad de vivir, por su paciencia, cariño y confianza en mis decisiones, por brindarme el apoyo permanente para seguir creciendo, por aprender de cada uno de ustedes y ser parte de mi vida en todo momento... con amor gracias.*

### *MAESTROS*

*Por todo lo enseñado y compartido, por ser guía con luz en el camino oscuro y empedrado, por acompañarme en momentos de caos y paz, por darme la confianza que necesitaba para creer en mí, por ayudarme a convertir el miedo en valentía y tomar decisiones firmes en mi vida... agradezco de corazón haberlos encontrado... eternamente muchas gracias.*

### *MI AMOR*

*Empezando como amigos y ahora construyendo una vida juntos... gracias por tu cariño, tu paciencia, tu compañía y comprensión... por aprender a través de ti con cada palabra, enseñanza y mirada, formando parte de éste trabajo y de mi vida entera, por alentarme a cada momento y ayudarme a descubrir día con día a tu lado nuevas formas de existir, agradezco profundamente a la vida por haberte encontrado sin buscarte... con todo mi amor gracias.*

### *AMIGOS*

*Gracias amigos y colegas, por ser mis cómplices, por formar parte de ésta aventura y habernos encontrado en el camino, por todas las reuniones y pláticas compartidas, por dejarme ver mi reflejo en ustedes y saber que compartimos el mismo dolor, por el tiempo, dedicación e interés mostrado a lo largo de esta investigación... con cariño gracias.*

### *PACIENTE*

*Gracias A-G, por darme la oportunidad de penetrar en tu esencia y aprender cada día de ti, al brindarme no solo un caso para trabajar sino el reflejo de mi alma, gracias por ayudarme a recuperar poco a poco lo que estaba perdido u olvidado y seguir floreciendo en cada parte de mi ser... con cariño muchas gracias.*

## Índice

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Capítulo 1. Proceso de salud-enfermedad: contraste de dos paradigmas .....	4
1.1 La relación médico-paciente.....	4
1.2 Crisis de la atención médica .....	7
1.3 Visión integral de la salud.....	8
1.4 Relación mente-cuerpo.....	12
1.5 La enfermedad como paso hacia la trascendencia-salud.....	15
Capítulo 2. Psicología transpersonal.....	18
2.1 Antecedentes .....	18
2.2 Nacimiento y Fundamentos Filosóficos .....	19
2.3 El método fenomenológico .....	21
2.4 Carl Gustav Jung – Análisis Junguiano.....	22
2.5 Fritz Perls – Terapia Gestáltica .....	37
Capítulo 3. Enfermedad Renal Crónica (ERC).....	49
3.1 Antecedentes históricos de la ERC .....	49
3.2 Definición y aspectos epidemiológicos.....	51
3.3 Detección y clasificación.....	53
3.4 Progresión de la ERC .....	54
3.5 Tratamientos .....	56

Capítulo 4. Metodología .....	58
4.1 La investigación cualitativa.....	58
4.1.1 Aspectos epistemológicos y metodológicos .....	61
4.1.2 Casos.....	64
4.1.3 Recolección y análisis de datos .....	65
4.2 Método.....	68
4.3 Planteamiento del problema .....	69
4.4 Objetivos .....	70
4.5 Escenario .....	70
4.6 Participante.....	70
4.7 Instrumentos .....	70
4.8 Procedimiento.....	74
Resultados .....	75
Discusión y conclusiones.....	126
Alcances y limitaciones .....	166
Referencias.....	168
Anexos .....	177

## **Resumen**

En la época actual las enfermedades crónicas son una de las principales causas de atención médica en México, en particular las altas cifras de morbilidad y mortalidad de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) son alarmantes, sin embargo los avances científicos garantizan un aumento en la calidad y esperanza de vida de las personas. El presente estudio compara el paradigma médico alópata con el holista transpersonal, planteando como objetivo, identificar los patrones psicológicos del paciente con ERC para entender así de qué manera puede ayudar a la comprensión de su génesis y posible tratamiento de la enfermedad. Se presenta el caso de una mujer portadora de ERC a quien se le aplicó diversos instrumentos e intervenciones de tipo psicoterapéutico.

## Introducción

El número de personas con enfermedades crónico degenerativas cada vez es mayor en México, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una de ellas, y ocurre de manera similar en todo el mundo siendo una de las principales causas de atención en salud debido al número creciente de casos, los altos costos de inversión, los recursos limitados tanto de infraestructura como humanos, la detección tardía y las altas tasas de morbilidad y mortalidad, sin embargo, hasta el momento se carece de un registro exacto de pacientes con ERC por lo que se desconoce un número preciso, grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas de sustitución renal. En la población mexicana se estima una incidencia de 377 casos por millón de habitantes y prevalencia de 1,142; con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas de los cuales el 80% son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (García, 2012).

En la información detallada anteriormente se han subrayado aspectos relevantes para esta investigación, es así como al cursar el Diplomado de Terapia Transpersonal y laborar en el Centro Integral de Nefrología-Norte surge la inquietud de investigar el patrón psicológico de pacientes con ERC y revisa la manera en que se aborda y se trata tal enfermedad desde una perspectiva alópata, para después contrastar dicha visión con una perspectiva transpersonal holista y proponer tal enfoque para el estudio, comprensión y alternativa de tratamiento, con la finalidad de considerar no solo las cuestiones físicas o biológicas, sino al individuo por completo, como un ser total, único, con características propias, un contexto y una historia. Para el presente trabajo se tomó el estudio de caso de una mujer con ERC, optando por la metodología cualitativa y la fenomenología como eje conductor, la cual permite indagar en la gran gama de acciones, representaciones y relaciones que presenta la paciente para confrontar sus situaciones de vida, y así obtener información más amplia e integral para la comprensión del patrón psicológico.

En una visión holista transpersonal la salud no es la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social, es integración y aceptación tanto de sentimientos, pensamientos y conductas, es un reflejo de la armonía somática y psicológica, la salud supone la

posibilidad de ampliar los recursos y maneras de ser y estar en el mundo, en ausencia de repetir los patrones de conducta que en algún momento ayudaron a sobrevivir y que ahora resultan inadecuados y rígidos (Kepner, 2014).

Por otra parte la enfermedad y los síntomas corporales aparecen cuando se da una ruptura en la conexión del individuo consigo mismo, funcionando como catalizadora para el cambio, indicando la falla y la solución, brindando la oportunidad de subsanar la ruptura, integrar partes de sí mismo que se necesita aprender a vivenciar de forma consciente para que la persona sea más completa, escuchando y entendiendo el mensaje que contiene la enfermedad. Si dicho mensaje es atendido e integrado al individuo, la expresión del mismo a nivel físico deja de tener sentido y desaparece, al haber contribuido a identificar las partes escindidas de la personalidad y rescatando así un tesoro que el paciente había mantenido oculto en su sombra (Dethlefsen y Dalhke, 2005).

El tratamiento que brinda la medicina alópata para los pacientes con ERC es la terapia renal sustitutiva (diálisis peritoneal o hemodiálisis), la cual resulta ser invasiva y agresiva, con un estricto control médico, un monitoreo mensual de estudios clínicos y una restricción en la alimentación del paciente, ya que al ser una enfermedad crónica degenerativa plantea que es irreversible y terminal, es decir en etapa final, sin esperanzas ni posibilidades de recuperación, siendo el trasplante de riñón la única alternativa de vida, sin embargo, la lista de espera es muy extensa, no todos los pacientes son candidatos, los cuidados son rigurosos y existe un alto riesgo de rechazo.

Es así como el modelo médico no proporciona los métodos para frenar tempranamente estos casos, y a raíz de tales limitaciones es necesario estudiar otras alternativas de tratamiento para la enfermedad renal, y ofrecer a los pacientes soluciones basadas no solo en respuestas físicas sino también psicológicas, de ésta manera ayudarlos como seres humanos a ser más responsables de sí mismos, enfatizando que el papel que desempeñe el paciente será fundamental para el cambio, siendo el terapeuta solo una guía en el proceso, y olvidando el rol tradicional en donde el médico o tratante es quien debe ofrecer la cura y el paciente permanecer pasivo.



## Capítulo 1. Proceso de salud-enfermedad: contraste de dos paradigmas

En el presente capítulo se expondrán las diferencias entre el sistema médico actual y el planteamiento de la medicina transpersonal, para mostrar las deficiencias de la medicina alópata, así como la propuesta del enfoque transpersonal holista para adentrarse a una percepción de salud-enfermedad que contempla al ser humano en su totalidad, es decir, dando importancia tanto a los procesos corporales como a los psíquicos.

### 1.1 La relación médico-paciente

La base de la práctica clínica ha sido la relación médico-paciente ya que se sustenta en una serie de principios y valores como son la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad, la privacidad y la comunicación, lo cual fomenta la confianza entre el paciente y su médico, sin embargo, en la época industrializada y especializada, el arte de curar se ha convertido en un proceso automático, científico, profesionalizado e impersonal ya que la medicina ha quedado reducida a diagnósticos y recetas (Ferguson, 1994; Tena y Hernández, 2005).

La revolución cartesiana fue responsable del cambio más importante en la historia de la medicina occidental. Antes del siglo XVII la mayoría de los sanadores se orientaban hacia la interacción entre cuerpo y alma, y trataban al paciente dentro del contexto de su entorno social y espiritual, sin embargo, el concepto de cuerpo como máquina y el de enfermedad como consecuencia del mal funcionamiento de la misma fue planteado por Descartes, a partir de estos supuestos se le da al médico la tarea de reparar al cuerpo, interviniendo física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico (Capra, 1982).

El médico, al perder de vista la humanidad del paciente y reducir la salud a una función mecánica, pierde la capacidad de curar, concepto que se refiere a completo (en inglés *heal*-curar, proviene de *whole*-completo), es así que resulta importante recurrir a la etimología de algunas palabras que se relacionan entre sí, por ejemplo sanar, proviene del latín *sanare* que significa

restaurar, recuperar, y salud proviene del latín *integritas* que significa renovar, totalizar, ser íntegro, entero y total (Aznar, 2000; Engel, 1977, como se citó en Capra 1982).

La relación médico-paciente ha sido por muchos años asimétrica con predominio de la imagen del médico, este modelo proviene del hipocrático, ejercido por un paternalismo algunas veces benevolente y otras autoritario (Tena y Hernández, 2005), por lo que el trato con los pacientes se ha convertido en una relación yo-ello, en donde el yo médico, percibe al paciente como un ello, como un algo con lo que no mantiene una relación, simplemente entra en el campo perceptual como parte del todo y no como otro ser humano, reduciendo al paciente a un objeto y realizando un monólogo por parte del médico, lo cual imposibilita la idea de un diálogo entre ambos (Quitmann, 1989).

El médico entonces se convierte en un observador pasivo, que intenta comprenderlo todo desde la objetividad, da la impresión de saberlo todo, para la mayoría de los pacientes es una figura de autoridad incuestionable, les remite al padre autoritario que no tiene que justificar nada, indica la duración y los medios para combatir la enfermedad, pone un plazo a sus síntomas, tras el cual el paciente será declarado automáticamente sano (Dalhke, 2004), de este modo, tomando al cuerpo como una máquina en mal estado que necesita ser arreglada, el médico debe mantener una neutralidad emocional, ser la autoridad en el tema y prescribir el tratamiento a base de fármacos o intervenciones físicas que restablecerán el buen funcionamiento de la máquina del cuerpo (Capra, 1982; Ferguson, 1994).

La persona enferma ya no es dueña ni siquiera de su propio cuerpo. Algo que incluso se ve reflejado en la literatura, cuando Simone de Beauvoir escribe al respecto: “Uno está dentro de un engranaje y es impotente ante el diagnóstico de los especialistas, sus previsiones y sus decisiones. El enfermo se ha convertido en propiedad de ellos” (1964: p 65). Más que de los médicos o de la medicina, el enfermo ha quedado preso del discurso médico y de lo que se habla por él en su cuadro clínico (Schnake, 1996). En los hospitales el paciente es puesto en calidad de niño, él no sabe nada

y solamente debe acatar las órdenes del médico, las cuales son estar acostado, trasportarse en silla de ruedas y determinar horarios para dormir y comer (Dalhke, 2004).

La industrialización de la medicina ha hecho casi obsoleta la entrevista de médico-paciente por lo que la atención médica se ha distanciado del individuo (Bonino, 1979; Cassell, 1976). La enfermedad es el centro de las reuniones; es lo primero que el médico observa cuando se acerca al paciente, en la mayoría de los casos no logran ni siquiera recordar sus nombres y se refieren a ellos nombrándolos por la enfermedad que presentan, también el ambiente en el que se da el encuentro médico-paciente es un factor importante que con el paso del tiempo se ha modificado, ya que de las visitas de los médicos al hogar del paciente, se ha pasado a hospitales en donde se valora más la tecnología y habilidad científica, pero en tales instituciones los enfermos suelen sentirse desamparados o asustados, otra situación importante a destacar es que los médicos tienen más pacientes de los que pueden atender y por lo tanto el tiempo dedicado a cada uno es escaso lo cual dificulta aún más la relación entre ambos, sin embargo, habrá que admitir que la responsabilidad viene tanto de la medicina como de los usuarios ya que permiten un trato automatizado (Schnake, 1996), en la película “Patch Adams” se observa claramente la visión del enfoque médico el cual muestra que los médicos no deben tener un trato con los pacientes y mucho menos relacionarse con ellos como personas.

Es así como por parte del personal médico la empatía se plantearía desde una relación yo-tú, en donde se puede dar un encuentro con el otro y permitir una comprensión humana más profunda en la cual se incluye el escuchar las experiencias y lo que la persona tiene que decir respecto a su enfermedad, y no únicamente prestar atención a las pruebas objetivas, ya que la actitud del profesional es un factor de curación y el médico un guía o acompañante del paciente (Ferguson, 1994; Quitmann, 1989). Por lo que en un contexto de cuidados médicos, debería ser responsabilidad del personal de salud entrar en relación con los otros retomando la enfermedad como un trastorno de toda persona, abarcando el cuerpo, la mente, las emociones, el entorno físico y social, y así la salud sea vista desde otra perspectiva, como un equilibrio que abarque de igual manera a toda la persona incluyendo el medio en el que se desarrolla (Capra, 1982; Lawlis, 1996).

## 1.2 Crisis de la atención médica

Durante 1970 en Latinoamérica el sistema médico comenzó con una relación de dos partes, el médico y el paciente, en donde el médico visitaba los hogares de los enfermos, conocía a la familia y realizaba un diagnóstico a partir de la anamnesis (interrogatorio) de los hábitos laborales y de vida, para así poder colocar el síntoma del paciente dentro del contexto global del mismo, a principios del siglo XX cuando los estudios de laboratorio empezaron a popularizarse, se utilizaban solo para confirmar lo que el médico suponía basándose puramente en la anamnesis y exploración física (Loiácono, 2009), tales progresos en tecnología médica ha logrado grandes avances en el tratamiento de ciertas enfermedades así como en la creación de vacunas, sin embargo, su fracaso ante las enfermedades crónico degenerativas ha obligado tanto a pacientes como a médicos a buscar otras direcciones (Ferguson, 1994).

A nivel económico la medicina se encuentra estratificada de acuerdo a la capacidad de pago y negociación de los distintos grupos sociales; en México se nota claramente la creciente desigualdad social, que en términos de salud se manifiesta en las dimensiones que aún asume la patología de la pobreza en el país, presentando una gran corrupción en el manejo de los recursos, un excesivo consumismo en productos de grandes consorcios tanto nacionales como internacionales, que tienen un gran interés en la acumulación de capital, dejando de lado los aspectos humanos y la salud, otro punto importante es que el sistema de asistencia sanitaria suele pedir a los médicos que les realicen a los pacientes pruebas de laboratorio no necesarias, con el fin de protegerse en caso de alguna demanda por negligencia (Bonino, 1979; Ferguson, 1994), aumentando así el costo económico tanto para el paciente como para el gasto público federal ejercido en salud, siendo la cantidad de 130.274.761.743 (ciento treinta mil doscientos setenta y cuatro millones setecientos sesenta y un mil setecientos cuarenta y tres) pesos, publicado en el diario Oficial de la Federación, de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2014).

Por su parte, la salud presenta varias dimensiones y todas ellas surgen de la compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la naturaleza humana, el tratamiento médico está dirigido primordialmente a las anormalidades biológicas, sin embargo, la salud del paciente

puede seguir afectada por factores psicológicos asociados, factor que el sistema sanitario no toma en consideración. Las distintas facetas de la salud reflejan todo el sistema social y cultural que nunca se puede representar con un solo parámetro, como el índice de mortalidad o el promedio de vida, es decir, las estadísticas son útiles pero no bastan para medir la salud de una sociedad por lo que sería importante prestar más atención a la calidad que a la cantidad (Fuches, 1974).

Los pacientes no son los únicos afectados por el mal planteamiento del sistema sanitario, ya que por el exceso de trabajo, las largas guardias en hospitales y el estrés al que es sometido el personal médico, es también candidato con mayor probabilidad que la población en general, para presentar enfermedades cardiovasculares, caer en la drogadicción o alcoholismo, al suicidio y a las demandas judiciales, siendo también estos aspectos un factor importante para que se presenten las enfermedades iatrogénicas en el paciente, que literalmente significa causadas por el médico, ya que suelen provenir de complicaciones quirúrgicas, medicamentos mal administrados, efectos secundarios tanto del tratamientos como de la hospitalización (Ferguson, 1994).

Dethlefsen y Dalhke (2005), mencionan que la medicina moderna no falla por falta de posibilidades de actuación sino por el concepto sobre el que basa su actuación, ya que hasta ahora solo responde a criterios de funcionalidad y eficacia, dándole el calificativo de inhumana, sobreestimando los beneficios de la tecnología y la manipulación externa, y por el contrario se ha subestimando la importancia de las relaciones humanas y la complejidad de la naturaleza, y esto aplica en general tanto a médicos como a pacientes, por lo tanto el retorno a lo humano es responsabilidad de ambos.

### **1.3 Visión integral de la salud**

“Un nuevo paradigma de la salud, implica retomar el conocimiento antiguo de las concepciones de salud y enfermedad incorporando avances tecnológicos, sin perder de vista las relaciones entre los diferentes aspectos que conforman al hombre” (Ferguson, 1994, p 280). En la siguiente tabla Ferguson (1994), permite identificar de manera clara y breve las principales diferencias entre el antiguo paradigma de la medicina y el nuevo paradigma de la salud.

**TABLA 1. Comparación de paradigmas**

<b>Concepciones del antiguo paradigma de la medicina</b>	<b>Concepciones del paradigma integral de la salud</b>
Tratamiento de los síntomas.	Además de detectar síntomas, interés por detectar pautas y causas.
Especializada.	Integrada, preocupada por el paciente en su totalidad.
Énfasis sobre la eficacia.	Énfasis sobre los valores humanos.
Neutralidad emocional del profesional	La actitud del profesional es un factor de curación.
El dolor y la enfermedad son completamente negativos.	El dolor y la enfermedad son fuentes de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacente.
Intervención principalmente por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas.	Intervención mínima con la “tecnología apropiada” complementada por un arsenal completo de técnicas no invasivas.
Cuerpo considerado como una máquina en buen o mal estado.	Cuerpo considerado como un sistema dinámico, como un contexto.
Enfermedad e incapacidad vistas como cosas, como entidades.	Enfermedad e incapacidades vistas como procesos.
Preocupación por eliminar los síntomas, la enfermedad.	Preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una “meta-salud”.
El paciente es dependiente.	El paciente es (o debería ser) autónomo.
El profesional tiene autoridad.	El profesional es un compañero terapéutico.
El cuerpo y la mente están separados.	Unidad cuerpo-mente.
La mente es un factor secundario en las enfermedades orgánicas.	La mente es un factor equivalente a los demás en toda enfermedad.
El efecto placebo demuestra el poder de la sugestión.	El efecto placebo demuestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación.
Confianza principalmente en la información cuantitativa	Confianza primaria en la información cualitativa, que abarca las informaciones dadas por el paciente y la intuición del profesional; los datos cuantitativos son auxiliares.
La prevención se centra fundamentalmente en lo exterior: vitaminas, descanso, ejercicio, inmunización, no fumar.	Prevención coextendida en la totalidad: trabajo, relaciones, unidad cuerpo-mente-espíritu.

**Fuente: •Ferguson, M. (1994). La conspiración de acuario. España: Biblioteca Fundamental Año Cero.**

El enfoque holístico puede incluir una diversidad de instrumentos, tratamientos y diagnósticos, es cualitativamente diferente, basado en el respeto a la interacción entre la mente, el cuerpo y el entorno, yendo más allá del tratamiento alopático de las enfermedades, pretende corregir la desarmonía subyacente al problema, utilizando la enfermedad para reorientar las prioridades del paciente y ayudarlo a restaurar la percepción de sí mismo, en medicina significa que el organismo humano se concibe como un sistema viviente cuyas partes se encuentran relacionadas entre sí y son interdependientes. Asimismo, el humano es parte también de otros sistemas más grandes, lo que implica que cada organismo tiene una continua interacción con su entorno físico y social (Capra, 1982; Lawlis, 1996).

La salud según los escritos hipocráticos requiere un estado de equilibrio entre las influencias ambientales, los modos de vida y los varios componentes de la naturaleza humana, es un estado armonioso donde distintas funciones corporales se conjugan en un modelo determinado (Capra, 1982; Dethlefsen y Dalhke, 2005), así “el bienestar no puede ser administrado por vía intravenosa, ni ingerirse a cucharadas, nace de una matriz: cuerpo-mente, siendo un reflejo de la armonía somática y psicológica” (Ferguson, 1994: p 283). El problema reside en creer que el dolor de cabeza es únicamente consecuencia de funciones corporales desorganizadas, y por ende no prestar atención al conflicto subyacente, es así que los problemas que no han sido resueltos conscientemente pueden hacer su aparición en forma de daño físico, por lo que si se aprende a prestar atención a los conflictos, se puede modular el impacto para la salud (Schnake, 1996).

En otras palabras la salud no es más que el reflejo en el plano físico de que internamente, a nivel consciente e inconsciente, todo se encuentra en armonía, es por eso que la idea de eliminar del mundo las enfermedades, resulta utópica, el hombre es una criatura en constante cambio y por tanto en conflicto, es a través de la resolución de estos conflictos que el hombre cambia y crece (Lawlis, 1996).

Dentro de este marco resulta importante revisar la etimología, es decir, el origen, la estructura y evolución de algunas palabras relacionadas con el tema, ya que permite conocer su verdadero

significado, profundizando en los vocablos de los cuales se derivan, y así poder entender desde otra visión y ayudar en un plano metafórico a identificar y comprender una parte del patrón psicológico detrás de la enfermedad renal.

En primer lugar la palabra salud proviene del latín *integritas*, que significa renovar, totalizar, ser integro, en un étimo indoeuropeo es entero y en griego es *hólos*, entero y total. Posteriormente la palabra enfermedad tiene su etimología latina en la palabra *infirmas*, que significa falta de firmeza, debilidad y flaqueza, enfermo viene de *infirmus*, que significa sin valor, sin fuerza y sin valentía y el verbo enfermar proviene de *infirmo* que significa destruir. La palabra riñón proviene del latín *ren, renis*, que significa filtrar o eliminar impurezas, de ahí también la palabra toxina, del griego *toxikón*, que significa veneno y el término crónico, del griego *chronos*, dios del tiempo, que como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad. Por último, la etimología de degenerativo, proviene del latín *depravation*, corrupción en donde *de* indica dirección, privación, descenso, alejamiento, disminución, *generare* se refiere a producir, empeorar, descender y el sufijo *tivus* que indica relación activa (Aznar, 2000).

Es así como las etimologías de las palabras no implican solamente cuestiones físicas, sino también valores, pensamientos, actitudes y sentimientos personales, que indican qué tan completo y valiente se es para seguir creciendo y evolucionando, de ahí que la enfermedad no es un obstáculo que se cruza en el camino, sino es en sí el camino por el que el individuo va hacia la curación. Cuanto más conscientemente se contemple el camino, mejor podría cumplir su cometido. El proposito no ha de ser combatir la enfermedad sino servirse de ella (Dethlefsen y Dalhke, 2005).

El individuo sano y la sociedad sana son partes integrantes de un gran orden estructurado, y la enfermedad es una falta de armonía a nivel individual y social (Capra, 1982), por tanto la salud holística nace de una actitud: aceptación de la incertidumbre, la responsabilidad de los propios hábitos, la manera de percibir y manejar las tensiones (incluida la enfermedad) y las relaciones humanas, para estar sano tanto la persona como la sociedad, han de ser flexibles y de tener gran número de posibilidades de entablar una interacción con su entorno. La flexibilidad de un sistema



depende de cuántas variables se mantienen fluctuantes dentro de sus límites de tolerancia: cuanto más dinámico sea el estado del sistema, ya sea individual o social, mayor será su flexibilidad, que es esencial en la capacidad del sistema para adaptarse a los cambios. La pérdida de flexibilidad significa pérdida de salud (Ferguson, 1994).

Flexibilidad entendida como la capacidad para poder mirar en todas direcciones, fuera y dentro de uno mismo, para poder reconocer lo bueno y lo malo en todo y todos, y aprender a moverse dentro de ambos, para poder tener una gama de posibilidades mucho más amplia que ayude a la resolución de conflictos. Y de esta manera ampliar la matriz de la salud. Es necesario recuperar el equilibrio dinámico entre todas las instancias para poder disfrutar de la salud, aprender y seguir creciendo (Casanovas, 2003).

#### **1.4 Relación mente-cuerpo**

La psicología al igual que la biología y la medicina ha tomado forma a partir del paradigma cartesiano, al hacer una estricta distinción entre la *res cogitans* y la *res extensa*, es decir, la sustancia pensante, o mente y la sustancia corpórea o cuerpo, por ello resultó tan complicado entender la interacción entre la mente y el cuerpo (Capra, 1982). En el siglo XVII, los griegos, padres de la ciencia médica, prevalecían una visión monista de la realidad, pues aunque se hablaba de la psique (alma) y el soma (cuerpo), ambos eran manifestaciones distintas de una misma sustancia: *arqué*, planteando que la verdadera vida, es la unión de ambas instancias (Cristóforis, 2006).

A medida que avanza la investigación sobre el cerebro, resulta más comprensible la conexión entre la mente y la enfermedad, Sócrates en el siglo V a.c, expresaba la importancia de tratar la mente y las emociones para curar los padecimientos del cuerpo (como se citó en Simonton, 1993). El cerebro influye indirectamente en todas las funciones corporales: presión sanguínea, frecuencia cardíaca, respuesta inmunológica, regulación hormonal, etc., es a partir de la mente que el cuerpo humano es regulado en su totalidad y las enfermedades no son la excepción (Ferguson, 1994).

Autores como Cirincione, 2007 y Hay, 1991, establecen que los pensamientos, creencias, sentimientos y emociones, crean la realidad, determinan lo que se ve y experimenta, es decir, establecen el curso de la vida y las experiencias.

Para el cuerpo no existe diferencia entre la imaginación y la realidad, es por eso que a través de pensamientos e imágenes mentales se accede a estados de salud o enfermedad pues el cuerpo es la materialización y a la vez el vehículo para pensar y sentir (Padus, 1997). Lacan mencionaba que la anatomía se construye según las ideas (como se citó en Cristóforis, 2006), el cuerpo se moldea, a partir de una carga genética, de experiencias, sentimientos, pensamientos y recuerdos, escribiendo así la propia historia (Casanovas, 2003). “Todo lo que experimento es psíquico; hasta en el caso del dolor físico lo que siento es su transcripción psíquica” (Jung, 1979: p 33).

Ferguson (1994), refiere que toda enfermedad ya sea cáncer, esquizofrenia o simplemente un resfriado, se origina en el cuerpo-mente, el dicho: ponle nombre a tu veneno, funciona para entender el significado del padecimiento, pues toda metáfora es potencialmente una realidad. Se ha demostrado que existe conexión entre las enfermedades del corazón y la soledad afectiva, de modo que un corazón roto se convierte en una enfermedad coronaria o si presenta la necesidad de crecer puede convertirse en un tumor en cualquier parte del cuerpo.

Para demostrar la importancia de la mente en el proceso de las enfermedades, basta observar fenómenos como el efecto placebo, en donde los síntomas de un paciente pueden mejorar mediante un tratamiento con una sustancia inocua, es decir, sin efectos directamente relacionados con el tratamiento de los síntomas o la enfermedad, otro fenómeno es la hipocondríasis, definida como la afección nerviosa caracterizada por una preocupación exagerada, constante y angustiada de la salud, la persona incluso presenta síntomas o signos de padecimientos sin tenerlos, es decir, la sugestión del pensarse enfermo es lo que produce las alteraciones físicas (Guerra, 2009).

Dethlefsen y Dalhke (2005) mencionan que el cuerpo nunca está enfermo o sano, no hace nada por sí mismo, pues en él sólo se refleja la información de la mente y debe su funcionamiento a dos

instancias inmateriales, conciencia y vida. La conciencia emite la información que se manifiesta y se hace visible en el cuerpo, siendo este el vehículo para que se realicen todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia, por lo que aquello que se manifiesta en el cuerpo como un síntoma no es más que la expresión visible de un proceso invisible.

La enfermedad y la curación son partes integrantes de la auto organización de un organismo y puesto que la mente representa la dinámica de esta auto organización, los procesos de enfermar y curarse son fenómenos tanto mentales, como somáticos (Capra, 1982), pues no sólo la mente está confundida y el cuerpo el que se enferma, es el individuo quien se expresa a través del síntoma y con el paso de los años, a través de la forma corporal, la manera de moverse, las actitudes, enfermedades y gestos, el cuerpo termina convirtiéndose en una autobiografía ambulante, (Ferguson, 1994; Lowen, 1988).

Es así como lo que le ocurre a cada persona tanto física como psicológicamente, se vive no solo a través de pensamiento e imaginación, sino también a través de ponerse en alguna posición, sentir y expresar, es decir, las actitudes que se han desarrollado como forma de adaptación al medio, quedan inscritas en el cuerpo como pautas del propio sistema sensorio motriz. En psicoterapia de enfoque corporal, se trabaja a través de encarnar o corporizar las palabras e imágenes con sensaciones, movimientos y la concreción de la existencia corporal, ayudando a cambiar las rígidas estructuras corporales o automáticas en procesos activos que facilitan la integración del individuo (Kepner, 2014).

Los clínicos e investigadores son cada vez más conscientes del hecho de que prácticamente todos los trastornos son psicosomáticos, en el sentido de que suponen una continua interacción entre la mente y el cuerpo en su origen, desarrollo y curación. Si el cuerpo-mente es un proceso, también lo es la enfermedad y asimismo la curación (Capra, 1982). La salud y la enfermedad no son cosas que sucedan sin más, son procesos activos, resultado de una armonía o desarmonía interior, que están profundamente afectados por los estados de conciencia y por la propia experiencia. El reconocimiento de que eso es así, supone implícitamente una responsabilidad, pero

es también una fuente de oportunidades, si se participa aunque sea de forma inconsciente en el proceso de la enfermedad, se puede optar por la salud en lugar de la enfermedad (Ferguson, 1994).

### **1.5 La enfermedad como paso hacia la trascendencia-salud**

“Cuando las funciones corporales se conjugan de un modo determinado se produce un modelo que nos parece armonioso y por ello lo llamamos salud. Si una de las funciones perturba y la armonía del conjunto se rompe entonces hablamos de enfermedad” (Dalhke, 2004: p18).

Se puede definir a la enfermedad como una ruptura en la conexión del individuo consigo mismo, planteando una posibilidad de trascender el conflicto por medio de un crecimiento espiritual, reorientando las prioridades del paciente y restaurando las concepciones del mundo que posee, es decir, que la enfermedad es vista como un proceso de aprendizaje, pues para poder reordenar, cambiar y trascender es necesario el caos. La salud y la enfermedad son entidades como procesos de vida, en donde fungen como catalizadores para el cambio (Dethlefsen y Dalhke, 2005).

La enfermedad ofrece la oportunidad para crecer, para totalizarse, para ser uno mismo, pues los conflictos que no han sido afrontados conscientemente hacen su aparición de diversas maneras, una de ellas es la enfermedad, la cual orilla al individuo a prestar atención a los conflictos internos (Ferguson, 1994). El síntoma puede decir que es lo que hace falta, aunque para eso se requiere aprender a escucharlo y entender su lenguaje psicosomático (Dalhke, 2004), por lo que si se logra redescubrir esta ambivalencia, se puede oír y más importante aún, comprender los síntomas. “Un síntoma no puede resolver el problema en el plano corporal sino solo proporcionar el medio para realizar un aprendizaje” (Dethlefsen y Dalhke, 2005: p 107).

Siendo el síntoma una señal de que algo sucede en otros planos, la tarea deberá ser entender dicha señal, es aquí donde el enfoque médico académico ha tenido deficiencias, pues no considera importante la interpretación del síntoma, haciendo que la señal se anule o pierda su función. Cuando la persona entiende el mensaje traído por la enfermedad y sus síntomas, su manera de

actuar y pensar acerca de ellos cambia rápidamente, descubriendo en él un aliado para poder encontrar lo que le falta y restaurar la armonía (Dethlefsen y Dalhke, 2005), es decir, ser íntegro.

La palabra armonía procede del latín *harmonía* y a su vez del griego *armós* que significa combinación o juntar una cosa con la otra en un orden placentero, en la música es el arte de enlazar los acordes, por lo que al igual que en la música, el individuo requiere enlazar y juntar para ser total, y así integrar la salud con armonía (Aznar, 2000).

La enfermedad pretende ayudar al ser humano a responsabilizarse de su situación y a comprender el mensaje que le trae, siendo esta la diferencia entre combatir y transmutar la enfermedad, ya que a la curación solo se puede llegar a través de una enfermedad transmutada y no de un síntoma derrotado, si se calla el síntoma, callando a la persona que lo manifiesta se estará más lejos de estar completo, y la oportunidad de evolución será aplazada y obligada a reaparecer en algún otro momento (Schnake, 2001). La enfermedad hace curable al ser humano, es uno de los puntos de inflexión en el que lo incompleto puede completarse, para que esto pueda lograrse, la persona tiene que abandonar la lucha, aprender a escuchar y ver lo que la enfermedad viene a decirle (Dethlefsen y Dalhke, 2005).

Las características evitadas o no reconocidas de la función de un órgano, son la clave de un conflicto que la persona está negando, eludiendo o no aceptando por algún motivo (Schnake, 1996). Las cuales corresponderían a aquella entidad psíquica que Jung denominó sombra, donde se encuentran cualidades y atributos poco conocidos del ego, atributos que fueron rechazados por ser incompatibles con las normas familiares y sociales (Jung, 1964). En ocasiones no es lo negado lo que aparece como motivo central del mal entendido, sino las características que la persona le atribuye al órgano y la exigencia de que las cumpla, frente a la rebeldía del acusado, al que no se acepta como es. En base a esto se hace patente el sentido que puede tener esa enfermedad para la persona, por lo que la cura ocurrirá en la medida que la persona sea capaz de darse cuenta de que su cuerpo y vida que lo anima son algo más que su propia casa, son un universo en sí, que contiene

todas las preguntas y las respuestas de todo aquello que busca fuera, tendrá que recuperar la facultad de percibir la palabra en todos sus planos (Dethlefsen y Dalhke, 2005; Schnake, 1996).

Al respecto se plantea que la sombra contiene todo lo que hace falta para estar completos y sanos, sin embargo, al negar los componentes que la conforman hace incompleta y enferma a la persona, y encararse con la sombra cura, un síntoma es siempre parte de la sombra que se ha introducido en el cuerpo físico, y manifiesta lo que le falta al ser humano. El síntoma utilizando al cuerpo contribuye a reintegrar la plenitud al ser humano (Dethlefsen y Dalhke, 2005; Jung, 1964). “Si el síntoma se produjo porque una parte de la sombra se proyectó en el cuerpo y se manifestó en él, la curación se conseguirá invirtiendo el proceso y asumiendo conscientemente el principio del síntoma, con lo cual se le redime de su existencia material” (Dethlefsen y Dalhke, 2005: p 78).

El objeto de reconocer la participación en el origen de la enfermedad no es sentirse culpables al respecto, sino adoptar los cambios necesarios y el tomar conciencia de que también se puede participar en el proceso de curación (Capra, 1982). Esto no significa que una vez entendido el mensaje la persona no vuelva a enfermar, pues como mensajera que es, la enfermedad seguirá llegando a lo largo de la vida con nuevos secretos que contar, nuevas denuncias, soluciones, así como nuevas formas de presentarse, todo dependerá del mensaje que debe entregar y la manera en que la persona esté dispuesta a escucharlo (Dethlefsen y Dalhke, 2005).

Para concluir este capítulo, desde el enfoque transpersonal de la salud, se propone ver al ser humano como un proceso dinámico, en donde las cuestiones psicológicas y corporales mantienen una interrelación, y ofrece al paciente una solución holística, entendiendo a la enfermedad como un lenguaje encriptado que contiene al mismo tiempo el problema y la solución, y que será solamente a través de la comprensión y actuación del mensaje, que la persona recupere la salud y logre evolucionar, pero si la enfermedad se detiene a través de manipulaciones físicas o químicas, se priva a la persona de la oportunidad de crecimiento, por medio de la resolución del conflicto, permaneciendo el mensaje y manifestándose posteriormente en el individuo.

## **Capítulo 2. Psicología transpersonal**

En este capítulo se expondrán los antecedentes de la psicología transpersonal, sus fundamentos filosóficos y su método fenoménico, para comprender el nacimiento y desarrollo de esta nueva corriente, mostrando los principales precursores del enfoque Junguiano y Gestáltico, siendo estas teorías la base en la presente investigación.

### **2.1 Antecedentes**

La psicología transpersonal como cuarta fuerza tiene como antecedente inmediato a la psicología humanista siendo esta última considerada como la tercera fuerza. Tiene sus inicios en la década de los cincuenta en Estados Unidos, debido a que surge como respuesta al psicoanálisis (primera fuerza) que centra su atención en lo biológico y al conductismo (segunda fuerza) que plantea la importancia del medio. A la psicología humanista le preocupan los factores existenciales-humanísticos (Castanedo, 2005), se fundamenta en la capacidad interior del ser humano para avanzar hacia el crecimiento y la realización, de igual manera admite que cada individuo es singular y excepcional, por lo que debe ser estudiado en sí como unidad. Para la psicología humanista el ser humano está dentro de un entorno social, es un ser consciente, crea significados, además posee la capacidad y responsabilidad de elegir, por lo tanto sus actos son deliberados (Constandse, 2002).

Los más importantes exponentes de esta cuarta fuerza son: Maslow, famoso por su teoría de la motivación humana así como la jerarquía de las necesidades y la autorrealización, Rogers con la psicoterapia centrada en el cliente, Frankl y su logoterapia, Sutich con los intentos de liberación de potencialidades del hombre y lograr su máxima realización, Grof pionero de la investigación con dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y los estados alterados de conciencia con el propósito de sanación, crecimiento e introspección y Buhler para quien las metas de la vida del ser humano son la autorrealización y la satisfacción (Castanedo, 2005).

Tageson (1982), menciona que los principales temas que comparten todos los enfoques de la psicología humanista son los siguientes:

- El hombre tiene la capacidad de darse cuenta, para la auto resolución de conflictos y libertad.
- Tendencia a la autorrealización y crecimiento, el hecho de que el hombre luche constantemente para alcanzar un mayor desarrollo.
- Los individuos no son una simple consecuencia de su pasado, pues son seres activos y responsables de la construcción de su propio mundo.
- La experiencia subjetiva de cada persona es fundamental, se trata de entender el mundo de la persona desde su punto de vista.
- El terapeuta es un guía hacia el camino del darse cuenta, fungiendo más como un acompañante que como alguien que sabe exactamente lo que es mejor para la persona.

La tercera fuerza es más un movimiento que una escuela, es el reflejo de una actitud sobre el ser humano y el conocimiento, otorga prioridad a la experiencia humana, los valores, propósitos, aspiraciones y significados, mientras que promueve el crecimiento personal y el cambio (Pérez, 2004).

## **2.2 Nacimiento y Fundamentos Filosóficos**

La psicología transpersonal surge a finales de la década de los 60' ya que comparten bases filosóficas con la psicología humanista, partiendo del existencialismo para entender la naturaleza del hombre y basándose en conceptos tales como libertad, miedo, conciencia, intencionalidad, responsabilidad, elección, entre otros. Aun con el hecho de que en sus teorías abarcaban planteamientos sobre la conciencia y el crecimiento personal, algunos psicólogos humanistas comenzaron a notar que les hacía falta algo, por lo que empezaron a observar, desde un punto de vista psicológico, fenómenos de expansión de la conciencia en individuos psicológicamente sanos, en éstos el ego sobrepasaba los límites ordinarios del tiempo y espacio, entonces vivían una sensación de unidad con el todo (Copleston, 2003).



Esto llevó a Maslow a proponer dentro de su jerarquía de necesidades, una sexta necesidad o necesidad del ser, la de ir más allá de uno mismo, a un nivel superior de trascendencia, el cual él llama transpersonal, en 1969 durante una conferencia en la ciudad de San Francisco hace la primera presentación pública de la cuarta fuerza en la psicología. Ese mismo año funda la Asociación de Psicología Transpersonal con, Sutich, Grof etc, y más tarde en el mismo año se publica el primer número de la revista de Psicología Transpersonal (Pintos, 1996).

Esta cuarta fuerza aborda cuestiones que la psicología mayoritaria había marginado debido a una serie de creencias falsas que funcionan como limitaciones para la comprensión de la naturaleza humana. La primera de estas falsas creencias es que el desarrollo psicológico cesa al acceder a la madurez, la segunda es que la salud psicológica puede ser deducida del estudio de la patología y la tercera que las experiencias místicas o transpersonales son insignificantes o patológicas. En el universo transpersonal se trata de conocer el mundo tan íntimamente como sea posible a través del sentimiento y de la contemplación, desde este punto de vista se da por sentada la subjetividad recurriendo a experiencias directas (fenoménicas), la intuición y la imaginación para llevar a cabo los descubrimientos tanto sobre el mundo interno como del mundo externo, que en realidad es considerado un solo mundo (Chang y Molotla, 2008).

En el campo psicoterapéutico de acuerdo con lo que señala Palacios (2006b) la psicología transpersonal provee al terapeuta de una visión mucho más amplia del sufrimiento humano, que permite incidir en fenómenos anteriormente vetados para los psicólogos como en el caso de los problemas crónico-degenerativos, es por esto que la perspectiva transpersonal se propone como una opción para el estudio y comprensión del paciente con ERC, por tanto desde este enfoque el objetivo no es solamente curar dado que en realidad es un proceso de auto curación, auto transformación y auto trascendencia donde los males son los medios para recuperar la salud física, emocional y espiritual, expandiendo la conciencia del sujeto hasta llegar a ser uno con el todo.

Es así como surge un nuevo movimiento dentro y fuera de la psicología ya que lo transpersonal se expande a diversas áreas como la sociología, antropología, economía, medicina, educación,

comunicación etc. Este modelo se basa en el conocimiento de las relaciones que existen dentro de un sistema entero o todo (holos), cuyas cualidades son mucho más que la suma de sus partes, entendiendo que lo transpersonal forma a su vez parte de un pensamiento holístico y transdisciplinario, es decir, un sistema complejo y abierto en donde el problema es considerado como un todo y los diferentes campos se entrelazan (Almendo, 1998, Morin, 2001; Pintos, 1996).

### **2.3 El método fenomenológico**

El método epistemológico del existencialismo es la fenomenología de Edmund Husserl, la perspectiva de la esencia es central en el método fenomenológico. Se trata de describir y no de explicar o analizar, considerando las cosas tal y como aparecen, este aparecer se da en la conciencia, y se puede contemplar a través de la reducción eidética, es decir, interesándose de manera especial en la esencia del objeto y los actos psíquicos que engloban la esencia, relegando al mundo exterior, los conocimientos anteriores del objeto y métodos científicos que analizan al objeto, pues todo lo que el ser humano conoce del mismo, lo sabe a través de sí mismo y de su vivencia en el mundo (Palacios, 2012d; Quitmann, 1989). “La realidad exterior sólo existe en tanto que la percibimos conscientemente, y que no podemos demostrar que existe en sí y por sí” (Jung, 1964 p. 200).

Así pues la fenomenología es “el estudio metodológicamente riguroso y no sesgado de las cosas tal como aparecen, de manera que se puede llegar a un entendimiento esencial de la conciencia humana y su relación con los objetos de la experiencia” (Sassefeld y Moncada, 2006 p.93), es la manera en que se ve al mundo, con base a la experiencia y postura ante él, por ello es indispensable saber que existe una inmensidad de significados que se manifiestan de diferente manera, es decir, desde su fenomenología el mundo tiene diferentes realidades, distintas a las que pueden presentarse a otros individuos (Corres, 2001; Palacios, 2012d).

Existen dos principios básicos que orientan la investigación en la fenomenología: la experiencia y el fenómeno, siendo el fenómeno la forma en que aparece el objeto en la conciencia. Por lo tanto la fenomenología considera que los fenómenos son lo único accesible y cognoscible directamente

al ser humano (Moreira, 2001). En las experiencias fenoménicas se presentan las múltiples maneras que la persona puede ser en el mundo. Una examinación de este tipo se fundamentará en el sentido con el que se muestra el mundo ante cada individuo. Así, si una persona se percata en lo que el mundo significa para ella, podrá entender quién y qué es (Quitmann, 1989).

Un aspecto importante para la fenomenología, es el tiempo, ya que cada vivencia tiene su tiempo (que no es objetivo), un tiempo subjetivo, pues en la conciencia se mezcla lo que fue, lo que es y lo será. Siendo así una conciencia atemporal, una conciencia que lo vive todo en el presente (Corres, 2001). En este sentido, la experiencia es el cómo se conocen los objetos tal como se han mostrado, ésta es percibida con el cuerpo a través de los sentidos y con las emociones correspondientes, por lo que la experiencia no es únicamente intelectual (Palacios, 2012d).

Es fundamental hacer hincapié en los aportes pioneros del movimiento transpersonal: los fundamentos de Carl Gustav Jung, el planteamiento de Fritz Perls y la terapia Gestáltica ya que éstas forman la base de la presente investigación.

