

Psicoterapia Gestalt
en el Manejo y
Resolución de Duelo

MARCO ANTONIO POLO SCOTT

PATRICIA POLO SCOTT

A Luz Maria por su amor incondicional
A Lorena por su valor
A Sofía por su perseverancia
A Marisela por su alegría y sensibilidad
A mis padres por sus enseñanzas
A Juan Polo por su apoyo incondicional
A Edmundo Polo por sus juegos y respaldo
A Susana Polo por estar conmigo en todo momento
A mis hermanos y hermanas por su comprensión
A Selene Fortanel por sus muestras de amor y cariño
A Raymundo Tapia por su amor al conocimiento
A mi tío Otilio por su sabiduría
A Ascencio Martínez por su decisión sobre la vida
A Beatriz Chávez por compartir sus conocimientos
A Margarita Chapa por sus insuperables relatos

Agradecimientos:

A Luz María Hernández Sánchez por la revisión efectuada, que nos sirvió para mejorar el libro.

A Ma. Gpe. Denia Sosa Ramírez por su colaboración en la recopilación de la información, así como apoyo en los aspectos técnicos del libro.

A los alumnos y pacientes del Centro de Tanatología y Terapia de Duelo.

Índice.

Introducción

Capítulo I. Duelo

Las Etapas del Duelo.

Elizabeth Kubler-Ross.

John Bowlby

Jorge Bucay

Nancy O' Connor

Igor Caruso

Isa Fonnegra

Reyes Zubiría

Polo Scott

Modelo Polo Scott de Comportamiento ante el Duelo.

Tipos de Duelo

Otros Tipos de Duelo

El Duelo y el Ser Humano

El Duelo y la Familia

Capítulo II. Personalidad y Gestalt.

Los Elementos de la Personalidad

Psicoterapia Gestalt

Bases Filosóficas de la Psicoterapia Gestalt.

Bases Psicológicas de la Psicoterapia Gestalt.

Conceptos de la Psicoterapia Gestalt.

Neurosis

Figura-Fondo

Contacto

Límites del Contacto

Aquí y Ahora

Darse cuenta
Importancia del como sobre el por que.
Ciclo de la experiencia