## **2.4 Carl Gustav Jung – Análisis Junguiano**

El psiquiatra y psicólogo suizo Carl Gustav Jung (1875-1961), estudió medicina en la Universidad de Basilea, generalmente se le relaciona con Sigmund Freud y su psicoanálisis, ya que en sus inicios fuera colaborador, siendo a partir de su trabajo con Freud que entabla las bases de su propia obra.

El análisis junguiano estudia al individuo en su totalidad, entendido como aquel que a lo largo de su vida se encuentra en un permanente suceder y con ayuda de trabajosas elaboraciones llega a integrar aquellos contenidos que no le han sido accesibles. Esto lo logra a través de un proceso de individuación y desarrollo de capacidades cada vez más complejas y poderosas que alcanzan a lograr estados superiores de conciencia (Cervera, citado en Grecco, 1995).

El individuo como totalidad delimita un espacio psíquico complejo, autónomo e irreductible, siendo a él inherente el principio de oposición, el cual está basado en la idea de que el suceder psíquico en todas sus formas puede ser explicado en relación a una lucha de fuerzas antagónicas. “Todo lo humano es condición de antítesis interna. La energía depende de una antítesis preexistente, sin la cual no podría existir” (Jung 1964, como se citó en Greco, 1995: 19).

En base a esto, todo es doble, todo tiene dos polos; es decir su par de opuestos: los semejantes y los antagónicos son lo mismo; los opuestos son idénticos en naturaleza pero diferentes en grado; los extremos se tocan, todas las verdades son medias verdades y todas las paradojas pueden reconciliarse (Hermes, 2006), un ejemplo es la energía psíquica o libido, la cual fluye entre dos polos opuestos, cuanto mayor es la tensión entre los pares de opuestos, mayor es la energía; es decir, toda fuerza necesita su opuesto para dar sentido a su existencia y energía a su acción, como su función reguladora, pues cuando la libido alcanza un extremo, tiende a dirigirse hacia el lado contrario (Fordham, 1988; Grecco, 1995).

En este sentido Dethlefsen y Dalhke (2005), mencionan que el bien y el mal son dos aspectos de una misma unidad, por lo tanto, interdependientes para la existencia. El bien depende del mal y el mal del bien. Quien alimenta el bien también inconscientemente alimenta el mal, y viceversa. A su vez el individuo completamente sano se dividió en dos aspectos diferenciables llamados hombre y mujer.

Jung (como se citó en Grecco, 1995) a lo largo de su obra establece diferentes antagonías clasificadas en:

- Energéticas: en donde la energía se disputa entre la conservación-transformación; y energía transpersonal-energía personal.
- Dinámicas: se dividen en progresión y regresión; y asociación e integración.
- Tópicas: clasificadas en consciente e inconsciente; individual y colectivo.
- Estructural: Yo y No Yo; y personalidades colectivas.
- Evolutivos: individuación; individualidad y personalidad.

- Tipológico: introversión y extroversión; función y posición; y funciones racionales e irracionales.
- Semióticos: símbolo y arquetipo; causalidad y sincronicidad.

La obra de Jung persigue dos finalidades: pensar la variedad de los hechos que componen la vida psíquica como un todo integrado, como un sistema, y comprender este sistema como fruto de un proceso histórico, alimentando por dos vertientes: la transpersonal y la personal. El todo, que Jung denomina realidad del alma, funciona como un péndulo puesto en movimiento por una fuerza que oscila entre la progresión y la regresión, la integración y disociación, el ascenso y el descenso, siendo la libido la energía psíquica que empuja al sistema psíquico hacia un proceso de evolución hacia la meta de autorrealización personal (Fordham, 1988; Grecco, 1995).

Para Jung la psique es un sistema dinámico, que tiende a la coherencia y armonía de sus componentes en una unidad holística con la función de autorregular y adaptar al sujeto tanto a su medio físico y social como a las necesidades internas de crecimiento personal (Fordam, 1988; como se citó en Rodríguez, 2009). La vida psíquica es parte de un complejo más genérico de la vida, el cual se manifiesta a través de tres características principales, que son la multiplicidad en las manifestaciones de la vida, la unidad en el proceso de la vida y la energía que impulsa la vida por el camino de la complejización y el crecimiento (Grecco, 1995). La psique podría ser definida desde tres instancias; la consciencia, el inconsciente personal y el inconsciente colectivo.

La consciencia es la instancia intra psíquica que mantiene la relación de los contenidos psíquicos con el ego, de acuerdo a Jung, es una superestructura basada y originada en el inconsciente, la mente consciente crece sobre la psique inconsciente, que es más antigua y que sigue funcionando conjuntamente con ella, e incluso a pesar de ella. La consciencia es un brote tardío del alma inconsciente, a pesar de su intensidad y su concentración, es efímera, pues solo se puede acomodar al presente inmediato y a sus propias circunstancias, dispone solamente de materiales personales y obtiene su orientación a través de medios evidentes o funciones (Jung, 1979; Jung, 2002; Sharp, 1997).

Jung categorizó cuatro funciones psicológicas, que separó en racionales e irracionales, estas son: pensamiento y sentimiento como funciones racionales, y sensación e intuición como irracionales. Las funciones racionales son llamadas así, porque ambas se basan en un proceso reflexivo lineal que se aglutina en un juicio específico, ya que el pensamiento es una función de discriminación lógica y por tanto racional, y el sentimiento es entendido como opinión, evaluando gustos y aversiones, siendo también discriminador. Las funciones irracionales son aquellos actos involuntarios que dependen de ciertas circunstancias externas o internas, y no de un juicio, pues la sensación, es la percepción física y por tanto no depende de la razón, de igual manera la intuición percibe las posibilidades vía inconsciente y no depende de la realidad concreta como la sensación (Jung, 1964; Sharp, 1997; Sharp, 2002).

Jung refiere al inconsciente como la segunda instancia para definir a la psique, plantea que es la matriz de la consciencia, una entidad viva, dinámica en la cual no sólo existen contenidos olvidados, sino en él se encuentran las semillas de nuevas posibilidades, es vasto e inagotable, incluye contenidos que se pueden hacer o se harán conscientes, es creador de símbolos, está formado por deseos e impulsos infantiles reprimidos por las percepciones sublimite y por incontables vivencias olvidadas, el inconsciente percibe, tiene intenciones, sentimientos y pensamientos al igual que el consciente (Fordham, 1988; Jung, 1979).

Así mismo al inconsciente le pertenece una realidad fluctuante, todo lo que se sabe, pero momentáneamente no se piensa; todo lo que alguna vez fue consciente, pero que ahora se ha olvidado; todo lo percibido para los sentidos pero que la consciencia no advierte; todo lo que sin atención, ni intención, se siente, piensa, recuerda, quiere y se hace: todo lo futuro que se prepara y sólo más tarde llegará a la consciencia. Todos estos contenidos son más o menos capaces de conscientizar, o fueron al menos anteriormente conscientes y podrían en el momento siguiente volver a ser conscientes (Jung, 1997).

El inconsciente posee una función reguladora, pues aunque el aspecto consciente de la psique es diferente, el inconsciente funge como compensador del ego, y de esta manera mantiene un

equilibrio psíquico, pues contiene todos aquellos elementos que le faltan a la consciencia. El inconsciente no solo es oscuridad sino también luz, es también la fuente de bienestar, no solo es bestial y demoniaco, sino también espiritual y divino (Jung, 1997; Jung, 2002; M. Morales, comunicación personal, 19 de octubre, 2013).

Jung aporta una tercera instancia para definir a la psique, el inconsciente colectivo, que es un estrato del inconsciente más profundo que el personal (Fordham, 1988), “contiene en sí, la herencia espiritual de la evolución de la humanidad, que nace nuevamente en la estructura cerebral de cada individuo” (Jung 1979, como se citó en Sharp 1997: 105), su naturaleza es universal, ya que sus contenidos son los mismos en todas partes y en todos los individuos y constituye un fundamento anímico de la naturaleza transpersonal existente en todo ser humano, si se pudiera personificar, tomaría los rasgos de un individuo colectivo que viviera al margen de la especificación de los sexos, juventud y la vejez, del nacimiento y de la muerte, dueño de la experiencia humana, casi inmortal de uno o dos millones de años (Jung, 1979).

Una característica importante de mencionar acerca del inconsciente, tanto personal como colectivo, es que es una instancia atemporal y aespacial, pues el pasado, el presente y el futuro se entremezclan (M. Morales, comunicación personal, 19 de octubre, 2013), es así que el ser humano como parte de toda la vida, es en sí mismo distinto a todos y todo, sin embargo, comparte con el resto de la humanidad una base psíquica común, uniéndose así por medio de funciones colectivas de la especie a través de patrones mentales inconscientes y compartidos los cuales Jung denominó arquetipos (Fordham, 1988; Grecco, 1995).

Los arquetipos se fueron formando por medio del aprendizaje producido por las experiencias colectivas reiteradas y significativas durante los milenios en que el cerebro y la conciencia humana iban lentamente emergiendo de un estado animal (Fordham, 1988), no se tratan de representaciones heredadas, sino de posibilidades de representaciones, que al concientizarse y ser percibidas, cambian de acuerdo con cada conciencia individual en que surge (Jung, 1964; Jung, 1997). Los arquetipos se manifiestan a nivel personal a través de los complejos y a nivel colectivo como

características de todas las culturas, Jung creía que la tarea de cada generación era comprender en forma diferente su contenido y efectos (Sharp, 1997). Es así, como todo el mundo material, no es sino el escenario en el que se plasma el juego de los arquetipos, con lo que se convierte en una alegoría, también el cuerpo material es el escenario en el que se manifiestan las imágenes de la conciencia, por lo tanto si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, se manifestará en su cuerpo en forma de síntoma (Dethlefsen y Dalhke, 2005).

Aunque existe una gran cantidad de arquetipos, algunos de vital importancia para entender el análisis junguiano son: ánima, animus, máscara, sombra, héroe y el self.

El ánima y el animus, son los estratos femeninos y masculinos que se encuentran presentes en todo individuo sin importar género, por un lado ánima es una personificación de todas las tendencias psicológicas de lo femenino en la psique, tales como lo receptivo, lo pasivo, lo cóncavo, las emociones, estados de humor, intuiciones, captación de lo irracional, capacidad para el amor personal, sensibilidad para la naturaleza y la relación con el inconsciente, transmitiendo los mensajes vitales del sí mismo (Grecco, 1995; Jung, 1964). Es una imagen colectiva heredada de la mujer que ayuda a captar su naturaleza, esta imagen solo llega a ser consciente y tangible por medio del contacto con mujeres a lo largo de la vida. En su manifestación individual, el carácter del ánima, por regla general adopta la forma de la madre (Jung, 1964; Jung, 1997; Jung, 2002).

Asimismo el ánima actúa de acuerdo a una estructura rítmica y circular, relacionada a los aspectos nutricios y creativos del sujeto, disfruta del atributo de la intemporalidad: se muestra frecuentemente como joven, aun cuando detrás de ella hay un halo de experiencia, (Grecco, 1995; Jung, 1997), sin embargo, posee aspectos luminosos y oscuros que a nivel colectivo son las imágenes de la virgen, la santa, la noble y también la prostituta, la bruja, etc. (Fordham, 1988).

El carácter del ánima puede deducirse generalmente a partir de todas aquellas cualidades ausentes en el exterior del sujeto, pues siguiendo el principio de complementariedad, el ánima creará un equilibrio dentro del individuo al hacerlo actuar todo aquello que niega (Sharp, 1997),



este arquetipo se expresa en la vida, no solo a través de sus proyecciones sobre la mujer y en su actividad creadora, sino también en las fantasías, cambios de humor, presentimientos y explosiones emocionales (Fordham, 1988).

El desarrollo del ánima se expresa en una estructura cuádruple, teniendo cada una un nombre atribuido por Jung de acuerdo al simbolismo del mismo, la primera etapa o Eva, representa las relaciones puramente instintivas y biológicas. La segunda etapa o Helena, personifica un nivel romántico y estético caracterizado por elementos sexuales. La tercera etapa o María, eleva el amor a alturas de devoción espiritual, y la última etapa, Sofía, es la sabiduría que trasciende lo más santo y lo más puro, llevando a la consciencia los contenidos del inconsciente (Jung, 1964; Sharp, 1997). Con el arquetipo del ánima se entra en el reino de los dioses, un reino incondicionado, peligroso, tabú y mágico, todo lo que el ánima toca adquiere una cualidad numinosa, es decir, sagrada, misteriosa y fascinante (Jung, 1997).

El animus por su parte es la representación colectiva del hombre, lo masculino, penetrante, activo y convexo, se encuentra mayormente influido por la relación con el padre, posee cualidades luminosas y oscuras, las luminosas podrían ser representadas por actitudes objetivas, reflexivas, estables, ordenadoras, de seguridad, defensa de sí mismo, y las cualidades oscuras serían, la inflexibilidad, la terquedad, el aislamiento, etc. (Jung, 1964; Grecco, 1995). Actúa de acuerdo a una estructura lineal y relacionando los aspectos lógicos y normativos, promueve la prevalencia del pensar sobre el sentir (Fordham, 1988; Grecco, 1995).

El animus, exactamente igual que el ánima, muestra cuatro etapas del desarrollo, sin embargo, estas no fueron definidas a través de un nombre simbólico, la primera etapa es caracterizada por el poder físico, la segunda etapa posee iniciativa y capacidad para planear la acción, en la tercera el animus se transforma en la palabra y en la última etapa es la encarnación del significado como mediador entre la mente consciente y el inconsciente al igual que Sofía (Jung, 1964; Sharp, 1997).

Jung menciona que: “El padre es el primer portador de la imagen del animus. Dota a esta imagen virtual de sustancia y forma, porque a causa de su logos<sup>1</sup> es la fuente del espíritu para la hija.

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

De acuerdo a Corneau (1991), el padre ayudará a construir una estructura interna, específicamente su presencia permitirá a los hijos el acceso a la agresividad (afirmación de sí y capacidad para defenderse), el acceso a la sexualidad, al sentido de exploración y del logos, debe fungir como modelo de rasgos masculinos, enseñando por medio del ejemplo a saber controlar lo controlable y poner orden, externa e internamente.

De tal modo que uno de los roles o principal responsabilidad del padre, es la de conducir a los hijos desde el reino protegido de la madre y del hogar, al mundo exterior, facilitando la transición a la sociedad, ayudándolos a enfrentarse al mundo y sus conflictos, siendo modelo de autoridad, responsabilidad, toma de decisión, objetividad, orden, disciplina, preocupándose por poner ciertos límites y crear así un cuadro de seguridad indispensable para el desarrollo armonioso de sus hijos, sin embargo, en esta investigación la paciente es de género femenino, por lo que cuando el padre

<sup>1</sup> “Es el principio de lógica y estructura, tradicionalmente asociado con el espíritu, el mundo paterno y la imagen divina. No hay conciencia sin discriminación de los opuestos. Este es el principio paterno, el Logos, que lucha eternamente para liberarse de la tibieza y oscuridad originales del útero materno; en una palabra, de la inconciencia. Para mí, logos significa discriminación, juicio, insight y eros, la capacidad para relacionarse” (Jung, citado en Sharp, 1997, p.126).

no asume sus funciones y es permisivo o autoritario, el efecto que tiene sobre la hija se puede distinguir en dos patrones: la eterna muchacha o puella y la amazona acorazada o mujer animus (Corneau, 1991; Stevens, 1994).

La eterna muchacha es una mujer que psicológicamente sigue siendo una jovencita, aunque cronológicamente no lo sea, es una hija dependiente, tiende a aceptar la identidad que otros proyectan sobre ella, depositando su propia fuerza y responsabilidad a los otros para dar forma a su identidad, por otro lado el patrón de la amazona acorazada o mujer animus surge como reacción ante un padre negligente, estas mujeres tienden a identificarse con las funciones masculinas o paternas, relegando su propia feminidad, en un intento de obtener lo que el padre no proveyó, por lo que constituyen una fuerte identidad egoica masculina mediante sus logros profesionales, luchando por una causa, o controlando e imponiendo la ley ellas mismas; pero esta identidad masculina no es más que una capa protectora, una coraza contra el dolor del abandono o del rechazo que experimentaron por parte del padre, sin embargo, también es una armadura contra su propia ternura, debilidad y vulnerabilidad, siendo una barrera para sus propios sentimientos femeninos y su lado más tierno (Corneau, 1991; Schierse, 2005).

La tarea de cada individuo que haya sufrido una ausencia paterna es despertar la agresividad oculta en sí mismo, pero con la plena participación del mundo de los sentimientos y emociones; es dejar de exigir al padre externo lo que no pudo ni puede dar y aprender a paternarse, convirtiéndose ahora como adulto en el padre que le hubiera gustado tener (Corneau, 1991; Jung, 1964).

Otro arquetipo de gran importancia para entender el análisis junguiano es el de la sombra, siendo este la totalidad del inconsciente personal, representa cualidades o atributos desconocidos o poco conocidos del ego, tanto positivos como negativos, todo lo que el sujeto rechaza de sí mismo, y esto a su vez configura el núcleo del complejo autónomo de la sombra. Su función está ligada a la sobrevivencia, pues surge como un mecanismo de adaptación al que la especie debió recurrir en su proceso de culturalización, en los años de formación es natural reprimir o suprimir,

los aspectos que para los padres consideran inapropiados o incompatibles con su forma de ser, tales como la agresión. La sombra es el ser inferior que habita en cada persona y desea hacer todas las cosas que no está permitido hacer, es decir, representa la vida no vivida (Fordham, 1988; Grecco, 1995; Jung, 1964; P. Palacios, comunicación personal, 12 de enero, 2013; Sharp, 2002).

En la naturaleza de las cosas existen, sol-sombra y luz-oscuridad, la sombra es inevitable, es a la vez potencialmente creativa y destructiva, creativa porque representa aspectos de sí mismo que han sido sepultados o que podrían aún realizarse, y destructiva en el sentido de que su sistema de valores y sus motivaciones tienden a perturbar la propia imagen consciente (Fordham, 1988; Sharp, 2002), cuando un individuo hace un intento por ver su sombra, se da cuenta de cualidades e impulsos que niega en sí mismo, ya que contiene valores necesitados por la conciencia, pero que existen en una forma que hace difícil integrarlos en la vida, sin embargo, la sombra no consiste solamente en omisiones, también se muestra con frecuencia en actos impulsivos. La sombra y la persona se encuentran en una relación compensatoria, por ejemplo, a nivel de tipología este arquetipo suele contener la forma en la que no se es generalmente, pero se podría llegar a ser, es decir, un hombre que a nivel consciente suele ser de tipo pensamiento extrovertido, por compensación, su sombra estará regida principalmente por el sentimiento introvertido (Jung, 1964, Sharp, 1997; Sharp, 2002).

A nivel colectivo, las formas que adquiere la sombra suelen ser, el diablo, las tinieblas, la locura, la enfermedad, la obscuridad, la muerte, el miedo, etc. (Grecco, 1995) y a nivel individual la sombra es todo aquello que se considera malo, aquello que en otra persona no se soporta, forma parte de la sombra, y se relaciona con el dicho: lo que te choca te checa, las enfermedades (en específico el tema de la presente investigación, la enfermedad renal crónica) tanto a nivel individual como colectivo, son un grito desesperado de la sombra para ser vista, en los sueños cada componente representa una parte del individuo, todas las cualidades calificadas como buenas y como malas de este arquetipo, son visibles siempre por medio de la asimilación de la proyección (Jung, 1964; M. Morales, comunicación personal, 16 de marzo, 2013; Sharp, 1997).

El aceptar la sombra implica la renuncia de ideales impuestos por la sociedad, su descubrimiento tiene por objeto fomentar una relación con el inconsciente y expandir la identidad compensando la unilateralidad de las actitudes conscientes con las profundidades inconscientes, pues Jung decía que cada vez que se cuenta con la sombra, se recuperan tesoros, esta debe ser la tarea terapéutica de mayor importancia durante el proceso. Para Jung y sus seguidores la psicoterapia constituye un ritual de renovación que permite acercar e integrar en la conciencia la personalidad de la sombra, reducir su potencial inhibitorio o destructor y liberar la energía positiva de la vida que se halla atrapada en ella. Sus investigaciones terminaron demostrando que el hecho de afrontar la sombra y el mal, es en última instancia, un secreto individual, una experiencia tan poderosa que puede transformar la vida de una persona (Fordham, 1988; P. Palacios, comunicación personal, 16 de marzo, 2013, Zweig, 1993).

Como complemento y oposición al arquetipo de la sombra, se encuentra la máscara o persona, este arquetipo es un mediador que protege al individuo en sus relaciones, pero que oculta lo que verdaderamente es, en función de una aceptación social (Grecco, 1985), ya que en el mundo hay actitudes y conductas que son socialmente aceptadas y otras que no lo son. En los primeros años de formación el niño aprende a reprimir los aspectos inaceptables de sí mismo, estos se resguardan en la sombra, mientras que lo que resulta agradable para los demás es lo que queda en forma de máscara o persona y es por tanto lo que se presenta al mundo, siendo una necesidad que surge por razones de adaptación o conveniencia personal, es un complejo funcional, todo aquello que no se es, pero que se cree ser y que también creen los demás (Fordham, 1988; Sharp, 1997; Sharp, 2002).

La máscara representa lo que yo soy en función de los otros, también determina la imagen ideal consciente del sujeto, es decir, representa todo aquello que el individuo determina como deseable y que presenta al mundo externo (Grecco, 1995; Jung, 1997; Sharp, 1997), la persona ayuda a amortiguar los golpes sociales, sirve de protección a la hora de interactuar con los demás, sin embargo, el problema estriba en que el sujeto se sobre identifique con su máscara, creyendo ser solamente lo que la persona representa y olvidándose de quien es realmente, las reacciones se vuelven predeterminadas por las expectativas colectivas por lo que la persona querrá vivir de

acuerdo a lo que es apropiado (Fordham, 1988; Sharp, 1997; Sharp, 2002), es decir, este arquetipo se puede reconocer en las características que son agradables, aquello que se ejercita continuamente, en lo que el sujeto se cree capaz y por lo que está orgulloso, sin embargo, la máscara y la sombra funcionan de forma compensatoria, mientras más se identifique el sujeto con su máscara o persona y niegue su sombra, más problemas tendrá con los aspectos no reconocidos de su personalidad, convirtiéndolo en un ser rígido y poco sensible (Jung, 1997; Sharp, 2002).

Otro arquetipo de suma importancia para la teoría junguiana es el arquetipo del héroe, el cual se puede encontrar en muchos de los mitos alrededor del mundo, y aunque varían en detalles todos tienen un modelo universal, inician siempre con un nacimiento milagroso pero humilde, presentan sus primeras muestras de fuerzas sobrehumanas, su rápido encumbramiento a la prominencia o el poder, sus luchas triunfales contra fuerzas del mal, su debilidad ante el pecado de orgullo y su caída a traición o el sacrificio heroico que desemboca a su muerte. El objetivo de este arquetipo, es desarrollar conciencia del ego individual, vencer al monstruo de la oscuridad, el triunfo de la conciencia sobre la inconsciencia, representando la muerte simbólica del mismo y así el arribo a la madurez (Jung, 1964; Jung, 2005).

De acuerdo a Jung (1964), el mito del héroe tiene cuatro figuras simbólicas que reflejan las etapas de evolución de la personalidad humana y los esfuerzos de cada sujeto para resolver el problema del crecimiento o individuación, las cuales son las siguientes:

- Trickster o granuja: corresponde al periodo de vida más primitivo y menos desarrollado. Es una figura cuyos instintos dominan su conducta; tiene la mentalidad de un niño. Satisfacción de necesidades primarias, mitológicamente tienen forma animal y poco a poco va adquiriendo forma humana. Corresponde a la infancia.
- Hare o liebre: aparece también al principio en forma animal como fundador de la cultura humana, como el transformador. Es un ser socializado que corrige las ansias instintivas e infantiles de trickster. Corresponde a la pubertad.

- Red Horn o cuerno rojo: es ya un hombre, aunque un hombre arcaico, su cualidad es la fuerza y la astucia (hybris), obtiene ayuda de dioses tutelares que al final lo dejan solo. Corresponde a la adolescencia.
- Twins o gemelos: son exclusivamente humanos y juntos forman una sola persona, fueron separados al nacer y es necesario reunirlos, aunque complicado, uno es dinámico y rebelde y el otro condescendiente, dulce y sin iniciativa, durante largo tiempo estos dos héroes son invencibles, y por tanto son dominados por su hybris, y es necesaria su muerte, ya que el orgullo ha sobrepasado a su sí mismo. Su muerte es una muerte simbólica que logrará el restablecimiento del equilibrio. Corresponde a la adultez.

La importancia del héroe es el valor y la fuerza que brinda para hacer frente a los padres tanto a los externos como a los introyectados y así romper lazos simbiotizantes con ellos, para después encontrarse a sí mismo, al self y así equilibrar las fuerzas en el interior.

El último arquetipo es el del Selbst, self o sí mismo, el cual representa la totalidad y centro regulador de la psique; es el poder transpersonal que trasciende al ego. Aparece como lo que une lo consciente con lo inconsciente, expresa la voluntad de unidad y síntesis del espíritu humano. Media entre los diferentes pares antitéticos que componen el alma humana. Es la unión de los opuestos, una paradoja absoluta, pues representa tesis y antítesis y al propio tiempo síntesis, y suele representarse simbólicamente por el círculo, la cuaternidad, mandalas y el niño/a (Grecco, 1995; Jung, 1964; Jung, 2002; Sharp, 1997).

El sí mismo es tanto el centro como la circunferencia que abarca lo consciente y lo inconsciente, es el centro de esa totalidad, así como el ego es el centro de la consciencia, no está totalmente contenido en la experiencia consciente del tiempo, es joven y viejo simultáneamente, está simultáneamente omnipresente. Suele aparecer en los sueños personificado por una figura del mismo sexo que el soñante, a nivel colectivo el sí mismo se encuentra representado por las figuras de Cristo y Buda, pues ellos representan la fenomenología psicológica del selbst (Jung, 1964; Jung, 2002). La función de este arquetipo, es la de unir coherentemente los complejos psíquicos, además

de regular el sistema de compensación y oposición de los contrarios antitéticos, para lograr una totalidad armoniosamente integrada y equilibrada, la realidad psíquica interior de cada individuo está orientada, en definitiva, hacia este símbolo arquetípico del sí mismo, significando que el principal propósito del hombre es ser humano (Grecco, 1995; Jung, 1964).

A partir de esa base en común, que son los arquetipos, cada persona se va diferenciando del resto, a través de un ciclo vital llamado individuación, el cual Jung lo refiere como la tendencia innata de la psique, cuya meta es el desarrollo de la personalidad individual, despojando al sí mismo de los falsos atuendos de la persona. Es un proceso moldeado por el ideal arquetipo de totalidad, implicando una creciente percepción de la realidad psicológica única, incluyendo fortaleza, limitaciones personales y al mismo tiempo una apreciación más profunda de la humanidad en general (Grecco, 1995; Jung, 2005; Sharp, 1997).

El proceso de individuación efectivo empieza generalmente con una herida de la personalidad y el sufrimiento que la acompaña, la vivencia de totalidad no puede conseguirse sin sufrimiento, y para ello es necesario aceptar muchas cosas que el sujeto evita cuidadosamente. Este proceso se desarrolla gradualmente durante toda la vida, pero se observa mejor durante la segunda parte de la existencia (Fordham, 1988; Jung, 1964). Jung hacía hincapié en los estadios de la vida, la primera mitad debe ir encaminada hacia el mundo exterior, obtener un título, desarrollarse profesionalmente, formar una familia, es decir, una adaptación al medio, al llegar la segunda mitad de la vida del hombre se encuentra en una búsqueda de sentido y una nueva finalidad al propio vivir, un ir hacia adentro para compensar todo lo que se ha vivido hacia el exterior. Es así que generalmente la individuación no es una meta o una idea para gente muy joven, más bien lo es para personas maduras o para quienes una enfermedad los empuja a buscar una nueva manera de vivir (Fordham, 1988; M. Morales, comunicación personal, 23 de marzo, 2013).

Ser total significa haberse reconciliado con aquellas partes de la personalidad que no habían sido tomadas en cuenta. Consciente e inconsciente no forman un todo cuando uno de los dos es suprimido y dañado por el otro, ambos son aspectos de la vida, la consciencia responde a la razón



y el inconsciente es caótico, esto representa un conflicto, pero significa a la vez colaboración. Este es el modo humano en que debe vivirse la vida (Fordham, 1988; Jung, 2005). Para Jung nadie está nunca completamente individuado, la meta es importante sólo como una idea; lo esencial es lo que conduce a la meta, ése es el objetivo de toda una vida (Jung, 2005).

Otro elemento de vital importancia dentro de la obra jungiana, es la dimensión de lo simbólico, para Jung, un símbolo es un término, un nombre, una pintura o cualquier cosa que pueda ser conocida en la vida diaria aunque posea connotaciones específicas además de su significado corriente y obvio, representa algo desconocido y oculto. Tiene un aspecto inconsciente más amplio, que nunca está definido con precisión o completamente explicado, pues Jung opinaba que sólo mediante los símbolos y el estudio de los mismos, los arquetipos resultan accesibles a la conciencia, y es por esto que la actividad simbólica constituye el núcleo esencial de la vida del hombre, en tanto ser cultural (Grecco, 1995; Jung, 1964), el hombre produce símbolos de manera inconsciente y espontánea en forma de sueños, por regla general, el aspecto inconsciente de cualquier suceso se revela en sueños, donde aparece no como un pensamiento racional sino como una imagen simbólica (Jung, 1964).

La actitud simbólica es constructiva, ya que da prioridad a la comprensión del significado o propósito de los fenómenos psicológicos, antes que a la búsqueda de una explicación reductiva. El principal interés de Jung en los símbolos residía en la capacidad que tienen para transformar y redirigir la energía instintiva, en forma abstracta los símbolos son ideas religiosas en forma de acción son ritos o ceremonias. Son la manifestación y expresión del exceso de libido. Al mismo tiempo, son escalones que conducen a nuevas actividades (Sharp, 1997).

Jung describe una técnica que permite el contacto con el inconsciente, dicha técnica es conocida como imaginación activa, la cual promueve el proceso de individuación a través del trabajo con los sueños, las fantasías o los propios estados anímicos. Los pasos de la imaginación activa comienzan contemplando las imágenes suscitadas en el sueño prestándole atención, lo cual hará que las imágenes se activen y se vayan desarrollando como escenas de un teatro o película. En este

paso el soñador tomará notas de esos cambios producidos. El siguiente paso supone que el propio soñador se relacione dentro de su sueño e imágenes con la escena en curso. Para este paso el soñador ha de asumir el papel de cómo él es realmente y no simular un papel al relacionarse con la escena de su sueño. Él se imagina a sí mismo en esa escena dialogando con las imágenes, experimentando las emociones al respecto, pensando y actuando con ellas en relación con estas. Posterior o paralelamente, puede continuar esta imaginación activa amplificando las asociaciones que suscitan mediante actividades como escultura, pintar, escribir, modelar y otras actividades artísticas que le originan las imágenes de su sueño, todo este proceso le revelará los mensajes que se encuentran en su sombra de modo que al integrarlos con su conciencia gane en individuación y desarrollo personal (Fordham, 1988; Jung, 1964; Sharp, 1997).

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

## **2.5 Fritz Perls – Terapia Gestáltica**

Frederick (Fritz) Perls (1893-1970) psicólogo alemán, estudió medicina en Berlín y posteriormente practicó el análisis freudiano. Años más tarde conoció a Goldstein (psicología organísmica) y a Salomón Friedlander (teorías de la indiferencia creativa, los opuestos remiten uno al otro), así empezó a familiarizarse con la Filosofía Existencialista y la Fenomenología, las religiones orientales, el psicodrama y la Psicología Gestalt. En la década de los 40's es cuando comienza a conformar su terapia Gestalt (Hernández y López, 2012).

Gestalt es un término alemán que significa varias cosas a la vez: totalidad, forma, patrón y estructura. En determinado medio ambiente se perciben cosas, elementos que van a tomar una forma o figura específica sobre un fondo; este último también es único. Todo ello es percibido en función de los intereses y necesidades en ese momento. Cuando en ese contexto el interés y la excitación desaparecen, las formas o figuras se pierden en el fondo. Así figura y fondo llegan a tomar posiciones diferentes (Castanedo, 1997).

La terapia Gestalt toma sus raíces de la teoría Gestalt, los terapeutas de esta corriente consideran a la conducta y las cualidades perceptuales de la experiencia del individuo como organizadas por las necesidades orgánicas más relevantes, físicas, psicológicas y espirituales. Los precursores de esta terapia tomaron prestado de la química el Principio de isomorfismo el cual presupone que el movimiento de los átomos y moléculas del cerebro, no es fundamentalmente diferente al de los pensamientos y sentimientos, sino básicamente semejantes en sus aspectos molares, considerados como procesos en extensión, es decir, es una representación a escala de la realidad y establece que dos estructuras cualitativamente diferentes se comportan de la misma manera (Castanedo, 1997).

Un concepto de gran importancia en la terapia Gestalt, es el de autorregulación orgánica, el cual deriva de la premisa de que la homeostasis se da en todos los organismos, mediante un continuo intercambio de equilibrio y desequilibrio, es decir, define que la persona se regula a sí misma, este proceso se da la mayoría de las veces a un nivel no consciente (Baumgardner, 2006; Quitmann, 1989; Salama, 1992). El ciclo que se forma con la autorregulación, empieza por la sensación, el fondo desde el cual se comienza a organizar el funcionamiento. Se forma la figura emergente a partir de reunir la experiencia en un todo significativo que puede organizar la conducta. La figura es la combinación de la sensación, su significado en términos de necesidad y su relación con el entorno. La sensación se convierte en conciencia que permite comprender lo que se necesita en ese momento, posteriormente hay una etapa de excitación o movilización de energía, que permite actuar, y tener contacto con aquello que se necesita, e integrarlo al campo de la persona para satisfacer la necesidad, hecho esto la figura se disuelve en el fondo y da lugar al surgimiento de una nueva figura. Este principio de homeostasis, para la Gestalt existe también más allá de la

persona, pues existen equilibrios energéticos que permiten el mantenimiento de una armonía general (Ginge, 2005; Kepner, 2014; Zinker, 2006).

Perls relaciona el proceso de la homeostasis con la composición de la Gestalt; es decir, la aparición de figuras sobre fondos, siendo la figura la necesidad dominante que surge como reacción individual ante el proceso de ajuste u homeostasis. El individuo satisface dicha necesidad, se regresa al equilibrio, la Gestalt se cierra y el organismo queda libre para formar una nueva Gestalt. El organismo encuentra la manera de mantener el equilibrio homeostático, físico, psíquico y social, ya que vivir es una progresión de necesidades satisfechas e insatisfechas, y es por ello que la visión existencial de la teoría Gestalt sostiene que las personas están interminablemente rehaciéndose o descubriéndose a sí mismas, teniendo así que en la autorregulación orgánica, escoger y aprender, suceden holísticamente, con una integración natural de cuerpo y mente, pensamiento y sentimiento, premeditación y espontaneidad (Castanedo, 1997; Quimann, 1989; Salama, 1992; Yontef, 1995).

Además de la autorregulación orgánica para Perls existía, la regulación debeísta, basada en la satisfacción parcial de las necesidades del individuo de acuerdo con lo que debería o no debería ser. Todo el control, incluso el control externo interiorizado-tú debes, interfiere con el funcionamiento sano del organismo, en la regulación debeísta la razón manda y no hay sentido holístico (Perls, 1994; Salama, 1992).

Cuando la formación y satisfacción de la Gestalt está bloqueada y las necesidades no son reconocidas y expresadas, el organismo sufre un trastorno, por lo que esas Gestalt no resueltas forman Gestalt incompletas o también llamadas situaciones inconclusas, que exigen atención e impiden la formación de nuevas Gestalt, el síntoma es una señal de trastorno en el proceso y simultáneamente una ayuda para conservar el equilibrio del mismo, es decir, son el indicio de una energía que se necesita reincorporar en el organismo en forma positiva, por lo que la enfermedad ofrece una oportunidad para cambiar, completarse, crecer, ser más plenos, totales e íntegros y armónicos con sí mismos y con el mundo. El rol de encuentro psicoterapéutico es ayudar al

paciente a restaurar las fuerzas de su proceso sintomático, de tal forma que no requiera más el síntoma y que restablezca el equilibrio sin él (Castanedo, 1997; Schnake, 1996).

Para ser capaz de satisfacer las propias necesidades y mantener el equilibrio, se debe poseer ciertas capacidades que ayudarán a identificar y actuar para conseguir un nuevo estado de equilibrio, tales cualidades son los pilares de la teoría Gestalt, las cuales adquieren el nombre de la experiencia del aquí y ahora, el ser consciente, responsable y poder moverse de la figura al fondo y del fondo a la figura. La prioridad de la experiencia del aquí y ahora surge de la idea de que estar aquí y ahora es estar enteramente en lo que se hace y no pensar en el pasado o en el futuro, olvidando el momento presente, esto es lo que le da su carácter fenomenológico existencial a la terapia Gestalt, pues es lo que se experimenta. En Gestalt no hay otra realidad más que el presente, se refiere al inmediato aquí y ahora, el centro del tiempo y espacio es el presente (Salama, 1992).

Experimentar el aquí y el ahora empieza por la sensación, percibiendo la realidad a través de los sentimientos, la cual siempre existe en el tiempo presente. No es posible vivir los ayeres y los mañanas, el vivir el aquí y el ahora implica vivenciar más que manipular, estar abierto a lo que venga, darse cuenta de que las cosas en este momento son de la única manera que pueden ser. El aquí y ahora representa una experiencia personal anclada en lo sensorial, que se sostiene de ese momento de tiempo y del sitio donde se está, al no actuar en el presente, se incrementan las Gestalt incompletas y se desatiende la propia vida (Naranjo, 2006; Zinker, 2006).

La terapia Gestalt procura comprender el estar aquí y ahora en cada nivel de funcionamiento, pasando por lo corporal, sentimental, cognitivo y social, ayudando al paciente a traer sus pensamientos y sensaciones al presente (Quitmann, 1989; Zinker, 2006). El funcionamiento natural del organismo es experimentar con el sentir y el pensar, y cuando la persona rechaza alguna de estas formas de experiencia, la formación de una nueva Gestalt se bloquea, es así como el hombre occidental se ha identificado más con su razón y ha alienado sus facultades sensoriales y afectivas (Castanedo, 1997).

La terapia Gestalt describe que las personas son responsables, pues ellos determinan su conducta, cuando confunden la responsabilidad con la culpa y los debería, se presionan y manipulan a sí mismas; tratan de, pero no están integradas (Yontef, 1995). El ser consciente, es percatarse de sí mismo, por medio de la experiencia del aquí y ahora, es decir saber en ese momento que se está donde se quiere estar y haciendo lo que se quiere hacer, implica que el organismo entre en contacto consigo mismo y con el entorno, por lo tanto el ser consciente como el experimentar el aquí y ahora, implica que la persona asuma su propia responsabilidad y darse cuenta que es la única que puede decidir acerca de su vida y al delegar responsabilidades está renunciado a vivir (Naranjo, 2006; P. Palacios, comunicación personal, 22 de mayo, 2013; Quitmann, 1989).

Dentro de la terapia Gestalt el tema del contacto es uno de los más importantes, pues a través de él, la persona se encuentra en el aquí y ahora y satisfacen sus necesidades, sintiendo el presente. Se utiliza la palabra contacto abarcando por igual un darse cuenta sensorial aunado a una conducta motora, por lo que siempre se necesita y se está en contacto ya que no existe una división real entre organismo y ambiente, son inseparables, esto es el campo, es el todo en el cual las partes están en relación y correspondencia inmediata unas con otras. La persona en su espacio de vida constituye un campo, y tal concepto reemplaza la noción de partículas separadas. (Salama, 1992; Yontef, 1995).

Dentro de este marco, la terapia Gestalt refiere el contacto como aquello que ocurre en el límite entre el organismo y el entorno, en el encuentro del sí mismo y el otro, por lo que el contacto es cuando se da la asimilación de la novedad y por ende hay crecimiento y cambio (Kepner, 2014), las fronteras del contacto entre el individuo y su entorno, es donde tienen lugar los hechos psicológicos, donde se sitúa la experiencia, no separa al organismo de su entorno, sino que lo limita, lo contiene y lo protege, y al mismo tiempo toca su entorno. Así la frontera pertenece al mismo tiempo al interior y al exterior, forma parte de dos mundos distintos pero interrelacionados, el límite de contacto es el punto central que regula el encuentro o intercambio con el entorno (Ginge, 2005; Quitmann, 1989).

El concepto de contacto tiene también el aspecto de totalidad, pues es una visión total del organismo humano, unidad entre mente, cuerpo y espíritu, como de la unidad del ser humano y el entorno, con un buen funcionamiento del límite las personas alternan entre conectar y separar, entre estar en contacto y alejar la atención del ambiente, sin embargo, cuando el límite de contacto se hace difuso, impermeable o se pierde, se produce una alteración (Quitmann, 1989; Yontef, 1995), un mal funcionamiento del contacto, a lo cual se le llaman autointerrupciones, pues inhiben la realización completa del ciclo de la experiencia por medio de interrumpir o generalizar el contacto, estas autointerrupciones, no son necesariamente patológicas, pues fueron creadas como forma de adaptación y protección al medio, sin embargo, cuando se tornan excesivas, inoportunas y anacrónicas, dejan de servir como adaptación al medio y pasan a ser un estorbo que impide cerrar las Gestalt incompletas (Castanedo, 1997; Ginge, 2005). Es importante recordar que la persona es siempre responsable por lo que hace, por lo tanto las interrupciones no son algo que sucede, sino algo que se hace y que se puede elegir continuar haciendo o dejar de hacer (Naranjo, 2006).

Según Castanedo (1997), las interrupciones se pueden clasificar, según su funcionamiento, en las siguientes:

- **Desensibilización:** significa disociar el cuerpo y la mente, literalmente dejar de sentir para actuar de acuerdo a cuestiones intelectuales y no a necesidades corporales o emocionales.
- **Proyección:** es un rasgo de personalidad, una actitud, un sentimiento, una parte del comportamiento que pertenece a la personalidad sin ser sentida como tal por la persona, es decir, la proyección se atribuye a otras personas u objetos que forman parte del medio, depositando en ellos cualidades que no le pertenecen a nadie más que a sí mismo, es el mecanismo por medio del cual el individuo evita apropiarse de su propia realidad.
- **Introyección:** este mecanismo se convierte en una forma de ser, de sentir, de evaluar todo el material que está integrado en el comportamiento de una persona. Las introyecciones responden a normas socialmente aceptadas y a valores familiares. Es como una voz interior que dice lo que se debe y lo que no se debe hacer.

- Retroflexión: significa volcar la hostilidad contra sí mismo, en lugar de dirigir la agresividad hacia la causa que originó la frustración o la rabia, dicho en otras palabras es hacerse lo que le gustaría hacerle al otro por miedo a perder el afecto o aprobación.
- Deflexión: este mecanismo de defensa o autointerrupción, consiste en desviar lo que emerge en el aquí y ahora, con el fin de evitar entrar en una situación no deseada, muchas veces se da con la reacción contraria a la congruente, como reír en lugar de llorar, cuando se habla de algo triste y doloroso, o hablar de uno mismo en tercera persona, o decir cuando uno hace tal cosa, en vez de decir cuando yo hago tal cosa.
- Protoflexión: consiste en tratar a los otros como me gustaría ser tratado, buscando la aceptación y el cariño, es decir, esperando recibir el trato que la persona está dando, ya que da a los demás lo mejor que se tiene, quedándose con nada para sí misma.
- Fijación: significa quedarse estancado en una o más situaciones, repitiendo fuera de contexto conductas que pertenecen al pasado.
- Retención: consiste en no permitir el flujo natural de la experiencia, reteniendo o interrumpiendo la continuidad.
- Confluencia: consiste en estar siempre de acuerdo con los otros, no confrontar, con un potencial existencial creativo disminuido por escapar al contacto diferenciado de confrontación. En las personas que confluyen el self y el medio ambiente parecen ser una unidad. Colarse en el otro para evitar el contacto real.

Estas interrupciones pocas veces se encuentran aisladas, es decir, generalmente se suele utilizar más de una a la vez, por ejemplo cuando una persona protoflexa automáticamente retroflexa, pues al estar dando lo mejor de ella a otros, se queda únicamente con las cuestiones negativas para tratarse a sí misma. Para que la persona pueda trascender dichas autointerrupciones así como satisfacer sus necesidades, es necesario el darse cuenta, que significa la toma de conciencia de lo que se es y cómo se es en el aquí y ahora, está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una Gestalt, siendo el contacto importante, ya que éste puede existir sin el darse cuenta, sin embargo, el darse cuenta no puede existir sin el contacto (Castanedo, 1997; Salama, 1992).



El darse cuenta esta fundado y energizado por la necesidad actualmente dominante del organismo, va acompañado de pertenencia, es decir, el proceso de conocer el control sobre, elección y responsabilidad por los propios sentimientos y conductas, aporta una sensación de totalidad con un mayor alcance que el de la consciencia habitual, es un estado de consciencia transpersonal, donde la persona es uno con el todo. La formación de una Gestalt siempre acompañará al paciente a darse cuenta de la autorregulación orgánica, es decir, de cómo está funcionando ahora, como organismo y como persona, y así tener los elementos para crecer, percibiendo el todo, lo cual implica contactar con todo aquello que le gusta o sirve y también con aquello que le han enseñado que es malo, es decir, contactar con las polaridades (Miguens, 2003; Salama, 1992; Yontef, 1995).

Aunque Perls, nunca habló explícitamente de las polaridades, ya desde su primer libro, *Ego, Hunger and Aggression*, mencionaba el proceso de opuestos (Salama, 1992), en este sentido Zinker (2006), define al individuo como un conglomerado de fuerzas polares, las cuales se interceptan entre sí, pero no necesariamente en el centro, es decir, que las polaridades se componen de multilateralidades, por lo que existe más de un opuesto a un concepto o forma de ser en el mundo, así una persona no posee tan solo una polaridad opuesta, sino varias que se relacionan entre sí.

La capacidad que tiene el cerebro de diferenciar y conceptualizar depende de lo que se conoce como polaridad, esto es que para saber que algo es, debemos saber lo que no es (Castanedo, 1997), es importante mencionar que las polaridades constituyen opuestos complementarios, y juntos forman la unidad, es decir, el amor no puede existir de manera sincera sin el odio que lo acompaña y viceversa (Ginge, 2005). Las cualidades polares con las que cada persona se identifica y a partir de las cuales le permiten actuar, forman lo que se podría llamar la autoimagen, mientras que las cualidades que ha alienado vienen a ser representadas por el sí mismo negado, que de cualquier forma siguen operando en el interior, por lo que el conflicto personal supone choques entre las propias polaridades oscuras y luminosas, que operan como si fueran dos personas dentro del individuo, generalmente el conflicto intrapersonal se representa también como conflicto

interpersonal, que es cuando la persona ve en otros sus propias características negativas (Kepner, 2014; Zinker, 2006).

En terapia Gestalt se dice que todo es relativo, lo que ahora es bueno quizás mañana sea malo, y viceversa, la cuestión reside en entender la vida como un proceso activo (Castanedo, 1997), es por eso que uno de los objetivos de la terapia Gestalt es ampliar el autoconcepto, esto es, que el individuo aprenda a reconocer en sí mismo, todo aquello que no aprueba, es decir, poner al descubierto esa parte que no asume, y entrar en contacto con la forma en que mantiene en secreto algo de sí mismo (Zinker, 2006), así la persona se da cuenta de la mayor parte de sus polaridades incluyendo aquello que la sociedad desapruueba y es capaz de aceptarse de esa manera, puede ser que no siempre apruebe sus polaridades, pero lo importante es que pueda reconocerlas en sí mismo, pues si no se atreve a vivir una parte de la polaridad, la otra nunca será auténtica (Salama, 1992).

La terapia Gestalt busca la integración armónica de las polaridades complementarias de cualquier comportamiento humano (por ejemplo: agresividad y ternura), estas se encontraran escondidas en la figura y algunas en el fondo, más que la eliminación de una en provecho de la otra, se intenta lograr una solución en la cual se de la unión de ambos polos para formar una figura más importante que la simple combinación de los opuestos: una creación nueva, que se dará sólo si se trasciende la polaridad (Zinker, 2006).

Por otro lado, se encuentra la necesidad de autoactualización, este proceso es distinto y único en cada individuo, ayudándolo a desarrollar sus potenciales, es el momento en que el sí mismo se actualiza, viviendo plena y desinteresadamente con una concentración y absorción total. En ese momento el individuo mira dentro de sí mismo en busca de respuestas, asumiendo la responsabilidad de su vida. Este es un proceso continuo y cuyo único fin es que la persona sea quien es, Gertrude Stein refiere: una rosa es una rosa (como se citó en Quitmann, 1989).

La terapia Gestalt ha desarrollado varias técnicas que se dividen en tres categorías, técnicas supresivas, expresivas e integrativas, las cuales se explicaran brevemente:

Las técnicas supresivas tratan de no permitir que el paciente hable acerca de, tal como información no necesaria, los saludos cliché, los debeísmos, que es el decirse a sí mismo o a otros lo que debería de ser y no experimentar lo que es. El experimentar la nada o vacío, estando solamente en el aquí y ahora ayuda a tender un puente entre la evitación y el contacto. Por medio de las técnicas supresivas el terapeuta desalienta en el paciente lo que no es, al invitarlo a expresarse, estimula en el paciente lo que sí es, para poder vivenciar lo que en potencia se podría experimentar, y dejar de hacer algo, o pensar acerca de otra cosa que no está sucediendo en el aquí y ahora, ya que muchas de las actividades mentales consisten en recordar el pasado, adelantarse al futuro, fantasear etc. y lo único que generan es una evitación al presente (Naranjo, 2006; Salama, 1992).

Ahora bien, las técnicas expresivas como su nombre lo indica ayudan al paciente a expresar lo que hasta el momento no se había atrevido, revelándose no solo al terapeuta sino a él mismo. Tales técnicas se pueden resumir en: expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión, buscar la dirección y hacer la expresión directa (Naranjo, 2006; Salama, 1992).

En un sentido más general, toda técnica Gestalt es integrativa, ya que despierta el darse cuenta de lo que estaba alienado, sin embargo, hay técnicas cuyo objetivo principal es integrar partes disociadas del paciente, tales técnicas son el encuentro intrapersonal, es decir, los juegos de roles y la asimilación de la proyección (Naranjo, 2006; Salama, 1992). La Gestalt desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano, integrando al mismo tiempo sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales, permitiendo así una experiencia global (Ginge, 2005).

La terapia Gestalt se refiere, e intenta mostrar, cómo la persona distrae su atención del mundo sensorial de la experiencia inmediata. Los mecanismos con los que el sujeto sustituye el continuo aquí y ahora en una situación emocional son motivo de trabajo permanente y particular en la vivencia y experimentación en terapia. Al darse cuenta de sus propios mecanismos, en principio fuera de conciencia, el individuo puede llegar a ver, entender y analizar en qué y cómo se apoya

su conducta insatisfecha o inconclusa, adquiriendo la capacidad necesaria para poder incrementar su toma de consciencia apoyándose en sí mismo (Naranjo, 2006).

Cabe señalar que tanto la teoría de Jung como la teoría Gestalt se complementan y enriquecen ya que encuentran su equivalente una dentro de la otra por lo que permiten realizar una labor terapéutica de mayor alcance, es así que en cuanto a los conceptos de individuación y autoactualización, se menciona que dentro de la teoría jungiana el propósito de cualquier ser humano es la individuación, la cual consiste en aprender a ser y aceptarse tal cual es el sujeto, trascendiendo conflictos para ir desplegando poco a poco todas las cualidades, respecto a esto, la Gestalt habla de la autoactualización en donde se va aprendiendo a ver los aspectos negados e integrándolos al repertorio de conductas, sentimientos y pensamientos.

Otro concepto que representa la totalidad del individuo y comparten ambos enfoques es el de sí mismo, pues para poder llegar a ser lo que se es, se necesita contactar al sí mismo (Perls), o self (Jung), en la Gestalt el sí mismo es un proceso fluido, integrador de la experiencia, es la totalidad del campo, mientras que en Jung el self es definido como el arquetipo de totalidad y centro regulador de la psique. Dentro del sí mismo o self, se encuentran las polaridades unificadas, pero para llegar a encontrarlas de esa manera es necesario vivirlas por separado, pues no puede ser posible la existencia de un polo si no se logra ver la contraparte, un polo siempre exigirá al otro, no hay salud sin enfermedad. En la teoría Gestalt las polaridades complementarias juegan un papel muy importante al brindar la oportunidad de vivir cada experiencia de forma más completa, mientras que en Jung, se encuentra la teoría de los opuestos, y las cuestiones antagónicas como parte natural de todo ser vivo. Cuestiones que no son más que una manera de entenderlas, pues su naturaleza es unificadora y solo aparecen como divididas a la visión del ego o figura (Chang y Molotla, 2008).

Es así como ambas teorías hablan de la necesidad de integrar todas aquellas polaridades que no están integradas en el autoconcepto, es decir, todos aquellos contenidos que se han separado y que impiden alcanzar la totalidad, se dice en la teoría de Jung que todo aquello no reconocido por la

persona se encuentra en la sombra, que encuentra su equivalente en el fondo del cual habla la Gestalt, así mismo, ambos enfoques ponen énfasis en lo vivencial, pues el sujeto no podrá resolver conflictos a menos que los re-experiencie, pues no es solamente pensamiento sino emociones, posiciones, etc. Para lograr esta unificación es importante que la persona reconozca sus partes rechazadas del sí mismo ya que son de mucha importancia pues son recursos en potencia, si no se les reconoce son destructivos y si se logra contactar son altamente benéficos.

Para finalizar este capítulo, se puede decir que encontrando las similitudes dentro de estas dos teorías, el trabajo terapéutico se enriquece, con el único fin de acercarse cada vez más a la individuación o autoactualización, a través de la síntesis entre figura-fondo y máscara-sombra con el objeto de trascender la visión limitada del ego, siendo este el camino para la unidad del individuo. De igual manera es importante señalar que también existe similitud en la manera de intervenir, pues el juego de roles así como la imaginación activa, en realidad representan un dialogo con las partes rechazadas del sí mismo. En un enfoque transpersonal el terapeuta no cura, no sana, es tan solo un acompañante, es el guía hacia el camino del darse cuenta, siendo un proceso de auto conocimiento y auto curación, en donde las intervenciones están dirigidas a que el paciente se dé cuenta de sus propias situaciones conflictivas y problemáticas, y que él mismo dé las soluciones ya que en el problema está contenida la solución, es decir, la enfermedad es el camino para recuperar la salud (Tageson, 1982, Dethlefsen y Dalhke, 2005).

## **Capítulo 3. Enfermedad Renal Crónica (ERC)**

En el presente capítulo se explicarán los antecedentes históricos, aspectos médicos, definición, epidemiología, detección, clasificación, progresión y tratamiento de la ERC, para entender cómo este fenómeno es conceptualizado desde un punto de vista alopático y las opciones que se ofrecen a los pacientes con esta enfermedad.

### **3.1 Antecedentes históricos de la ERC**

En la historia de la enfermedad renal crónica existen fechas importantes, en 1770 el médico y anatomista Domenico Cotugno descubrió en la orina de un paciente con edema, una sustancia coagulable con el fuego, posteriormente Richard Bright relaciono la presencia simultánea de albuminuria, edema y lesión del parénquima renal o tejido funcional del riñón, y así identificar un nuevo tipo de enfermedad que unía signos clínicos, alteraciones químicas y cambios estructurales, en 1827 publicó la descripción de la glomerulonefritis como el daño en los glomérulos, es decir, la parte de los riñones que ayuda a filtrar los desechos de la sangre, y en 1836 publicó un artículo sobre los pacientes con enfermedad renal terminal. Posteriormente en 1875 Edwin Klebs utilizó el término de glomerulonefritis como sinónimo de enfermedad de Bright, para que en 1914 F. Volhard y T. Fahr introdujeran tal término en su trabajo titulado “Reports of medical cases”, en donde refiere la clasificación de las enfermedades renales y describe las observaciones realizadas en pacientes tras padecer escarlatina, edema o hinchazón a causa de la acumulación de líquidos y albuminuria, es decir, la presencia de la proteína albumina en la orina (como se citó en Enríquez, 2008).

La observación clínica se relacionaba con pruebas de laboratorio, al examinar químicamente la orina, estudios realizados en colaboración con el químico Bostock, y la necropsia, permitía evidenciar las alteraciones estructurales del riñón, según el criterio anatomo clínico que Bright llevó a un nuevo escenario, el de la enfermedad renal (como se citó en Martínez, 2010).

Las primeras descripciones de la enfermedad renal aguda en el siglo XX fueron durante el terremoto de Messina, Italia en 1908, y la falla renal se identificó durante la segunda guerra mundial, en los bombardeos sufridos por Inglaterra, donde las víctimas de aplastamiento presentaban necrosis renal tubular aguda, la cual es un trastorno que involucra daño a las células de los túbulos de los riñones, y puede ocasionar la pérdida aguda de la función renal. En 1960, el Dr. Scribner comunicó la posibilidad de mantener con vida a pacientes mediante la técnica de hemodiálisis en el I Congreso Internacional de Nefrología, desde entonces el esfuerzo de la Nefrología se centró en el tratamiento y el coste económico y social de la sustitución de la función renal mediante diálisis y trasplante renal (como se citó en Martin, 2010).

En la década de 1990 se evidenció que la mortalidad de los pacientes que recibían diálisis era elevada y que se debía fundamentalmente a las comorbilidades<sup>2</sup>, complicaciones, la detección y el tratamiento tardío de la enfermedad renal, de hecho, en todos los registros de pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo, se demuestra que la gran mayoría no presenta diagnóstico de enfermedad renal, por lo que han evolucionado de forma asintomática, como es el caso de muchos hipertensos, lo cual lleva al paciente a una progresión silenciosa y a complicaciones de la enfermedad renal (Martínez, 2010).

En el año 2002 la Fundación Nacional del Riñón, publicó la clasificación de la ERC independientemente de su causa, la cual consiste en cinco estadios que facilitó la puesta en marcha de planes de acción, con el desarrollo de guías diagnósticas y recomendaciones terapéuticas, desde el punto de vista médico se describe que es necesario enfocar la enfermedad desde estadios iniciales con análisis correctos de las comorbilidades y complicaciones secundarias, en un intento por conseguir una detección temprana, frenar la progresión, reducir las complicaciones asociadas y lograr la canalización del paciente al médico nefrólogo para la preparación del tratamiento renal sustitutivo (como se citó en Soriano, 2004).

<sup>2</sup>La comorbilidad es un término médico que se refiere a la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) adicionales en relación con el diagnóstico inicial o trastorno primario de una misma persona. Puede ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas (Papadakis, 2013).

### 3.2 Definición y aspectos epidemiológicos

En los últimos años, México enfrenta grandes cambios, debido a una acelerada urbanización e industrialización que ha traído graves consecuencias en salud, estos cambios aunados a los estilos de vida, factores genéticos, hábitos alimenticios y factores emocionales como la depresión y el estrés han potencializado las enfermedades crónico degenerativas en los mexicanos (Mercado, 2007), siendo reconocida médicamente la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como un problema global de salud pública por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras que produce, siendo, por lo que es una de las principales causas de atención en salud que se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal durante un largo periodo de tiempo y culmina con la incapacidad de los riñones para cumplir su cometido (Cueto, 2013).

La Fundación Nacional del Riñón, describe que la ERC es el daño renal por encima de los tres meses o más, a través de anomalías estructurales o funcionales, con o sin disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> y manifestado por anomalías patológicas, en la composición de la orina y estudios de imagen, por otro lado la Fundación Mexicana del Riñón A.C, considera a la ERC como una enfermedad catastrófica, debido al número creciente de casos, los altos costos de inversión, los recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad<sup>3</sup> y mortalidad en programas de sustitución renal como la diálisis o hemodiálisis, también la describen como silenciosa, ya que no se detecta fácilmente pues los síntomas no son evidentes y no discrimina raza, sexo, edad ni condición social; por lo que se considera una epidemia a nivel mundial (como se citó en Soriano, 2004).

Como se mencionó en el primer capítulo, es importante revisar la etimología de las palabras, ya que permite conocer su verdadero significado, profundizando en los vocablos de los cuales se derivan, y así poder comprender en un plano metafórico una parte del patrón psicológico detrás

<sup>3</sup>La morbilidad es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado, mientras que la mortalidad, además de la cualidad de mortal es el número de defunciones en una población y periodo determinado (Hernández, 2009).



de la enfermedad renal, primeramente la palabra enfermedad proviene del latín *infirmas*, que significa falta de firmeza, debilidad, el verbo enfermar proviene de *infirmo*, que indica destruir, posteriormente la palabra riñón del latín *ren, renis*, significa filtran o eliminar impurezas, de ahí también la palabra toxina, del griego *toxikón*, que significa veneno, el término crónico, del griego *chronos*, se refiere al tiempo, y por último, degenerativo proviene del prefijo latino *de* indica descenso, *generare* indica empeorar o descender y el sufijo latino *tivus* se refiere a la relación activa (Aznar, 2000). Es así como a partir de la etimología u origen de las palabras, en un plano metafórico se puede sintetizar una parte del patrón psicológico del paciente con ERC, el cual se comprende como la debilidad para eliminar impurezas (toxinas-veneno) a lo largo del tiempo, lo cual ha llevado a la paciente a destruirse y descender.

En la actualidad, el país está compuesto por 31 estados y un Distrito Federal, con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes, para los cuales los servicios de salud son proporcionados por la seguridad social, compuesta por los hospitales del IMSS, que brindan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%, hasta el momento se carece de un registro de personas que presentan la ERC, por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estados, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas de diálisis o hemodiálisis, sin embargo, se estima que alrededor de 10 millones de personas en México padecen en algún grado la enfermedad renal crónica, según datos del INEGI 130,000 personas presentan este mal cada año, teniendo 52,000 pacientes aproximadamente en tratamiento de remplazo renal, de los cuales el 80% son tratados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo que se estima una incidencia de 377 casos por millón de habitantes y prevalencia de 1,142 siendo este padecimiento la causa número 11 de muerte en México (García, 2012).

### **3.3 Detección y clasificación**

Un riñón sano se encarga de limpiar, depurar o purificar el organismo, eliminado a través de la orina productos de degradación o desecho cuyo exceso resulta perjudicial para el cuerpo, su función principal la desempeña como órgano excretor, participa en diversos procesos, por ejemplo en el metabolismo óseo, la producción de sangre, el nivel de cortisona o el equilibrio ácido-base. Aunque el tejido renal presente daños leves, el riñón es capaz de desempeñar su labor durante largo tiempo, y su funcionamiento sólo queda comprometido cuando se ve afectado aproximadamente la mitad del tejido, es así que los síntomas no se desarrollan hasta que los riñones presentan un daño considerable (Enríquez, 2008).

La ERC es la pérdida progresiva de la función renal que se prolonga durante meses o años, de modo que los riñones ya no son capaces de llevar a cabo su función, por lo que la falla renal puede estar causada por multitud de desencadenantes, como por ejemplo, trastornos autoinmunes (lupus), anomalías congénitas, productos químicos tóxicos o medicamentos que lesionan al riñón, cálculos, infecciones que ocasionan su inflamación o glomerulonefritis, la enfermedad renal poliquística, la diabetes e hipertensión padecida durante años, siendo hasta el año 2012 según el INEGI estas dos últimas enfermedades crónicas la causa más frecuente en la mayoría de los casos de pacientes con ERC.

Un riñón sano fabrica alrededor de 125 mililitros de orina primaria por minuto. Este proceso recibe el nombre de filtración glomerular, ya que tiene lugar en los glomérulos renales. En la ERC se produce el deterioro gradual del tejido funcional, de modo que los riñones generan una cantidad cada vez menor de orina primaria hasta llegar a la pérdida total de la función renal en donde los riñones producen menos de 15 mililitros de orina primaria por minuto (Martínez, 2014).

Los exámenes de laboratorio permiten evaluar con precisión la función renal, son uno de los principales indicadores para la detección de la ERC, ya que en estudios de sangre se detecta si el filtrado glomerular del paciente se encuentra normal o si existen niveles elevados de creatinina que es el producto de desecho del metabolismo, si sucede esto, se realiza un diagnóstico más

detallado por medio de análisis de orina y pruebas de imagen como ultrasonido o rayos X, todo esto con el fin de establecer un diagnóstico concreto de la ERC (Barreto,2012; Enríquez, 2008).

Como ya se mencionó, la enfermedad renal crónica se basa en la tasa de filtración glomerular (TFG) la cual permite clasificar en cinco estadios con diverso nivel de gravedad:

**TABLA 2. Estadios de la enfermedad renal crónica basados en la tasa de filtrado glomerular**

Estadio	Descripción	TFG
1	Daño renal con TFG	$\geq 90$
2	ERC leve	60-89
3	ERC moderada	30-59
4	ERC grave	15-29
5	ERC terminal (requiere TRR)	< 15

Fuente: •Cueto, A. (2013). *Enfermedad Renal Crónica Temprana. Prevención, diagnóstico y tratamiento.* México: Editorial Medica Panamericana.

Nota: TFG=tasa de filtración glomerular. ERC=enfermedad renal crónica. TRR=terapia de remplazo renal.

### 3.4 Progresión de la ERC

En la mayoría de los casos, la ERC evoluciona de forma asintomática, y por consiguiente, no se detecta hasta situaciones muy avanzadas, en este sentido es una enfermedad difícilmente prevenible, sin embargo, si no se trata oportunamente tiene un curso progresivo. El pronóstico depende del daño renal existente al inicio del tratamiento, siempre que la ERC no haya alcanzado el estadio final medicamente es posible frenar el deterioro de la función renal por medio de medidas terapéuticas adecuadas y un cambio en los hábitos de vida (Barreto, 2012) de igual manera desde la perspectiva del enfoque psicológico transpersonal al revertir el patrón psicológico de conducta del paciente, también se detiene o frena el deterioro del paciente y se revierte la enfermedad.

Una ERC no tratada, deriva en el deterioro progresivo de los riñones, dado que el cuerpo no está en condiciones de eliminar los productos de degradación o de desecho cuyo exceso resulta perjudicial para el organismo, se produce primeramente una intoxicación y posteriormente una

encefalopatía, es decir, disfunción o daño cerebral que puede provocar la muerte del paciente (Martínez, 2014). Algunos de los síntomas que junto con la existencia de una patología de base apuntan a una posible ERC son: falta de apetito, malestar general, fatiga, dolor de cabeza, picazón generalizada o prurito, resequedad de la piel, náuseas, pérdida de peso, piel anormalmente oscura o clara, dolor óseo, somnolencia o problemas para concentrarse, entumecimiento o hinchazón en las manos y los pies, calambres, mal aliento, sed excesiva, problemas con la actividad sexual, cesación de los períodos menstruales o amenorrea, dificultad para respirar, problemas de sueño y vómitos.

Cueto (2013), menciona que la adopción temprana de determinadas medidas permite en la mayoría de los casos retrasar o frenar el proceso de la enfermedad, tales medidas consisten en un control médico adecuado en conjunto con cambios en los hábitos de vida, hacer ejercicio 30 minutos de 3 a 5 días a la semana y modificar la alimentación, es decir, reducir al máximo las proteínas de origen animal, incrementar el consumo de agua natural purificada o destilada, comer todo tipo de verduras (cocidas o crudas), frutas, semillas como nueces, cereales y leguminosas, todo esto puede ayudar al paciente a prolongar su salud y eliminar factores de riesgo que pueden ir unidos con el tiempo a la enfermedad, para así sentirse mejor y tomar decisiones médicas más acertadas.

La Guía Latinoamericana de Práctica Clínica (2012), menciona que cuando la ERC es leve suele ser suficiente una terapia farmacológica y conservadora, pero por el contrario en el último estadio de la enfermedad, se hace necesaria la depuración artificial de la sangre (diálisis o hemodiálisis) o un trasplante de riñón, señala también que en estadios más avanzados (3-5) el manejo de los pacientes es más complejo por lo que se sugiere que el tratamiento lo realice un equipo multidisciplinario que incluya un especialista en nefrología, enfermero(a), nutriólogo(a) (nutricionista) y trabajador(a) social. Sin embargo, no incluyen a especialistas en psicología clínica, por lo que en esta investigación se propone integrar la perspectiva transpersonal, en donde el problema es considerado como un todo y los diferentes campos se entrelazan, entendiendo que lo transpersonal forma a su vez parte de un pensamiento holístico y transdisciplinario, es decir, un

sistema complejo y abierto para el estudio y comprensión del paciente con ERC (Morin, 2001; Pintos, 1996).

### **3.5 Tratamientos**

Según la Guía de Práctica Clínica, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica de la Secretaría de Salud (2009), el tratamiento de la ERC depende del estadio de la patología, es así como un tratamiento conservador tiene como principal objetivo prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad, detectar y corregir los factores que deterioran la función renal de forma reversible, prevenir y tratar las complicaciones, decidir sobre la inclusión en programas de diálisis/trasplante, seleccionar el método de tratamiento inicial, educar al paciente y a su familia, atender aspectos psicológicos y sociales y preparar con suficiente anticipación para iniciar oportunamente el tratamiento renal sustitutivo.

En cuanto al tratamiento sustitutivo según Treviño (2009), menciona que la diálisis peritoneal cuya etimología proviene del griego *diálysis* en donde *diá*-separación y *lýsis*-descomposición, elimina el desecho y el líquido excedente a través de los vasos sanguíneos que cubren las paredes del abdomen, es decir, a través del peritoneo (membrana que tapiza las paredes de las cavidades abdominal y pelviana y cubre las vísceras), este tratamiento se inicia cuando el paciente se encuentra en el estadio 5 de la ERC, implica colocar un suave tubo llamado catéter en la cavidad abdominal y llenar de líquido limpiador o solución de diálisis, que extrae el desecho y el líquido excedente, los cuales pasan por los vasos sanguíneos a través del peritoneo hasta la solución. Después de un periodo de tiempo determinado, la solución y el desecho se drenan y se desechan, esta técnica es sencilla y se puede hacer en el domicilio del paciente, lo que permite adaptar el tratamiento a su estilo de vida y actividades diarias.

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea que cumple la función de los riñones cuando dejan de servir, durante esta técnica la sangre pasa a través de un tubo hasta un riñón artificial o un filtro llamado dializador el cual se divide en dos partes separadas por una pared delgada, a medida que la sangre pasa a través de una parte del filtro y un líquido especial en la otra

parte del dializador, extrae los residuos de la sangre, es decir, contribuye a que se depure y desprenda el agua excedente y los solutos urémicos o toxinas que se acumulan como consecuencia de la disminución del filtrado glomerular. Suele practicarse tres veces por semana durante 3-5 horas por sesión, dependiendo del paciente (Shubhada, 2010). Para llevar a cabo este tratamiento se requiere de un acceso vascular, es decir, el sitio desde donde se extraerá la sangre del paciente para dirigirla a la máquina de diálisis y donde volverá una vez depurada, para ello es necesaria una intervención quirúrgica la cual une la arteria con una vena, ya sea con un injerto artificial, en el antebrazo para formar una fístula o directamente a la vena con un catéter (Daugirdas, 2012).

Por otro lado, el trasplante renal es el tratamiento de elección de la ERC, aunque para ello es necesario que exista un órgano disponible. Según la Sociedad Española de Nefrología (2015), menciona que España es actualmente el país en el que más trasplantes renales se practican al año, y se realizan principalmente con órganos procedentes de un donante cadavérico, aunque cada vez se extiende más la práctica de utilizar riñones procedentes de donantes vivos (normalmente un familiar del paciente), sin embargo, es muy difícil lograr la total compatibilidad entre donante y receptor, ya que es necesario disminuir la capacidad de respuesta inmune del paciente, es decir, bloquear las defensas naturales del organismo mediante el uso de fármacos inmunosupresores, con el objeto de evitar el rechazo del órgano trasplantado, sin embargo, el sistema inmunitario tienen la función de proteger a la persona de cualquier infección, y cuando los fármacos anulan o disminuyen el trabajo del sistema inmunitario aumenta la probabilidad de verse afectado por cualquier tipo de infecciones (Papadakis, 2013).

Alberú y Mancilla (2005) mencionan que el empleo crónico de los fármacos inmunosupresores, implica riesgos inherentes, que abarcan desde efectos adversos directamente relacionados con el mecanismo de acción del propio medicamento, por ejemplo daño funcional y/o estructural del injerto, incremento de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la aparición de neoplasias o masa anormal de tejido y la proliferación de infecciones por gérmenes oportunistas, los cuales pueden ocasionar la muerte del paciente.

## Capítulo 4. Metodología

### 4.1 La investigación cualitativa

Gehart, D; Ratliff, D y Randall, R. (2001) mencionan que algunas características en los estudios de investigación cualitativa son:

- El efecto humanizante en el campo de la investigación, ya que las voces de los pacientes y terapeutas están entrando en un diálogo formal de profesión, siendo un cambio radical del paradigma de investigación tradicional que privilegia las distinciones de los investigadores al representar a los participantes de la terapia solamente en su ejecución numérica en las medidas definidas por el investigador.
- La perspectiva humana proporcionada a través de la investigación cualitativa busca llevar a la teoría e investigación futura a ser más responsiva y representativa de las experiencias actuales de los pacientes y los terapeutas.
- La introducción y el desarrollo de la investigación cualitativa refleja un creciente deseo para ahondar más profundamente dentro de la experiencia humana y para comprender cómo la persona se relaciona con otros y con su mundo en común.

Los métodos cualitativos de investigación gozan de prestigio y de una gran popularidad a raíz de los cambios paradigmáticos que se experimentan en las ciencias sociales, se han articulado en un enfoque de orientación fenomenológica que suscribe una perspectiva multicultural y la aceptación de múltiples realidades, lo cual caracteriza el método fenomenológico de la Gestalt. La investigación cualitativa, misma que surge dentro de la antropología y la sociología, aporta una orientación fenomenológica, que permite entender el mundo del sujeto desde el mismo sujeto, en este tipo de investigación se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios materiales o instrumentos en una determinada situación o problema, lo cual procura lograr una descripción con sumo detalle de un asunto o actividad en particular (Corres, 2001; González, 2002; Vera, 2008).

Pues como mencionan Cook y Reichard (2005), la metodología cualitativa ha demostrado ser efectiva para estudiar la vida de las personas, la historia (la etimología de historia proviene del griego *historia* que significa conocimiento adquirido por investigación y relato) y las cuestiones sociales pues no le interesa cifras y verdades objetivas, en cambio, busca el cómo es que los sujetos experimentan un algo, describiéndolo tal y como lo sintieron, pensaron y actuaron en determinado momento, sin importar que haya sido así o no.

La investigación cualitativa es la ciencia y el arte de describir un grupo o una cultura, permite considerar múltiples perspectivas y busca ingresar a la subjetividad del individuo para poder profundizar en los componentes del self, promoviendo ejercicios de introspección y logrando un darse cuenta por parte del sujeto, por ello el investigador cualitativo estudia los asuntos cotidianos del ser humano que ocurren en la vida diaria: motivaciones, relaciones, formas de organización, creencias, valores, intereses, roles, reglas, etc, son reconocidos por su capacidad de mantener una mente abierta en sus estudios, sin que ello implique falta de rigor científico, es decir, que se aproxime a su objeto de estudio sin firmes bases conceptuales, sino más bien la posibilidad de explorar fuentes de conocimiento que no fueron apreciadas al momento de diseñar el estudio (Álvarez 2004; Cook y Reichard, 2005; Vera, 2008).

Por su parte, Fetterman (como se citó en González, 2007) refiere que la documentación de múltiples perspectivas de la realidad se considera crucial para comprender cómo es que las personas actúan de diferentes maneras, por lo que el cambio respecto al modo de hacer ciencia responde a una multiplicidad de aspectos, entre los cuales se encuentran como más relevantes el desarrollo de la tecnología y el interés de abordar el objeto de estudio de la experiencia, lenguaje, valores y la perspectiva de quien es investigado. Es así que la investigación cualitativa provee al investigador de formas de examinar el conocimiento, el comportamiento y experiencias que las personas participantes comparten y usan en sus vidas, esto no significa que los métodos cuantitativos estén en desuso y que deban ser considerados como equivocaciones en el desarrollo de la ciencia, por el contrario, significa el reconocimiento de diversas dimensiones de aquello que se quiere estudiar.



Por otro lado, la investigación cuantitativa analiza el mundo social en términos de variables, produce datos numéricos y separa a los sujetos de los objetos que investiga, sin embargo, las técnicas matemáticas no son suficientemente capaces de captar la naturaleza fenomenológica de los procesos típicamente humanos (Martínez, 2000).

Al investigar frecuentemente la división y separación de las partes, lleva a perder la comprensión de procesos que constituyen el todo, sin embargo, la investigación cualitativa puede ser completada continuamente cuando una realidad humana constituye patrones en los que se manifiesta la experiencia, tales patrones no pueden ser definidos en función de la realidad exterior, puesto que no se trata de realidades físicas, en este sentido son totalidades percibidas y esencialmente consisten en la interacción de múltiples procesos que más que ser conocidos son vividos (Martínez, 2005).

De esta manera hay que tener en cuenta que si por una parte la ciencia tradicional adopta un enfoque que se centra en el método científico-experimental, poniendo énfasis en la generalización estadística, la aleatoriedad, el aislamiento de variables y la comparación entre grupos, por otro lado la perspectiva cualitativa tiene como objetivo central la comprensión de particularidades y significados, tratar de descubrir los procesos y patrones inmersos en los eventos observados, por ello los métodos apropiados para hacerlo deben ser tales que permitan captar su naturaleza peculiar, que metafóricamente sería como ver el bosque y los árboles al mismo tiempo, es decir, la totalidad y las partes que lo forman en su dinámica propia (Martínez, 2000).

Es posible considerar, como método apropiado para tal efecto de la investigación cualitativa, a la fenomenología, etnografía, hermenéutica, la investigación-acción y las historias de vida, siendo estas últimas definidas como un tipo específico de entrevista en profundidad donde lo que busca el investigador son las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que da a las mismas, pues se trata de una visión que tiene en sus propias palabras (Vera, 2008). La historia de vida es una herramienta de la metodología cualitativa para comprender en una línea del tiempo

el patrón disfuncional y enfermizo que se inició y se exacerbó, siendo destructivo para el paciente (P. Palacios, comunicación personal, 12 de enero, 2013).

En años recientes investigadores de distintos enfoques y posturas se han interesado cada vez más en los enfoques cualitativos, siendo las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal y artritis) el punto de atención en la actualidad, ya que se ha estudiado la percepción de la enfermedad desde los profesionales de la salud y desde los propios pacientes, los procesos de afrontamiento, la relación médico-paciente, las relaciones familiares, las redes de apoyo, la socialización, la calidad de vida y la prevención, por lo que se ha implicado retomar la experiencia. Para tales intereses los investigadores se han inclinado por el empleo de entrevistas a grupos focales, ya que han permitido distinguir la forma en que interaccionan las experiencias únicas, y por su bajo costo y resultados inmediatos han sido razones poderosas que favorecen su utilización en la investigación en salud (Mercado, 2007).

#### **4.1.1 Aspectos epistemológicos y metodológicos**

En la investigación cualitativa es importante especificar las premisas filosóficas y epistemológicas pues éstas guían todos los aspectos del proyecto de investigación, incluyendo la elección de la metodología, los procedimientos de recolección de datos y el análisis. La mayoría de los investigadores, particularmente cuantitativos, se han basado en el método científico, inherentemente conectado con los presupuestos lógico-positivistas, el cual ha sido utilizado casi universalmente con una pequeña discusión de los problemas epistemológicos, sin embargo, la mayoría de la investigación cualitativa actual y una pequeña minoría de investigación cuantitativa se conduce desde otras perspectivas teóricas, incluyendo el postpositivismo, el constructivismo social, la teoría crítica, el feminismo y la fenomenología (Gehart et al, 2001; Vera, 2008).

Gehart et al. (2001), clasifican las teorías epistemológicas con base en cuatro distinciones paradigmáticas: positivismo, postpositivismo, teoría crítica y constructivismo, como enfoques generales para comprender la naturaleza de la realidad y del conocimiento. El investigador positivista se esfuerza por conocer la realidad como realmente es. Los postpositivistas modifican

la visión positivista al asumir que el mundo real existe, pero agregan la consideración de los prejuicios humanos y las limitaciones sensoriales cuando se intenta comprenderlo. La teoría crítica, la cual es asociada con el feminismo y el neomarxismo, enfatiza que las percepciones del mundo están significativamente influidas y formadas por los valores sociales. Finalmente, el constructivismo considera que la construcción del conocimiento acerca del mundo real se da en un nivel individual e interpersonal.

La fenomenología, como la teoría postpositivista, intenta identificar la experiencia vivida a través de un fenómeno dado, va a las cosas mismas, a la esencia. Los investigadores fenomenológicos se esfuerzan por obtener una densa descripción de la experiencia, por tomar en cuenta lo que aparece tal cual aparece y no por explicar o analizar, se enfocan en los procesos básicos de la experiencia de vida, incluyendo la conciencia, la percepción, la intencionalidad y la acción, por lo tanto el hablar fenomenológicamente es hablar de la realidad desde la experiencia (Moustakas, como se citó en Gehart et al., 2001).

En este sentido, la fenomenología se centra en cómo se organiza el mundo desde la propia perspectiva y experiencia del mismo a partir de ciertas coordenadas como la temporalidad (el tiempo experimentado, ya que por ejemplo el pasado objetivamente no existe pero puede seguir siendo real en el sujeto), la espacialidad (estructura de su espacio), la causalidad y materialidad (cualidades materiales como por ejemplo ver de color rosa, sentir a alguien frío, pesado, etc.); con lo cual se reconstruye el mundo interior experiencial del sujeto. Se basa en la vida diaria, con una apertura hacia las experiencias del sujeto respetando la manera en que las vive, intentando romper el conocimiento ya dado sobre algo, para poder buscar significados esenciales de las descripciones, de los fenómenos (Bech, 2001; Ellenberger, 2004, citados por Palacios, 2006a; Ruiz, 2012).

Dado que la fenomenología es un método cualitativo, no tiene pasos a seguir, pues se caracteriza por su flexibilidad y creatividad, donde lo importante son los recursos tanto de pacientes como de terapeutas para ir construyendo las sesiones y aprovechando el material que surge, sin embargo, Palacios (2006a), menciona algunas estrategias fenomenológicas para el trabajo psicoterapéutico:

1. La proyección: es un proceso de disimilación mediante el cual un contenido subjetivo se separa del sujeto y por así decirlo se encarna en el objeto. El sujeto se libra de los contenidos dolorosos e incompatibles con el ego al ser proyectados.
2. Los adjetivos: representan una polaridad, dado que el ser humano hoy en día tiende a una visión dualista de la realidad en donde los opuestos o antónimos son concebidos como antagónicos, en cambio desde una visión fenomenológica los opuestos son dos caras de la misma moneda que son complementarios y llevan a la trascendencia e individuación.
3. La metáfora: es una estructura imaginativa, penetrante e irreductible de la comprensión humana que influye en la naturaleza del significado y que funciona como un lenguaje femenino articulador (a diferencia del lenguaje racional y conceptual que es masculino), entre varios niveles de realidad, trascendiendo el espacio y el tiempo.
4. Los verbos: el empleo reiterado de algún verbo representa la actitud que asume el paciente frente a la vida y la forma en que concibe al mundo.
5. Los sinónimos: permite al paciente amplificar de manera circunvalante el tema del conflicto a tratar que se relaciona con las polaridades, esta estrategia se propone a partir de la técnica de asociación circunvalante de Jung (1979) para precisar la fenomenología del paciente y también se puede relacionar con lo que Zinker (2006) denomina polaridad en multilateralidades.

En base a lo anterior, la comprensión fenomenológica de la enfermedad implica descubrir el trasfondo y propósito, es decir, la intencionalidad que la enfermedad trae consigo, ya que lo que se presenta como un síntoma del cuerpo, es nada menos que la manifestación de una pérdida de armonía, es un mensajero al que hay que prestar atención para subsanar aquel faltante de autoconocimiento, pues obliga a vivenciar aquello que no se ha querido experimentar conscientemente, por lo que se ha hecho hincapié en que la experiencia emocional no está separada de la física sino que forman un todo integrado. Lo psíquico se manifiesta en lo orgánico porque es uno. (Dalhke, 2004; Schnacke, 1996).

La importancia de la fenomenología muestra la necesidad de recuperar la palabra, revelando así como se siente la persona, para no incurrir en el error de separar al individuo de su enfermedad, perdiendo la oportunidad de aprender y satisfacer necesidades que se mantienen en los síntomas como una situación inconclusa ya que todo síntoma tiene un fin (en todos los sentidos, sensorial-vivencial, semántico) para amplificar la personalidad a manera de un puente metafórico y renovar desde la profundidad de la psique, que es donde se ubican sus fuerzas creativas (Dalhke, 2004; Palacios, 2006a).

#### **4.1.2 Casos**

El empleo de casos o unidades de análisis en la investigación cualitativa, difiere significativamente del muestreo en la investigación cuantitativa, ya que en esta última se hace una generalización de los resultados, dando preferencia a la muestra por azar, en contraste, el investigador cualitativo intenta mejorar la comprensión de un fenómeno específico para lo cual su selección de casos implica escoger a los participantes con características específicas como en los casos extremos, casos típicos, en la variación múltiple o casos políticamente importantes. Similarmente, cuando se eligen casos con base en criterios, el investigador es quien los establece y recluta a los participantes que los cumplen. Otra manera de selección es por razones teóricas típicamente o para determinar un grupo específico después de una primera ronda de entrevistas, o para proporcionar una variedad de opiniones acerca del tema de la investigación (Ruiz, 2012; Sosa, 2006).

A diferencia de la investigación cuantitativa, los estudios cualitativos no necesariamente obtienen poder con aumentar el número de casos, típicamente los investigadores cuantitativos compiten por la saturación o la totalidad de los datos, lo cual requiere una muestra bastante amplia para claramente identificar y sustanciar los resultados del análisis, en cambio los investigadores cualitativos no pueden predeterminar el número de casos que son necesarios para alcanzar la saturación basada en estadísticas, sino deben valorar el número necesario a lo largo del proceso de análisis (Vera, 2008).

En la investigación cualitativa tiene la misma validez el estudio de un solo caso que el de una muestra más grande, llega a ser una herramienta o instrumento para ilustrar un problema, temática o argumento. Por lo que en el presente trabajo se eligió un estudio de caso, el cual permite profundizar en la comprensión de situaciones empíricas y/o teóricas, es decir, explorar las características de los aspectos considerados que se desglosan para su análisis y comprensión (González, 2007; León y Montero, 2003). Por esta razón Hartley (como se citó en Sosa, 2006) considera que el propósito de esta herramienta de investigación, es comprender la interacción de las distintas partes de un sistema y de las características importantes del mismo, como su estructura, los procesos y las fuerzas impulsoras, más que un establecimiento de correlaciones o relaciones causa efecto.

Así pues Yin (como se citó en Sosa, 2006), señala que los estudios de caso se deben defender al igual que otras metodologías, ya que pueden servir para propósitos tanto exploratorios, como descriptivos y explicativos. Además como lo mencionan Chang y Molotla (2008), la utilización del diseño de caso único radica en que su manejo puede servir como un primer análisis exploratorio o como preludeo de un estudio de casos múltiples.

#### **4.1.3 Recolección y análisis de datos**

Gehart et al. (como se citó en Chang y Molotla, 2008) divide los métodos de la recolección de datos en dos categorías basados en el papel del investigador: interactivos (entrevistas, experimentos vivenciales, exámenes y observación participante) y no interactivos (observación no participante, colección de artefactos y materiales de archivo). Es así como la recolección de datos cualitativos puede tomar muchas formas incluyendo las entrevistas, la observación participante, los cuestionarios, las grabaciones en video y audio, las transcripciones del lenguaje de la vida diaria o ejercicios vivenciales.

Según Ruiz (2012), dentro del método cualitativo las entrevistas son utilizadas con el propósito de comprender desde la perspectiva del sujeto estudiado (desde su fenomenología), temas de su vida diaria, las características de estas son las siguientes:

1. El mundo del sujeto: el tema de estas entrevistas es la vida diaria del sujeto y su relación con ella.
2. Significado: el entrevistador procura entender el significado de los temas centrales de la vida del sujeto, respetando las aportaciones que el mismo sujeto aporte.
3. Cualitativa: estas entrevistas buscan conocimiento cualitativo, nunca cuantificar.
4. Descriptiva: el entrevistador desea obtener descripciones acerca de diferentes temas de la vida del sujeto.
5. Especificidad: se buscan las descripciones específicas sobre los temas tratados, nunca generalizaciones.
6. Ingenuidad del entrevistador: el entrevistador debe presentarse como una persona sin conocimiento ni juicios sobre el tema a investigar (aunque esto no sea así, el investigador deberá mantener una postura abierta acerca de la manera en la que el sujeto desea presentar el tema).
7. Concentración: el entrevistador mantendrá la atención sobre el tema a investigar, sin realizar una entrevista estructurada.
8. Ambigüedad: las declaraciones del entrevistador deberán ser ambiguas, para poder reflejar las contradicciones del sujeto.
9. Cambio: el proceso de ser entrevistado producirá en el sujeto cambios respecto al tema tratado.
10. Sensibilidad: diferentes entrevistadores podrán realizar diferentes declaraciones sobre los mismos temas, dependiendo de su sensibilidad y conocimiento del tema.
11. Situación interpersonal: el conocimiento obtenido es producido a través de la interacción interpersonal entre entrevistado y entrevistador.

Así por medio del uso de la fenomenología se puede conocer el mundo del sujeto, tal y como éste lo vive, sin realizar interpretaciones autoritarias y deliberadas, por lo que se respetan los significados que el sujeto otorga a los objetos de su mundo, permitiendo así una aproximación al problema.

En cuanto al análisis de los datos cualitativos, es un proceso complejo que típicamente requiere múltiples lecturas del material transcrito para codificar e identificar los temas principales, aun cuando estos emerjan desde las sesiones de recolección y guíen las múltiples decisiones durante su desarrollo. Los investigadores cualitativos frecuentemente describen el análisis como un proceso que comienza con la primera entrevista y se desarrolla en múltiples estadios a lo largo del proceso de investigación (Vera, 2008).

A diferencia de la investigación cuantitativa, los problemas de la confiabilidad y la validez de la investigación cualitativa pueden ser enfocados en muchas formas diferentes y están típicamente determinadas por una teoría epistemológica y por una metodología. Los investigadores cualitativos emplean diferentes criterios evaluativos al usar diferentes enfoques, y han fortalecido el uso de nueva terminología (Gehart et al., 2001), así, Bogdan y Taylor (como se citó en Molina, 2008) mencionan:

- La verificación y retroalimentación, que implica presentar los resultados preliminares de los informantes originales para determinar si los resultados describen precisamente su experiencia reportada y para recibir retroalimentación sobre la interpretación del investigador.
- Uso de códigos múltiples y la presencia de un par de examinadores, los cuales reducen el sesgo potencial en el análisis y la fase del reporte al usar múltiples perspectivas para validar los resultados.
- Triangulación, ésta implica el uso de múltiples técnicas de recolección de datos y/o múltiples fuentes de datos para proporcionar una contra verificación de los hallazgos.
- Uso de descriptores de baja inferencia. Conlleva la inclusión de citas directas de las personas entrevistadas para apoyar los temas reportados de los resultados. Estos descriptores de baja inferencia llevan al lector a una mejor valoración de la integridad del informe de investigación.
- Fundamentado en la fenomenología, el rol del investigador y el sesgo es también un medio de establecer la confiabilidad y la validez, implica establecer explícitamente su papel. Cuando la investigación está fundamentada en una epistemología subjetiva o



intersubjetiva, es crítico que el investigador explique su posición de modo que el lector comprenda el contexto total del estudio. Las revistas de investigación también han sido usadas para rastrear el desarrollo de las nociones y declaraciones de los investigadores.

## 4.2 Método

Se considera que en esta investigación el método cualitativo seleccionado es poco común dentro del campo de la psicología, pues la gran mayoría de los investigadores se han apoyado tradicionalmente en la estadística, en los datos obtenidos y analizados a través de métodos cuantitativos, sin embargo, para los alcances del objetivo de esta investigación resulta sumamente importante la perspectiva cualitativa fenomenológica, ya que contiene elementos tan ricos y complejos que brindan otra forma de comprender y observar a la ERC.

- El marco de respeto al considerar la vivencia de las personas con ERC como algo personal y único, concibiéndolos más como seres humanos participantes que como elementos de una muestra.
- Conocer con las experiencias y significados de las personas, más que comprobar o desechar hipótesis mediante el análisis de diferencias estadísticamente significativas.
- Con base en la fenomenología que reconoce los procesos tal como aparecen a la persona en el momento presente, se descartó buscar la validez y confiabilidad estadística, como ciertos métodos cualitativos que utilizan como criterio de confiabilidad el preguntar a los participantes si lo que dijeron era realmente lo que querían decir.

La utilización de este método hace posible que por medio de los ejercicios vivenciales haya un cambio para renovar, ampliar y enriquecer las concepciones del conocimiento, un mayor acercamiento a la experiencia de las personas, al tiempo que se evita convertirlas en estadísticas y números, por lo tanto, se encuentra improcedente señalar el nivel y el diseño de la investigación, pero sí importante mencionar las características del ejercicio vivencial como instrumento metodológico para el trabajo con la experiencia:

- Es una herramienta de aproximación conductual que permite actuar con eficacia en el ambiente en diversas situaciones.

- Parte de lo que existe para la persona y no de nociones arbitrarias sobre lo que debiera existir, basándose en su experiencia para estimular nuevas formulaciones.
- Propicia un funcionamiento nuevo durante la situación terapéutica misma.
- Incluye la intervención activa de las esferas cognitiva, emocional, sensitiva, interrelacional y fisiológica.
- Surgen tanto de lo observado, de las fantasías personales, hipótesis y formación del terapeuta, como de lo expresado verbal y no verbalmente por la persona (Zinker, 2006).

En la presente investigación el experimento vivencial es de fundamental importancia, ya que permite observar la forma en que la paciente se explora a sí misma y reestructura la situación, proceso en el que indudablemente se manifiesta la personalidad en la confrontación de sus propias opciones, el hecho de que el conocimiento obtenido mediante los experimentos vivenciales sea subjetivo, constituye así una cualidad que desde el marco fenomenológico permite recuperar una multitud de puntos de vista sobre un tema y dibujar el diverso y polar mundo humano. En este contexto es importante mencionar la holopraxis, que consiste en la capacidad de relacionar e interconectarlo todo; inteligencia, incluso, como capacidad para desarrollar nuevas redes sinápticas que aludan a complejidades cada vez más evolutivas, por lo que ser holista, es desarrollar vivencias transpersonales para promover la expansión de la conciencia, hasta ser uno con el todo (Palacios, 2006b).

### **4.3 Planteamiento del problema**

La pregunta que se plantea en esta investigación es:

¿Existe un perfil psicológico que integre características específicas para pacientes con ERC?

Siendo así, el supuesto que se plantea es:

Los patrones psicológicos que presentan los pacientes con ERC tienen injerencia en la aparición y desarrollo de la enfermedad, por lo que si se trascienden dichos patrones es posible la remisión de la enfermedad en ausencia de métodos alopáticos.

#### 4.4 Objetivos

Los objetivos a alcanzar en esta investigación son:

- *Objetivo General*

Identificar el patrón psicológico de la paciente con ERC para entender así de qué manera puede ayudar a la comprensión de su génesis y posible tratamiento de la enfermedad.

- *Objetivos Metodológicos*

- Aplicar la historia clínica e identificar la historia de vida.
- Aplicar, calificar e interpretar los inventarios.
- Diseñar y aplicar los ejercicios vivenciales para obtener la fenomenología.

#### 4.5 Escenario

Las sesiones se llevaron a cabo en el consultorio del Centro Integral de Nefrología Norte, adaptado para el manejo de las técnicas transpersonales, hermético, sin objetos distractores, cómodo, acogedor, lo que constituyó un ambiente agradable.

#### 4.6 Participante

Mujer con ERC, sin ningún otro padecimiento crónico, de 38 años de edad, soltera, con un nivel de estudios medio superior en secretariado ejecutivo, pensionada debido a su enfermedad como asistente en el área de sistemas. Dentro de la investigación se referirá a ella como A-G, para proteger su identidad. Llega a esta investigación por medio de la invitación personal, mostrando disposición e interés de participar en el estudio.

#### 4.7 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la presente investigación son los siguientes:

- Entrevista Clínica Multimodal de Lazarus, A. [Adaptada por Patricia Palacios, 2012].

La historia clínica multimodal, se trata de un instrumento que permite ubicar distintos elementos destacados en la vida del paciente, para retomarlos no de manera aislada sino de forma fenomenológica, los cuales son: la historia personal, conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores biológicos considerados.

- Inventario de Afirmatividad de Gambrill, E y Richie, C. [Adaptado por Patricia Palacios, 2012a].

La asertividad o también llamada afirmatividad, es la expresión adecuada tanto verbal y no verbal de los pensamientos, deseos, disgustos y emociones, sin faltarse ni faltar al respeto a otra persona. Este instrumento creado por Gambril y Richie (como se citó en Palacios, 2012a) está diseñado para identificar déficits de asertividad explorando las relaciones interpersonales o sociales de la participante. Cotler y Guerra (como se citó en Palacios, 2012a), consideran que toda la gama de posibles respuestas asertivas pueden clasificarse en dos categorías: 1. Aproximación o Petición-comportamientos que implican una movilización hacia un interactuante y 2. Rechazo o Protectora- todo tipo de respuestas que implica delimitar una interacción.

- Inventario de Ideas y Creencias de Jones, R. [Adaptado por Patricia Palacios, 2012b].

El inventario de ideas y creencias desarrollado por Jones (como se citó en Palacios, 2012b) está compuesto por 10 tipos de pensamiento o creencias que se presentan en 10 escalas:

1. Aceptación.- Necesidad de ser amado y aprobado, de afecto, depender de los demás.
2. Aspectos Perfeccionistas.- Qué tanto el sujeto se critica exige y tolera sus propios errores.
3. Intolerancia a los Errores Ajenos.- Se da o no tolerancia a los demás.
4. Tolerancia a la Frustración.- Qué tanta tolerancia tiene ante la frustración.
5. Locus de Control.- Interno (↓) o Externo (↑).- Gente que considera que su felicidad depende de sí misma o de los demás.
6. Ansiedad Anticipatoria.- Se prepara o no para que si sucede lo peor, no le duela tanto.
7. Pensamientos de Hedonismo de corto alcance.- Tiende más al principio del placer o a la responsabilidad y al deber ser.
8. Dependencia e independencia.- Gente que depende de los demás para tomar decisiones, o bien personas que son independientes para realizar sus proyectos.
9. Determinismo del pasado.- Qué tanto siento que mi infancia está determinando mi presente.
10. Soluciones Ideales.- (↑) Busca soluciones ideales. (↓) Busca soluciones prácticas.

- Inventario de Temores de Wolpe, J., Lang, P. [Adaptado por Patricia Palacios, 2012].

Este instrumento enlista 90 situaciones o cosas que podrían o no provocar perturbaciones en la participante, cada situación deberá ser calificada en una escala de 1 a 5, de acuerdo al nivel que le perturbe a la persona, en donde 1 significa nada, 2 poco, 3 regular, 4 mucho y 5 muchísimo.

- Inventario de Depresión de Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugns, J. [Adaptado por Patricia Palacios, 2012].

El inventario presenta 19 reactivos referentes a cuestiones anímicas, cognitivas y físicas, que se relacionan con la depresión, tales como el apetito, estado de ánimo, ideas, alteraciones del sueño, etc. Cada reactivo consta de una frase o palabra que describe alguna de las categorías antes mencionadas con 5 probables respuestas, cada una con un valor determinado que va del 0 al 3, de las cuales la participante debe señalar la que mejor describa su situación actual respecto a la categoría. Una vez contestado, se califica en base a las respuestas obtenidas basándose en el valor ya designado de cada respuesta y los puntajes para interpretar el inventario son los siguientes: de 0 a 9- depresión nula o enmascarada, de 10 a 15- depresión leve, de 16 a 22- depresión moderada y de 23 en adelante- depresión severa.

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) de Starke, R., Hathaway., McKinley, J.C. [Adaptado por Patricia Palacios, 2012c].

Este inventario proporciona datos descriptivos sobre la personalidad de la participante, está compuesto por 13 escalas. Las 3 primeras son las escalas control- L, F y K, las cuales identifican la actitud que la persona está teniendo al contestar el instrumento y proporciona datos para describir su comportamiento fuera de la prueba, estas tres escalas son de suma importancia para la interpretación integral (holista) de la prueba ya que proporcionan un contexto para las 10 escalas restantes llamadas escalas clínicas y que se identifican con los números: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 0. Es importante señalar que las 13 escalas son polidimensionales, es decir, que evalúan más de un rasgo de personalidad (primario y secundario), y forman en sí polaridades, es decir, extremos de un mismo continuo, por lo cual sería inconveniente considerar que solamente las puntuaciones

altas pueden ser patológica, y considerar, por tanto erróneamente, que las puntuaciones bajas están libres de patología.

Los ejercicios de origen transpersonal gestáltico y jungianos que se utilizaron fueron:

- Dinámica 1.- Emoción que Evita: Esta dinámica pretende que la paciente contacte con aquella emoción que evita, ayudar a comprender la parte positiva que posee la misma, detectar de qué manera la está viviendo y deformando al negarla y ayudar a que se dé cuenta de su intraconflicto e introyecto, para ver cómo quiere sustituir idealmente sus figuras parentales.
- Dinámica 2.- Ciudades y Gobiernos: En esta dinámica se pueden ver los introyectos de la paciente ya que al trabajar con lo ideal se puede observar de qué manera quiere sustituir idealmente las figuras parentales, es decir, hacer idealmente lo que sus padres no hicieron, es querer encarnar al padre o madre ideal.
- Dinámica 3.- Casa-Árbol-Persona (HTP): En esta dinámica la paciente muestra de manera simbólica y a veces literal, la situación que en la que se encuentra al describir cada uno de los dibujos que se le pide, y dentro de la información fenomenológica que refiere se puede ubicar también simbólicamente el tratamiento, ya que en el problema está la solución.
- Dinámica 4.- Isomorfismo de Laboratorios Clínicos: En esta dinámica se muestra el principio isomórfico el cual refiere que dos moléculas de estructura diferente se comportan de la misma manera, por lo que utilizando tal principio se le pidió al médico de la clínica, que explicara concreta y claramente la función y los valores de los elementos de laboratorio y que describiera con mucha imaginación la personalidad de cada uno si es que la tuviera, con el fin de relacionar isomórficamente los laboratorios clínicos y los resultados que se habían obtenido en los inventarios y dinámicas aplicadas a la paciente.

#### **4.8 Procedimiento**

- I. Se invitó a la paciente a participar, especificando que la información obtenida se utilizará únicamente para fines de investigación, por lo que su nombre se mantendrá en el anonimato.
- II. Se le pidió contestar los reactivos de cada inventario, explicándole las instrucciones.
- III. Se calificaron e interpretaron los inventarios.
- IV. Se realizaron 3 dinámicas transpersonales a lo largo de 3 días, con sesiones de 50 minutos.
- V. Las sesiones se realizaron en el consultorio del Centro Integral de Nefrología Norte.
- VI. Se analizaron los datos de las dinámicas.
- VII. Se realizó una integración de las dinámicas e instrumentos.
- VIII. Al finalizar se le agradeció la participación.
- IX. Se le entregó una copia de la investigación.

## **Resultados**

Los resultados se presentaran en el orden en que se fueron aplicando los instrumentos y desarrollando las dinámicas vivenciales.

### **Historia Clínica**

#### **I. Descripción del problema**

Menciona que sus principales problemas son de salud ya que evitan que tenga una mejor condición física y realizar actividades en donde pueda tener movimientos más normales, como nadar o andar en bicicleta, sin embargo, esta situación la refiere como levemente inquietante. La fecha de inicio de sus problemas fue en diciembre del 2010 debido al rechazo crónico del riñón que le dono su madre, la cual murió en la cirugía teniendo 42 años y ella 22 años. Menciona que la manera de resolver sus problemas es tratando de no pensar en que está enferma, y simplemente se adecúa de una manera normal de acuerdo a las circunstancias.

#### **II. Historia personal y social**

La paciente de 38 años, soltera y hermana mayor, describe que vive con sus hermanas, cuñado, sobrinos y su padre, siendo este último comerciante eventual y presentando una salud regular. Su grado de estudios es medio superior como secretaria ejecutiva, menciona como ambiciones pasadas que le hubiera gustado cursar la universidad y aprender informática para desenvolverse como apoyo a sistemas, sus ambiciones presentes son emprender un negocio con sus hermanas y seguir adelante, le gustaría aprender a coser para apoyar a su familia con actividades de diseño ya que una de sus hermana es costurera, actualmente por su enfermedad no labora por lo que ayuda en actividades del hogar, sintiéndose satisfecha de ayudar en lo que puede.

#### **III. Conducta**

Durante su niñez refiere haber presentado temores o miedos y conductas como comerse las uñas, sin embargo, describe una infancia feliz. Como talento o habilidad menciona que se siente capaz de organizar un grupo ya que tiene habilidades de su carrera, lo que le gustaría hacer más es apoyar a su familia con actividades de diseño aprendiendo a coser a máquina, y lo que le gustaría



dejar de hacer es estar tanto tiempo en hospitales y que no la piquen tanto. Refiere que frecuentemente se encuentra haciendo listas de actividades o cosas como tender su cama, hacer los mandados, actividades de aseo en casa como barrer o lavar trastes, y las actividades relajantes que practica son leer, ver televisión, reírse o platicar con sus hermanas.

#### **IV. Sentimientos**

Los sentimientos que experimenta frecuentemente son la ansiedad y el temor, mencionando 5 miedos principales: miedo a ponerse mal en la hemodiálisis, a la inseguridad de la calle, a perder a un ser querido, a que los doctores no la sepan tratar y a la presión arterial, en este sentido al sacar un común denominador con el inventario de temores se observa principalmente el temor a su propia hostilidad, a su mal manejo-pasivo agresivo, posteriormente a cuestiones de salud a causa de la enfermedad, ya que en su cuerpo se encuentra su verdadera vulnerabilidad, su debilidad y fragilidad, finalmente se encuentra la dependencia afectiva, el miedo al rechazo o pérdida.

Por otro lado menciona que los sentimientos positivos que ha experimentado recientemente es sonreír mucho con sus hermanas, ser feliz y estar contentos en reuniones familiares, le gustaría ver que los miembros de su familia siempre estén llenos de grandes logros personales, más de lo que desean, y los que sentimientos negativos que ha experimentado es en relación a su enfermedad, el ver a personas que están enfermas y se ponen mal y que muchas personas sanas desconocen de la enfermedad renal y no se cuidan.

La situación que la hace estar en calma y tranquila es tener a toda su familia en su casa sana y reunida, y cuando pierde el control de sus sentimientos es cuando algún problema afecta a cualquier miembro de su familia. Describe que se siente bien, tranquila y orgullosa de haber trabajado profesionalmente los 15 años trasplantada y se siente feliz cuando convive con su familia, lo que la pone más triste es que haya muchas personas enfermas del riñón, le enoja que existan doctores que no tienen paciencia por los enfermos o cuando no tienen la ética y humanidad para tratarlos, refiere que se siente culpable por no haber tenido los cuidados necesarios para tener más tiempo su riñón.

## **V. Sensaciones físicas**

En cuanto a las sensaciones físicas menciona tener mareos, dolores de cabeza, tensión muscular, problemas de la piel, hormigueos, entumecimiento, fatiga y sudoración excesiva, refiere que su historia menstrual fue una sensación rara, y que siempre había sido irregular, actualmente ya no menstrua. Las sensaciones físicas placenteras para ella son descansar, bailar y caminar; las displacenteras caerse, lastimarse con cualquier cosa y tener poca resistencia.

La manera en la que manifiesta sus emociones son: 1.- Enojo: seria y tranquila, 2.- Alegre: con risas y moviéndose, 3.- Tristeza: con pocas ganas y hablar en el momento, 4.- Ansiedad: desesperada y de un lado para otro.

## **VI. Imágenes**

Menciona que las imágenes más recurrentes son en relación a su trabajo, a sus compañeros y a situaciones familiares como reuniones, refiriendo que la imagen en la cual se siente a salvo y segura es en su casa y con sus hermanas y los sueños más frecuentes son ver a su familia reunida.

## **VII. Pensamientos**

Se describe como perseverante, valiosa, leal, optimista, inteligente, honesta, sensible y segura. En cuanto a los pensamientos que la molestan una y otra vez menciona que trata de no pensar, porque no le ayuda en nada. En la escala de acuerdo a su manera de pensar selecciono que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones: 1.-Soy víctima de las circunstancias, 2.-Mi vida está controlada por fuerzas externas y que su pensamiento esta neutral en la siguiente afirmación: 3.- Es mi responsabilidad hacer feliz a otros.

Las expectativas que tiene de la terapia psicológica, son de ayuda para conocerse a sí misma y manejar mejor las emociones, lo que espera son solamente consejos para aplicar en su vida, en el tiempo que debería durar una terapia menciona que es cuando el paciente se sienta más seguro de sí y refiere que un psicólogo debería escuchar y dar tips para poner en marcha, teniendo cualidades de astucia y sensibilidad para entender y manejar a cualquier paciente.

Se describe como una persona que le gusta la sinceridad de la gente, trata de ser transparente, creció con la idea de que su palabra vale, le es difícil admitir que no todas las personas son sinceras, una de las cosas que no puede perdonar es que se rían de ella, menciona que una ventaja de tener problemas es que maduras más rápido. Describe que ver programas que la hagan reír y salir a pasear son cosas que emocionalmente le gustan pero que las hace de vez en cuando y sería una de las formas en que pudiera ayudarse pero no lo hace.

### **VIII. Relaciones Interpersonales**

Describe a su padre como una persona que se dedica a lo que le gusta; en cuanto a su trabajo es responsable, también sensible y a la vez fuerte de carácter, sin embargo, es un luchador como todos, que en esta vida enfrenta pérdidas. Y menciona que su madre fue muy inteligente, comprensiva con todos y toda la energía para darles su amor y cariño, fue la compañera, la consejera, la amiga, la enfermera y todo lo que necesita un hijo para sentirse amado por su madre, refiere una convivencia sana y neutral como cualquier familia, tuvo confianza, amor, respeto y comprensión de sus padres, y siempre se acercó como amiga a su madre y con su padre siempre jugaba.

Refiere que la persona más importante en su vida son todas sus hermanas y su padre, menciona haber tenido un amigo con quien se sentía cómoda y compartía sentimientos y pensamientos más íntimos, generalmente hace amigos fácilmente sintiéndose muy relajada en situaciones sociales, lo que le proporciona alegría es platicar con sus hermanas sobre acontecimientos en el día y molestia cuando no coinciden con algunos gustos entre todas. Señala que expresa sus sentimientos, opiniones, deseos con personas de su confianza y de la familia, indica que no tiene problemas de relación y trata de estar en paz con todo.

En cuanto al tema de las relaciones sexuales describe que su madre fue más reservada al igual que su padre anteriormente, sin embargo, ahora ya es más abierto. Sus conocimientos acerca del sexo fueron en la escuela y se dio cuenta de sus primeros impulsos sexuales estando en la

secundaria, niega ansiedad o culpa en relación al sexo o a la masturbación y refiere como preocupación sexual que utilicen preservativo o tengan abstinencia.

Menciona que una de las formas en la que la gente la lastima es cuando se burlan por su cuestión de salud y por morbosidad. Describe que una madre debería de estar informada sobre los cuidados de alguna enfermedad que tenga su hijo, un padre debería siempre apoyar en labores de la mamá y un verdadero amigo debería de acompañar en momentos difíciles. Refiere que un mejor amigo la describiría como perseverante, buena, responsable y sobre todo leal y en cuanto a la preocupación de alguna relación de rechazo o pérdida de afecto describe que le importa más tratar de dar y sembrar amistad para poder recibir lo mismo.

### **IX. Factores biológicos**

Con respecto a su salud menciona que le preocupa su fístula, pero espera que cualquier complicación sea pronta su recuperación, su alimentación es balanceada con vegetales y proteínas, y describe que su actividad relajante o pasatiempo es jugar con sus sobrinos y caminar lo cual le sirve como ejercicio físico para que no se entuman sus pies, describe que no utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar ya que se mantiene siempre en movimiento y haciendo cosas.

Las enfermedades que refiere son solo por parte de la línea paterna, las cuales son problemas de la tiroides, gastrointestinales y de presión alto o baja, por lo que no existen antecedentes heredo-familiares con respecto a enfermedades renales, indica haber sido intervenida quirúrgicamente cuando fue trasplantada el 22 de noviembre de 1995 y en febrero del 2011 por una biopsia pulmonar.

Por último, en la historia clínica describe los recuerdos y experiencias más significativas de su vida, mencionando recuerdos agradables de su infancia como los ensayos del vals en su salida del kínder, sus juguetes de reyes, posadas de navidad, los juegos con los niños de su edad, los días de reuniones y fiestas familiares, sus cumpleaños y su pastel con sus amiguitos, ya en la adolescencia

menciona experiencias como sus 15 años y conocer más amistades, convivios y las reuniones familiares en épocas de navidad, posterior a los 20 años menciona recuerdos de su primer trabajo como soporte técnico, sintiéndose satisfecha y siendo muy significativo para ella el haber trabajado 11 años y empezar a vivir en una oportunidad de la vida con un riñón que le duró 15 años.

Hace hincapié que todas las vivencias con su familia han sido importantes, tales como los días de cumpleaños de sus hermanas, cuando se casó una de ellas, la llegada de sus sobrinos y experiencias de salidas de sus escuelas, describe satisfacción por sacar adelante a su padre y hermanas, por darles estudio, verlas realizarse tanto profesional como personalmente y sobre todo protegerlas.

## Inventario de Afirmatividad

### Matriz Asertiva

Respuestas de Aproximación      Respuestas de Rechazo o  
 Social o Peticiones                  Protectora

E X T R A Ñ O S	<p style="color: magenta;">4 6 9 10 14 15 17</p> <p style="color: magenta;">18 19 20 21 22 26</p> <p style="color: magenta;">29 36 37</p> <p><math>\frac{8}{16}</math>                  i <math>\frac{4}{4}</math></p> <p style="color: red;"><u>50%</u>                  p <u>7</u></p>	<p style="color: green;">3 5 7 11 23 24 25</p> <p style="color: green;">27 28 31 33 34 35 38</p> <p style="color: green;">40</p> <p><math>\frac{12}{15}</math>                  i <math>\frac{6}{6}</math>                  <math>\frac{20}{31}</math></p> <p style="color: red;"><u>80%</u>                  p <u>12</u>                  <u>64%</u></p>
A M I G O S	<p style="color: blue;">2 4 6 9 10 12 14 16</p> <p style="color: blue;">17 18 19 20 21 22 26</p> <p style="color: blue;">29 30 36 37</p> <p><math>\frac{7}{19}</math></p> <p>+ <math>\frac{2}{2}</math>                  i <math>\frac{3}{3}</math></p> <p style="color: red;"><u>36%</u>                  p <u>7</u></p>	<p style="color: green;">1 3 5 7 8 11 13 24 27</p> <p style="color: green;">28 31 32 33 34 35 38</p> <p style="color: green;">39 40</p> <p><math>\frac{14}{18}</math></p> <p>+ <math>\frac{3}{3}</math>                  i <math>\frac{12}{12}</math>                  <math>\frac{21}{37}</math></p> <p style="color: red;"><u>77%</u>                  p <u>13</u>                  <u>56%</u></p>

#### Expresión del ser

A=25%  
j=36%

#### Defensa del ser

R=37%  
p=57%

#### Individuación

T=62%

Para la interpretación de este inventario se analizarán los puntajes más altos y los más bajos, pues éstos indicarán la polaridad y las áreas de mayor conflicto, que en base a la Guía de Interpretación del Inventario de Afirmatividad de Gambrill, E y Richie, C. (Palacios, 2010), se obtiene como resultado lo siguiente:

❖ **Puntaje total de 62% - alto**

A) *Rasgos Primarios:*

1. Problemas de relaciones interpersonales y del manejo de relaciones sociales.
2. Hay muchos conflictos interpersonales y la paciente no sabe cómo resolverlos, no hay habilidades para ello.
3. Existen niveles altos de ansiedad, se generan altos niveles de estrés social.
4. Mientras más alto esté el porcentaje T, más generalizados son los problemas en cuanto a los dos tipos de personas y tipos de afirmatividad (A Y R).

B) *Rasgos Secundarios:*

1. Hay tendencia a la introversión en cuanto a ella misma.
2. La autoestima es baja.
3. Pierde identidad, no se afirma en su ser, no expresa lo que siente.
4. Es dependiente de campo, opina como opina la mayoría; posee una personalidad veleta o borrega.
5. Tendencia a la depresión.
6. Dificultad para darse cuenta.
7. La paciente no está bien estructurada, está indiferenciada, es decir, no está en armonía.
8. No tiene recursos psicológicos para enfrentar la vida y sus problemas.
9. Trata de ocultar sus problemas.
10. Tiene problemas de identidad.
11. Tendencia a la somatización.
12. Se puede considerar que hay un manejo pobre de las emociones.

Los siguientes puntajes a considerar son los de expresión y defensa del ser:

❖ **A (Aproximación) y R (Rechazo)-R 37% > A 25%**

A) *Rasgos Primarios:*

1. No hay habilidades para la defensa del ser.
2. No lucha por sus derechos ni los defiende.
3. No hay una buena integración de la hostilidad, no cuenta con las habilidades para reclamar y expresar sus molestias.
4. No pone límites.
5. Cuando R es muy alta, indica que la paciente presenta una personalidad constreñida, se contiene mucho; por lo tanto hay una canalización somática de la hostilidad. Lo que no se canaliza por la vía adecuada, salta a otro nivel, es decir, se desplaza.

B) *Rasgos Secundarios:*

1. No hay una buena integración de la hostilidad, por lo tanto hace un manejo pasivo-agresivo, autodestructivo o intrapunitivo de la hostilidad (principio de odio).
2. La paciente *retrofecta* la hostilidad (véase capítulo 2- apartado interrupciones), es decir, la vuelca hacia sí misma; por lo que tiende a la somatización.
3. Juega un papel pasivo, sumiso, de sometimiento y de provocación de la hostilidad.
4. Presenta problemas de comunicación, ya que tiende más a la comunicación analógica que a la digital, su conducta no verbal (actitudes, gestos y actuaciones) es la que va a servirle como vehículo de la comunicación, no utiliza el lenguaje verbal, por lo tanto, es una persona indiferenciada.

❖ **Cuadrante II 80% (rechazo con extraños).**

1. La hostilidad como instinto básico no está integrada, tiende a la agresión por lo que se da una expresión pasiva-agresiva, intrapunitiva o retroflectiva de la hostilidad.
2. Existe canalización somática de la hostilidad contenida.



3. No sabe poner límites, no sabe decir que no, no se defiende, se deja utilizar; por miedo al rechazo, a la pérdida de afecto y a la soledad, por lo que no expresa sus molestias y tolera excesivamente permitiendo el abuso y contribuyendo a la confusión con los otros, y al no ponerse límites a sí misma, surge la *Protoflexión*, (Véase capítulo 2- apartado interrupciones), que es: “trato al otro como me gustaría ser tratada”.
4. Las necesidades de afecto y dependencia no han sido satisfechas por lo que es dependiente afectivamente de su familia.
5. Esta siempre de acuerdo con los otros, piensa como piensan los demás por lo que surge la *Confluencia*, (Véase capítulo 2- apartado interrupciones), sin embargo pasa de tolerar y confluir mucho, a explotar y no querer pensar como los demás, se va a los extremos.

❖ **Cuadrante IV 77% (rechazo con conocidos).**

1. El Cuadrante IV refleja que la paciente no tiene habilidades para desarrollarse con extraños ya que su zona para sentirse segura es con la familia, es una persona que prefiere malo conocido que bueno por conocer, lo cual no se permite el aprendizaje social perdiendo la oportunidad de retroalimentación y de aprender de los otros, no defiende su ser por miedo a perder el afecto o a ser rechazada.

Las características de este cuadrante son las mismas que las del cuadrante II, solo que ahora con conocidos, y se observa que el problema es generalizado ya que no es con las personas sino con el manejo de la hostilidad, es decir, lo que arroja este instrumento es que su déficit de asertividad no es contextual al tipo de personas sino fundamentalmente por el tipo de habilidad que no tiene desarrollada, ambos cuadrantes coinciden en la ausencia de integración del impulso hostil.

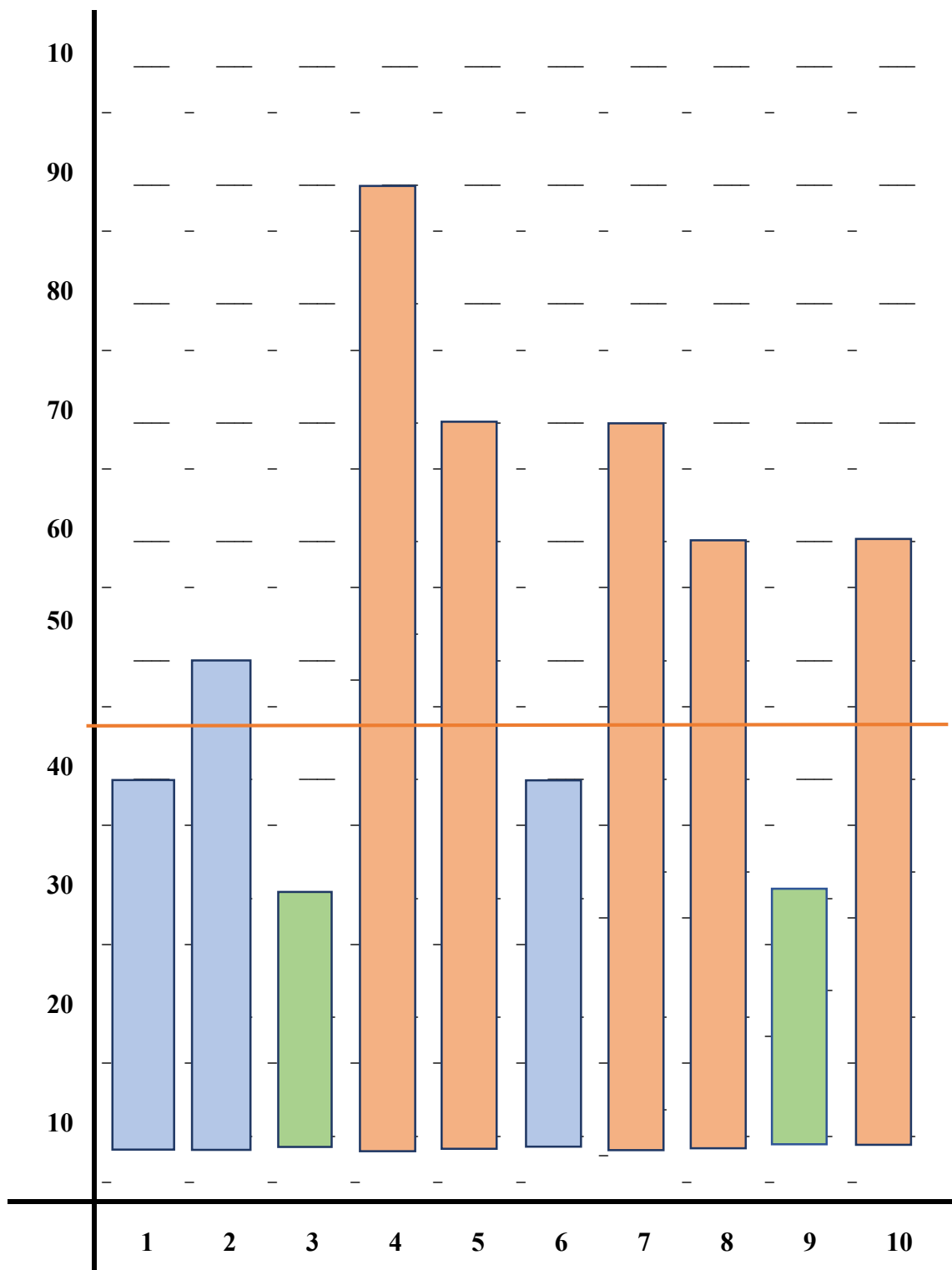
❖ **Puntajes de “i” 36% (Incomodidad) y “p” 57% (Probabilidad de respuesta)**

Las diferencias entre los puntajes muestran indicios del tipo de dificultad que tiene la paciente, teniendo así que “i” muestra un bloqueo emocional, lo cual indica que presenta frecuentemente excesiva ansiedad que inhibe la conducta asertiva y “p” que indica un déficit de habilidades conductuales que no fueron aprendidas ya que no tuvo figuras o modelos parentales de los cuales

imitar, por lo que no tiene desarrollada esta conducta, es decir, que no sabe cómo hacerlo. Los resultados muestran a  $p > i$ , por lo cual:

1. A la paciente le faltan repertorios conductuales específicos.
2. Indica problemas de socialización.
3. Habilidades interpersonales, desde pequeña hubo problemas.
4. La ausencia de modelos parentales.
5. Tendencia a la pasividad.
6. La ansiedad la bloquea en varias situaciones.

### Inventario de Ideas y Creencias



Con base a la guía de Palacios (2012b), para la interpretación del inventario primero se debe observar el puntaje máximo y mínimo obtenido en la gráfica, para posteriormente determinar una media e identificar la polaridad en conflicto o escalas nucleares, es decir, las más altas y más bajas del perfil, ya que son las más importantes por ser las que se encuentran con mayor problema:

#### **Escala 4 Tolerancia a la Frustración ↑**

##### Rasgos Primarios

1. Escala que permite identificar el manejo del enojo, en este caso contacta la hostilidad pero la *Retrofecta* por miedo a perder el afecto y por miedo a ser rechazada (Véase capítulo 2- apartado interrupciones).
2. Se frustra mucho porque tolera demasiado a los demás y frustra sus propias necesidades y deseos, por lo que es explosiva e irritable pero al mismo tiempo lo quiere controlar al ser muy tolerante y dependiente con los demás.
3. Se detectan problemas con la frustración ya que ella da excesivamente a los demás y espera demasiado de la vida, de la gente y de las situaciones, sin embargo, no lo pide.

##### Rasgos secundarios

4. Es muy demandante sin pedirlo, y muy exigente con los demás, es caprichosa e infantil, ha vivido muchas frustraciones.

#### **Escala 3 Intolerancia a los Errores Ajenos ↓**

1. Perdona errores ajenos, no expresa sus molestias y tolera demasiado por miedo a perder el afecto o a que la rechacen.
2. Se relaciona con la escala 4 alta a ser muy tolerante (Cuadrante IV de Afirmatividad) y presenta problemas con la frustración por miedo a la soledad, por lo tanto se encuentra en un círculo vicioso ya que entre más tolera, más se frustra y entre más se frustra más tolera.

#### **Escala 6 Ansiedad Anticipatoria ↓**

1. La paciente presenta dificultades para planear y organizar su propia existencia, sin embargo, existe una gran capacidad de planeación para los demás.

2. Existe dificultad para anticipar las consecuencias de sus actos.
3. No le gusta arriesgarse para ella misma, pero para los demás antes de que pase algo ya está actuando.

### **Escala 1 Necesidad de Afecto y Aprobación ↓**

1. En esta escala se observa que la paciente no depende de la aprobación de los demás, sin embargo, al tener la escala 8 alta se contrapone con tal situación ya que se muestra una gran dependencia instrumental para tomar decisiones al no sentirse segura y necesitar ayuda o consejos de los demás.
2. Entre más baja se encuentre esta escala significa que está negando su necesidad de afecto; no se siente merecedora de afecto o la actitud pesimista la hace sentir que otros son capaces de conseguir el afecto de los demás excepto ella.

### **Escala 8 Dependencia e independencia ↑**

1. Dependencia.- En esta escala se muestra la dependencia instrumental más que la dependencia afectiva ya que describe el miedo a tomar decisiones (hasta lo más elemental), no se siente segura y necesita ayuda o consejos de los demás, se relaciona con no saber pedir las cosas que necesita o simplemente un favor, es decir, no es asertiva ya que no se afirma en su ser, no expresa lo que quiere, por lo que pierde identidad siendo pasiva para ella misma cuando en realidad hace muchas cosas y por iniciativa personal para los demás, contribuyendo a la confusión con los otros por su falta de diferenciación.

### **Escala 5 Locus de Control ↑**

#### Rasgos Primarios

1. Autoeficacia disminuida: Cree que las cosas son controlables, pero no tiene los recursos para controlarlo.
2. Hay recursos pero no se emplean, están en potencia.

#### Rasgos Secundarios

3. Es una persona pasivo dependiente.

4. No se siente capaz, no cree que las cosas puedan hacerse y no cree tener las posibilidades para hacer las cosas para ella misma.
5. La paciente no tiene una buena integración de la figura paterna.

### **Escala 9 Determinismo del pasado ↓**

1. Tiende a minimizar la importancia del pasado.
2. Si no lo ve no existe y así no le causa daño
3. Niega su pasado al creer que este no determina su presente, ya que ahí se encuentran las experiencias más dolorosas y traumáticas. Se relaciona con la frase de Jung que dice: “Lo que niegas te somete, lo que aceptas te transforma”, por lo tanto entre más niegue su pasado, más la está sometiendo.

### **Escala 2 Tendencia al perfeccionismo, miedo al fracaso y a cometer errores ↑**

#### Rasgos Primarios

1. Tiende a la búsqueda de realizaciones excelentes.
2. Existe miedo al fracaso y a cometer errores.
3. Es muy exigente consigo misma, estableciéndose estándares de ejecución elevados tanto en calidad como en cantidad.
4. La paciente es una persona que tiende a idealizar las cosas.
5. Se genera mucha angustia.
6. Sus aspiraciones implican soñar despierta, fantasear, ya que no hace nada para alcanzar sus metas y objetivos.
7. Su personalidad es autoexigente, rígida, racional y con un pobre manejo de las sensaciones y emociones.

#### Rasgos Secundarios

8. La paciente presenta incongruencia, aspira a más de lo que sus recursos y habilidades psicológicas le pueden dar. Con una personalidad que tiende a ser superyoica, lo que se traduce en un patrón que se caracteriza por querer alcanzar un yo ideal, por lo que la intervención estará encaminada en disminuir las aspiraciones, en aumentar los recursos o en ambas cosas.

9. Pierde flexibilidad, para ella lo más importante es el deber ser con excelencia.
10. En el fondo evita sentirse fracasada porque en realidad presenta sentimientos de inferioridad, luego entonces esta escala es compensatoria de esos pensamientos de inferioridad.
11. Hay problema con la figura paterna ya que quiere tomar la rienda de todas las cosas.
12. Complejo paterno con actitud de semidiós.
13. Tiende al idealismo, por lo que nunca se va a sentir satisfecha ya que sus metas están elevadas y son inalcanzables.

#### **Escala 10 Soluciones Ideales ↑**

1. Tiende a ser más idealista.
2. Con el objeto de encontrar la mejor solución corre el riesgo de no dar solución a los problemas.
3. Cuando se combina con la escala 2 alta, la paciente tiende a soñar despierta, fantasear, se imagina cosas pero no hace mucho para alcanzar sus metas y objetivos.

#### **Escala 7 Hedonismo- Responsabilidad ↑**

1. Hedonismo: Postergar las cosas por darle prioridad al placer y la diversión. No tiene orientación hacia sus propias responsabilidades, sin embargo, es muy responsable con los demás.

## Inventario de Temores

Los reactivos que se encuentren señalados con 5 “muchísimo” o 4 “mucho” serán los más problemáticos por implicar un mayor grado de perturbación en la paciente, en su inventario seleccione 7 con puntuación de 4 “mucho”, los cuales fueron divididos en 3 categorías.

<b>Primera categoría: Situaciones inconclusas</b>	<b>Segunda categoría: Hostilidad</b>	<b>Tercera categoría: Pérdida de afecto</b>
1.- Heridas abiertas	3.- Una persona amenazando a otra	7.- Sentirse rechazado por otro
2.-Perspectiva de ser operado	4.- Gente con apariencia de maleante	
	5.- Gente fea	
	6.- Ver pelea	

## Inventario de Depresión de Beck

El puntaje obtenido en este inventario fue de 3 puntos, lo cual muestra una depresión nula, enmascarada o equivalente depresivo, que se define como “aquellas manifestaciones de depresión en que los síntomas somáticos están en primer plano o que los síntomas psíquicos están enmascarados” (Vallejo, 2006 p.598). Las manifestaciones somáticas de los equivalentes depresivos son inespecíficas y variadas y se denominan así cuando faltan totalmente los síntomas depresivos, es decir cuando no hace contacto con sus emociones (Polaino, 2000).

Los 3 reactivos señalados son los siguientes:

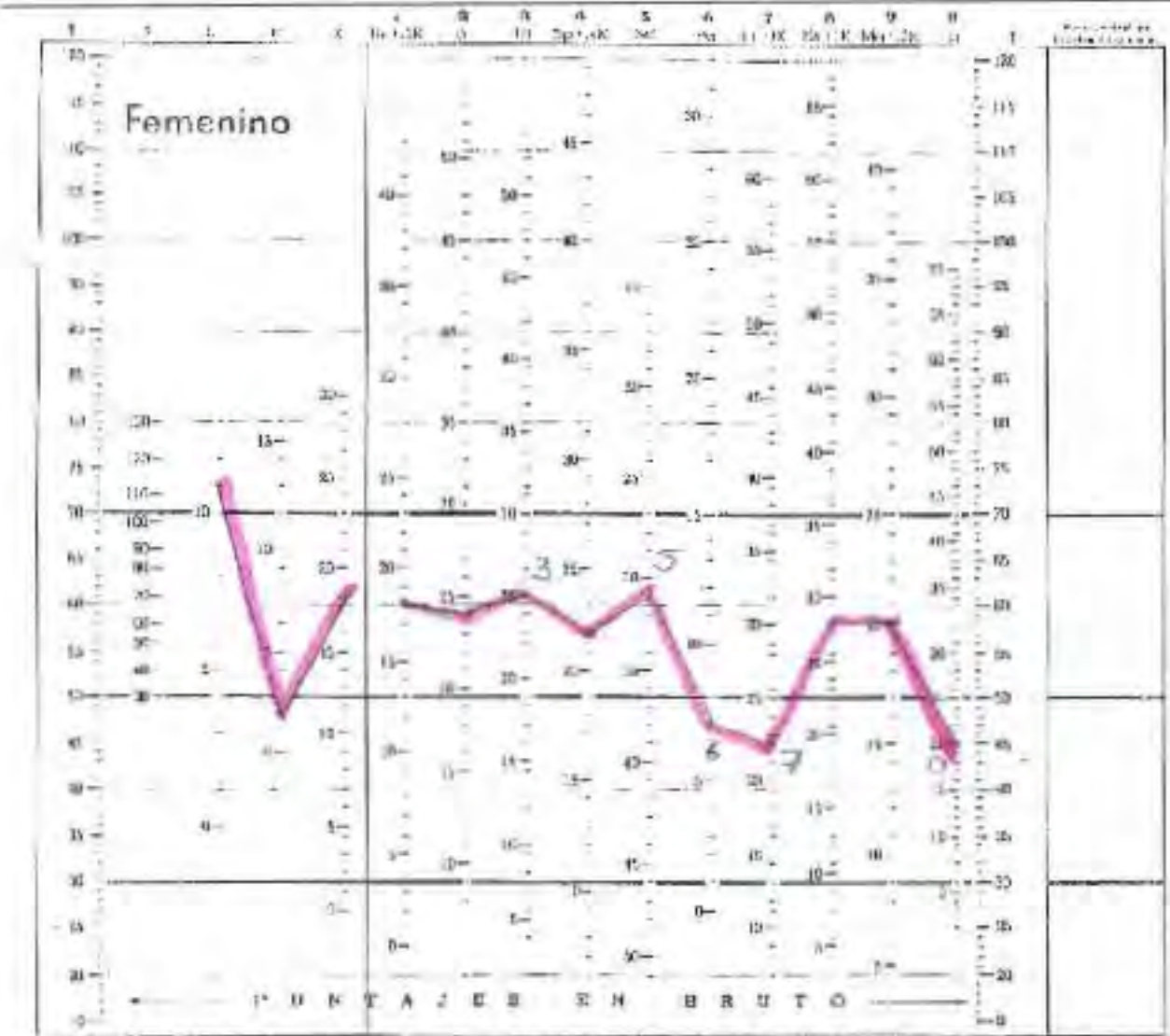
1. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
2. Me canso más fácilmente que antes.
3. He perdido más de tres kilos.





# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chorley McKinley



Puntaje en bruto	11	2	13	9	34	25	15	31	7	14	10	16	20		
Agregar factor K				9		9				12	12	4			
Puntaje corregida				19		22				22	22	20			



## Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI)

Los resultados que se obtuvieron en este inventario arrojan lo siguiente:

### *Escalas Control*

- **Escala F baja.** La paciente no muestra aceptación de problemas o conflictos psicológicos e intenta negarlos y no los atiende, por lo tanto en esta negación se problematizan los problemas, crecen y se acumulan.
- **Escala L alta.** Intenta mostrarse como una persona virtuosa, piadosa y respetuosa de los convencionalismos sociales, que no quebranta ninguna regla o norma social. En T 70 representa un claro intento de distorsionar la prueba, es decir, de manipulación del instrumento al dar una buena imagen o apariencia (se relaciona con las escalas 3↑ 6↓), para ello utiliza mecanismos de defensa psicológicos como la represión y la negación los cuales están considerados como mecanismos muy primitivos e infantiloides que contribuye a la elevación de las escalas 1, 2, 3 y a la canalización somática.
- **Escala K alta.** Representa buenos recursos psicológicos, sin embargo, para poderlo constatar es necesario avalar esta escala en la realidad, indagando cuáles son los logros físicos, psicológicos o sociales (laborales, académicos o económicos) de la paciente, que efectivamente contribuyan para la elevación de K, de lo contrario habrá que considerarla un signo de defensividad intelectual (mecanismos racionalizadores) que en lugar de ser efectivos para enfrentar y dar solución a las problemáticas, se están utilizando para una actitud defensiva y autojustificadora, donde se minimizan los problemas, situaciones desagradables y las propias fallas, las cuales son consideradas debilidades de la paciente.

De manera general en estas escalas control se puede ver claramente la notable defensividad y negación de problemas.

### *Escalas Clínicas*

Para describir la personalidad de la paciente se analizarán los resultados de las escalas nucleares, es decir, aquellas que sobresalen por ser las más altas y las más bajas.

- **Escala 5 (Mf) alta:** se presenta como la escala más alta del perfil, permite identificar el rol psicosexual en sociedad, su principal característica es la agresividad y el atrevimiento, con apariencia de tranquilidad y estabilidad. En sus relaciones interpersonales es exigente, demandante y dominante, utilizando actitudes y estrategias masculinas incontextuales y disfuncionales.
- **Escala 7 (Pt) baja:** siendo la escala más baja del inventario, representa ansiedad, reacciones fóbicas, dificultad para tomar decisiones y tendencia a la preocupación. Presenta un pobre pronóstico a la terapia, debido a que niega toda ansiedad y preocupación, los cuales son elementos motivacionales para el cambio, juega el papel de que nada le preocupa y todo está bien, para ser estoica (fortaleza y dominio de sí misma ante las desgracias y dificultades), fuerte, (Escala L) para idealizarse a sí misma y decir que puede con todo, se relaciona con la escala 2 ambas siendo escalas del sufrimiento humano.
- **Escala 3 (Hi) alta:** A través de esta escala se identifican problemas de necesidad de afecto, aprobación, cariño y dependencia, se presenta como la segunda escala más alta del perfil la cual muestra que las necesidades básicas de afecto-dependencia no fueron satisfactoriamente cubiertas. La paciente es muy social, idealista, afectuosa, con rasgos infantiloides e impaciente. Muy buena colaboradora social, amistosa, con tendencia a la somatización, presenta gran demanda de atención y afecto hacia su familia, por tanto al estar elevada esta escala, confirma y potencializa a la escala L, que también identifica a personas con tendencias convencionalistas. Los mecanismos de defensa que se detectan son negación y represión, son considerados los más primitivos en el desarrollo humano y se confirma en las escalas L, 3, 2 y 7. Cuando la escala 3 se encuentra por arriba de la 4, significa manejo pasivo de la hostilidad.

- **Escala 0 (Is) baja:** Es la escala de la introversión-extroversión, cuando se encuentra baja significa extroversión, la paciente es líder, sin embargo, se sobre carga de responsabilidades y actividades para buscar afecto, aprobación o reconocimiento.
- **Escala 1 (Hs) alta:** La escala uno evalúa hipocondría, representa canalización somática de conflictos hostiles no resueltos. Existe un excesivo automonitoreo del cuerpo, sin embargo, rechaza la idea de factores psicológicos concomitantes. Esta escala es una expresión indirecta de hostilidad, debido a su manejo pasivo agresivo.
- **Escala 6 (Pa) baja:** Es la escala de la Paranoia, indica rasgos de desconfianza, suspicacia y sensibilidad en las relaciones interpersonales, su principal mecanismo de defensa es la proyección. Esta escala afecta directamente al índice de realidad de la paciente y constantemente se comporta con base a sus creencias falsas o su sensación de ser burlada o engañada sin darse cuenta que son sus mecanismos proyectivos. Con esta escala se puede detectar la actitud rígida que asume consigo misma, presentando un serio conflicto entre lo intelectual y lo afectivo. Es una gran vigilante y observadora y tiende a ser obstinada, perfeccionista y quisquillosa. Cuando está muy baja, indica que la paciente es inconsciente de sus rasgos, llega a negarlos, por lo tanto su descarga o ataques de hostilidad serán impredecibles y además la harán sentir culpable, respondiendo a estímulos mínimos de manera desproporcionada y fuera de contexto. Cuando la 6 es de las escalas más bajas, son personalidades que tienden a ser narcisistas.

## **Dinámica 1.-Emoción que evita-Tristeza**

### **Instrucciones**

Para realizar esta dinámica se le pide al paciente que cierre los ojos, tome una profunda respiración y sostenga el aire lo más que pueda mientras distingue las diferentes sensaciones que esto provoca en su cuerpo, de igual manera al soltar el aire, se le pide que preste atención a lo que siente y ponga ambas sensaciones en dos metáforas, esto sirve como inducción al estado expandido de conciencia<sup>4</sup>.

Al estar la paciente en trance se le pide que identifique la emoción que más evita, posteriormente se le da la instrucción “si la emoción fuera un color, que color sería”, se le pide que describa la impresión de ese color, esto con el fin de profundizar en la fenomenología de la paciente. Una vez recabada la fenomenología del color, se le pide un segundo símbolo, ahora con la instrucción “si esta emoción fuera como un animal, que animal sería”, este puede ser la representación de un animal de la zoología, de las caricaturas o de la mitología, y se le pregunta la descripción del mismo, tal y como se hizo con el color. Terminada la fenomenología del animal, se pide un tercer símbolo que también represente la emoción evitada, en este caso la instrucción es “si la emoción fuera como una planta, una flor o un árbol, cual sería” y se procede a realizar las mismas preguntas que con el color y el animal. Al tener la fenomenología de la emoción evitada a través de los tres símbolos, se le pide a la paciente que preste su voz a cada uno de los elementos, para que cada símbolo le dé un consejo y una advertencia uno a otro.

Para terminar la dinámica, se le pide a la paciente que visualice a esos tres elementos y observe como es que estos se unen para formar un cuarto símbolo que condensa los tres, el cuarto símbolo puede ser cualquier cosa. Cuando el cuarto símbolo ha aparecido, se le pide que igual que a los otros símbolos preste su voz para que le dé un consejo y una advertencia, posteriormente se le

<sup>4</sup>La técnica de expansión de la conciencia o de inducción al trance se define como un estado en el que imaginamos y sentimos más que pensamos, en donde funcionamos bajo el predominio del cerebro derecho, en el trance las cosas se viven, como en un sueño en donde todo puede ocurrir ya que no existe sentido del tiempo y las sensaciones se distorsionan (Robles, 1990).

pide que preste atención y sienta en que parte de su cuerpo se quiere ir a quedar este cuarto símbolo, para que cada vez que lo necesite sepa dónde encontrarlo. Al finalizar se le pide que tome una profunda respiración y se prepare para abrir sus ojos, posteriormente se lleva a cabo una conversación acerca de lo que esta dinámica le ha provocado y como puede traducir lo que ha aprendido a través de sus símbolos para dirigirse en su vida cotidiana.

A continuación se describe la dinámica:

¿Cuál es la emoción que evito? **Tristeza**

❖ **Color: negro**

1.- ¿Cómo te sientes con ese símbolo?

Me siento sola, como león enjaulado porque no me entretengo con nada, me siento aislada, alejada de mi familia siempre organizo todo y después ya me voy, me siento pequeña, porque hay cosas tan grandes como la salud y uno es pequeño y deja de existir, la salud es un regalo tanpreciado y no le damos valor en ese momento hasta que se destruye, mientras uno lucha por tener salud.

2.- ¿Cómo te sientes frente al mundo?

Me siento normal como cualquier persona que tiene momentos buenos y malos, con temores y con firmezas en momentos triste y en otros alegre.

3.- ¿Cómo ves al mundo?

Lo veo grande, acelerado, con demasiado ruido, con una serie de problemas sociales, como contaminación, vicios, problemas de tráfico, de ecología, de agua, etc.

4.- ¿Qué actitud tienes frente a la vida?

De salir adelante en todo momento y en cada situación de la vida, de superación día con día y de no quedarme siempre en un solo lugar. Siempre me forje metas con mis hermanas, siempre había algo que hacer.

5.- ¿Que le dirías a ese símbolo?

Que no me gusta y simplemente le diría que se aleje o tal vez lo evitaría para que otros colores brillen a través de mi vida. A nadie le gusta estar todo el tiempo triste, no hay mal que dure 100 años.

#### ❖ **Animal: gato**

1.- ¿Cómo te sientes con ese símbolo?

No me gusta simplemente. Es un animal doméstico pero su pelo ocasiona alergias, pueden irse y empiezan a procrear e irse, miran de una manera fea, maúllan y son huraños.

2.- ¿Cómo te sientes frente al mundo?

Veo al mundo muy grande, inmenso, con cosas que tal vez tengo que descubrir y me siento como cualquier persona frente a algo que sin duda es inmenso y yo parte de él, aun siendo una partícula de todo lo que es el mundo, solo un ser, como parte de la vida. Soy simplemente parte de él, tengo que descubrir cosas, todo ser vivo descubre cosas.

3.- ¿Cómo ves al mundo?

Al mundo lo veo como siempre, grande, inmenso, como cualquier objeto grande que se mueve por si solo y que por sí mismo tiene vida que nos envuelve y nos lleva a actuar por si solos.

4.- ¿Qué actitud tienes frente a la vida?

Una actitud de lucha por seguir viviendo, me ha tocado perder a mi mamá y no me puedo quedar triste, tengo que salir adelante y cuesta trabajo asimilar la enfermedad y aprender a vivir con ella, como llevar una familia y adaptarme a las circunstancias.

5.- ¿Que le dirías a ese símbolo?

Simplemente no me agrada, no me gustan los animales, mejor de lejecitos, los gatos nunca me han gustado. Es un animal como cualquiera que no me gusta.

#### ❖ **Árbol: Un árbol de limón**

1.- ¿Cómo te sientes con ese símbolo?

Me agrada, me gusta y me encanta, porque sus hojas tienen olor, porque da sombra y porque da fruto, su color es hermoso, da vida, luz y simplemente es algo bello que da muchos beneficios, es

algo indescriptible porque no solo beneficia el dar luz a una casa, sino a la tierra y al mundo, es el ser que tiene un beneficio magnifico. Genera sombra, oxígeno y humedad, su fruto se utiliza para cualquier comida, su color da vida, es pureza y alimento para el alma, finalmente es un ser vivo, es naturaleza en toda su expresión, ocasiona emociones de gusto, paz y tranquilidad, de estar en familia compartiendo momentos de convivencia.

2.- ¿Cómo te sientes frente al mundo?

Me siento hermoso, bello, esplendoroso pero también ante la inclemencia del tiempo como el aire y la lluvia es fuerte para aceptar que todo eso es parte de lo que necesita para crecer. Hay momentos en los que hay demasiado sol y las estaciones del año le hacen cambiar sus hojas, necesita ser regado y también las tormentas lo mueven.

3.- ¿Cómo ves al mundo?

Al mundo lo veo poco comprometido para cuidar de un árbol, hay mucha gente que le gusta mucho los árboles, pero también hay personas que no les importa y ante eso veo a esas personas agresivas ante lo que tiene la vida, pero sin duda más convencida de que siempre habrá quien esté en esa lucha de preservar la vida de un árbol que es tan hermoso y que ilumina siempre con su color un hermoso paisaje.

4.- ¿Qué actitud tienes frente a la vida?

De compromisos, de ser alguien para luchar por algo y por alguien, de salir adelante siempre en todo momento y enfrentarme para vivir y seguir en cualquier lugar que tenga que crecer.

5.- ¿Que le dirías a ese símbolo?

Con el símbolo del árbol me siento agusto, feliz y contenta, con ganas de echar raíz en donde tenga que plantarme, que mis hojas cubran a quien quiera protegerse del sol y que den aire puro y fresca.

6.- ¿Que le pides al mundo?

Que lo rieguen y lo cuiden y que el mundo se comprometa a cuidar de todos los árboles del mundo, porque cada árbol promete una vida mejor para todos, en su calidad del aire, de lo bello y que genera agua y sobre todo previene de contaminación.



7.- ¿Qué le reclamas al mundo?

Que no tiene ese amor por lo verde, por los árboles, plantas, por los parques, por una mejor vida para los niños y jóvenes, que solo le interesa la urbanización y tiene falta de amor a la tierra para el cultivo de cualquier ser vivo de ecología, que es alimento del cuerpo, del alma y del espíritu.

### ❖ **Consejos y Advertencias**

¿Qué le dijo el color al animal?

Que sea más tranquilo, pero los gatos nunca están en paz, en un solo lado, que se quede más en casa pero ya es su naturaleza, que se mantenga más tranquilo.

*Consejo:* Que no rasguñe, que no vaya a lastimar, podrían quitarles las uñas como medida de prevención para los niños, que sean aseados y que sean domesticados.

*Advertencia:* Que son alérgicos y que su pelo puede ocasionar una enfermedad por cualquier infección (foco de infección) no es conveniente tenerlos dentro.

¿Qué le dijo el animal al árbol?

Que es bonito el árbol, que le ayuda a cubrirse del sol, es útil para él, que cada quien tiene una finalidad, aunque son distintos y diferentes vienen al mundo para algo.

*Consejo:* ambos son seres vivos que vienen al mundo y que tienen que dar lo mejor de su vida.

*Advertencia:* al final todos tienen un ciclo y un dueño y su supervivencia depende de su dueño.

¿Qué le dijo el árbol al color?

Que no este triste ya que otros colores pueden brillar, sin embargo, también necesita de esas tantas situaciones o circunstancias para que se haga más resistente y el aire no lo tire, ya que no tiene buenos cimientos y los climas extremos son cada vez más fuertes.

*Consejo:* que todos cumplen un ciclo y no hay manera de volver a revivir, igual que un ser humano que pierde algo puede salir adelante y tiene que darse su tiempo para poder renacer como árbol en sus hojas y raíces para poder levantarse.

*Advertencia:* que debe de estar al cuidado y al pendiente para que pueda tener vida y no esté tan oscuro.

#### ❖ 4to. Símbolo: Una noche de luna llena

¿Qué consejo te dio?

Que aunque haya oscuridad, no del todo es negro, mientras podamos ver que todo tiene vida y que la luna llena nos permite también ver, siempre podemos salir para apreciar lo que tiene vida.

¿Qué advertencia te dio?

Que jamás todo queda en un solo momento, que las cosas se dan por algo y sirven por algo.

¿En qué lugar de tu cuerpo lo guardaste?

En mi mente, junto a mi memoria.

¿Y qué veinte te cayó con respecto a estos símbolos?

Que son como los mensajeros que vienen para enseñarme muchas cosas nuevas en mi vida de las cuales quiero aprender para mejorar mi salud tanto física como emocional, me hicieron ver lo que he repetido a lo largo de los años y que no me ha servido para bien sino todo lo contrario me han llevado a enfermarme y a no enfrentar mi propia vida sino la de los demás.

¿Si los símbolos tuvieran la personalidad de tus papás y la tuya quien sería quién y porque?

El color negro sería yo porque no me doy esa luz y colores brillantes que necesito para vivir ya que siempre me mantengo en la oscuridad, el gato sería mi mamá porque siempre fue huraña conmigo y con mis hermanas, el árbol mi papá porque nunca se comprometió con su familia escondiéndose en el alcohol y finalmente la noche de luna llena sería yo nuevamente apreciando mi vida y trascendiendo que es la meta a la cual quiero llegar.

¿Ya te diste cuenta para que evitas la tristeza?

Si, para seguir luchando y esforzándome por mi familia, también evito sentirme triste porque no me puedo dar el lujo de entristecerme, tengo que salir adelante, no me gusta sentirme débil ni que me vean llorar.

¿De qué le darías las gracias a estos símbolos?

De que hayan salido de muy dentro de mí para hacerme ver cosas nuevas en mi vida, lo que necesito hacer para salir adelante por mi bienestar, gracias por contribuir a la renovación de mi vida.

**TABLA 3. Integración de la dinámica la emoción que evita / Tristeza**

Ella/ Color-Negro		Mamá / Animal-Gato		Papá/ Mamá Árbol-Limón		Ella/ Una noche de luna llena	
Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano
Sola	Luchar	No me gusta	Grande	Da sombra,	Agrado	Oscuridad	Ver
Enjaulada	Alegre	No me agrada	Inmenso	fruto, vida,	Agusto	Negro	Renovación
Aislada	Triste	De lejecitos	Tranquilo	alimento y luz	Encanto	Las cosas sirven	Salir
Alejada	Salir adelante	Ocasiona	Aseados	Benéfico	Hermoso	y se dan por algo	Apreciar
Oscuro	Superación	alergias y	Descubrir	Genera oxígeno	Bello	Enfermarme	Vida
Pequeña	Metas	enfermedad	Lucha	Fuerte ante las	Magnifico	No enfrentar	Mensajero
Dejar de existir	Brillar	Foco de	Seguir viviendo	inclemencias	Distinto y	Seguir luchando	Enseñarme
Sin Valor	Grande	infección	Actuar por si	Promete una	diferente	Esfuerzo por mi	Aprender
Destruir	La salud es	Se van	solos	vida mejor para	Puro	familia	Salir adelante
Temerosa	un regalo	Huraños	Aprender	todos	Luchar	Evito	Mejorar en mi
Firme	preciado	Rasguñe	Vivir	Demasiado sol	Preservar la vida	sentirme triste	salud física y
Acelerada	Darse su	Lastima	Que se quede	Poco	Echar raíz		emocional
Demasiado	tiempo	Nunca están en	más en casa	compromiso	Crecer		Débil
ruido	Renacer	paz	Que sea	Sin Cuidar	Es un ser vivo		Llorar
Contaminación	Levantarse	Partícula	domesticado	Sin importancia	Natural		
Con algo que		Nos envuelve	Asimilar	Personas	Paz		
hacer		No puedo	Adaptarme	agresivas	Tranquilidad		
No me gusta		estar triste		Que mis hojas	Esplendoroso		
Evitar				cubran a quien	Necesita ser		
Resistente				quiera protegerse	regado		
Que no lo tiren				Previene de	Las tormentas lo		
Cimientos				contaminación	mueven		
fuertes				Falta de amor	Iluminar		

Continuación. TABLA 3. Integración de la dinámica la emoción que evita / Tristeza

Ella/ Color-Negro		Mamá / Animal-Gato		Papá/ Mamá Árbol-Limón		Ella/ Una noche de luna llena	
Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano
No hay manera de volver a revivir Perdida Debe de estar al cuidado y al pendiente				Ayuda a cubrirse Es útil Tiene una finalidad Tienen que dar lo mejor de su vida	Salir adelante Enfrentar para vivir Feliz Contenta Bonito Con ganas Tienen un ciclo Supervivencia		

**¿Cuál es la relación con el riñón y con la depresión?**

La función renal se encarga de depurar, desechar, limpiar y filtrar los desechos del organismo, se relaciona con la función sana de la depresión ya que al hacer contacto con la tristeza permite cerrar situaciones inconclusas, despedirse de personas, situaciones y de los propios patrones disfuncionales y tóxicos, para así lograr una evolución, trascendencia y renovación, sin embargo, al no hacer el riñón esta función, la paciente se queda contaminada, en destrucción, hostilidad, oscuridad, caos, oposición, aislamiento, poco compromiso, importancia e indiferencia con ella misma, haciéndose la fuerte y resistente para dar, luchar, ayudar, generar, estar al cuidado, al pendiente, proteger, esforzarse, luchar, preservar, prevenir y cubrir las necesidades de su familia, evadiendo las propias, ocasionando su propio foco de infección e impidiendo la regeneración, renovación, crecimiento, renacimiento, transformación y trascendencia personal (Guyton, 2010; Glouberman,1991).

Fuente: Autoría propia.

## Dinámica 2.-Ciudades y Gobiernos

### Instrucciones

Primeramente se le pide que cierre sus ojos, que tome una profunda respiración y que ponga atención en su respiración y se dé cuenta que le resulte más sencillo, si inhalar o exhalar, esto como técnica de relajación e inducción al trance. Una vez que la paciente se encuentra en estado expandido de conciencia, se le pide que imagine una ciudad, “su ciudad ideal”, que observe detenidamente, que es lo que la convierte en una ciudad ideal, como se siente de estar ahí y como se relacionan las personas en esa ciudad. Ya que se le ha dado tiempo de vivenciar esta ciudad ideal, se le dice que como toda ciudad también tiene un gobierno, un gobierno ideal, el mejor gobierno, y se le pide que describa a éste “su gobierno ideal”, que es lo que lo hace ser ideal, cuales son las reglas de ese gobierno y como se siente con un gobierno así. Ya que se ha descrito la ciudad y el gobierno ideal, se le dan las mismas indicaciones, pero ahora cambiando lo ideal por lo peor, la peor ciudad y el peor gobierno, esto bajo la idea de que no puede inventar nada que no conozca, por lo tanto estas descripciones hablarán de manera simbólica y a veces literal, de la atmosfera en casa así como de la percepción del padre con el gobierno y de la madre con la ciudad.

Al tener suficiente información fenomenológica, se le pide que observe cómo ambas ciudades, la ideal y la peor junto con sus gobiernos ideales y peores, se fusionan y se transforman en un símbolo y ese símbolo encuentra un lugar en su cuerpo en donde se quiere quedar, para que cada vez que lo necesite sepa dónde encontrarlo. Al finalizar se le pide que tome una profunda respiración y se prepare para abrir sus ojos, para pedirle que verbalice de qué se dio cuenta, así como mencionar en que se parece ella a los peores, y en función de lo que dijo de los ideales, que necesita empezar a hacer para que estos sean una realidad en su vida.

A continuación se describe a detalle la dinámica de la paciente:

1.- ¿Qué sensación tienes al sostener la respiración y al soltarla?

Al sostener la respiración siento fuerza en el pecho y al soltarla siento relajación, una tranquilidad interna.

2.- ¿En qué parte del cuerpo tienes esta sensación?

En la parte del pecho siento la sensación de la retención de aire y al soltar siento relajación en todo el cuerpo.

3.- a) Describe la **Ciudad ideal** a detalle.

Mi ciudad ideal es una ciudad como un pueblito tradicional, empedrado, tranquilo y colorido, su arquitectura es de tejas, y sus fachadas son de piedras de laja con portones y ventanas de madera, donde está rodeada de gente tranquila con costumbres tradicionales, la gente es cálida, amable y tranquila, es muy hospitalaria, las calles están llenas de un ambiente tranquilo, aire fresco, rodeada de vegetación, árboles y plantas de colores, a donde el sonido que resuena solo son los cantos de una campana que llama a los habitantes a la iglesia, y con el cantar de los pájaros, sus calles envuelven un colorido tradicional, con todo un esplendor de todos los contrastes que da la naturaleza, un día soleado con nubes despejadas y un cielo muy azul, las casas hermosas con áreas donde pueden retozar los niños en sus parques, con un pasto muy verde y sus plantas de buganvillas, lilis y rosas blancas con todo tipo de vegetación verde y una palmeras a lado de sus bancas del parque, sin duda un pueblito limpio, donde su característica principal es el cuidado por su ciudad a donde existe gente que trabaja honestamente y se preocupa por mantener en orden y limpio todo, donde existe gente que está organizada, existe un buen alumbrado y donde no hay nada de malicia ni mucho menos violencia, a donde después de las 8:30 de la noche todos están en su casa conviviendo con su familia, donde sin duda lo que resalta es la paz que da esta ciudad.

b) ¿Cómo es la convivencia con los ciudadanos?

Los ciudadanos son gente alegre, sana, fuerte, tranquila, pacífica y hospitalaria, que se dedica a trabajar, que se preocupa por mantener sus calles limpias y llevan a cabo una serie de eventos culturales que tiene sus fechas de fiestas para sus tradiciones, son ciudadanos amables que al paso que llevan en las calles siempre existe un saludo para sus vecinos, es un lugar lleno de tradiciones en días de semana santa, día de muertos, navidad y algunos otros eventos.

¿Cuál es la sensación y emoción de vivir en esta ciudad?

La emoción que me embarga al vivir en esta ciudad es de alegría que refleja todo un paisaje de arquitectura, colorido, aire puro, olor a tierra limpia y sin duda con paisajes hermosos donde está rodeado de árboles, plantas y un atardecer fresco, húmedo con una neblina en épocas de frío que llena de emoción todo el ambiente que resulta ser fantástico y maravilloso.

c) ¿De qué le darías las gracias al urbanista?

De contemplar que sin duda persiguen y exigen que su arquitectura sea la misma, todo habitante tiene un lineamiento para que sus casas habitacionales tengan la misma tradición de construcción, con tejas de color rojo con fachadas de piedra o ajas, con una cultura y tradición que todos llevan a cabo y que distingue y hace diferente a todas las ciudades, de cuidar de sus calles que estén limpias y que existen lugares y depósitos para poner la basura orgánica e inorgánica, y que está comprometida con la ecología. Un urbanista que está comprometido con su ciudad por cuidar todo aquello que le permite disfrutar una tranquilidad y un aire puro que solamente lo puede llevar a cabo un pueblo organizado y preocupado por tener áreas verdes y dar a sus ciudadanos eventos culturales a donde cuidan todo lo que a su alrededor tienen, vegetación, gente, tradición, limpieza y sobre todo una paz donde los únicos ruidos que embellecen a su ciudad son el cantar de los pajaritos y las campanas de la iglesia, por todo esto doy gracias.

d) ¿Cuál es el nombre de la ciudad?

Mi ciudad se llama Pueblo Chico, que sin duda es semejante a un pueblo real llamado Huasca de Ocampo en Hidalgo, un pueblito chico pero lleno de mucha riqueza y colorido.

e) ¿Cuál es la sensación metafórica de ser parte de la ciudad?

Que todo lo que tiene vida se debe cuidar, y respetar la vida de todo ser, y ser es todo lo que tiene vida, árboles, plantas, agua, frutas, animales y gente.



#### 4.- a) Describe el **Gobierno** a detalle de la **Ciudad Ideal**

Mi gobierno ideal está preocupado por tener limpia su ciudad, tiene gente trabajando para tenerla limpia, es gente que tiene su gente ocupada por vigilar de sus calles, que estén alumbradas, que su gobierno se preocupa por cuidar el agua y que tiene depósitos para filtrar el agua pluvial para tratarla y de esa manera utilizarla para el riego de sus áreas verdes, de una ciudad donde el gobierno está comprometido porque sus habitantes tengan educación, donde las escuelas no solo son el templo del saber, sino que igual realizan actividades deportivas y culturales. Una ciudad comprometida por dar trabajo a su gente, por tener un comercio tradicional de artesanías y por ser un lugar turístico y tradicional, por permitir que toda esta belleza tenga un mismo lineamiento arquitectónico a seguir por sus habitantes que deciden residir ahí. Una ciudad a donde se establecen horarios para cerrar establecimientos a donde existen bebidas alcohólicas, a donde después de las nueve de la noche se convierte en un pueblo tranquilo y sus habitantes se regocijan en sus casas; con un gobierno limpio y honesto.

#### b) ¿Cómo son las reglas o normas del gobierno?

Las reglas de este gobierno es cuidar por su ciudad, también que jóvenes y niños estén involucrados con el deporte, que cuiden de sus calles, que cumplan con sus servicios y que cuiden de ellos, que exista una ley seca después de la 19:00hrs y que todos tengan el compromiso de estudiar y darles una mejor vida a sus hijos, que el gobierno mantenga la vigilancia para proteger a sus ciudadanos y el turismo, pero sobre todo que el gobierno este comprometido con su gente para darles todos los servicios que se necesitan, alumbrado, agua, vigilancia y apoyo a becas, normas en donde se establece que todos tienen un compromiso, el gobierno con su gente con cumplir.

#### c) ¿Qué actitud tienen los gobernantes con su pueblo?

La actitud es de llevar a cabo cada evento, no solo de plantearse los, sino igual de llevarlos a cabo, a donde lo que se dice se cumple y donde participan también todos por un mismo fin. Tener una mejor actitud para llevar al ciudadano a la motivación y participación de un bienestar, cuidando

de sus tierras cumpliendo con mejores oportunidades de vida, trabajo, educación, deportes, eventos culturales, eventos tradicionales, comercio y sobre todo que exista una educación moral de respeto por los niños, por la gente grande y porque todos tengan cimentados bien sus principios morales de cuidar por sus hijos, mujeres, esposas y toda persona que merece respeto.

d) ¿Cómo te sientes y como se siente el pueblo con un gobierno así?

La gente del pueblo se siente contenta, correspondidos por sus demandas, donde todos son participes de lo que por tradición son sus ideales, donde tienen escuelas, teatros, hospitales, cines, quiosco y música. Me siento contenta de estar en un lugar así a donde mi pueblo tiene todo lo que pueda yo pedir, paz, belleza, tranquilidad, una gente cálida, con oportunidades de trabajo y preocupados por cuidar de todo, me siento feliz de un pueblo así, un pueblo que por lo que representa simplemente resulta ser magnifico, maravilloso y hermoso, con una mentalidad joven, sana, alegre y con optimismo.

e) ¿De qué le das las gracias al gobierno de la ciudad ideal?

De que sea un pueblo chico a donde no está contaminado de violencia, de aceleramiento, de contaminación, a donde lo que resalta es la paz, tranquilidad y el cuidado por el agua, los árboles y su gente, doy gracias de que no sea un gobierno corrupto y que su gente disfruta de su pueblo, que no tiene tanta contaminación demográfica y que las familias piensan en tener pocos descendientes para darle mejor calidad de vida a sus hijos, y que el gobierno les da toda oportunidad a los jóvenes para estudiar y trabajar, pero sobre todo donde todos se mantienen ocupados, doy gracias de estos lugares que aún se puede tener mejor calidad de vida.

f) ¿Qué etiqueta le pones a éste gobierno?

Un gobierno comprometido por su gente. Es un gobierno por una ciudad mejor.

g) ¿Qué metáfora le pones al gobierno de la ciudad ideal?

Pueblo joven con espíritu tradicional y fresco.

5.- a) Describe la **Peor Ciudad** a detalle.

La peor ciudad es una serie de acontecimientos donde resalta el aceleramiento, la contaminación, el ruido y la falta de respeto a una ciudad donde todos prestan poca atención al amanecer, al cuidado de las áreas verdes, a donde toscamente se ven grupos de gente vaga y sin oficio a donde no existe la calma y no cuidan el agua, donde los principios morales resaltan sobre unas cuantas familias por seguir el respeto a la gente adulta, niños y demás seres vivos, es una ciudad en donde cada quien vive a su modo, sin el respeto al otro por su espacio, a donde se ha perdido la ingenuidad y la inocencia de los pubertos, una ciudad cruda llena de matices de diferentes pensamientos a donde todos tienen distintos intereses.

b) ¿Cómo es la convivencia con los ciudadanos?

Son aislados, poco amables, distantes y con poco interés de tener sus calles limpias y la amabilidad con los vecinos. Son ciudadanos callados, otros ruidosos, algunos interesados por sus propias convicciones y otros poco comprometidos por ser mejores ciudadanos y que tal vez si se pudiera podrían cambiar si lo desearan.

c) ¿Cuál es la sensación y emoción de vivir en ésta ciudad?

La emoción o el sentimiento es un poco de desconsuelo, pero con la esperanza de que toda ciudad pueda cambiar por ser mejor, sin embargo, lo que la hace ser distinta es justamente todo lo que empaña: la contaminación, el ruido, la basura y la falta de respeto que tienen los jóvenes al descubrirse ante la desnudez de una calle que solo muestra un lenguaje grotesco y con poca educación y principios morales que han perdido.

d) ¿Qué le reclamarías al urbanista?

La ambición por destruir las áreas verdes para simplemente hacer edificios de interés social, un urbanismo que va creciendo y destruyendo todo a su paso, cerros, árboles y todo lo que es reservación natural, parte de la cual es cruel, porque está creciendo la mancha urbana y reclamaría eso, su ambición por el dinero y perder la reserva verde.

e) ¿Cuál es el nombre de la ciudad?

La ciudad perdida.

f) ¿Cuál es la sensación metafórica de ser parte de la ciudad?

Una ciudad con poca tranquilidad. Es como una casa donde faltan los detalles para resaltar su belleza.

6.- a) Describe el **Gobierno** a detalle de la **Peor Ciudad**.

Un gobierno ambicioso en donde sólo es el dinero lo que los mueve, su interés por cobrar cada tributo por cada pedazo de tierra que quieren vender, a donde no prestan atención a los vándalos, a donde cada servicio es un aumento de gastos, donde no les importa las calles limpias, ni mantener una ciudad tranquila, a donde le dan poco espacio al área deportiva y a centros culturales, un gobierno incapaz de innovar para tener una mejor ciudad y por mantener a su gente tranquila y contenta, una ciudad donde impera el miedo y temor por salir, un gobierno que le falta ser más comprometido por sus ciudadanos.

b) ¿Cómo son las reglas o normas del gobierno?

Las normas y reglas para todo ciudadano es tener todo en regla, su credencial de identificación, pagar sus impuestos y sobre todo es un gobierno que da lo poco que ellos quieren dar y que solo le dan a la ciudadanía un mejor servicio a costa de exigencias del pueblo y no porque los gobernantes estén interesados en su ciudad.

c) ¿Qué actitud tienen los gobernantes con su pueblo?

Los gobernantes tienen un dicho coloquial, el que no tranza no avanza, en todos los servicios gubernamentales para agilizar cualquier trámite hay algunos que te piden una tajada y si no te hacen dar vueltas, son corruptos y todos te piden dinero a cambio de un trámite, la actitud de los gobernantes es de exigencia al pueblo y que no facilitan las cosas para que el ciudadano cumpla con lo que se le pide.

d) ¿Cómo te sientes y como se siente el pueblo con un gobierno así?

Decepcionada por tener un gobierno que le falta mucho por dar a sus ciudadanos mejores oportunidades de trabajo, educación, becas para las escuelas, para las áreas verdes, para espacios deportivos, mejoras en servicios en cuanto a agua y seguridad para su ciudad.

e) ¿Qué le reclamarías al gobierno de la ciudad?

Le reclamaría la falta de organización para detener la violencia, la inseguridad y la falta de oportunidades y desempleo, que existan áreas verdes donde todas las familias puedan reunirse y donde se encuentren actividades culturales y eventos deportivos para una mentalidad constructiva y sana.

f) ¿Qué etiqueta le pones a éste gobierno?

Un gobierno frio y poco sensible, árido y seco, incapaz de pertenecer a la trascendencia y el ejemplo.

g) ¿Qué metáfora le pones a éste gobierno?

Un gobierno con poco respeto por el ser vivo, por la juventud y calidez y esperanza, un gobierno tan perdido, como el que no tiene una brújula.

7.- ¿Cuál es el **Quinto Símbolo** y en que parte del cuerpo se guardó?

Mi símbolo es una milpa de maíz, con su mazorca, porque es vida. La tierra es amor, vida, alimento, de ahí nace el maíz, las hojas para el tamal, su caña y el zacate para alimento de animales, el cual la acompaña la hermosa tierra de donde nos mantenemos, lugar para sembrar, de ahí nacen los vegetales, frutales, árboles, agua y toda clase de alimentos, la tortilla, el frijol y el elote. El cual guardo en mi memoria y en mis manos para cuidar, porque de la tierra tenemos toda clase de vida.

8.- ¿Y qué **veinte te cayó** con respecto a estos símbolos?

Que la mayoría de lo que dije se me hizo muy conocido y familiar, como que ya lo había vivido anteriormente en mi familia.

9.- ¿Si los símbolos tuvieran la **personalidad de tus papás** quien sería quién y porque?

Pues mi mamá hubiera sido la peor ciudad y mi papá el peor gobierno, porque realmente se parecen mucho a estos símbolos y aunque me haya costado mucho trabajo reconocerlo esa es verdaderamente la realidad.

10.- ¿De qué le darías las **gracias** a estos símbolos?

Le agradecería por presentarse en mi vida en este momento, por brindarme su luz, para darme cuenta de lo que no quería ver pero que en realidad siempre ha estado ahí, y no me daba cuenta o no quería verlo de esta manera, gracias por darme esa fuerza para voltear a ver lo que existe en mi vida.

**TABLA 4. Integración de la dinámica ciudades y gobiernos.**

<b>Mamá/ Ciudad Ideal</b>	<b>Mamá/ Peor Ciudad</b>	<b>Papá/ Gobierno Ideal</b>	<b>Papá/ Peor Gobierno</b>
<b>Patrón sano</b>	<b>Patrón disfuncional</b>	<b>Patrón sano</b>	<b>Patrón disfuncional</b>
- Tradicional	- Empedrada	- Preocupado	- Ocupado
- Colorida	- Envuelven	- Limpio	- Pedir
- Tranquila	- Malicia	- Trabajador	- Contaminado
- Cálida	- Violencia	- Vigilante	- Violencia
- Amable	- Fuerte	- Cuidador	- Acelerado
- Hospitalaria	- Mantener	- Filtrar	- Corrupto
-	- Perseguir	- Comprometido	-Contaminación demográfica
Esplendorosa	- Exigir	- Tradicional	- Ambicioso por dinero
- Natural	- Dar	- Decidido	- Poca atención
- Despejada	- Preocupada	- Tranquilo	- No les importa
- Hermosa	- Acelerada	- Regocijante	- Sin limpieza
- Retozar	- Contaminada	- Honesto	-Dan poco espacio
- Limpia	- Ruido	- Contento	- Incapaz de innovar
- Cuidar	- Basura	- Involucrado	- Miedo
- Trabajar	- Falta de respeto	- Darse	- Temor por salir
- Honesta	- Poca atención	- Mantener	- Falta compromiso
- Ordenada	- Sin cuidado	- Protector	- Da poco
- Organizada	- Tosca	- Necesitar	- Da lo que quieren dar
- Convivencia	- Gente vaga	- Apoyador	- Exigente
- Paz	- No existe la calma	- Cumplidor	- Interesado
- Sana	-No hay principios morales	- Llevar a cabo	- El que no tranza no avanza
- Pacífica	- Cada quien vive a su modo	- Planteárselos	- Piden dinero
- Alegría	- Sin ingenuidad	- Lo que se dice se cumple	- No cumplen
- Fresca	- Sin inocencia	- Participo de un mismo fin	- Decepción
- Fantástica	- Cruda	- Mejor actitud	- Falta mucho por dar
- Maravillosa	- Aislada	-Mejores oportunidades	- Falta de organización
- Distinguir	- Poco amable	- Motivación	- Detener la violencia
- Ser diferente	- Distante	- Bienestar	- Inseguridad
-	- Poco interés	- Oportunidades	- Falta de oportunidades
Comprometida	- Sin limpieza	- Vida	- Frio
- Riqueza	- Sin amabilidad	- Mentalidad	- Poco sensible
- Vida	- Callada	constructiva y sana	
- Respetar	- Interesados	- Educación moral	
- Resaltar su belleza	- Poco compromiso	- Respeto	
- Podrían cambiar si lo desean			
- Esperanza			
- Cambiar por ser mejor			

**Continuación. TABLA 4. Integración de la dinámica ciudades y gobiernos.**

<b>Mamá/ Ciudad Ideal</b>	<b>Mamá/ Peor Ciudad</b>	<b>Papá/ Gobierno Ideal</b>	<b>Papá/ Peor Gobierno</b>
<b>Patrón sano</b>	<b>Patrón disfuncional</b>	<b>Patrón sano</b>	<b>Patrón disfuncional</b>
- Ser distinta - Descubrirse	- Desconsuelo - Lenguaje grotesco - Poca educación - Sin principios morales - Ambición - Destruir - Cruel - Perder la reserva - Sin tranquilidad - Faltan los detalles	- Contento - Correspondido - Ideal - Seguridad - Bello - Calidez - Cuidar - Feliz - Magnífico - Maravilloso - Hermoso - Trascendencia - Joven - Sano - Esperanza - Alegre - Optimista - Paz - Tranquilidad - Disfrutar - Mejor calidad de vida - Pueblo joven con espíritu tradicional y fresco	- Árido - Seco - Incapaz - Poco respeto - Perdido - Sin brújula

**Quinto Símbolo – Una Milpa de Maíz**

Menciona su patrón sano y parte de su tratamiento:

Tiene que darse amor para llenarse de vida y así nacer de su propia tierra para mantenerse con su alimento, cuidándose y siendo hermosa para ella misma.

**¿Qué tiene que ver con el riñón?**

La enfermedad renal se relaciona con la contaminación ya que ella la refiere como violencia, basura, ruido, aceleramiento, ambición, corrupción, destrucción, falta de respeto etc. Por lo que ese fue su ambiente familiar en el que vivió y creció durante toda su vida.

**Fuente: Autoría propia.**



## **Dinámica 3.-HTP**

### **Instrucciones**

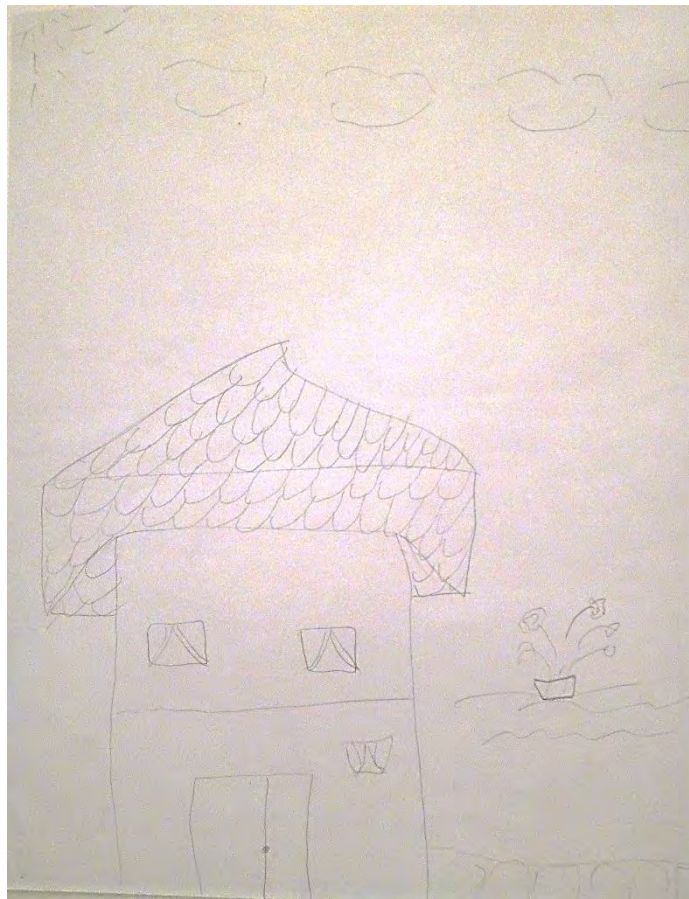
En la dinámica del HTP se proporciona a la paciente hojas blancas, lápiz y goma, la indicación es que dibuje una casa, un árbol y una persona en hojas diferentes. Una vez que tenga sus dibujos terminados, se le pide que tome el dibujo de la casa y que lo observe detenidamente, y se da la instrucción “si tú fueras arquitecto describe las características de esta casa, que piensas de ella, como se encuentra en ese momento por dentro y por fuera, cuál es la condición de los muebles, qué de raro le vez, que detalles tiene, que le falta, que le cambiarías etc”. Posteriormente se le pide que tome el dibujo del árbol y de igual manera lo observe detenidamente, se le da la siguiente instrucción, “si tú fueras jardinero como describirías el árbol, como se encuentra en ese momento, que detalles tiene, que le falta y que le cambiarías etc”. Finalmente se le pide que tome el dibujo de la persona, lo observe detenidamente y la instrucción es “si tú fueras dios describe las características de esta persona, que piensas de ella, como se encuentra en ese momento, cuáles son sus defectos y virtudes, que le faltaría, que le cambiarías etc”.

En las descripciones de cada dibujo, la paciente muestra de manera simbólica y a veces literal, la situación en la que se encuentra, sin embargo, en el problema está contenida la solución, siendo el principal objetivo a identificar, así dentro de la información fenomenológica del jardinero, el arquitecto y dios se puede ubicar también simbólicamente el tratamiento, siendo la misma paciente la que da la solución.

Para cerrar la dinámica se pide que relacione las características de cada dibujo con su vida, lo que ha hecho para llegar a esa enfermedad y en función de los cuidados que menciona de cada dibujo darse cuenta lo que necesita empezar a hacer para que sea una realidad en su vida.

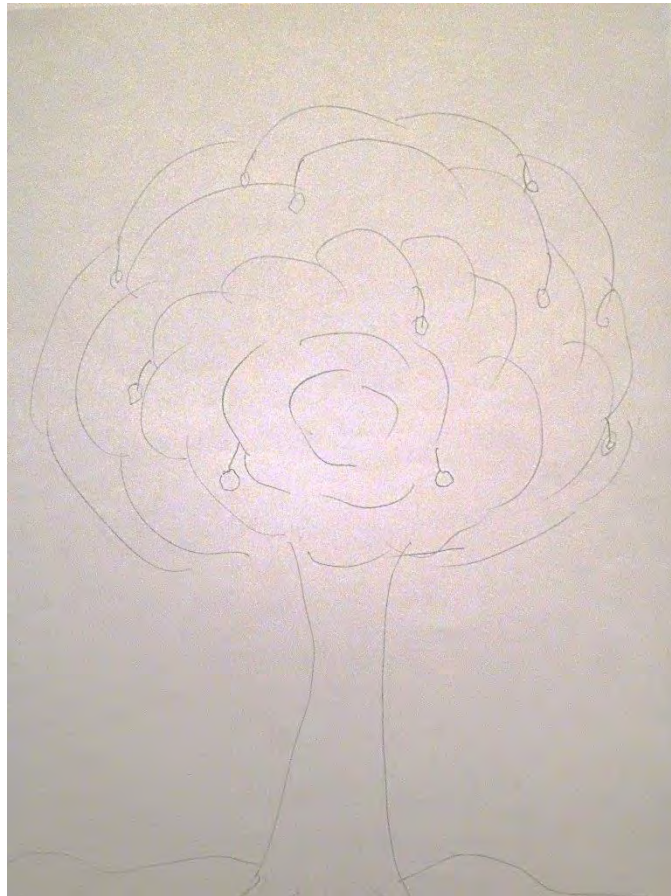
A continuación se detalla lo que la paciente describe acerca de esta dinámica:

**Casa:** Es de tejas pero se puede decorar, la fachada también está destruida por lo que se puede decorar de azulejo y se puede dar decoración entre las piedras blancas destellos verdes. En la parte de adentro se puede adaptar flores para que den vida y sombra, puede ser como una casa tipo jardín. El empedrado del camino tiene pasto se ve con más vida. Por la parte de adentro los colores pueden ser blanco, amarillo, color ostión o rosado para que dé luz a la casa y tenga más relajación y armonía, los muebles están muy desgastados y son rústicos, se pueden cambiar por muebles coloniales porque son más acogedores y las ventanas que sean de madera. Se puede cambiar la escalera de caracol por una de descanso y en el descanso se puede colgar una foto familiar con cosas artesanales, tulipanes y lilis con hojas verdes.



**FIGURA 1. Dibujo de la casa.**

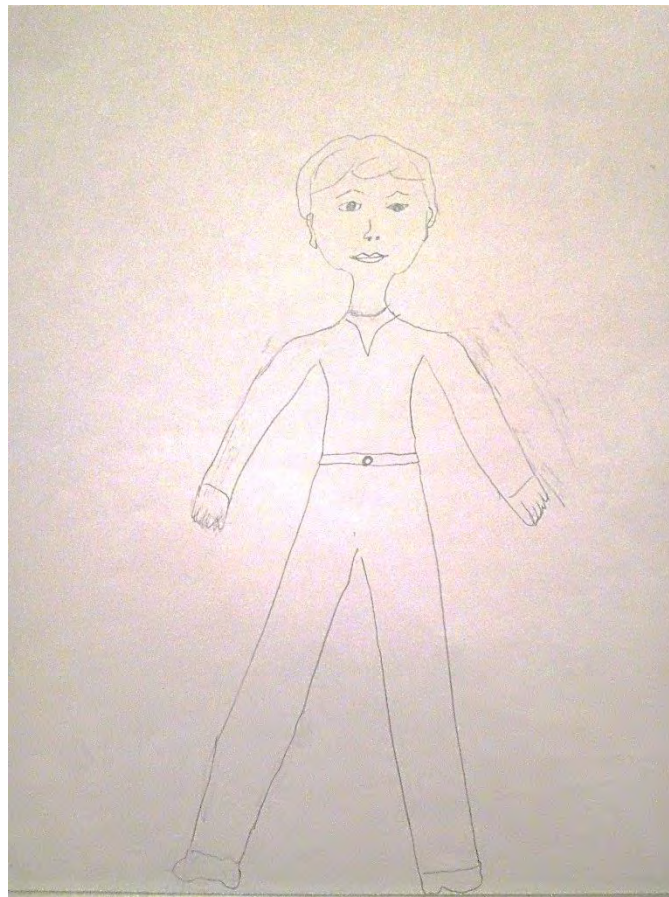
**Árbol:** Es grande, requiere podarlo ya que se necesita quitarse las hojitas más maltratadas para que de estructura, se alimenta de agua y pueda dar fruta (manzanas). Dan sombra y fácilmente tienen área verde, dan una buena vista al ser podados para que no crezca más como el ahuehuete, este árbol puede estar en una huerta, es delgado y se pueden trepar en él. A su dueño no le gusta que crezca más, por eso lo poda además de que los cables le impiden el crecimiento para que también no choque con otros.



**FIGURA 2. Dibujo del árbol.**

**Persona:** Le gusta los momentos familiares, es sociable, le gusta platicar, es muy hogareño, no toma demasiado porque le ocasiona sueño, es buen padre, esposo, hijo, compañero de trabajo, cuñado, tiene buenos modales que le inculcaron sus padres. Tiene 34 años y se llama Miguel y

tiene una familia por la cual muestra mucho interés por la educación de sus hijos. Busca oportunidades para incrementar sus conocimientos. Anhela que sus padres tengan una casa más amplia y trabaja mucho para tener una mejor solvencia y ayudar económicamente a su casa. Tiene muchas virtudes como la responsabilidad por sus hermanos, es alegre, optimista, noble ya que se preocupa por los demás. Lo que más anhela tener en la vida es que sus hijos se realicen y espera tener el tiempo para ver a su familia realizada. En el ámbito laboral quiere tener experiencia, estabilidad económica y seguridad. Esta persona no es agresiva es normal como cualquier otra persona. Le gustaría ser más alto. Tiene un oficio de sistemas, se dedica atender a los usuarios, instalar computadoras, llevar el control administrativo y guiar a la gente. Al estar enojado responde con seriedad ya que siempre es tranquilo, calmado, cauteloso, observador y muy servicial. Es responsable, no tiene ningún defecto, se preocupa y está al tanto de los demás.



**FIGURA 3. Dibujo de la persona.**

En esta dinámica se le pregunto:

¿Esta persona se parece a tu papá? No

¿Entonces a quien se parece? A un compañero de trabajo que tuve anteriormente

¿Si hubieras tenido un padre o un esposo como esta persona, como hubiera sido? Pues este es el padre y esposo que me hubiera gustado tener.

**TABLA 5. Integración de la dinámica HTP.**

Casa		Árbol		Persona	
Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano	Patrón Disfuncional	Patrón Sano
- Destruida	Decorar	- Dan sombra	- Grande	Trabaja mucho	- Sociable
- Piedras	- Destellos	- Dar fruta	- Podarlo	- Ayuda	- Platicador
- Empedrado	- Adaptar	- Dan una	- Necesita	económicamente	- Hogareño
- Desgastados	flores	buena vista	quitarse las	- Responsable	- No toma
- Rústicos	- Den vida	- No le gusta	hojitas más	- Se preocupa	- Buen padre
	- Den	que crezca	maltratadas	por los demás	- Buen
	sombra	- Impiden el	para que de	- Anhela que	esposo
	- Jardín	crecimiento	estructura.	sus hijos se realicen	- Buen hijo
	- Colores	-No choque con	- Necesita	- Quiere ver a	- Buenos
	- Luz	otros.	agua	su familia realizada	modales
	- Relajación	- Es delgado		- Atiende a los	- Mucho
	- Armonía	- Se pueden		usuarios	interés
	-	trepar en él		- Llevar el	- Busca
	Acogedores			control	oportunidades
	- Descanso			- Guiar la gente	- Anhela una
				- Serio	casa más amplia
				- Tranquilo	- Virtudes
				- Calmado	- Alegre
				- Cauteloso	- Optimista
				- Observador	- Noble
				- Servicial.	- Busca
				- Ningún	estabilidad
				defecto	económica
				- Se preocupa	- Seguridad
				- Está al tanto	- No es
				de los demás	agresivo

Fuente: Autoría propia.

## **Dinámica 4.-Isomorfismo de Laboratorios Clínicos**

### **Instrucciones**

La terapia Gestalt tomó prestado de la química el principio isomorfo, el cual dice que dos moléculas de estructura diferente se comportan de la misma manera, tal principio lo utilizó Perls en terapia para explicar que existe un isomorfismo entre la mente y el cuerpo, entre el psiquismo y el funcionamiento corporal, psicológicamente hablando el principio isomorfo de la Gestalt es una relación analógica o metafórica. Llevando a la práctica lo antes mencionado, se hizo un ejercicio con el médico adscrito a la clínica, se le pidió que explicara concreta y claramente la función que tiene cada uno de los elementos en el cuerpo, posteriormente se le preguntó ¿si estos elementos tuvieran una personalidad, cuál sería? y finalmente se le pidió que nos describiera en cada uno de los elementos de laboratorio los valores en el paciente con enfermedad renal sintetizándolos solamente en altos o bajos.

Es importante mencionar que el médico realizó este ejercicio sin saber los resultados previos de los inventarios y dinámicas aplicadas a la paciente, por lo que nuevamente se confirma el patrón psicológico del paciente con enfermedad renal crónica al relacionarlo con un patrón bioquímico y con el principio Isomorfo de la Gestalt, siendo “una representación a escala de la realidad”.

Por lo que metafórica e isomórficamente, el gran problema del paciente con enfermedad renal es como un sistema de filtración “el riñón” que cuando funciona adecuadamente retiene lo que es bueno para el organismo y desecha lo que lo pudiera intoxicar y el paciente con enfermedad renal hace todo lo contrario retiene lo que le hace daño y se deshace de todo lo bueno.

A continuación muestra la integración de la dinámica sintetizada en una tabla:

**TABLA 6. Integración de la dinámica de isomorfismo de laboratorios clínicos.**

<b>Elemento y Valor ↑↓ del paciente renal</b>	<b>Función, Personalidad y Valores normales en un paciente sano</b>	<b>Relación con el Patrón Psicológico de la paciente</b>
Hemoglobina (Hb) ↓	<i>Función:</i> Se encarga de transportar oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo, estos valores son para detectar si el paciente es o no anémico <i>Personalidad:</i> Transportadora, trabajadora y mensajera <i>Valores normales:</i> Hombres de 14-16 /Mujeres de 12-14 mg/dl.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Trabajar y oxigenar</i></li> </ul> <p>La paciente es la encargada de oxigenar a su familia al trabajar para sacarlos adelante, dejándose a ella misma sin oxígeno y por lo tanto anémica.</p>
Hematocrito (Hto) ↓	<i>Función:</i> Valorar la cantidad de células rojas (eritrocitos). <i>Personalidad:</i> Coordinador o mediador <i>Valores normales:</i> 42 y el 52 % en los hombres, y entre el 37 y el 47 % en las mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Coordinar</i></li> </ul> <p>Presenta dificultades para planear y organizar su propia existencia, sin embargo existe una gran capacidad de planeación y coordinación para los demás en especial para su familia.</p>
Plaquetas (Plaq) ↓	<i>Función:</i> Se encarga de la coagulación a todos los niveles del cuerpo <i>Personalidad:</i> Reparadora <i>Valores normales:</i> 150 a 350	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Reparar</i></li> </ul> <p>Siempre se ha encargado de reparar la vida de los demás dejando de lado sus propias necesidades y deseos por satisfacer las necesidades de los demás.</p>
Leucocitos (Leuc) ↑  Linfocitos (Linfo) ↑	<i>Función:</i> Defender cuando ataca una infección <i>Personalidad:</i> Los leucocitos son héroes, soldados cabo, el ejército del campo y los linfocitos son los soldados rasos. <i>Valores normales:</i> Leucocitos <10 no hay infección y >10 hay un proceso infeccioso. Linfocitos <16 presenta leucemia y >46 infección activa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Defender</i></li> </ul> <p>No sabe integrar ni canalizar el enojo, por lo que somatiza la hostilidad, no expresar sus molestias, no reclama, no defiende sus derechos ni poner límites, suprime sus habilidades de defensa y protección, por tal motivo sus células de defensa se encuentran activas intentando defender internamente lo que no hace externamente.</p>
Glucosa (Gluc) ↓	<i>Función:</i> Dar energía al cuerpo <i>Personalidad:</i> Activar, es la gasolina del cuerpo <i>Valores normales:</i> 60 a 110 mg/dl, <60-hipoglucemia, >110 pero <140 propenso a la diabetes, de 140 a 199- intolerancia a los carbohidratos propenso a la diabetes, 200 o más diabético (hiperglucemia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Activar</i></li> </ul> <p>Ella se encuentra siempre activa y haciendo cosas para los demás, gastando su gasolina principalmente en su familia y quedándose sin nada para ella misma.</p>
Urea pre (Bun pre) ↑  Creatinina (Creat) ↑	<i>Función:</i> Resultado del metabolismo de los alimentos como las proteínas y carnes rojas. <i>Personalidad:</i> Destructiva, agresiva, de desecho <i>Valores normales:</i> de la urea de 7 a 20 mg/dl, de la creatinina de 0.7 a 1.3 mg/dl y del ácido úrico de 0 a 8 mg/dl.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Destruir</i></li> </ul> <p>La paciente retrofecta la hostilidad, es decir, la vuelca hacia sí misma; por lo que se relaciona con la enfermedad renal al ya no filtrar, depurar, drenar y eliminar los desechos del cuerpo (toxinas), que a nivel psicológico las</p>



Continuación. TABLA 6. Integración de la dinámica de isomorfismo de laboratorios clínicos.

Elemento y Valor ↑↓ del paciente renal	Función, Personalidad y Valores normales en un paciente sano	Relación con el Patrón Psicológico de la paciente
Ácido úrico (Ac ur) ↑		toxinas son la ansiedad, el enojo y la tristeza, por lo que ella misma se genera estas toxinas al no descargar y no hacer contacto con tales emociones.
Sodio (Na) ↑	<p><i>Función:</i> Tanto el sodio como el cloro participa en el equilibrio del agua en el cuerpo, el potasio le da movimiento a los músculos, también ayuda a la coagulación, sin embargo cuando existe mucho puede producir un infarto. El calcio ayuda a la formación de los huesos y los dientes, es esencial para la contracción muscular, la función cardíaca, la función nerviosa y la coagulación, y el fosforo da estructura ya que participa junto con el potasio en el movimiento muscular y la coagulación.</p> <p><i>Personalidad:</i> El sodio junto con el cloro son pasivos, tolerantes, y reguladores, el potasio es activo pero enojón, el calcio es fuerte y da estructura y el fosforo es pasivo pero cuando lo requiere se activa y regula.</p> <p><i>Valores normales:</i> Sodio de 135 a 145 meq/l, potasio de 4.5 a 5.0 meq/dl, cloro de 95 a 110 meq/l, calcio de 8.5 a 10.5 mg/dl y fosforo de 2.5 mg/dl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Equilibrar y Regular</i></li> </ul> <p>La paciente no expresa sus molestias, tolera demasiado, se confunde con los otros, no pone límites, no se defiende, se deja utilizar por miedo al rechazo y a la pérdida de afecto. Intenta dar una falsa imagen de buena apariencia de tranquilidad y de fortaleza, negando sus problemas sin embargo ella da esa fortaleza, estructura y regulación a los demás, siendo pasiva para ella misma y activa para los demás.</p>
Potasio (K) ↑		
Cloro (Cl) ↑		
Calcio (Ca) ↑		
Fosforo (Fos) ↑		
Albumina (Alb) ↑	<p><i>Función:</i> Es una proteína transportadora, tiene también la función de mantener la presión sanguínea, es decir, mantienen el equilibrio</p> <p><i>Personalidad:</i> Organizada y transportadora</p> <p><i>Valores normales:</i> de 3.5 a 5 mg/dl</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Organizar</i></li> </ul> <p>Es buena coordinadora, colaboradora social y organizadora de grupos y eventos, muestra una gran actividad siendo extrovertida para los demás pero introvertida en cuanto a ella, presentando dificultades para planear y organizar su propia existencia.</p>

Fuente: Autoría propia.



## Integración General de las Dinámicas

La Gestalt define al individuo como un conglomerado de fuerzas polares, todas las cuales se interceptan entre sí, pero no necesariamente en el centro. Pues las polaridades se componen de multilateralidades, es decir existe más de un opuesto a un concepto o forma de ser en el mundo, desde la perspectiva Jungiana esto queda implícito en los conceptos de máscara y sombra del individuo, formando juntos la unidad. El conflicto intrapersonal supone choques entre las propias polaridades oscuras y luminosas, y operan como si fueran dos personas dentro del individuo, y generalmente el conflicto intrapersonal se representa también como conflicto interpersonal, cuando el sujeto ve en otros sus propias características negativas (Ginge, 2005; Zinker, 2006).

Para explicitar el conflicto intrapersonal e interpersonal de la paciente se utilizaran las polaridades que se han encontrado a través de las dinámicas realizadas, es así como se sintetiza en la siguiente tabla:

**TABLA 7. Polaridades de las dinámicas.**

Con su patrón disfuncional-negativo se contamina	Con su patrón funcional sano-positivo se limpia
Pequeña	Grande
Evitar	Enfrentar
Acelerada	Tranquila
Inseguridad- Temor	Seguridad
No defender	Defender
Frío	Cálido-Hermoso
Fuerte	Débil
Pasiva/agresiva- Corrupción- Destrucción	Asertividad
Oscuro	Colorido-Alegre
Enfermar	Sano
Falta de respeto	Respeto
Sin compromiso	Compromiso-Trabajar
Aislada	Salir

**Fuente: Autoría propia.**

Su patrón disfuncional el cual la contamina, se conforma por un mal manejo de la hostilidad, mostrando su tendencia pasiva-agresiva de destrucción pues la contaminación que refiere como violencia y corrupción siendo sinónimo de enojo, no defenderse, evitar, faltarse al respeto y no comprometerse, es la manera de expresar que no existe un animus bien integrado que enfrente y de estructura, para salir y descubrir, ya que vive acelerada, aparentando ser fuerte y sobre comprometida con los demás, sintiéndose sola, sin valor, desgastada, incapaz, con miedo, insegura, perdida y pequeña, volviéndose fría, aislada, callada, oscura y en negación con ella misma, dando siempre una buena apariencia, una falsa imagen de tranquilidad, estabilidad y fortaleza lo cual la ha llevado a enfermar.

A pesar de su grave estado de salud sigue esforzándose y preocupándose por su familia ocupándose en actividades, planeando y trabajando para dar, ayudar, atender y cuidar de los otros, siendo excesivamente tolerante y responsable, evadiendo sus deseos, necesidades, emociones y sentimientos al no expresar, no defenderse, no poner límites, ser poco sensible, seca, fría, distante para ella misma y dejándose sin amor, en desconsuelo, sin compromiso ni importancia y por lo tanto abandonándose, enfermándose y permitiendo la invasión psicológica y física de la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Las cualidades que necesita encarnar de su patrón sano para limpiarse, serían parte de su tratamiento, sin embargo, todo lo bueno que tiene que retroflectar lo protoflecta, quedándose sin lo mejor de sí misma, es decir, con toda la contaminación, lo negativo y toxico, siendo muy comprometida y cuidadora de los otros pero totalmente descuidada y sin compromiso con ella misma, siendo muy responsable afuera e irresponsable adentro.

## **Discusión y conclusiones**

La mayoría de los investigadores se han apoyado tradicionalmente en la estadística, en los datos obtenidos y analizados a través de métodos cuantitativos, sin embargo, la metodología cualitativa ha demostrado ser efectiva para estudiar la vida de las personas, la historia y las cuestiones sociales, teniendo como objetivo la comprensión de particularidades y significados para tratar de descubrir los procesos y patrones inmersos en los eventos observados, por lo que en años recientes investigadores de distintos enfoques y posturas se han interesado cada vez más en los enfoques cualitativos, estudiado la percepción de la enfermedad desde los profesionales de la salud y desde los propios pacientes, lo cual implica retomar la experiencia humana, es decir, la perspectiva cualitativa fenomenológica que permite entender el mundo del sujeto desde el propio sujeto, permitiendo así en esta investigación una aproximación al problema para lograr una intervención psicológica exitosa en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).

### **Crecimiento prematuro / inversión y sustitución de roles**

- La paciente creció prematuramente asumiendo responsabilidades desproporcionadas a su edad y madurando rápidamente desde la edad de 8 años al hacer inversión de roles con su madre llevando las labores del hogar, posteriormente siendo ella la mayor a los 10 años se da la sustitución de roles ya que se vuelve mamá de sus hermanas por el cuidado filial, a los 17 años regresa la inversión de roles tomando el papel de papá al trabajar y proveer económicamente a su familia, sin embargo, se le diagnostica la enfermedad renal sin causa alguna por lo que es dializada para después ser trasplantada por su madre a los 22 años, a causa de esa cirugía su madre fallece y se queda al cuidado tanto de sus hermanas como de su padre haciendo sustitución de roles, siendo protectora y proveedora de su familia, mientras su padre jugaba un rol periférico, ausentándose en el trabajo o en el alcohol, hasta los 39 años sigue la sustitución de roles al trabajar para sacar adelante a su familia, sin embargo, presenta un rechazo del riñón trasplantado por lo que regresa al tratamiento sustitutivo renal lo cual le impide seguir trabajando y la obliga a descansar y a darse tiempo para su tratamiento renal. La paciente menciona “la tormenta más fuerte ha sido la pérdida de mi mamá es la peor que haya enfrentado, tuve que evitar el dolor para que no se

contagiara mi familia y trabajar para sacarlos adelante, esos si son momentos de tormenta, hasta que todo se va acomodando con el tiempo, todos maduran y crecen, y yo sigo dando todo lo que puedo por mis hermanas”.

- Es cada vez más común ver el crecimiento prematuro en la temprana infancia por sustitución e inversión de roles, ya que tiene serias implicaciones psicológicas en el niño, alterando su desarrollo natural y funcional (Shaffer, 2007), jugando el papel de madre, padre o del hermano mayor aunque cronológicamente no lo sea, sin embargo, clínicamente esto es uno de los factores más importantes para desarrollar problemas degenerativos, en este caso en particular se dio por ambos lados ya que es la hermana mayor y tomo el papel de padre y madre del sistema familiar.
- La paciente tuvo que renunciar a la necesidad de afecto para ser entrenada en el cuidado y atención de los demás, aprendiendo desde los 8 años a proflechar y retroflechar, es decir, a dar y entregar lo mejor de ella a otros y quedarse únicamente con las cuestiones negativas para sí misma, y cuando las necesidades de afecto no son satisfechas en la temprana infancia entonces se presenta un narcisismo patológico, lo cual quiere decir que para bien o para mal tiende a ponerse en el centro de las situaciones, queriendo ser el ombligo del mundo y la que resuelve todo, por lo que se confirma y describe el patrón que desarrollo y sigue llevando a cabo para dañar su riñón ya que no diferencia y no filtra entre lo que es bueno y malo para sí misma y para su cuerpo.
- El juramento que le hizo a su madre, de cuidar y sacar adelante a su familia, es lo que ha contribuido a su enfermedad renal crónica, ya que ella siempre ha estado con su patrón de lucha por los demás, tomando el papel de padre, siendo proveedora económica, dominante al organizar el sistema familiar, la que ordena, disciplina y supervisa y el papel de madre al escuchar, aconsejar, comprender, cuidar, dar amor y cariño a los miembros de su familia, presentando una hiperresponsabilidad hacia los otros, encargándose y sacrificando sus

necesidades por las de su familia y sintiéndose responsable de la felicidad de su padre y hermanas.

- Su patrón de lucha se relaciona con la dinámica de la emoción que evita al ser el animal-gato refiere tener frente a la vida una actitud de lucha por seguir viviendo: “me ha tocado perder a mi mamá y no me puedo quedar triste, tengo que salir adelante y cuesta trabajo asimilar la enfermedad y aprender a vivir con ella, como llevar una familia y adaptarme a las circunstancias”, también se relaciona con el simbolismo del árbol-ahuehuate de la dinámica del HTP ya que representa en la historia de México un gran símbolo de lucha, es resistente a las plagas, aguanta y soporta sequias fuertes y precisamente esto ha sido lo que ha contribuido a su enfermedad renal crónica, ya que ella siempre ha estado en lucha para salir adelante y seguir viviendo para los demás.
- Reitera en la historia clínica lo importante y significativo que es para ella el haber sido la proveedora y cuidadora de su familia, al darles estudio a sus hermanas y verlas realizarse tanto profesional como personalmente, también se relaciona con la dinámica de la emoción que evita al ser el árbol de limón ya que refiere que se siente agusto, feliz y contenta, con ganas de echar raíz en donde tenga que plantarse y que sus hojas cubran a quien quiera protegerse del sol dando aire puro y frescura, por lo que siendo el árbol un símbolo masculino ella sigue queriendo ser el árbol ya que ha echado raíz para plantarse en la vida de los demás, protegiendo a toda su familia, dando aire-aliento y frescura, por lo que tal situación la hace sentir feliz y contenta, sin embargo, por proteger a los demás, ella misma se deja desprotegida y descuidada.
- Según Richardson y Richardson (1999), el perfil de los hermanos mayores es ayudar en el cuidado de los hermanos menores actuando casi como sus segundos padres “adultos en miniatura”, esforzarse por ser buenos o perfectos, renunciando a sus propios deseos y priorizando el de los demás, son serviciales y trabajadores para así ser aprobados,

admirados, respetados, reconocidos y recompensados, asumiendo responsabilidades de los otros, siendo generosos, sacrificándose y excediéndose en compromisos más allá de sus posibilidades, siendo los guardianes del sistema, todo esto para buscar seguridad, aliento y la necesidad de ser aceptado, por lo que desde la edad de 8 años la paciente apoyaba a su madre en las labores del hogar y posteriormente a los 10 años cuidaba a sus hermanas.

- Por otro lado Schierse (2005), menciona que la figura de la amazona es una mujer que se identifica inconscientemente con características de lo masculino, ya que al tener un padre negligente e irresponsable, es decir, que no estuvo presente emocionalmente para su hija, ésta lo rechaza y reacciona en su contra asumiendo una identidad masculina de fuerza y poder, renunciando a la capacidad de relacionarse de forma amorosa (cualidad de lo femenino) en lugar de integrar los aspectos masculinos que podrían fortalecerla como mujer, es así que la paciente siendo la hermana mayor y teniendo el perfil de amazona al tener un padre ausente, creció prematuramente, haciéndose responsable de los demás siendo padre y madre del sistema familiar, lo cual fue un punto importante que contribuyó a su enfermedad renal crónica degenerativa (Escala 5 alta del MMPI).
- Se describe como una persona que le gusta la sinceridad tratando de ser transparente y una de las cosas que no puede perdonar es que se rían de ella, también refiere que una ventaja de tener problemas es madurar rápidamente y valorar más las cosas, sin embargo, consigo misma no es sincera, ni transparente, burlándose y evadiendo sus necesidades en favor de los demás, y lo que considera como ventaja es precisamente su problema, ya que el haber madurado prematuramente, tomar roles, decisiones y responsabilidades desproporcionadas a su edad fue un factor importante que contribuyó a su enfermedad renal crónica degenerativa. Se relaciona con el árbol de limón de la dinámica de la emoción que evita, a mencionar que: “al igual que el ser humano cuando tiene problemas, el árbol necesita las inclemencias del tiempo como son las estaciones del año para madurar y salir adelante, así tendrá tormentas y sequías lo cual lo hará crecer y madurar”.

- En la historia clínica describe a su padre como responsable, luchador, sensible pero a la vez fuerte de carácter y en la dinámica de ciudades y gobiernos refiere que el gobierno de la ciudad ideal da toda oportunidad a los jóvenes para estudiar y trabajar para tener una mejor calidad de vida en donde resalta la paz, tranquilidad, el cuidado por el agua, los árboles y su gente, sin embargo, al mencionar al peor gobierno, de manera simbólica lo describe como ambicioso, interesado, sin atención, sin importancia, ni compromiso, que da poco, exigente, corrupto, desorganizado, sin límites, frío, poco sensible, árido, seco, con poco respeto, perdido e incapaz de pertenecer a la trascendencia y el ejemplo, por lo que presenta una idealización por su padre, evadiendo la realidad y el papel periférico que tomo hacia su familia ya que nunca tuvo interés en la educación de sus hijos.
- La paciente tuvo un padre que no dio estructura para una construcción sana de su familia, no puso reglas, poco sensible, no dio el ejemplo y tampoco mostró un modelo de valentía, por lo tanto si el padre no hace su función, no hay orden, reglas, normas, ni estructura en casa ni en los integrantes de la familia, describe a un gobierno con poco respeto por el ser vivo, por la juventud, sin calidez ni esperanza, un gobierno tan perdido, como el que no tiene una brújula, sin embargo, ella misma al estar confundida con los demás y tratando de remediar tal situación familiar al cuidar de su padre, hermanas, darles una mejor calidad de vida y oportunidad de estudio, también pierde su brújula y dirección de ella misma.
- En la dinámica de la emoción que evita, al ser el árbol de limón refiere que ve al mundo poco comprometido para cuidar de un árbol, ya que hay personas que no les importa y son agresivas ante lo que tiene vida, menciona que siempre habrá quien esté en esa lucha de preservar la vida de un árbol que es tan hermoso y que ilumina siempre con su color un hermoso paisaje, con una actitud frente a la vida de compromiso, de ser alguien para luchar por algo y por alguien, de salir adelante siempre en todo momento y enfrentarse para vivir y seguir en cualquier lugar que tenga que crecer, por lo que se reitera su patrón de lucha y compromiso para los demás, como lo menciona “luchar por algo o por alguien”, no para ella misma.

- De acuerdo a Corneau (1991), el padre debe fungir como modelo de rasgos masculinos, enseñando a sus hijos por medio del ejemplo a defenderse, a saber controlar lo controlable y poner orden, externa e internamente, se relaciona con la figura masculina que representa al animus, el cual es el ejemplo adecuado de una hostilidad sana, pues el padre ayuda al hijo a construir una estructura interna (orden), su presencia permite al niño el acceso a la agresividad entendida como afirmación de sí, la capacidad para defenderse y el sentido de la exploración, carecer del padre es carecer de espina dorsal (estructura interna), la identidad psicológica de un individuo se basa en su sensación de tener una espina dorsal y de sentirse interiormente apoyado, sin embargo, al ser el padre imagen del arquetipo masculino, este se busca toda la vida y se encarna como se puede, creando distorsiones con lo que en realidad debería ser la parte masculina de cualquier individuo.
- En la vida de la paciente no existió un animus sano, es decir, un modelo adecuado de una hostilidad sana, ya que no se encuentra bien estructurada (puntaje T de afirmatividad), presentando pocos recursos psicológicos para enfrentar y resolver problemas personales, sin embargo, es buena resolviendo problemas de los demás, se relaciona con su trabajo como soporte técnico, evaluando las situaciones del cliente, dando asistencia, apoyo, ayuda y resolviendo problemas de los usuarios, siendo estas actividades las mismas que hace en el sistema familiar ya que da soporte a los demás menos a ella misma, por lo que corresponde con la función del padre al dar estructura, forma o soporte.
- En la dinámica del HTP y de ciudades y gobiernos refiere el arquetipo paterno al describir a la persona y al gobierno ideal, ya que es una figura emergente que muestra la necesidad de encontrar a ese padre, esa figura que da estructura, al guía y modelo que ayuda a integrar la hostilidad como valentía y atrevimiento, describe a la persona como sociable, hogareño, alegre, optimista, noble, que se preocupa por los demás, no es agresivo, es serio, tranquilo, calmado, cauteloso, observador, buen padre, esposo, hijo, compañero de trabajo, que no toma demasiado, con buenos modales e interés por su familia y por la educación de sus hijos, y en el gobierno ideal refiere un gobierno preocupado y comprometido por tener



limpia su ciudad, por vigilar sus calles, por cuidar el agua, por la educación y el trabajo de su gente, un gobierno limpio, honesto y que establece horarios.

- En la descripción anterior la paciente también se describe a ella misma, ya que ella tomó el papel de padre por lo que es posible ver la forma en que trató de encarnar al padre ideal, lo cual contribuyó a su problema renal, refiere a una persona responsable, preocupada y comprometida, que cuida, vigila y trabaja para tener una mejor solvencia y ayudar económicamente para que ver a su familia realizada, tiene un oficio de sistemas por lo que se dedica atender y guiar a los usuarios siendo así muy servicial, responsable, sin ningún defecto, que se preocupa y está al tanto de los demás.
- El ánima es una personificación de todas las tendencias psicológicas de lo femenino en la psique, tales como lo receptivo, lo pasivo, lo cóncavo, las emociones, estados de humor, intuiciones, captación de lo irracional, capacidad para el amor personal, sensibilidad para la naturaleza y la relación con el inconsciente, transmitiendo los mensajes vitales del sí mismo (Grecco, 1995; Jung, 1964).
- La figura femenina que representa un ánima sana, no existió en la vida de la paciente, pues presenta una idealización por su madre al describirla en la historia clínica como comprensiva, amorosa, cariñosa, compañera, consejera, amiga, y en la dinámica de ciudades y gobiernos de manera simbólica al mencionar a la ciudad ideal la describe como tradicional, tranquila, colorida, honesta, cálida, con paz, amable, hospitalaria, esplendorosa, con naturaleza, limpia, ordenada, organizada, alumbrada, que convive, y en la dinámica de la emoción que evita al ser el animal-gato refiere que ve al mundo siempre, grande, inmenso, con cosas para descubrir, con vida y que envuelve, en general las características que refiere reflejan a la madre ideal que protege, cuida y abriga.

- En la descripción que hace de la peor ciudad, menciona de manera simbólica a su madre como acelerada, contaminada, ruidosa, irrespetuosa, con poca atención, cruda, sin calma ni cuidados, refiere una ciudad a donde se ha perdido la ingenuidad y la inocencia, que fue precisamente lo que ella perdió por crecer prematuramente, refiere que para evitar la contaminación demográfica las familias piensen en tener pocos descendientes para darle a sus hijos una mejor calidad de vida por lo que también para ella la contaminación es la cantidad de personas de una familia, siendo un dato importante ya que la paciente proviene de una familia numerosa siendo también la hermana mayor y se asocia con el nombre de su ciudad ideal-Pueblo Chico en donde no hay contaminación, es colorida y está llena de mucha riqueza.
- Al no tener un ejemplo sano de anima, influye en el reconocimiento y manejo de las emociones, lo cual es uno de los problemas de la paciente, pues cuando se da una sustitución de roles suele existir un conflicto entre lo intelectual y lo emocional, con tendencia a la intelectualización, menciona en la dinámica de ciudades y gobiernos que le reclamaría al urbanista de la peor ciudad su crueldad y ambición por el dinero y perder la reservación natural al destruir las áreas verdes por lo que de manera simbólica describe que su madre fue ambiciosa, cruel y destructiva, sin embargo, al tenerla idealizada no se permite ver tal situación, a lo largo de las dinámicas la paciente hace hincapié en la importancia de la educación, de los principios morales, del cuidado de la naturaleza, del respeto de todo ser vivo, del agua, siendo el agua vida y alimento, habla mucho de áreas verdes, de frescura, que es precisamente lo que perdió dejándose como un ser sin vida al estar al cuidado de la vida de los demás.
- De manera simbólica en la dinámica de la emoción que evito al ser el animal-gato describe la personalidad de su madre y la de ella misma, al referir que aunque el gato sea un animal doméstico no es de su agrado ya que su pelo ocasiona alergias e infecciones, mejor de lejecitos, solo procrean y se van, rasguñan, lastiman, no son aseados, miran de una manera fea, maúllan y son huraños, por lo que de manera general se describe una personalidad

agresiva, ausente, con rechazo y huraño al ser insociable, evasiva y retraída consigo misma y todo lo contrario para los demás ya que es amable, sociable, atenta y gentil.

- Como describe anteriormente en el símbolo del gato que solo procrean y se van, su madre hacia lo mismo ya que solo procreaba y la dejaba al cuidado de sus hermanas, por lo que ella tomo el papel de madre de sus hermanas, es así como lo que en su mamá está mal en ella estaría bien, sin embargo, la paciente solo ve el lado negativo del gato, que simbólicamente es un animal de pecado, malicioso, de mal augurio, representa la sequía, el caos, oscuridad, muerte, desconfianza y el servidor de los infiernos, pero en el sentido positivo significa la fuerza, agilidad, protección, sabiduría superior, prudencia, la beatitud del mundo animal que sería la paz espiritual, tranquilidad y felicidad, tiene siete vidas, constituye cualidades mágicas, encantos poderosos y clarividencia (Chevalier,1986), es así que la paciente se queda con lo negativo de cada símbolo, evadiendo el lado positivo y funcional de cada uno para adoptarlo en su vida.
- Existe una gran idealización de sus padres y en general de la atmosfera familiar al describir en la historia clínica una infancia feliz, recuerdos bonitos de su vida, en general muestra una convivencia sana, dando una buena apariencia de tranquilidad tomando el papel de protectora y proveedora de su familia, esto como evasión de las experiencias desagradables, el ambiente hostil o agresivo y el sufrimiento en el cual creció durante su niñez al ser reprendida desde los 8 años con palabras y golpes si se portaba mal (a pesar de todo lo que hacía), con un padre alcohólico que nunca se acercó a ella ni a sus hermanas y al morir su madre se escondió en el vicio dejando en el abandono a su familia; tal situación del ambiente familiar fue el caldo de cultivo para el desarrollo de su enfermedad renal.
- En la dinámica de ciudades y gobiernos menciona de manera simbólica al describir la convivencia con los ciudadanos de la peor ciudad como es la convivencia entre su familia y como es con ella misma, refiere que es poco amable, sin interés ya que algunas personas

son aisladas, distantes, calladas y otros ciudadanos son ruidosos, interesados por sus propias convicciones y poco comprometidos por ser mejores, también refiere que la sensación y emoción de vivir en esa ciudad es de desconsuelo, por la contaminación, el ruido, el aceleramiento, la basura, la falta de respeto, los problemas sociales, la poca educación y los principios morales que se han perdido, por lo que la paciente quiso poner todo lo que se perdió, los principios morales, el respeto, la educación, es decir, limpiar la contaminación familiar.

- Al hacer la descripción del árbol en la dinámica del HTP, refiere un ahuehuete, que necesita quitarse las hojitas más maltratadas para que dé estructura, ya que está creciendo de más, por lo que ella quiso crecer lo que no creció su papá, buscando esa estructura, esa guía, ese modelo que ayuda a integrar la hostilidad como valentía y como atrevimiento y que ella encarnó siendo como el padre ideal para su familia, no para ella misma, siendo esta situación un factor importante que contribuyó al desarrollo de su problema renal.
- La tarea de la paciente y de cualquier individuo que haya sufrido ausencia paterna es la de despertar la agresividad oculta en sí misma, pero con la plena participación del mundo de los sentimientos y emociones; es dejar de exigir al padre externo lo que no pudo ni puede dar y aprender a paternarse, convirtiéndose ahora como adulta en el padre que le hubiera gustado tener (Corneau, 1991; Jung, 1964), el cual describe en la dinámica de ciudades y gobiernos al referir a un gobierno y en la dinámica del HTP al mencionar a la persona, refiriendo cualidades como honesto, preocupado por la educación, comprometido, que cuida, vigila, sociable, hogareño, que no toma alcohol, con buenos modales, trabajador, responsable, optimista, noble, serio y tranquilo.

## Dependencia afectiva e instrumental

- Presenta dependencia, idealización y necesidad de apoyar a su familia, por lo que muestra una falta de diferenciación, es decir, se confunde con los demás (confluencia, por lo que surge la protoflexión), ya que trata al otro como le gustaría ser tratada, se deja utilizar por los demás por miedo al rechazo, a la soledad, a la pérdida de afecto y por miedo a que la dejen de querer, no se quiere, por tal motivo no expresa sus molestias y tolera excesivamente, por lo que no defiende sus derechos ni pone límites (se relaciona con la Escala 3↓ del IBT, Cuadrante IV de afirmatividad, Inventario de temores-tercera categoría referente a la pérdida de afecto, Historia Clínica- siempre muestra interés por el bienestar de su familia y Escala 8↑ IBT-dependencia instrumental, no se siente segura y necesita ayuda o consejos de los demás para tomar decisiones).
- Es una persona pasivo dependiente, no se siente capaz de hacer las cosas para ella misma, no tiene una buena integración de la figura paterna, muestra una gran dependencia instrumental para tomar decisiones, ya que no se siente segura, no se afirma, nunca pide lo que quiere y necesita, por lo que pierde identidad, siendo muy exigente, impaciente, demandante de atención y afecto, caprichosa e infantil, también muestra dependencia afectiva hacia su familia, frustrando sus propias necesidades y deseos por dar excesivamente a los otros, se relaciona con la dinámica de ciudades y gobiernos al llamar a la peor ciudad como “la ciudad pérdida”, ya que ella misma se encuentra así al confundirse con los demás priorizando el cuidado de su familia y olvidando sus propias necesidades y deseos.
- Espera demasiado de la vida, de la gente y de las situaciones, a pesar de su enfermedad terminal, menciona en la historia clínica que espera emprender un negocio para apoyar a su familia, espera que su familia siempre este llena de grandes logros, espera apoyo, respeto, cuidados, lealtad, sinceridad, sensibilidad, consejos, comprensión, ser escuchada, que no la lastimen y que no se burlen de ella, sin embargo, se queda esperando por no

pedirlo ya que su perfil de fuerte y de buena apariencia no se lo permite, su principal característica es la agresividad y el atrevimiento, pero para los demás ya que es pasiva para ella misma cuando en realidad hace muchas cosas y por iniciativa personal para los otros (se relaciona con la Escala 5<sup>↑</sup>, 4<sup>↑</sup>, y 8<sup>↑</sup> del IBT y 3<sup>↑</sup>5<sup>↑</sup> del MMPI).

- Es líder, pero se sobre carga de responsabilidades y actividades que no le corresponden, todo esto por la necesidad de afecto, aprobación, reconocimiento y dependencia, las cuales no fueron cubiertas en su infancia, se relaciona con la dinámica de la emoción que evita al ser el árbol de limón y reclamar al mundo que no tiene ese amor por lo verde, por una mejor vida para los niños y jóvenes, que tiene falta de amor a la tierra para el cultivo, por lo que reitera mucho la falta de amor y precisamente son las carencias afectivas que tiene con ella misma y que no tuvo de sus padres (Escala 0<sup>↓</sup> del MMPI y 1<sup>↓</sup>2<sup>↑</sup> del IBT - aunque la escala 1 está por debajo de la media y muestre que no depende de la aprobación de los demás, la paciente niega su necesidad de afecto tratando de dar una buena apariencia, confunde afecto con admiración, tiene la necesidad de reconocimiento y de sobresalir para ser vista por lo que está en todo y para todos).
- Muestra una gran actividad como defensa conductual, por lo que sus impulsos no están deprimidos se encuentran activos ya que tiene mucho coraje y valentía pero para los demás, sin embargo, menciona como sensación física placentera descansar lo cual no hace y es lo que necesita (Escala 4<sup>↑</sup> y 9<sup>↑</sup> del MMPI), describe en la historia clínica que su talento es organizar un evento, fiesta o grupo, siendo extrovertida y muy buena colaboradora social, con una gran capacidad de planeación y organización para los demás, pero no para ella misma ya que es muy introvertida y con dificultad para planear y organizar su propia existencia (Escala 0<sup>↓</sup>, 3<sup>↑</sup>, 5<sup>↑</sup> del MMPI y 6<sup>↓</sup> del IBT), no se afirma, no expresa lo que quiere, por lo que pierde identidad siendo pasiva para ella misma cuando en realidad hace muchas cosas y por iniciativa personal para los otros (Puntaje total de asertividad <sup>↑</sup>).

## Personalidad evasiva

- La paciente presenta una personalidad evasiva, al minimizar y no enfrentar sus problemas, ignorando y reprimiendo sus emociones, sentimientos, pensamientos y necesidades en favor de las de su familia (Desensibilización), se relaciona con la personalidad tipo “C”<sup>5</sup> al referir en la historia clínica que trata de no pensar en que está enferma porque no le ayuda en nada, que la forma en que pudiera ayudarse pero no lo hace es salir a pasear y ver programas que la hagan reír y que cuando esta triste pone música para que se le pase el momento tratando de no pensar en lo que le provoca tristeza, buscando la forma de estar siempre en movimiento, haciendo cosas y ocupándose de todo (Escala F↓ del MMPI).
- Reitera que trata de no pensar y termina pensándolo todo por los demás, siendo así muy racional y resistente al dolor tanto físico como emocional desplazando en su cuerpo en forma de síntomas y temores todo lo que no quiere sentir, menciona en el inventario de temores, miedo a las heridas abiertas y al ser operada ya que ahí está verdaderamente su vulnerabilidad y fragilidad, y en la historia clínica describe como sensaciones físicas cansancio, mareos, dolores de cabeza, tensión muscular, problemas de la piel, hormigueos, entumecimiento, fatiga y sudoración excesiva, los cuales son síntomas de la enfermedad renal que manifiestan en su cuerpo el cansancio y abandono que ha tenido al olvidarse de sus propios cuidados y necesidades.
- Niega la dependencia y necesidad de afecto que presenta hacia los demás (Escala I↓ IBT), sus mecanismos de defensa son la negación y represión los cuales contribuyen a la canalización somática, al no aceptar sus problemas no los atiende y se acumulan como las toxinas en su cuerpo, intenta negar el sufrimiento, preocupación y ansiedad la cual según

<sup>5</sup> Personalidad tipo “C”: Describe a aquellas personas que tienden a negar sus sentimientos, reprimir sus emociones, poco asertivas, se someten a los deseos de los demás sin tomar en cuenta los propios, tratan de mantener una apariencia calmada y positiva, son incapaces de expresar su ira, son pacientes, amables, cooperadoras, se preocupan extremadamente por complacer a los otros para ser aceptadas, no suelen quejarse, tienden a la autocritica y a culparse a sí mismas. Suelen haber tenido infancias difíciles, dolorosas, con humillaciones y necesidades insatisfechas, por lo que han aprendido a reaccionar con este patrón de comportamiento (Vinaccia, 2003).

Kierkegaard (1979) es energía vital bloqueada y vivir en dualidad (se relaciona con la personalidad de la paciente, ya que bloquea su energía al no expresar sus molestias, siendo sumisa, tolerar demasiado, permitir el abuso, no poner límites y no defenderse), dando siempre una buena apariencia de tranquilidad, estabilidad y fortaleza para no generar problemas a los otros, mostrándose como una persona virtuosa, piadosa y respetuosa (L↑ del MMPI, Historia Clínica- se describe como sincera, perseverante, optimista, inteligente, honesta, segura, responsable y leal).

- Existe defensividad intelectual, es decir, mecanismos racionalizadores que utiliza para minimizar, negar, evadir sus problemas, sus propias fallas, las situaciones desagradables y la importancia del pasado en su presente, con una actitud defensiva y auto justificadora (Escala F↓, K↑ del MMPI y Escala 9↓ del IBT), tanto consiente (L) como inconscientemente (K), siendo muy inconsciente de su salud al evadir la gravedad de la enfermedad (Escala 6↓ del MMPI), se relaciona con la dinámica de la emoción que evita al referir que el símbolo de la noche de luna llena lo quiere guardar en su mente y junto a su memoria (Escalas 7↓ del MMPI-negación de su propio sufrimiento y Escala 2↑ del IBT-personalidad autoexigente, rígida, racional con un predominio de lo intelectual y una falta de integración de lo afectivo).“El hombre occidental se ha identificado más con su razón y ha alienado sus facultades sensoriales y afectivas” (Castanedo, 1997).
- Describe en la historia clínica que una madre debería de estar informada sobre los cuidados de alguna enfermedad que tenga su hijo, un padre debería siempre apoyar en labores de la mamá, un verdadero amigo debería de acompañar en momentos difíciles y una de las formas en la que la gente la lastima es cuando se burlan por su cuestión de salud, sin embargo ella hizo propias las conductas aprendidas de sus padres, ya que no se cuida, no se apoya ni se acompaña en los momentos difíciles que se encuentra, burlándose de su estado de salud, evadiéndose al no querer pensar en su enfermedad y brindando a los demás cuidados, apoyo y acompañamiento que ella misma necesita (su mecanismo de defensa es la proyección tanto de ser burlada o engañada).



### **Mala integración de la hostilidad-retroflexión**

- La paciente presenta una mala integración de la hostilidad, se contiene mucho por lo tanto existe canalización somática de conflictos hostiles no resueltos (la enfermedad renal crónica), esta ligeramente en contra de las reglas, pero por miedo a perder el afecto o a ser rechazada, tolera la frustración aunque se vuelva cada vez más intolerante, lo que confirma una expresión pasiva-agresiva, intrapunitiva o retroflectiva de la hostilidad, ya que como instinto básico no está integrada y tiende a la agresión (Puntaje R>A de afirmatividad, Cuadrante IV de Afirmatividad y Escala 3↑4↑ del MMPI).
- Presenta rasgos de desconfianza y una actitud rígida consigo misma, tienden a ser obstinada y perfeccionista, es inconsciente de sus rasgos y llega a negarlos, existe preocupación corporal, sin embargo, para la fase terminal en la que se encuentra de la enfermedad renal no tiene conciencia de su gravedad ni preocupación corporal y rechaza la idea de factores psicológicos concomitantes (Escala 1↑ del MMPI), describe en la historia clínica que la manera en que manifiesta su enojo es estando seria y tranquila por lo que no sabe integrar ni canalizar esta emoción es así como tiende a la agresión por represión de la hostilidad (Cuadrante II de Afirmatividad, Escala 4↑ del IBT- manejo del enojo, contacta la hostilidad pero la retroflecta).
- En el Inventario de temores muestra como mecanismo de defensa la proyección de su enojo y mal manejo de la hostilidad, desplazándolo en sus principales miedos: una persona amenazando a otra, gente con apariencia de maleante, gente fea y ver pelear, es así como la paciente puede responder a estímulos mínimos de manera desproporcionada y su descarga o ataques de hostilidad serán impredecibles y fuera de contexto, además la harán sentir culpable (Escala 6↓ del MMPI), sin embargo, es una persona que se reprime y retroflecta pero no explota.

- En la dinámica de isomorfismo de laboratorios clínicos, los elementos químicos más relevantes en la paciente son la urea, la creatinina y el ácido úrico, ya que al estar en niveles altos en la sangre determinan el daño renal, que en una relación analógica o isomorfa son productos de desecho del metabolismo o toxinas las cuales no pueden ser depuradas por el riñón, y se relacionan con una personalidad agresiva, destructiva, con enojo u odio crónico, por lo que se confirma nuevamente que la paciente no integra su hostilidad y la retrofecta.
- El riñón tiene la función de filtrar los productos de depuración o toxinas del organismo, sin embargo, al presentar la enfermedad renal, el riñón ya no realiza tal función por lo que los elementos de desecho contaminan el organismo de la paciente al no ser depurados por el órgano excretor, que a nivel psicológico las toxinas son la ansiedad (energía vital bloqueada), el enojo y la tristeza, que se vuelven veneno, al no hacer contacto, retroflectar, no descargar, no utilizar su capacidad de defensa del ser, al vivir en ansiedad y negar sus problemas, por lo que estos últimos crecen y se acumulan como las toxinas, quedando contaminada e intoxicada, llegando a niveles peligrosos para la salud física y emocional.
- Al describir en las dinámicas a la contaminación como violencia, aceleramiento, corrupción, ruido, basura y falta de respeto, la paciente refiere la situación en la que se encuentra ya que se queda contaminada, al no desechar ni descargar sanamente sus emociones, somatizando la hostilidad contenida en lugar de expresar sus molestias, reclamar, defender sus derechos y poner límites, cabe mencionar que al vivir en un ambiente de violencia, hostilidad y de agresión suprimió sus habilidades de defensa y protección del ser, por tal motivo la hostilidad como instinto básico no está integrada, ya que la hostilidad del ambiente familiar fue mayor por lo que no se atrevió a poner límites (se relaciona con R ↑ y el cuadrante IV de Afirmatividad, Escala 1,3,4 ↑ del MMPI).

## Recursos psicológicos

- Es una persona con pocos recursos psicológicos para enfrentar, resolver problemas interpersonales, siendo evasiva, negando, minimizando y ocultando sus conflictos, presenta poca estructura, niveles altos de ansiedad (aunque negada), tendencia a la depresión (enmascarada), es introvertida, con poca capacidad para darse cuenta, luchar y defender sus derechos (Puntaje T ↑ de asertividad), no pone límites, es sumisa, se contiene mucho por lo tanto hay una canalización somática (la Enfermedad Renal Crónica).
- En la dinámica de la emoción que evita al ser el color negro la paciente menciona que se siente sola, como león enjaulado, aislada, alejada, pequeña, sin valorar la salud hasta que deja de existir y se destruye, por lo que tomando en cuenta la etimología de la palabra existir viene del latín *existere* –aparecer, emerger y ser, se compone del prefijo *ex* -hacia afuera y el verbo *sistere* -tomar posición, lo cual quiere decir que biológicamente se vive y psicológicamente se existe, por lo que la paciente tan solo vive, más no existe, y se confirma en la elevación de la escala K del MMPI y en el déficit de asertividad al no expresar ni defender su ser, quedándose en la posición de enjaulada, aislada y alejada de ella misma al reprimir sus emociones y sentimientos, al ser evasiva y destructiva con su situación de salud, por lo que no se permite salir de su propia jaula.
- Se describe en la dinámica de isomorfismo de laboratorios clínicos que los electrolitos como el sodio, potasio, cloro, calcio y fosforo, ayudan a controlar el equilibrio interno de líquidos en el cuerpo, metafóricamente representan una personalidad reguladora, pasiva y tolerante, por lo que se relaciona con la personalidad de la paciente al no expresar sus molestias, siendo sumisa, al perdonar errores ajenos, tolerar demasiado, permitir el abuso, no poner límites, no defenderse, dejarse utilizar y confundirse con los otros (Confluencia), todo esto por miedo al rechazo (Inventario de fobias: miedo a ser rechazada) y a la pérdida de afecto, por lo que tolera la frustración aunque se vuelva cada vez más intolerante teniendo así un manejo pasivo agresivo de la hostilidad (Escala 3↓ y 4↑ del IBT).

- Uno de los recursos principales son las habilidades de defensa y protección del ser, siendo la valentía la cual impulsa para enfrentar y defenderse, sin embargo, la paciente no presenta tales habilidades al no expresar sus molestias, no reclamar, no defender sus derechos ni se poner límites, presenta una autoeficacia disminuida, cree que las cosas son controlables, pero no tiene los recursos para controlarlo ya que están en potencia para sí misma pero activos para los demás, se establece metas elevadas, aspira a más de lo que sus recursos y habilidades psicológicas le pueden dar, ya que a pesar de su enfermedad quiere emprender un negocio, es así como sus aspiraciones implican sólo el soñar despierta, fantasear e idealizar ya que sigue viviendo para los demás y evadiendo la responsabilidad de sí misma (Historia Clínica, Escala 10, 7, 2 ↑ del IBT).
- La paciente presenta miedo al fracaso, a cometer errores, con sentimientos de inferioridad, busca realizaciones excelentes y el deber ser, siendo autoexigente, rígida, obstinada, observadora, perfeccionista y racional, con un pobre manejo de sensaciones y emociones por lo que pierde asertividad (Escala 2↑ del IBT, Escala 6↓ del MMPI, Personalidad “C”), teniendo que la afirmatividad se relaciona con el concepto de individuación, término acuñado por Jung, quien lo denota como la última meta del desarrollo humano, ser lo que uno es en un proceso de totalización (Sharp, 1997), por otro lado la Gestalt habla de la autoactualización en donde se aprende a ver los aspectos negados e integrarlos al repertorio de conductas, sentimientos y pensamientos (Ginge, 2005), es así que la asertividad es un conjunto de recursos psicológicos que están íntimamente relacionados con la salud y la enfermedad, por lo que en esta investigación se confirma cómo se pierde la integridad (salud) por falta de afirmatividad.
- Isomórficamente sus células de defensa que son los leucocitos y linfocitos, se encuentran siempre activas intentando defender internamente lo que no hace externamente, ya que suprime sus habilidades de defensa y protección, sin poner límites, al no expresar sus molestias, ni defender sus derechos, es así como estas células, al igual que la paciente le juegan al héroe, siendo los soldados y el ejército del cuerpo que luchan para combatir las

infecciones del exterior que invaden el organismo (que serían las necesidades de los demás), por lo que ella defiende afuera, dejándose indefensa adentro, permitiendo ser invadida, evadiendo sus necesidades, deseos, salud y bienestar.

- El sistema inmunológico tiene la función de proteger a la persona, atacando y destruyendo cualquier organismo que la invada, por lo que cuando se trasplanta un riñón, es necesario disminuir la capacidad de respuesta inmune del cuerpo, es decir, bloquear las células de defensas del organismo mediante el uso de fármacos con el objeto de evitar el rechazo del órgano trasplantado, sin embargo, cuando los fármacos anulan el trabajo del sistema inmunitario aumenta la probabilidad de diversas infecciones, por lo que la paciente durante 15 años trasplantada suprimió sus habilidades de defensa y protección, dejándose indefensa y siendo invadida por múltiples infecciones (contaminación).

### **Protoflexión**

- La paciente frustra y posterga sus propias necesidades por dar excesivamente a los demás, menciona que sus sensaciones físicas placenteras son descansar, bailar y caminar; y las displacenteras son caerse, lastimarse y tener poca resistencia, sin embargo, para sí misma tiene poca resistencia, pero es demasiado fuerte y resistente para los demás, se relaciona con la dinámica del HTP al describir que el ahuehuete que es un árbol tradicional y símbolo de lucha y con la dinámica de ciudades y gobiernos en donde reitera también la palabra tradición la cual proviene del latín *traditio, traditionis* que significa transmitir, dar y entregar, por lo que en la historia clínica refiere que le importa más dar y sembrar amistad para poder recibir lo mismo y que una madre tiene toda la energía para dar amor y cariño a sus hijos por lo que ella trato de encarnar a su madre, es así que la paciente es muy tradicional al dar y entregar a los demás lo mejor de sí misma, encontrándose siempre en lucha y apoyo para su familia y no permitirse integrar lo positivo y funcional de cada símbolo (Historia Clínica, Dinámicas de HTP y Ciudades y Gobiernos, Escala 7↑ del IBT).

- Su patrón de protoflexión ha contribuido en el desarrollo de la enfermedad renal crónica, menciona en la historia clínica que su gran satisfacción fue sacar adelante a su padre y hermanas, darles estudio y verlas realizarse, se describe como perseverante, optimista, inteligente, honesta, segura, responsable y leal, sus principales valores son siempre querer y respetar a su familia ya que para ella no hay nada más bonito que dar sin esperar ni recibir nada a cambio, apoyar en todo momento, ser agradecida con la vida y con las personas, darles lo que pueda, así como una simple sonrisa como hasta algo signifique un “sacrificio”, aceptar a la gente como es y saber siempre perdonar sin juzgar a los demás (Escala L↑, 3↑, 2↑ y 7↓ del MMPI).
- En la dinámica de la emoción que evita al ser el árbol de limón refiere que le agrada, le gusta y le encanta, porque sus hojas tienen olor, porque da sombra, da fruto, su color es hermoso, da vida, da luz, es bello, es pureza y alimento, da muchos beneficios magníficos, genera sombra, oxígeno y humedad, finalmente es un ser vivo, es naturaleza en toda su expresión, ocasiona emociones de gusto, paz y tranquilidad, de estar en familia compartiendo momentos de convivencia, por lo que se confirma nuevamente el patrón de protoflexión que presenta la paciente.
- Simbólicamente el oxígeno-aire es un elemento activo, símbolo de espiritualización, asociado al viento-aliento, el soplo necesario y vital para la subsistencia de los seres y el árbol es el símbolo de la regeneración perpetua, el eterno ciclo de la vida morir-renacer, aunque ambos símbolos son masculinos del padre, su padre es todo lo contrario ya que no dio sombra, oxígeno ni aliento para la subsistencia de su familia, sin embargo, al describir que el árbol da fruto, vida, luz, es pureza, naturaleza y alimento, la paciente describe a la madre ideal, en la dinámica de ciudades y gobiernos al describir la sensación y emoción de vivir en la ciudad ideal hace referencia a la parte sana de ambos padres lo cual trato de encarnar, refiriendo alegría, un paisaje de arquitectura rodeado de árboles, plantas, colorido, aire puro, olor a tierra limpia, atardecer fresco, húmedo con neblina en épocas de frío que llena de emoción todo el ambiente maravilloso (Chevalier, 1986).

- A lo largo de la dinámicas la paciente refiere la importancia del “compromiso para cuidar”, dar una mejor vida, brindar lo que necesitan, involucrarse, apoyar, cumplir, vigilar y proteger, que precisamente fue lo que sus padres no tuvieron y que ella trato de encarnar, la etimología de compromiso viene del latín *compromissum* que significa responsabilidad u obligación, se relaciona con el juramento que le hizo a su madre acerca de completar la tarea de cuidar a sus hermanas, es así por lo que ella es evasiva con sus propias necesidades estando sobre comprometida con las necesidades de los demás, por la sustitución ideal de las figuras parentales, presentando indiferenciación al estar confundida con los demás, por lo que no puede ver lo que es bueno o malo para ella y se relaciona con la enfermedad renal ya que el riñón no puede llevar a cabo su función de filtrar los desechos y toxinas del organismo, es decir, diferenciar lo bueno de lo malo.
- Muestra un gran esfuerzo y actividad para los demás, tal situación se refleja en el cansancio, fatiga y malestar general que manifiesta en la historia clínica, los cuales son síntomas de la enfermedad, por lo que ella misma se ha provocado e incrementado tales síntomas, al aguantar (como el riñón), tolerar excesivamente, hacerse cargo de su familia, olvidándose de sus propios cuidados y necesidades, vio más por los demás que por ella misma lo cual la llevó a empeorar y descender, es decir, se corrompió por los otros, como el gobierno de la peor ciudad en la dinámica de ciudades y gobiernos, un gobierno corrupto, lo cual se relaciona también con la etimología de degenerativo la cual proviene de *depravatio*-corrupción y con el inventario de depresión de Beck al referir que pretende esforzarse más de lo que se ha esforzado, sin embargo, el esfuerzo es para los demás no para ella misma.
- La paciente proflecta y automáticamente retroflecta, pues al estar dando lo mejor de sí misma a otros, se queda únicamente con las cuestiones negativas para tratarse, es así que las mejores cualidades de ella que proflecta en los otros son las que tendría que retroflectar y lo que tendría que proflectar porque es dañino para su salud lo retroflecta, aquí se confirma lo que ha hecho para dañar su riñón, ya que no diferencia, no depurar, no filtra entre lo que es bueno y malo para su cuerpo.

- Para trascender la confusión entre protoflexión-retroflexión, así como satisfacer sus necesidades, es necesario el “darse cuenta” lo cual significa la toma de conciencia de lo que se es y cómo se es en el aquí y ahora, sin embargo, la paciente presenta un patrón evasivo, de represión, defensividad y negación de problemas, el cual no le permite darse cuenta, ya que se la vivió proflectando y retroflectando, desensibilizándose de sus propias emociones, sentimientos, pensamientos y necesidades en favor de las de su familia (F↓ y K↑ del MMPI, negación de conflictos tanto consiente-L↑ como inconscientemente-K↑ y 2↑-7↓ del MMPI-negación de su propio sufrimiento).

## **Depresión**

- La paciente no hace contacto con la tristeza ya que muestra una depresión nula, enmascarada o también llamada equivalente depresivo, que se define como “aquellas manifestaciones de depresión en donde los síntomas somáticos están en primer plano o que los síntomas psíquicos están enmascarados” (Vallejo, 2006 p.598), por lo que no reconoce su depresión y su bajo estado de ánimo, debido a un pobre manejo de sus emociones.
- Se han planteado dos explicaciones para la depresión enmascarada: 1.- la capacidad de contactar y expresar las emociones se está perdiendo es así que esta expresión de conflictos se está trasladando a lo somático, 2.- son más aceptables los síntomas físicos médicos que los trastornos psiquiátricos, lo cual provocaría esta tendencia a somatizar. Se puede decir que todos los trastornos somáticos son evidencia de una depresión crónica que se va enmascarando a lo largo de la historia de vida del paciente, es así que un equivalente depresivo es cuando la depresión se enmascara porque hay una canalización somática, por lo tanto todo trastorno psicósomático es un equivalente depresivo (P. Palacios, comunicación personal, 26 de octubre del 2014).
- Algunos investigadores señalan que la depresión es una manera de pedir ayuda, un pretexto para acercarse a los demás en busca de apoyo, es decir, una herramienta comunicacional,



sin embargo, la paciente al no hacer contacto con la depresión no se permite tal situación (Guyton, 2010), por lo que se relaciona con una de las últimas preguntas de la dinámica de la emoción que evita: ¿Ya te diste cuenta para que evitas la tristeza? Si, para seguir luchando y esforzándome por mi familia, también evito sentirme triste porque no me puedo dar el lujo de entristecerme, tengo que salir adelante, no me gusta sentirme débil ni que me vean llorar.

- Andrews y Thomson (2009), proponen que la depresión es un mecanismo evolutivo que permite enfrentar problemas complejos, es decir, es una adaptación, un estado mental para ser más analíticos y enfocarse en la resolución de problemas complejos, de hecho permitiría resolver los problemas que originalmente dieron origen a la depresión, es así como desde la perspectiva evolucionista, la tristeza no es una enfermedad o un mal, sino una emoción adaptativa que busca detener la actividad del sujeto para evitar que malgaste energías en actividades que no le están proporcionando satisfacciones, es decir, estar triste no es algo anormal, extraño o patológico, sino un funcionamiento muy útil que la evolución ha seleccionado, porque permite replantear la relación con los otros, reorientar objetivos y proyectos cuando se fracasa, pensar y hacer preguntas para uno mismo y de la vida, buscar apoyo y consejos de amigos y seres queridos y tomar decisiones, a veces radicales, que lleven a la persona a hacer un cambio importante en su vida.
- Los síntomas físicos de la enfermedad renal como el cansancio, malestar general, fatiga, entumecimiento y calambres se pueden ver como la función homeostática de la depresión, ya que le dan la oportunidad de contactar con la tristeza, obligándola a descansar, a detener toda actividad, acercarse a los otros en busca de ayuda o apoyo, resolver situaciones inconclusas, replantear y reorientar objetivos o proyectos, analizar, pensar y tomar decisiones, para lograr una evolución y renovación de su vida.

- Nesse (2009), refiere que analizar la depresión como una herramienta del organismo, implica otorgarle una función, menciona que la falta de motivación y el pesimismo, son interpretados como una forma defensiva del organismo contra metas inalcanzables, de esta manera, el comportamiento depresivo ayudaría a ahorrar energía para no invertirla en esfuerzos inútiles que a largo plazo sólo causarían frustración, al igual que los síntomas de diarrea y el dolor, los estados de ánimo bajos servirían como defensas naturales ante las amenazas del medio, es decir, como una necesidad del comportamiento para evitar riesgos mayores y como herramienta del organismo contra una situación o un conjunto de eventos específicos, con el fin de preservación de la especie, lo cual indica la evolución del comportamiento.
- Por su patrón de lucha y esfuerzo para los demás, el cansancio, fatiga y malestar general se manifiestan en su cuerpo como síntomas físicos de la enfermedad renal y como defensas del organismo ya que ella misma se ha provocado estos síntomas, al olvidarse de sus propios cuidados y necesidad de descanso (lo positivo de la depresión) por lo que su cuerpo le pide que tome conciencia de lo que ha hecho y sigue haciendo para provocarlo a pesar de la situación de salud en la que se encuentra (en la historia clínica describe como sensaciones físicas-mareo, tensión muscular, entumecimiento, dolores de cabeza, problemas de la piel, hormigueo y sudoración excesiva).
- Al evitar contactar con la tristeza no se permite ver el lado positivo de tal emoción lo cual sería, enfrentar, cerrar ciclos, resolver situaciones inconclusas, superar pérdidas, darse paso a replantear la relación con los otros, reorientar objetivos o proyectos cuando se fracasa; analizar, pensar, hacerse preguntas y tomar decisiones para lograr una trascendencia, evolución y renovación de su propia personalidad, siendo el pretexto para despedirse de personas, situaciones y de los propios patrones conductuales que han dejado de servir.

- La función sana de la depresión se relaciona con la depresión enmascarada que muestra en el inventario de depresión y con la dinámica de la emoción que evita, ya que al ser el color negro refiere que no le gusta, que se aleje o que tal vez lo evitaría para que otros colores brillen a través de su vida porque a nadie le gusta estar todo el tiempo triste, es así como al ser la tristeza la emoción que evita, la paciente no hace contacto con tal emoción, por lo que no se permite la regeneración o renovación, ni que la tristeza sea la condición para despedirse de personas, situaciones y de sus propios patrones disfuncionales que siguen contaminando su vida.
- La paciente menciona que al ser el color negro en la dinámica de la emoción que evita su actitud frente a la vida es de salir adelante en todo momento y en cada situación, superarse día con día y no quedarse siempre en un solo lugar, por lo que hace referencia a la función sana de la depresión, el renovarse, cerrar situaciones inconclusas, lograr una evolución y una trascendencia y aunque simbólicamente en el sentido negativo el color negro es caos, rebeldía, oposición, resistencia, inconsciencia, negación de la vida, aislamiento e indiferencia, en el sentido positivo todo lo que la paciente necesita para sí misma.
- El simbolismo positivo del color negro significa fecundidad de la tierra fértil, receptáculo de la semilla que no muere, color de las nubes henchidas de lluvia, es el vientre de la tierra donde se opera la regeneración del mundo, la creación, la vida latente, el verdadero nacimiento, la vida real, fuerza vital, ciclo cumplido, la promesa de una vida renovada, terreno fecundo de la gran madre mundo, el universo instintivo primitivo, lo maternal, la virginidad que se representa en las diosas madres y en las vírgenes que son negras, el negro introduce a una nueva partida, símbolo de la prudencia, sabiduría, luz divina por excelencia, es el color absoluto para alcanzar el estado supremo de éxtasis, ardor y potencia de la juventud, es así como la paciente brinda lo positivo del negro para los demás, quedándose con el simbolismo negativo para sí misma (Chevalier,1986).

- En las dinámicas la paciente refiere gran importancia hacia la naturaleza por lo que la etimología de tal palabra proviene del latín *natura*, derivada del verbo *nasci* que significa nacer, lo cual se relaciona con la función sana de la depresión que es romper el cascaron y salir al exterior, sin embargo, con la represión, defensividad, negación y evasión de sus problemas, ella misma alimenta la repetición de sus patrones altamente disfuncionales y tóxicos de una falsa imagen de tranquilidad, buena apariencia y fortaleza, los cuales no le permiten hacer contacto con su tristeza y depresión para logran una evolución, una trascendencia y renovación de su propia personalidad, para así cerrar situaciones inconclusas, brotar desde la semilla y nacer nuevamente para ella misma para formarse como una nueva planta.
- La paciente menciona en la dinámica de la emoción que evita al aconsejar el árbol al color que todos cumplen un ciclo y no hay manera de volver a revivir, igual que un ser humano que pierde algo puede salir adelante y tiene que darse su tiempo para poder renacer y levantarse como árbol en sus hojas y raíces, y como advertencia refiere que debe de estar al cuidado y al pendiente para que pueda tener vida y no esté tan oscuro, sin embargo, ella misma ha estado en la oscuridad, al pendiente y al cuidado de los demás, también en el consejo y advertencia hace referencia a la función sana de la depresión al referir que “todos cumplen un ciclo” y que “no este triste” pero la paciente no se permite cerrar ciclos ni situaciones inconclusas, menciona que no hay manera de volver a “revivir” por lo que es evasiva al no hacer contacto con su tristeza, lo cual le impide salir adelante, levantarse, renacer, lograr una evolución, trascendencia y renovación de sí misma.
- En base a esto último Glouberman (1991), menciona que cuando hay una pérdida (ser querido, separación, trabajo, etapa de la vida etc.) se necesita dejar ir y decir adiós, ya que la vida está llena de despedidas que traen consigo un aliento de muerte o una promesa de renacimiento, sin embargo, muchas personas nunca llegan al punto de renacer ya que llevan dentro heridas que no se han curado del todo siendo esto una de las principales causas de enfermedad física así como desdicha emocional.

- La paciente refiere que no le gusta estar triste ni llorar y trata de no pensar manteniéndose ocupada en todo momento ya que considera que el ser sensible, la tristeza y el llanto es su defecto y son muestra de debilidad, menciona que cuando murió su madre no lloró ya que no se iba a dejar vencer y tenía muchas responsabilidades con sus hermanas, por lo que no quiere mostrar su debilidad (etimología de enfermedad-*infirmas*, falta de firmeza y debilidad) ya que al mostrarse débil sería dependiente de los demás, contactaría con su tristeza, con las experiencias más dolorosas de su vida y la haría detener toda actividad para los demás y enfocarse en su propia vida para enfrentar las experiencias que no ha resuelto, se relaciona con la dinámica de la emoción que evita al referir que el cuarto símbolo- la noche de luna llena, le dice que jamás todo queda en un solo momento, que las cosas se dan por algo y sirven por algo, por lo que ella se queda en un solo momento, al no soltar los patrones disfuncionales, al no hacer contacto y evadir la tristeza.
- Las pérdidas que ha sufrido la paciente no han sido resueltas y siguen como heridas sin sanar, primeramente fue la pérdida de su salud al diagnosticarle la enfermedad renal lo cual conlleva a la pérdida de la función renal, posteriormente la pérdida de su madre en la cirugía de trasplante, después la pérdida nuevamente de su salud al ya no funcionar el riñón trasplantado por lo que al mantener viva a su madre a través del riñón que le donó se destapa la herida abierta sin sanar y aunado a esto pierde su trabajo y amistades laborales para tomar su tratamiento de hemodiálisis (Inventario de Temores- señala miedo a las heridas abiertas y a la perspectiva de ser operado, lo cual hace referencia a las situaciones inconclusas, evita cerrar ciclos, incapacidad para enfrentar y superar pérdidas, miedo a la introspección, hacer contacto con la tristeza y a abrirse emocionalmente).
- Paradójicamente no son los sentimientos de amor, sino los más negativos, difíciles y no resueltos (resentimientos, frustraciones, culpa, enojo etc.) los que no permiten la elaboración de la pérdida, sin embargo, al enfrentar abiertamente esos sentimientos y dudas, es cuando se puede decir adiós y avanzar hacia la promesa de renacimiento, la paciente mantiene viva a su madre a través de ella, ya que menciona que el tener el riñón

de su madre es como un lazo, una sensación de que dentro de ella vive su madre y que no se va a dejar vencer porque la tarea que tiene que completar es cuidar a sus hermanas, para lo cual se propuso echarle ganas y salir adelante como juramento a su madre y así dejar en alto lo que había hecho por ella, tal situación trae consigo sentimientos no resueltos que no le permiten renacer, ya que no ha sanado esa herida, sino todo lo contrario, se ha ido infectando con el tiempo, hasta llegar al punto de la enfermedad renal crónica terminal.

- En la dinámica de la emoción que evita el árbol le dice al color que no este triste ya que otros colores pueden brillar, que también necesita de esas tantas circunstancias para que se haga más resistente y el aire no lo tire, porque no tiene buenos cimientos y los climas extremos son cada vez más fuertes, es así como la paciente tampoco tiene buenos cimientos ya que sus padres no se los dieron, sin embargo, es resistente para los demás pero no para ella misma, intentando siempre dar una buena apariencia de fortaleza (Escala L<sup>↑</sup> del MMPI, Historia Clínica- se esfuerza por el bienestar de su familia, por salir adelante, por estar al cuidado y al pendiente de los demás).

### **Relación con la enfermedad renal crónica**

- El cuerpo produce diferentes tipos de desecho provenientes del metabolismo, los cuales son eliminados de diferentes formas, en este caso el riñón siendo un órgano excretor, se encarga de regular el balance hídrico, filtrar, limpiar, purificar, depurar, desechar, drenar y eliminar de la sangre a través de la orina tales productos de degradación, desecho o toxinas, sin embargo, al ya no funcionar este filtro, el paciente presenta la enfermedad renal crónica en donde la función renal se pierde progresivamente, por lo que las toxinas se acumulan en la sangre produciendo alteraciones en todas las funciones del cuerpo, contaminando y llegando a niveles tóxicos, peligrosos y mortales para el paciente (ella fue acumulando cosas toxicas a lo largo de su vida por lo que se contamina de sus propios desechos).

- A través de los principios de metáfora e isomorfismo (capítulo 2), se refuerza la relación entre el funcionamiento psíquico y el funcionamiento biológico, por lo que el riñón en el enfoque médico es catalogado como un órgano noble, blanco o de colchón que se sacrifica en situaciones de crisis para proteger y mantener vivos al corazón y el cerebro, se relaciona con el árbol-ahuehuete de la dinámica del HTP al ser resistente, símbolo de lucha, que aguanta y soporta sequías muy fuertes y precisamente éste es el papel que la paciente ha jugado en su sistema familiar, tomando responsabilidades emocionales, económicas y siendo la cabeza del sistema familiar, siendo el riñón metafórico de su familia.
- El patrón de la paciente se confirma también en la dinámica del isomorfismo de laboratorios clínicos, al describir la personalidad de la hemoglobina, hematocrito, plaquetas, glucosa y albumina, las cuales se encargan de trabajar, oxigenar, coordinar, reparar, activar y organizar, que es precisamente todo lo que ha hecho y sigue haciendo para su familia y no para ella misma, cabe señalar que a pesar de estar en la etapa terminal de la enfermedad renal crónica quiere apoyar a su familia y aunque pareciera que sus ambiciones fueran personales siempre terminan en beneficio de los otros.
- A partir de la etimología de las palabras también se puede mostrar el patrón psicológico de la paciente, dejando ver que la palabra enfermedad proviene de latín *infirmas*, que significa falta de firmeza, debilidad, flaqueza, la palabra enfermo viene de *infirmus*, que significa sin valor, sin fuerza y sin valentía, el verbo enfermar proviene de *infirmo*, que se refiere a destruir, por otro lado la palabra riñón proviene del latín *ren, renis* que se refiere a los órganos que filtran la sangre y eliminan sus impurezas por la orina, el término crónico, proviene del griego *chronos*, dios del tiempo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, y finalmente la etimología de degenerativo proviene de *depravatio*, corrupción (se corrompió por los otros, se relaciona con la corrupción que menciona en la dinámica de ciudades y gobiernos), en donde *de* se refiere a dirección, privación con idea de descenso, alejamiento y disminución, la palabra latina *generare* indica producir, empeorar, descender y el sufijo latino *tivus* que indica relación activa (Aznar, 2000).

- Desde el enfoque médico la única alternativa de tratamiento para la paciente es el trasplante de riñón, diálisis o la hemodiálisis, sin embargo, desde el enfoque psicológico transpersonal se propone que al revertir su patrón de conducta, también se revierte la enfermedad renal, que de acuerdo a las etimologías de las palabras, su patrón psicológico se puede sintetizar metafóricamente como “la debilidad para eliminar impurezas destructivas a lo largo del tiempo, lo cual ocasiona el descenso de su salud”.
- En la dinámica de la emoción que evito, refiere que el cuarto símbolo- la noche de luna llena, le aconseja que aunque haya oscuridad, no del todo es negro, mientras pueda ver que todo tiene vida y que la luna llena permite también ver que siempre se puede salir para apreciar lo que tiene vida, sin embargo, la paciente no lleva a cabo tal consejo ya que se queda sin vida y con lo negativo del color negro, es decir, en caos, rebeldía, oposición, inconsciencia, aislamiento, indiferencia y negación de la vida, lo cual se relaciona con la función renal, ya que no filtra ni puede diferenciar lo bueno de lo malo para permitirse ver, salir y apreciar la vida, lo cual sería lo positivo del color negro, como la regeneración, la creación, la vida latente, el verdadero nacimiento y la fuerza vital (Chevalier, 1986).
- El simbolismo de la luna refiere la renovación periódica, transformación, crecimiento, el yin-femenino, astro de las noches que evoca la belleza y la luz en la inmensidad, es pasiva, receptiva, fuente y símbolo de fecundidad, renacimiento cíclico en el plano cósmico como en el terrestre vegetal, animal y humano, las fases de nacimiento, crecimiento y muerte de la luna simbolizan la inmortalidad y la eternidad, la renovación perpetua; la metáfora perfecta para describir el ciclo lunar es la de las plantas: desde su crecimiento inicial a partir de una semilla, pasando por la producción de flores y frutos, hasta la muerte gradual de sus hojas y capullos y la diseminación de nuevas semillas que permanecen inactivas hasta la primavera (la paciente refiere en las dinámicas gran importancia hacia la naturaleza), es así como se representaría la luna llena cuando los capullos crecen al calor



de la luz del sol y la planta florece, simbolizando el aspecto materno, la totalidad, la plenitud y fuerza (Chevalier, 1986).

- Tal símbolo de la luna se asocia con el del agua, que opuesta al fuego-yang-masculino, es yin-femenino, siendo fuente de vida, medio de purificación por lo que se considera sagrada, centro de regeneración, fuerza vital fecundante, el origen de la vida, de la creación, símbolo de fertilidad, madre, matriz, pureza, sabiduría, manifestación de lo trascendente, centro de paz, de luz, signo de bendición, cura, rejuvenecimiento y por ende introduce en lo eterno, es simple y totalmente transparente, siendo símbolo positivo de vida y creación, sin embargo, también tiene su lado negativo, al ser fuente de muerte y destrucción, es símbolo de dualidad de lo alto y de lo bajo, agua de lluvia y agua de los mares, su desencadenamiento ocasiona grandes calamidades, desaparición, puede entrañar una fuerza maldita y amarga, es así como las aguas en calma significan paz y orden, pero las aguas agitadas significan el mal y desorden, los ríos pueden ser corrientes benéficas, pero también puede dar abrigo a monstruos, la perversión también se encuentra representada por el agua estancada, que ha perdido su propiedad purificadora siendo fango, lodo y pantano (Chevalier, 1986).
- En la medicina tradicional china el órgano con el cual se relaciona el símbolo del agua es el riñón, que tiene la función de filtrar y diferenciar lo que sirve de lo que no sirve, y al dejar de seleccionar lo bueno de lo malo deja de diferenciar quedándose en la indiferencia y presentando el problema renal, es así que los simbolismos del negro, la luna y el agua se encuentra en vinculación con la paciente, al brindar lo positivo de cada símbolo a los demás, es decir, se desase de todos sus nutrientes, sus recursos sanos y positivos para brindárselos a los otros (protoflexión) y quedarse con la parte negativa para sí misma, ya que no se permite que lo sano de cada símbolo forme parte de su vida y sea su tratamiento al integrar lo positivo y funcional de cada uno, para así darse esa regeneración, renovación, vida, fuerza, crecimiento, renacimiento, transformación y trascendencia.

- La enfermedad renal crónica es una pérdida progresiva de la función del riñón que se prolonga durante meses o años, sin embargo, aunque el tejido renal presente daños leves, el riñón es capaz de desempeñar su labor durante largo tiempo, y sólo queda comprometido su funcionamiento cuando se ve afectada aproximadamente la mitad del tejido; es así, que los síntomas no aparecen hasta que los riñones presentan un daño considerable; en términos metafóricos ella ha tratado de encarnar la función del riñón (función paterna), siendo la proveedora, dadora y excretora del sistema familiar, por lo que desde su infancia, al crecer prematuramente y en un ambiente disfuncional fue un daño psicológico importante que con el paso de los años desencadenó el desarrollo de la enfermedad renal crónica.
- Metafórica e isomórficamente se demuestra que entre el funcionamiento renal y la estructura psíquica existe una íntima relación, por lo que la paciente se confundió con sus familiares, ya que no los vivió como extraños por lo tanto no los pudo desechar, quedándose como toxinas en su organismo, se relaciona con la etimología de la palabra toxina que provienen del griego *toxikón* y significa veneno, en el campo de la biología se emplea el concepto de toxina para referirse a todo aquel veneno que es producido por organismos que están vivos, por lo tanto en este caso el veneno de la paciente fue su propia familia.
- Una enfermedad renal crónica no tratada, deriva en diversas complicaciones a consecuencia del deterioro progresivo de los riñones, dado que el cuerpo no está en condiciones de eliminar los productos de degradación o de desecho se produce una intoxicación urémica (acumulación de productos tóxicos en la sangre), psicológicamente se está intoxicando y envenenando de ella misma y de sus propios patrones disfuncionales al evadir sus necesidades, emociones y sentimientos en favor de las de su familia, seguir dando todo para los demás a pesar de su estado de salud, negar sus problemas y no enfrentarlos.

- La paciente se encuentra intoxicada, envenenada, contaminada, en destrucción, hostilidad, oscuridad, caos, oposición, aislamiento, poco compromiso, sin importancia e indiferencia con ella misma, haciéndose la fuerte y resistente para dar, luchar, ayudar, generar, estar al cuidado, al pendiente, proteger, esforzarse, preservar, prevenir y cubrir las necesidades de su familia, evadiendo las propias, ocasionando su propio foco de infección y contaminación que describe en las dinámicas como violencia, basura, ruido, aceleramiento, ambición, corrupción y falta de respeto, el cual de manera simbólica fue el ambiente familiar en el que vivió y creció durante su infancia, por lo que este patrón de contaminación es el que le impide la regeneración, renovación, crecimiento, renacimiento, transformación y trascendencia de sí misma.
- En la dinámica de la emoción que evita, refiere ser el color negro, y simbólicamente este color representa en su sentido negativo, caos, negación de la vida, rebeldía, inconsciencia, resistencia, aislamiento, es una posición indiferenciada (Chevalier,1986), tal simbolismo se relaciona con la patología del riñón ya que no diferencia, no filtra entre lo que es bueno para ella y retenerlo, y lo que es malo para ella y filtrarlo, esto es muy importante ya que se confirma lo que ha hecho para dañar su riñón, sintetizando a la enfermedad renal como la “incapacidad para desechar lo que sobra, es decir, los pacientes no separan ni seleccionan lo que les sirve de lo que no les sirve, lo cual les produce un efecto toxico en su cuerpo, siendo esto su propio veneno”.
- En el enfoque médico la prevención de la enfermedad renal se limita a la dieta y el ejercicio, sin embargo, desde el enfoque psicológico transpersonal se puede decir que los pacientes no se enferman de lo que comen sino de lo que se tragan, que en este sentido serían las emociones de ansiedad, enojo y tristeza, las cuales metafóricamente son las toxinas que dañan el organismo y que se vuelven un veneno peligroso para el paciente, siendo así la enfermedad un proceso autogestado que se va desarrollando a lo largo de la vida.

- La paciente se ha enfermado e intoxicado de sus propios patrones disfuncionales, al no descargar, no contactar con sus emociones, no utilizar su capacidad de defensa del ser, al vivir en ansiedad y negar sus problemas, por lo que estos últimos crecen y se acumulan como las toxinas en la sangre, es así como cualquier situación emocional que permanezca en el individuo por mucho tiempo sin ser resuelta, se convierte en veneno o toxina que deteriora gravemente la salud emocional y física, hasta el grado de cronificarla en una enfermedad renal terminal (Palacios, P, comunicación personal, 8 de Noviembre del 2013).
- La incapacidad para expresar emociones propicia que las personas enfermen y generen conductas inadaptadas y autodestructivas, lo que hace que empeore cualquier enfermedad, por lo que cuando las emociones de ansiedad, tristeza-depresión e ira alcanzan niveles de activación fisiológica demasiado intensos o frecuentes, es decir, que se mantienen por mucho tiempo y no se expresan, se incrementa la probabilidad de adoptar conductas perjudiciales, olvidando hábitos saludables y deteriorando su salud, hasta el grado de llegar a una enfermedad crónica, es así que los trastornos psicósomáticos son producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción, a su vez el trastorno produce más ansiedad y por lo tanto aumento de la actividad de ese sistema, elevando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica (Domínguez, 2002; Piqueras, 2009), en este caso el órgano que se encontraba en intensa actividad y excesiva función por mucho tiempo fue el riñón de la paciente.
- Al respecto, Bradshaw (2006) menciona que “la emoción que no se liberó en el pasado a menudo se vuelve contra uno mismo, es decir, la energía emocional que no fluye hacia el exterior puede causar graves problemas físicos” (p.33), por lo que el sufrimiento de estados emocionales negativos persistentes (toxinas) afectan a las funciones fisiológicas, es así que los factores psicológicos juegan un papel importante en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades, siendo en este caso la evasión, la sustitución e inversión

de roles, el pésimo manejo de la hostilidad y la mala relación entre protoflexión y retroflexión lo que provocó en la paciente la tendencia a somatizar.

- En la dinámica de HTP menciona al ahuehuete, el cual su nombre proviene del náhuatl *atl-agua* y *huehuetl-viejo*, lo cual indica árbol viejo del agua o árbol que nunca envejece, por lo que éste ciprés mexicano es una especie que necesita bastante agua para vivir, suele crecer en ríos, arroyos y manantiales, aunque también puede aguantar y soportar sequías fuertes, son resistentes a las plagas y están en peligro de extinción, también están presentes en la historia de México como un gran símbolo de la lucha, por lo que fue seleccionado como árbol nacional por su esplendor, belleza, dimensiones colosales y tradición.
- En la dinámica de ciudades y gobiernos la paciente describe la importancia que presenta por la limpieza, el cuidado y la filtración del agua, al describir que el gobierno de la ciudad ideal está preocupado por tener limpia su ciudad, por cuidar el agua al tener depósitos para filtrarla, en este sentido se relaciona con la función del riñón (filtrar) y con el ahuehuete al ser un árbol que necesita bastante agua para vivir, sin embargo, la paciente no pueden ingerir este líquido que en el sentido positivo es símbolo de pureza, regeneración, fuente de vida, fuerza vital, medio de purificación y trascendencia, ya que es totalmente lo contrario para ella, siendo fuente de muerte, veneno, maldad, desorden y destrucción ya que se queda estancada en su cuerpo, por lo que la paciente al igual que el ahuehuete se encuentra en peligro de extinción ya que su riñón no filtra ni limpia las toxinas de su organismo, quedándose contaminada y en destrucción e impidiendo la purificación y regeneración de sí misma.
- El papel homeostático de la enfermedad es evitar que la paciente siga exacerbando su patrón disfuncionalmente enfermizo, obligándola a descansar y a tomar distancia, se dice que se termina como se vivió, por lo que metafórica e isomórficamente ella todo el tiempo fue y sigue siendo el riñón de su familia ya que se dedicó a depurar los desechos (toxinas) del organismo (su familia), lo cual le ocasiono síntomas como fatiga, cansancio,

agotamiento y malestar general (por dializar a su familia-función paterna y por contener y cuidar de ellos-función materna), es así como la comprensión fenomenológica de la enfermedad implica descubrir el trasfondo, propósito e intencionalidad que la enfermedad trae consigo, impidiendo y obligando a la paciente a ser honesta con ella misma para restaurar la salud perdida.

- Reconocer la participación que cada persona tiene en el origen de la enfermedad, no es sentirse culpables al respecto, sino adoptar los cambios necesarios, tomar responsabilidad y conciencia de participar en el proceso de sanación y curación. Si el síntoma se produjo porque una parte de la sombra se proyectó en el cuerpo y se manifestó en él, la curación se conseguirá invirtiendo el proceso y asumiendo conscientemente el principio del síntoma, con lo cual se le redime de su existencia material, es así como lo que se manifiesta como un síntoma del cuerpo es nada menos que la manifestación de una pérdida de armonía, es el mensajero al cual se le tiene que prestar atención para subsanar aquel faltante de autoconocimiento (Capra, 1982; Dethlefsen, 2004), se relaciona con las etimologías de sanar, la cual proviene del latín *sanare*- restaurar y recuperar, la de salud proviene del latín *integritas*, que significa renovar, totalizar, ser integro, entero, total y la de curar provienen del latín *cura*- cuidado, por lo que la paciente se tendría que recuperar a sí misma para cuidarse y ser íntegra, sin embargo, ella quiso restaurar, renovar y cuidar a los otros, lo cual la llevo a enfermarse- destruirse (Aznar, 2000).

### **¿Cuál es el patrón psicológico sano?**

- Si bien la paciente ha sufrido carencias y limitaciones en cuanto a su desarrollo psicológico y físico, al no poder experimentar dentro del núcleo familiar una vida con modelos parentales capaces de proporcionar ejemplos adecuados de un ánima y animus sanos, actualmente siendo ya una mujer adulta, se limita y sigue conservando el patrón de la infancia, sin embargo, ahora deberá responsabilizarse por su vida y acciones, ser accesible con ella misma, estar lista si es que necesita ayuda, permitirse aprender nuevas cosas y

explorar el mundo, siempre con su propia compañía, otorgándose todo lo que le hizo falta para entonces poder integrar poco a poco aquellos aspectos que necesita para seguir creciendo, y entender que necesitará su animus para defenderse y su ánima para cuidar de ella misma, en ausencia de necesidad de buscar afuera lo que ella misma puede y necesita darse.

- La paciente necesita integrar su animus, en función de ella misma, es decir, utilizando su propia masculinidad y hostilidad para defender su ser mujer, afrontando todo aquello que le da temor, comprometiéndose y defendiendo sus derechos ante los demás, pero más importante aún, ante ella misma y así poder asegurarse la atención y cuidados que necesita, encarnando a su madre y padre ideales, tratándose a ella misma de una forma amorosa y cariñosa, para entonces poder serlo también en general con los demás, siendo el ejemplo para ella misma al ser fuertemente tierna y tiernamente fuerte, se relaciona con lo que describe al inicio de las dinámicas que al sostener la respiración siente fuerza en el pecho y al soltarla siente relajación y una tranquilidad interna, por lo ella misma tendría que ser su propio sostén y utilizar su fuerza para soltar, relajarse, descansar y estar tranquila.
- En la dinámica de HTP describe que el árbol da sombra, fruta, puede estar en una huerta, es delgado, se pueden trepar en él, da buena vista al ser podado y necesita quitarse las hojitas más maltratadas para que de estructura y no crezca más como el ahuehuate, por lo que metafóricamente la paciente menciona su problema ya que permite que se trepen en ella, muestra siempre una buena vista o apariencia de fortaleza, da sombra, fruta y todo lo positivo a los demás, creció de más como el ahuehuate al hacer inversión y sustitución de roles y tomar responsabilidades desproporcionadas a su edad, quiso crecer lo que no crecieron sus papás, sin embargo, también dentro del problema describe la solución o tratamiento el cual sería podarse, no crecer de más y quitarse las hijitas más maltratadas para darse sombra, fruta y la estructura que ella misma necesita.

- Necesita recuperar la plenitud, armonía y salud, encarnando su patrón sano, que se deja ver en los símbolos emergentes de las dinámicas vivenciales, los cuales permiten que la paciente contacte, reconozca, agradezca y retome el mensaje que cada uno le trae, para así aprender, enfrentar y renovar su vida, por ejemplo en el cuarto símbolo la noche de luna llena de la dinámica de la emoción que evito menciona que aunque haya oscuridad, no del todo es negro, mientras se pueda ver que todo tiene vida y que la luna llena permite también ver que siempre se puede salir para apreciar lo que tiene vida, también al ser el árbol de limón, refiere que le pide al mundo que lo rieguen, que se comprometa a cuidarlo porque cada árbol promete una vida mejor para todos ya que previene de contaminación, por lo que ella misma se tendría que cuidar, comprometerse, regarse, darse y apreciar su vida, sin embargo, al seguir repitiendo sus patrones disfuncionales y tóxicos de cuidar y dar una vida mejor a los demás se queda en el la oscuridad y contaminación.
- En la dinámica de ciudades y gobiernos menciona como símbolo de integración la milpa de maíz, en donde refiere su tratamiento al darse amor para llenarse de vida, sembrar para nacer de su propia tierra, mantenerse con su alimento, cuidándose y siendo hermosa para ella misma, sin embargo, esta filosofía tan bonita de la vida se la quiso diseñar a los otros y no a ella misma, se relaciona con lo materno al referir que es vida, amor, alimento, nacimiento y cuidado. El dios del maíz en la mitología mexicana, se llama Cintéotl o Centéotl es considerado como un ser dual, hombre y mujer, es la diosa de la belleza, las flores, la juventud y la fertilidad, patrona de las jóvenes, del embarazo y los partos, que tras su nacimiento se refugió bajo la tierra convirtiéndose en distintos sustentos, de entre ellos, el maíz divinizado, tales características de la diosa del maíz se relacionan con la paciente ya que es el sustento y brinda múltiples beneficios para los demás no para ella misma.
- En la dinámica de ciudades y gobiernos menciona que su ciudad ideal es un pueblo joven con espíritu tradicional, fresco, colorido y lleno de mucha riqueza llamado Pueblo Chico el cual menciona que es semejante a Huasca de Ocampo en Hidalgo (Huasca se deriva del náhuatl *huascazaloyam* que significa lugar de pájaros, agua, vegetación y alegría), por lo



que la misma paciente indica aquí su tratamiento el cual se encaminaría a ser joven, fresca y con espíritu tradicional, lo cual perdió por paternalizar a los demás, llenarse de riquezas al no quedarse en la posición negativa del color negro, sino llevar su vida a lo colorido de la naturaleza y alegría del Pueblo Chico.

- Refiere que la convivencia de los ciudadanos de la peor ciudad en la dinámica de ciudades y gobiernos es poco amable pero que tiene la esperanza de que toda ciudad pueda cambiar por ser mejor si lo desean y precisamente es lo que ella misma necesita, cambiar si así lo desea por ser mejor, para integrar en su vida lo positivo de cada símbolo, ya que como lo menciona ella misma en los veintes que le cayeron respecto a cada símbolo, son los mensajeros que vienen para enseñarle muchas cosas nuevas en su vida de las cuales quiere aprender para mejorar su salud tanto física como emocional, también les agradece por presentarse y brindarle su luz, por darle esa fuerza para ver cosas nuevas, lo que necesita hacer para salir adelante, por su bienestar y por la renovación de su vida.
- En la dinámica de ciudades y gobiernos refiere que la sensación metafórica de ser parte de la peor ciudad es como una casa donde faltan los detalles para resaltar su belleza, se relaciona con la dinámica del HTP al referir que la casa se puede decorar, también el tema de lo colorido aparece nuevamente al mencionar que los colores le darán más luz a la casa, sin embargo, ella es detallista y colorida con los otros menos con ella misma, por lo que su tratamiento serían darse todos los detalles para ella misma.
- De acuerdo a los resultados de los inventarios y las dinámicas vivenciales, la integración del patrón psicológico sano, el cual sería parte del tratamiento psicológico de la paciente, se condensa en cuidarse, protegerse, defenderse, respetarse, comprometerse y salir adelante contactando con su tristeza y debilidad para que esta le enseñe a enfrentar situaciones de su vida y aprender de ellas como una oportunidad para cerrar ciclos, ser grande para actuar, darse sombra, fruto, vida, luz, generarse su propio oxígeno y alimento para el alma,

apoyarse, motivarse, luchar y trabajar para ella y así lograr brillar para renacer, siendo hermosa, bella, joven, limpia, esplendorosa, fresca, feliz, contenta y amable consigo misma, apreciando y disfrutando al ser natural, colorida, alegre, cálida, honesta y tradicional, dándose esa estructura y seguridad que no tuvo de su padre, diferenciando, ordenando, organizando, interesándose y decidiendo su bienestar y salud, estando en paz, tranquila y estable para descubrir su riqueza emocional, al involucrarse, colaborar y coordinar su propia vida.

- Es así como desde el enfoque transpersonal el terapeuta no cura, no sana sino que es tan solo un acompañante (capítulo 2), es el guía hacia el camino del darse cuenta, siendo este un proceso de auto conocimiento y auto curación, en donde las intervenciones están dirigidas a que el paciente se dé cuenta de sus propias situaciones conflictivas y problemáticas y que él mismo dé las soluciones ya que en el problema está contenida la solución o la enfermedad es el camino para recuperar la salud (Tageson, 1982; Dethlefsen, 2005).

### **Alcances y limitaciones**

- Para próximas investigaciones relacionadas con la enfermedad renal crónica, se propone aplicar el método fenomenológico, inventarios de Alexitimia para fundamentar la falta de contacto, la pobre lectura y expresión de las emociones, también aplicar inventarios de personalidad tipo “C” ya que han tenido gran relevancia en investigaciones actuales de enfermedades crónico degenerativas como el cáncer (Vinaccia, 2003), demostrando que éste tipo de pacientes “no enfrentan y no hacen contacto con sus emociones”, por lo que tal nivel de defensividad, negación y evasión de problemas es muy peligroso ya que no le permite darse cuenta, siendo inconsciente y minimizando los conflictos, ignorando, reprimiendo o suprimiendo las emociones, sentimientos, pensamientos y necesidades, es decir, desensibilizándose y dando una falsa imagen de tranquilidad y buena apariencia.
- Siendo esta investigación un estudio de caso, los datos que se obtuvieron son relevantes para dar pie a siguientes investigaciones respecto a enfermedades crónico degenerativas, profundizando en temas como el rol que el paciente dentro de su familia, ya que un dato importante que se observa es que entre más temprana sea la edad en que se comienza la sustitución e inversión de roles, más tempranamente inicia la enfermedad renal, jugando después el papel del padre o madre del sistema familiar, por lo que se puede sospechar que todas las enfermedades crónicas degenerativas representan un crecimiento prematuro a temprana edad.
- En base a lo anterior se propone investigar si la mayoría de los pacientes que tienen comprometida la función renal son provenientes de familias numerosas, si juegan el papel del hermano mayor aunque cronológicamente no lo sean, su nivel socioeconómico y grado de estudios, ya que en este caso se confirman que la paciente es hermana mayor, provenir de una familia numerosa, con un nivel socioeconómico bajo y nivel de estudios medio superior, por lo que las personas con recursos económicos limitados y un grado de estudios bajo, tienen que sacrificarse más para solventar sus necesidades y las de su familia, trabajando horas extras, descuidando su salud y descanso, es así como tales situaciones

serian un factor importante, determinante y probable para que un paciente desarrolle alguna enfermedad crónica degenerativa.

- Se sugiere también profundizar en el tema de la resiliencia, ya que en el presente trabajo y clínicamente se ha encontrado que los pacientes crónico degenerativos son demasiado resilientes para los demás no para ellos mismos, es decir, presentan una enorme capacidad para enfrentar las adversidades ajenas más no las propias, haciéndose los fuertes, resistentes y luchadores (la paciente menciona a lo largo de las dinámicas vivenciales su patrón de lucha por salir adelante para su familia).
  
- Desde el enfoque médico, la prevención de la enfermedad renal se limita solamente a seguir una dieta equilibrada, beber de 1.5 a 2 litros de agua, reducir el consumo de alcohol y realizar ejercicio con regularidad, sin embargo, no se toman en cuenta aspectos psicológicos para su prevención, por lo que en esta investigación se propone integrar la comprensión de todos estos patrones que fueron gestando la enfermedad en el trabajo preventivo de enfermedades crónicas, ya que de lo contrario es probable que se incrementen los problemas degenerativos en la población mexicana.

## Referencias

- Alberú, J y Mancilla, E. (abril, 2005). Inmunosupresión para receptores de trasplante renal: estrategias actuales. *Revista de Investigacion Clínica*, 57 (2), 85-98.
- Almendro, M. (1998). *Conciencia transpersonal*. España: Kairós.
- Álvarez, J. (2004). *Como hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Andrews, P. y Thomson, J. (julio, 2009). The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Revista de Psychol*, 116 (3), 620–654.
- Aznar, J. (2000). *Etimologías grecolatinas: orígenes del español*. México: Pearson Educación.
- Barreto, F. (2012). *Fundamentos de medicina: Nefrología*. Colombia: CIB.
- Baumgardner, P. (2006). *Terapia Gestalt. Teoría y práctica*. México: Pax México.
- Beauvoir, S. (1964). *Una muerte muy dulce*. México: Editorial Herdes.
- Bonino, D. (1979). *El compañero médico. Por una nueva relación médico- paciente*. México: Nueva imagen.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. España: Paidós.
- Bradshaw, J. (2006). *Volver a la niñez. Cómo recobrar y vivir con su niño interior*. México: Selector.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión LXII Legislatura (2014, 28 de Ene). Propuesta de egresos de la federación para el ejercicio fiscal. *Diario oficial de la Federación*.
- Capra, F. (1982). *El punto crucial. Ciencia sociedad y cultura naciente*. España: integral.
- Casanovas, L. (2003). *La memoria corporal*. España: Desclée de Brouwer.
- Cassell, E. (1976). *Illnes and disease*. Estados Unidos de Norteamérica: Hastings Center Report.

- Castanedo, C. (1997). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. España: Herder.
- Castanedo, C. (2005). *Psicología humanística norteamericana*: México: Herder.
- Chang, L. y Molotla, N. (2008). *Un enfoque transpersonal para el estudio y la comprensión de la diabetes mellitus tipo II*. Tesis de licenciatura. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Chevalier, J. (1986). *Diccionario de los símbolos*. Barcelona: Herder.
- Cirincione, D y Jampolsky, J. (2007). *Pensamientos sencillos que pueden cambiar tu vida*. España: Libros del comienzo.
- Constandse, M. (2002). *Yo soy nosotros*. México: Diana.
- Cook, T. y Reichard, S. (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. España: Morata. 5ª edición.
- Copleston, F. (2003). *Historia de la filosofía*. España: Ariel.
- Corneau, G. (1991). *Los hijos del silencio*. España. Circe.
- Corres, P. (2001). *Alteridad y tiempo el sujeto y la historia*. México: Fontamara.
- Cristóforis, O. (2006). *Cuerpo, vínculo lenguaje en el campo psicosomático*. Argentina: Lugar.
- Cueto, A. (2013). *Enfermedad Renal Crónica Temprana. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Dalhke, R. (2004). *El mensaje curativo del alma: La enfermedad como mensaje del alma*. México: GAIA.
- Daugirdas, J. (2012). *Manual de tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica*. España: Wolters Kluwer.
- Dethlefsen, T. y Dalhke, R. (2005). *La enfermedad como camino*. Mexico: Debolsillo.

Domínguez, T y Olvera, L. (enero, 2002). Inhibición emocional, estrés y salud. Su impacto en los cambios psicofisiológicos, emocionales e inmunológicos. *Revista de Psicología y salud*, 12 (1), 83-93.

Enríquez, S. (2008). *Manual de Fisiopatología*. México: IPN.

Ferguson, M. (1994). *La conspiración de acuario*. España: Biblioteca Fundamental Año Cero.

Fordham, F. (1988). *Introducción a la psicología de Jung*. España: Ediciones Morata S.A.

Fuches, V. (1974). *Who shall live?* Estados Unidos de Norteamérica. Basic Books.

Fundación Mexicana del Riñón. (2012) *Guía de práctica clínica*. Recuperado del sitio de internet <http://www.fundrenal.org.mx>

Fundación Nacional del Riñón. (2008) *Guía de práctica clínica*. Recuperado del sitio de internet <http://www.vidaysalud.com>

García, O. (abril, 2012). Insuficiencia renal crónica. *Revista del Centro Integral de Especialidades Nefrológicas*, 11 (5), 207-255.

Gehart, D; Ratliff, D y Randall, R. (2001). *Qualitative Research in Family Therapy: A Substantive and Methodological Review*. *Journal of Marital and Family Therapy*. 27 (2), 271-274.

Ginge, S. (2005). *Gestalt el arte del contacto. Una perspectiva optimista del contacto humano*. México: Océano.

Glouberman, D. (1991). *Imaginar es poder, cambio y crecimiento mediante el trabajo con imágenes*. Barcelona: Urano.

González F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información*. México: McGraw Hill.

González, M. (mayo, 2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista iberoamericana*, 29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>

Grecco, E. (1995). *Volver a Jung*. Argentina: Ediciones Continente.

- Guerra, A. (2009) *Diccionario médico*. Recuperado de <http://www.aids-sida.org/termin-indice.html>
- Guyton, A. Hall, J. (2010). *Tratado de Fisiología Médica*. México: McGrawHill.
- Hay, L. (1991). *Tú puedes sanar tu vida*. México: Diana.
- Hermes, T. (2006). *El Kybalion*. México: Colofon.
- Hernández, A. (2009). *Epidemiología. Diseño y análisis de estudio*. México: Médica Panamericana.
- Hernández, R. y López, A. (2012). *Escoliosis: carencia estructurante en la relación padre hija. Estudio de Caso*. Tesis de licenciatura. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2014). Mortalidad ¿De qué mueren los mexicanos? Recuperado del sitio de internet <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?temaP>
- Jung, C. (1964). *El hombre y sus símbolos*. España: Cáralt.
- Jung, C. (1979). *Los complejos y el inconsciente*. España: Alianza Editorial.
- Jung, C. (1997). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. España: Paidós.
- Jung, C. (2002). *Consciente, inconsciente e individuación: Obras completas volumen 9*. España: Trotta.
- Jung, C. (2005). *Obra completa. Tomo 8*. España: Trotta.
- Kepner, J. (2014). *Proceso corporal. Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Manual Moderno.
- Kierkegaard, S. (1979). *El concepto de la angustia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Lawlis, F. (1996). *Medicina transpersonal: Un nuevo enfoque para la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu*. España: Kairos.



Leblanc, E. (1998). *Psicoanálisis jungiano*. España: Gaia Editores.

León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. España: McGraw Hill. 3ª edición.

Loiácono, L. (2009). *Crisis del modelo de atención médica*. Recuperado de <http://www.alfinal.com/orl/crisisdemodelo.shtml>

Lowen, A. (1988). *El lenguaje del cuerpo*. España: Herder.

Martin, F, Piñera, C, Gago, M, Ruiz, J, Robledo, C, y Arias, M. (enero, 2010). Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. *Revista de Nefrología*, 29 (5). Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo-epidemiologia-enfermedad-renal-cronica-pacientes-no-nefrologicos-X2013757509002030>

Martínez, A, Górriz, J, Bover, J, Segura, J, Cebollada, J, Escalada, J et al. (marzo, 2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Revista de Nefrología*, 34 (2), 243-262.

Martínez, C. (2005). *Aprendizaje holístico vivencial en la formación de futuros psicólogos desde una perspectiva gestáltico-fenomenológica*. Tesina de Licenciatura. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Martínez, L, Vega, C, Nava, C, y Anguiano, C. (marzo, 2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 13 (1). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16915/16099>

Martínez, M. (2000). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico práctico*. México: Trillas.

Méndez, A, Méndez, F, Tapia, T, Muñoz, A, y Aguilar, L. (noviembre, 2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Revista diálisis y trasplante*, 31 (1). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-resumen-epidemiologia-insuficiencia-renal-cronica-mexico-13147524>

Mercado, F y Hernández, E. (septiembre, 2007). Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud. Un estudio cualitativo en México. *Revista electrónica Scielo*, 23 (9). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2007000900025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000900025)

Miguens, M. (2003). *Gestalt transpersonal. Un viaje hacia la unidad*. Argentina: Era naciente.

Molina, N. (2008). *Patrones fenomenológicos de personalidad y VIH, una experiencia de investigación gestáltica*. Tesis de Licenciatura. UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona. Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Chile: Universidad de Santiago.

Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Seix Barral.

Naranjo, C. (2006). *La vieja y novísima gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Chile: Cuatro vientos.

Nesse, R. (noviembre, 2009). Is Depression an Adaptation? *Department of Psychiatry The University of Michigan*, 57(5), 14-20.

Obrador, V. (2012). *Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica de los Estadios 1-5*. México: FMR.

Padus, E. (1997). *Guía completa para las emociones y la salud*. México: Diana.

Palacios, P. (2006a). *Fenomenología de la enfermedad en la investigación cualitativa*. México: Centro de Desarrollo Transpersonal.

Palacios, P. (2006b). *Paradigma holístico-transpersonal*. México: Centro de desarrollo transpersonal.

Palacios, P. (2012a). *Guía de afirmatividad*. México: Centro de desarrollo transpersonal.

Palacios, P. (2012b). *Guía del inventario de ideas y creencias*. México: Centro de desarrollo transpersonal.

Palacios, P (2012c). *Guía del inventario multifásico de personalidad de minnesota (MMPI)*. México: Centro de desarrollo transpersonal.

Palacios, P. (2012d). *La fenomenología: Un método psicoterapéutico*. México: Centro de desarrollo transpersonal.

Papadakis, M. (2013). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Mac Graw Hill.

Pérez, Y. (2004). *Fundamentos teóricos de la psicología transpersonal*. México: UNAM.

Perls, F. (1994). *Terapia gestalt: teoría y práctica*. California: Concepto.

Pintos, (1996). *Psicología transpersonal. Consciente y meditación*. México: Plaza y Valdez.

Piqueras, J, Ramos, V, Martínez, A, y Oblitas, L. (diciembre, 2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Revista Suma Psicológica*. 16 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>

Polaino, A. (2000). *La depresión*. España: Martínez Roca.

Quitman, H. (1989). *Psicología humanística. Conceptos fundamentales y trastorno filosófico*. Barcelona: Herder.

Real academia española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>

Richardson, R. Richardson, L. (1999). *Tu carácter según el orden de nacimiento*. Barcelona: Urano.

Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.

Rodríguez, A. (2009). *Estructura compleja del inconsciente en la obra de C.G. Jung. Una reflexión integrativa psicoanalítica*. Recuperado de <http://www.fundacionjung.com.ar/forum/Laestructuracompleja.htm>

Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Deusto. 5<sup>a</sup> edición.

Sassefeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y terapia humanista existencial. *Revista de psicología Universidad de Chile*, 15 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415105>

Salama, H. Villarreal, R. (1992). *El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista*. México: Manual moderno.

Schierse, L. (2005). *La mujer herida sanar la relación padre-hija*. Barcelona: Obelisco.

Schnake, A. (1996). *Los diálogos del cuerpo: un enfoque holístico de la salud y la enfermedad*. Chile: Cuatro Vientos.

Schnake, A. (2001). *La voz del síntoma: Del discurso médico al discurso organísmico*. Chile: Cuatro Vientos.

Secretaria de Salud. (2009) *Guía de práctica clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana* Recuperado del sitio de internet <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Shaffer, D. (2007). *Psicología del desarrollo infantil y adolescencia*. España: Paraninfo.

Sharp, D. (1997). *Lexicon Jungiano. Compendio de términos y conceptos de la psicología de Carl Gustav Jung*. Chile: Cuatro Vientos.

Sharp, D. (2002). *Tipos psicológicos jungianos*. Chile: Cuatro Vientos.

Shubhada, N. et al. (2010). *El Manual Washington de Terapéutica Médica*. Argentina: McGraw-Hill.

Simonton, C., Henson, R. y Hampton, B. (1993). *Sanar es un viaje*. España: Ediciones Urano.

Sociedad Española de Nefrología (2015). *Trasplante renal* Recuperado del sitio de internet <http://www.senefro.org>

Soriano, S. (mayo, 2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Revista de Nefrología* 24(6). Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/es->

publicacion-nefrologia-articulo-definicion-clasificacion-los-estadios-enfermedad-renal-cronica-prevalencia-claves-el-X0211699504030666

Sosa, S. (2006). *El estudio de caso como estrategia de investigación*. Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/2c.htm>

Stevens, A. (1994). *Jung o la búsqueda de la identidad*. España: Debate.

Tageson, C. (1982). *Humanistic Psychology: A Synthesis*. Estados Unidos: The Dorsey Press.

Tena, C. Hernández, F. (2005). *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México: Prado.

Treviño, A. (septiembre, 2009). Tratamientos sustitutos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. *Revista Redalyc*. 77 (5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66211745013>

Vallejo, J. (2006). *Estados depresivos. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. España. Masson.

Vazquez, D. (2010). *Metáfora y analogía en Aristóteles*. Recuperado de [http://www.academia.edu/450745/Metáfora\\_y\\_analogía\\_en\\_Aristoteles](http://www.academia.edu/450745/Metáfora_y_analogía_en_Aristoteles)

Vera, L. (2008). *La Investigación cualitativa*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/7185002/Vera-L>

Vinaccia, S. (junio, 2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 32 (2). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502003000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000200004)

Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en gestalt. Ensayos de terapia gestáltica*. Chile: Cuatro Vientos.

Zinker, J. (2006). *El proceso creativo en terapia gestalt*. México: Paidós.

Zweig, (1993). *Encuentro con la sombra. El poder del lado oculto de la naturaleza humana*. España: Kairos.

## Anexos

### Historia Clínica Multimodal

FECHA: \_\_\_\_\_.

Núm. Expediente: \_\_\_\_\_.

#### I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: \_\_\_\_\_.

2.- Dirección: \_\_\_\_\_.

Delegación: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_.

3.- Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_ Ofic. \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

4.- Edad: 38 años 5.- Ocupación: Pensionada

6.- Sexo: Femenino 7.- Por quién fue referido: \_\_\_\_\_.

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

a) Soltero – a b) Separado – a c) Comprometido – a

d) Viudo – a e) Divorciado – a f) Casado – a

g) Unión Libre h) Se ha vuelto a casar? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_

9.- Tipo de Vivienda:

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

b) ¿Quiénes la habitan? Mis hermanas, mi papá, mi cuñado y sobrinos.

#### II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas: problemas de salud que evitan quizá a tener mejor condición física y algunas actividades donde pueda realizar movimientos más normales, como nadar o andar en bicicleta etc.

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

1.- Levemente inquietante

2.- Moderadamente severo

3.- Muy severo

4.- Extremadamente severo

5.- Totalmente incapacitante

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

A partir de Diciembre 2010

d) ¿A qué atribuye sus problemas? Rechazo Crónico de Riñón trasplantado.

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas Reunión Familiar de Navidad y Fin de Año.

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos Tratando de no pensar en que estoy enferma, simplemente me adecuo de una manera normal de acuerdo a las circunstancias.

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: Solamente dos sesiones con una Psicóloga en la raza, donde me sugirió tips para mantenerme ocupada, como leer, coser etc.

#### II. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

a) Fecha de Nacimiento: 17 de Julio de 1973.

- b) Lugar de Nacimiento: México, D.F.
- c) Hermanos: Número de hermanos:                     . Edades:                     .  
 Número de hermanas: 5. Edades: 38, 30, 29, 19, 19.
- d) Padre: ¿Vive? si, si es así su edad es: 64 años.  
 Ocupación es: Comerciante eventual.  
 Su salud es: Regular.  
 ¿Murió? no, si es así dé la edad de él al morir                      ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió?                     .
- e) Madre: ¿Vive? no, si es así su edad es:                     .  
 Ocupación es:                     .  
 Su salud es:                     .  
 ¿Murió? si, si es así dé la edad de ella al morir 42 años ¿qué edad tenía usted cuando su madre murió? Cuando murió mi mamá tenía 22 años.
- f) Religión cuándo era niño Católica de adulto Católica.  
 Creyente/Practicante
- g) Educación: ¿qué estudió, hasta qué nivel? Medio Superior.  
 Indique sus fuertes y debilidades académicas: Secretaria ejecutiva, en español, mis debilidades es que me hubiera gustado cursar la UNAM.
- h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

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

- i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? Ayudar a las actividades de la casa.  
 ¿Cuántas horas al día? A cualquier hora ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? Anteriormente trabajaba de asistente de área de sistemas.  
 ¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual? si si contesta negativamente por favor explique                     .  
 ¿Cuál es su ingreso quincenal?                       
 ¿Cuánto gasta a la quincena?
- j) Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? Aprender más sobre informática para desenvolverme como apoyo a sistemas.  
 ¿Cuáles son sus ambiciones presentes? Emprender un negocio con mis hermanas y seguir adelante.

## ANÁLISIS MULTIMODAL

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

### IV. CONDUCTA:

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

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas del Comer     | 12. Problemas de sueño          |
| 2. Tomar drogas            | 13. Correr riesgos              |
| 3. Vomitar                 | 14. Flojera                     |
| 4. Conductas extrañas      | 15. Desidia                     |
| 5. Beber en exceso         | 16. Reacciones impulsivas       |
| 6. Intentos suicidas       | 17. Pérdida de Control          |
| 7. Compulsiones            | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. Fumar                   | 19. Fobias, miedos o temores    |
| 9. Aislamiento             | 20. Conducta agresiva           |
| 10. Tics nerviosos         | 21. Llorar                      |
| 11. No conserva el trabajo | 22. <u>Otros</u>                |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a si, me siento capaz de organizar un grupo y tengo habilidades de mi carrera

c) ¿Qué le gustaría hacer más? Apoyar a mi familia con actividades de diseño

¿Qué le gustaría hacer menos? No estar tanto tiempo en hospitales

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? Aprender a coser en máquinas de coser de taller

¿Qué le gustaría dejar de hacer? Que no me piquen tanto

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? si Si es así diga ¿Cuáles son? tender mi cama, hacer mandados, hacer actividades de aseo en mi casa como barrer o lavar trastes

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? Si, Si es así, ¿Cuál? Leer, ver televisión ó platicar con mis hermanas y reírme.

### V. SENTIMIENTOS

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

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

a) Enliste sus cinco miedos principales:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <u>Miedo a ponerme mal en la Hemodiálisis</u> | 4. <u>Miedo a la inseguridad de la calle</u>          |
| 2. <u>Miedo a perder a un ser querido</u>        | 5. <u>Miedo a que los doctores no me sepan tratar</u> |
| 3. <u>Miedo a la presión arterial</u>            |   |



b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? Ver que a mi familia siempre estén llenos de grandes logros personales, más de lo que desean

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? Ver a personitas que estén enfermas y cuando se ponen mal

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? Sonreír mucho con mis hermanas, ser feliz y estar contentos en reuniones familiares

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? Que muchas personas sanas desconocen de la enfermedad que padecemos, y no cuidan su cuerpo

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? Cuando afecta un problema a cualquiera de mis familiares

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado Tener a todos de mi casa sanos y reunidos

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que: Me siento bien y tranquila

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es Porque los 15 años de trasplante me realice profesionalmente y fui feliz

- Una de las cosas por las que me siento culpable es Por tal vez desconocer los cuidados para tener más tiempo mi riñón

- Me siento de lo más feliz cuando Convivo con mi familia ó cuando salimos a dar una vuelta

- Una de las cosas que más triste me pone es Que haya muchas personas malitas de IRC

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo

- Me enojo muchísimo cuando Hay doctores que no tienen paciencia por los enfermitos, cuando no tienen la ética y humanidad para tratarnos

## VI. SENSACIONES FÍSICAS

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

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

b) Historia menstrual

Edad al primer período 13 años ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? Fue una sensación rara algo que experimentaba

¿Es usted regular? irregular fecha del último período Mayo 2010

Duración 3 días ¿Padece de malestares? no ¿Cuáles? ya no menstruo ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? \_\_\_\_\_

Si es así, explique \_\_\_\_\_

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? Descansar, bailar, caminar

¿Cuáles displacenteras? Caerse, lastimarse con x cosa, tener poca resistencia

d) Describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	<u>Seria</u>	<u>Tranquila</u>
-alegría	<u>Con risas</u>	<u>Moviéndome</u>
-tristeza	<u>Pocas ganas</u>	<u>De hablar en el momento</u>
-ansiedad	<u>Desesperada</u>	<u>yendo de un lado para otro</u>

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

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

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

b. ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? Personas o compañeros de trabajo ó de mi familia en reuniones

c. Describa la imagen o fantasía más placentera Encontrarme de nuevo con algunos amigos que ya no he visto

d. Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro Mi casa, mis hermanas

e. Describa los sueños más frecuentes La de ver a mi familia en lugares todos reunidos

- f. ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? Por el momento ninguno Descríbalas Anteriormente soñaba agua
- g. ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? Algunas veces ¿En qué? Sobre metas que personalmente quisiera hacer para salir de paseo

#### VIII. PENSAMIENTOS

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

Ae : 1. Soy un don nadie  
 Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad  
 D : 1. La vida es vacía  
 D : 2. No hay nada que valga la pena  
 D : 3. La vida es un desperdicio

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

Ac1. ambicioso	Ac2. ingenuo
Ac3. sin valor	<u>Ac4. valioso</u>
<u>Ac5. perseverante</u>	Ai6. poco atractivo (imagen corporal)
Ac7. lleno de penas	Ac8. no puedo hacer nada bien
Ac9. malo	<u>Ac10. leal</u>
D11. desesperanzado	O12. culpable
Ac13. confuso	<u>Ac14. optimista</u>
Ac15. considerado	O16. celoso
O17. sin amor	Ac18. bueno para el trabajo
AI19. atractivo	O20. conflictuado
Ac21. con problemas de memoria	AC22. confiable
O23. envidioso	Ac24. ideas suicidas
Ai. 25 feo ( imagen corporal)	<u>Ac26. inteligente</u>
Ac27. loco	Ac28. con problemas para tomar decisiones
Ac 29. inútil	Ac30. con buen sentido del humor
O31. con pensamientos horribles	<u>Ac32. honesto</u>
Ac33. Degenerado	<u>Ac34. sensible</u>
Ac35. Con problemas de concentración	<u>Ac36. seguro</u>
Ac37. Estúpido	Ac38. indeseable
Ac39. Incompetente	Ac40. inadecuado
Ac41. Desviado	Ac42. cometo muchos errores

- c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? Que todos en este mundo somos capaces de hacer lo que queramos porque todos somos inteligentes con algunas cualidades que desempeñamos más que otras
- d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos Trato de no pensar, porque no me ayuda en nada

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

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

-No debo proporcionar información personal	1	2	X3	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	1	2	3	X4	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	1	2	3	X4	5
-No merezco ser feliz	1	X2	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	2	X3	4	5

Expectativas:

- a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? Es una ayuda para poder conocerse a sí mismos y manejar mejor las emociones
- b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? Solamente consejos para aplicar a mi vida
- c) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? Escuchándolos y dándole tips para poner en marcha
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? El tiempo que el paciente se sienta más segura de sí
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? Sensibilidad y astucia para entender y manejar a cualquier paciente
- f) Complete las siguientes frases:
  - Soy una persona que: Me gusta la sinceridad de la gente
  - Toda mi vida: Trato de ser transparente
  - Desde que yo era niño-a: Crecí con el ideal de que mi palabra vale
  - Es difícil para mí admitir que: No todas las personas son sinceras
  - Una de las cosas que no puedo perdonar es: Que se rían de mí
  - Una ventaja de tener problemas es: Que a veces maduras más rápido
  - Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es: Ver programas que me hagan reír, pasear, son aspectos que emocionalmente me gustan pero que hago de vez en cuando

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

- a) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ¿desde qué edad? \_\_\_\_\_ ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- b) Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) Mi padre es una persona que se dedica a lo que le gusta; en cuanto a su trabajo es responsable, pero también es una persona sensible y a la vez fuerte de carácter, sin embargo es un luchador como todos, que en esta vida enfrentan perdidas
- c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) Mi mamá es y fue muy inteligente,

comprensiva con todos y toda la energía para darnos su amor y cariño, fue la compañera, la consejera, la amiga, la enfermera y todo lo que necesita un hijo para sentirse amado por su madre.

- d) 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? si apoyaba a mi mamá ¿Desde qué edad? Cuando tenía 10 años
- d) 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? no
- d) 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? si escombrando mi cuarto  
¿Desde qué edad? Desde los 8 años
- d) 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? Desde que tenía 8 en adelante, recuerdo que nos reprendían si nos portábamos mal  
¿Por quién? por cualquiera de mis padres, papá o mamá
- e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos Siempre me acerque como mi amiga a mi madre y con mi padre siempre jugábamos, en realidad la convivencia era sana y neutral como cualquier familia
- f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? Si
- g) ¿Sus padres lo comprendieron? Si
- h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? Si
- i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar \_\_\_\_\_
- j) ¿Existe alguien que haya interferido en sus matrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? \_\_\_\_\_
- k) ¿Quién es la persona más importante en su vida? Todas mis hermanas y mi padre

## 2. Amistades

- a) ¿hace amigos fácilmente? Si, ¿conserva la amistad? Si
- b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? No  
¿Cuándo u en qué circunstancias? En ningún momento
- c) Describa cualquier relación que le proporcione:  
- Alegría Las pláticas de mis hermanas sobre acontecimientos en el día  
- Molestia Solo cuando no coincidimos con algunos gustos entre 6 hermanas
- d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)
1. Muy relajado
  2. Relativamente confortable
  3. Relativamente incómodo
  4. Muy ansioso
- e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? Si, con algunos de mi confianza y de la familia las platico y las comento en el momento  
Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación Trato de estar en paz con todo en este momento
- f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? No
- g) ¿Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? Si tuve un amigo

## 3. Matrimonio o relaciones de pareja

- a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?  
No tengo pareja
- b) ¿Hace cuanto que están juntos? \_\_\_\_\_
- c) ¿Qué edad tiene su pareja? \_\_\_\_\_
- d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? \_\_\_\_\_
- e) Describa la personalidad de su pareja \_\_\_\_\_
- f) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:
1. incompatible
  2. poco compatible
  3. regularmente compatible
  4. compatible
  5. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	5
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5
C) ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	3	4	5
D) DINERO	1	2	3	4	5
E) COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
F) SEXO	1	2	3	4	5
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL	1	2	3	4	5
H) INDEPENDENCIA PERSONAL	1	2	3	4	5
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA	1	2	3	4	5
J) FELICIDAD GENERAL	1	2	3	4	5

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?

Si \_\_\_\_\_, si es así indique cuál La pérdida de mi mamá  
 ¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida? 22 años

1. Relaciones sexuales

- a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE En su momento fue más reservado, pero ahora con el tiempo es más abierto en cuanto a esos temas

MADRE Mas reservada fue

- b) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? No

- c) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? Durante la escuela

- d) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? En la escuela secundaria
- e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? No  
o ¿en relación a la masturbación? No  
si es así, por favor explíquelo No tengo nada que comentar
- f) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales?  
Ninguna
- g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual  
No tengo nada que decir
- h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora Que utilicen preservativos o tengan abstinencia
2. Otras relaciones
- a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? No  
Si es así, por favor descríbalo \_\_\_\_\_
- b) Complete las siguientes frases
- Una de las formas en la que la gente me lastima es Cuando pueden burlarse por mi cuestión de salud y morbosidad
  - Puedo fastidiar a alguien a través de \_\_\_\_\_
  - Una madre debería De estar informada sobre los cuidados de alguna enfermedad que tenga su hijo (a)
  - Un padre debería De siempre apoyar en labores de la mamá
  - Un verdadero amigo debería De acompañar en momentos difíciles de un amigo
- c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:
- Su pareja \_\_\_\_\_
- Su mejor amigo (a) Bueno, perseverante, responsable y sobre todo leal
- Alguien que no lo quiera a Ud. Sería alguien que pudiera caerle mal
- d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo No, me importa más tratar de dar y sembrar amistad para poder recibir lo mismo

#### X. FACTORES BIOLÓGICOS

- a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud? Por favor explíquelo Si, me preocupa mi fistula, pero espero que cualquier problema sea pronta la recuperación
- b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico Losartan, amlodipino, complejo B, ácido fólico, omeprazol
- c) ¿Come en forma balanceada? Si, vegetales y proteínas
- d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? Caminar
- e) ¿Practica alguna actividad relajante? Lo único es jugar con mis sobrinos
- f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? Lo único es caminar
- g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? No, trato de hacer un poco de movimientos para que no se entuman mis pies, me mantengo haciendo cosas
- h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor No tratamos de dar la vuelta a la calle
- i) ¿Cuántas horas de sueño tiene? 10 horas durante la noche

j) Elija cualquiera de las situaciones que se aplique a Ud. tachando en la columna correspondiente:

	nunca	Raras veces	Frecuentemente	Muy a menudo
1.- marihuana	X			
2.- tranquilizantes			X	
3. sedantes	X			
4. aspirina	X			
5. cocaína	X			
6. analgésicos	X			
7. alcohol	X			
8. café		X		
9. cigarros	X			
10. narcóticos	X			
11. estimulantes	X			
12. alucinógenos	X			
13. diarrea		X		
14. constipación		X		
15. alergias	X			
16. presión alta				X
17. presión baja				X
18. problemas cardiacos		X		
19. náuseas		x		
20. vómitos	X			
21. dolores de cabeza		X		
22. dolores de espalda		X		
23. no poderse dormir		x		
24. despertarse temprano				X
25. despertar por la noche				X
26. problemas de piel				X
27. poco apetito				X
28. comer en exceso		X		
29. comer porquerías		X		

k) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, ESPECIFIQUE CON UNA P SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA M SI ES MATERNA.

1. Problemas de tiroides P
2. problemas renales
3. asma
4. enfermedades neurológicas
5. diabetes
6. cáncer
7. problemas de presión  
alta o baja

8. problemas gastrointestinales P
9. alcoholismo
10. problemas de próstata
11. glaucoma
12. epilepsia
13. dolor de cabeza
14. otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- l) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles Si, cuando perdí el riñón trasplantado estaba fuera de sí
- m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) En mi trasplante un 22 de noviembre de 1995 y en febrero del 2011 por una biopsia pulmonar
- n) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido Ninguno
- o) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:
- 0 - 5 Recuerdo los ensayos de mi salida del kínder, cuando baile mi vals, mis juguetes de reyes, las posaditas de navidad y los juegos con niños de mi edad
- 6 - 10 Juegos con los de mi calle, los días de reunión y días de fiestas familiares, bautizos, 1ra comunión, mis cumpleaños y mi pastel con mis amiguitos
- 11 - 15 Cuando estuve en mi primaria con mis amigas, mi fiesta de mis cumpleaños desde siempre y mis 15 años
- 16 - 20 Cuando empecé la adolescencia a tener otro tipo de amistades en mis escuelas, convivios, las épocas de navidad y las reuniones familiares en diciembre
- 20 - 25 El día que tuve mi primer trabajo y la satisfacción de haber trabajado 11 años es algo significativo. Por supuesto el empezar a vivir en una oportunidad de la vida con un riñón que me duró 15 años
- 26 - 30 El haber sacado adelante a mis hermanas y a mi papá, darles estudio y sobre todo protegerlas
- 31 - 35 Los días de cumpleaños de mis hermanas y cuando se casó una de mis hermanas y la llegada de mis sobrinitos, experiencias de salidas de sus escuelas y verlas realizarse profesionalmente cada una de ellas y sobre todo personalmente
- 36 - 40 Todas las vivencias con mi familia han sido significativas para mí
- 41 - 45 \_\_\_\_\_
- 46 - 50 \_\_\_\_\_
- 51 - 55 \_\_\_\_\_
- 56 - 60 \_\_\_\_\_
- 61 en adelante \_\_\_\_\_

## Inventario de Temores

A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque una "X" en la columna que mejor describa que tanto le perturba dicha situación.

La equivalencia de los números es la siguiente:

- 1.-significa nada            2.-significa poco
- 3.-significa regular        4.-significa mucho
- 5.-significa muchísimo

SITUACIONES	1	2	3	4	5
1. Ruido de aspiradoras	X				
2. Heridas abiertas				X	
3. Estar solo(a)		X			
4. Estar en un lugar extraño	X				
5. Voces altas		X			
6. Personas muertas		X			
7. Hablar en publico	X				
8. Cruzar las calles		X			
9. Gente que parece loca		X			
10. Caer		X			
11. Automóviles	X				
12. Ser importunado	X				
13. Dentistas		X			
14. Truenos	X				
15. Sirenas	X				
16. Fracaso		X			
17. Entrar a un lugar donde otros estén sentados	X				
18. Lugares altos	X				
19. Mirar hacia abajo, desde edificios altos		X			
20. Gusanos		X			
21. Criaturas imaginarias		X			
22. Desconocidos		X			
23. Recibir inyecciones		X			
24. Murciélagos		X			
25. Viajes en tren	X				
26. Viajes en autobús	X				
27. Viajes en automóvil	X				
28. Sentir cólera o furia	X				
29. Gente con autoridad	X				
30. Insectos voladores	X				
31. Ver inyectar a otra persona	X				
32. Ruidos repentinos		X			
33. Tiempo nublado	X				
34. Multitudes		X			
35. Espacios largos y abiertos	X				
36. Gatos		X			
37. Una persona amenazando a otra				X	
38. Gente con apariencia de maleante				X	
39. Pájaros		X			
40. Ver aguas profundas		X			
41. Ser observado al trabajar	X				
42. Animales muertos	X				

43. Armas		X			
44. Suciedad		X			
45. Insectos que se arrastran		X			
46. Gente fea				X	
47. Ver pelear				X	
48. Fuego		X			
49. Gente enferma		X			
50. Perros		X			
51. Ser criticado	X				
52. Figuras extrañas		X			
53. Estar en un elevador		X			
54. Presenciar operaciones		X			
55. Gente enojada		X			
56. Ratones		X			
57. Sangre humana		X			
58. Sangre de animales		X			
59. Partida de amigos		X			
60. Lugares cerrados		X			
61. Perspectiva de ser operado				X	
62. Sentirse rechazado por otro				X	
63. Aviones		X			
64. Olores a medicina	X				
65. Sentirse desaprobado		X			
66. Serpientes inofensivas		X			
67. Cementerios		X			
68. Ser ignorado		X			
69. Oscuridad		X			
70. Perderse el ritmo cardiaco		X			
71. Hombre desnudo		X			
72. Mujer desnuda		X			
73. Relámpago		X			
74. Medico		X			
75. Personas deformes		X			
76. Cometer errores		X			
77. Parecer bobo		X			
78. Tener nauseas	X				
79. Perder el control		X			
80. Desmayarse		X			
81. Arañas	X				
82. Ser responsabilizado para tomar decisiones		X			
83. Vista de cuchillos y objetos cortantes	X				
84. Convertirse en enfermo mental	X				
85. Estar con un hombre		X			
86. Estar con una mujer	X				
87. Presentar exámenes escritos	X				
88. Ser tocado por otros	X				
89. Sentirse diferente a otros	X				
90. Silencios en la conversación	X				

## Inventario de Depresión de Beck

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de malestar: Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

### A.-

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico.
- 2.a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo.
- 2.b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.

### B.-

0. No particularmente pesimista o desalentado, con respecto al futuro.
1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
- 2.a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
- 2.b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

### C.-

0. No me siento fracasado.
1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
- 2.a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2.b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

### D.-

0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho con todo.

### E.-

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
- 2a. Me siento bastante culpable.
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

### F.-

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.
2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
- 3.a Siento que merezco ser castigado.
- 3.b Quiero ser castigado.

**G.-**

0. No me siento desilusionado de mí mismo.

- 1.a Me siento desilusionado de mí mismo.
- 1.b No me gusto a mí mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio a mí mismo.

**H.-**

0. No me siento que yo sea peor que los demás.

1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
- 2.a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
- 2.b. Siento que tengo muchos defectos.
3. Siento que no sirvo para nada.

**I.-**

0. No tengo ninguna intención de dañarme.

1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
- 2.a. Pienso que estaría mejor muerto.
- 2.b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
3. Me mataría a mí mismo si pudiera. ,

**J.-**

0. No lloro más que lo usual.

1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo detenerme.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

**K.-**

0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.

1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Las cosas que usualmente me irritan, ya no consiguen hacerlo ahora.

**L.-**

0. No he perdido interés en otras personas.

1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda.
3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.

**M.-**

0. Tomo decisiones tan bien como antes.

1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones.
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
3. En ningún momento puedo tomar ningún tipo de decisiones.

**N.-**

0. No siento que me vea peor ahora que antes.

1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.

**O.-**

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1.a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
- 1.b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
3. De plano no puedo hacer nada.

**P.-**

0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ahora despierto más cansado que antes.
2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.

**Q.-**

0. No me canso más que lo usual.
1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me cansa hacer algo.
3. Estoy muy cansado para hacer algo.

**R.-**

0. Mi apetito no es peor que lo usual.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor ahora.
3. No tengo apetito de nada.

**S.-**

0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente.
1. He perdido más de 3 kilos.
2. He perdido más de 5 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

**T.-**

0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento desagradable.
2. Estoy tan preocupado por cómo o que siento que no puedo hacer nada.
3. Estoy completamente absorto en lo que siento.

**U.-**

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo ahora.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3. He perdido el interés en el sexo por completo.

Puntuación: 3 puntos.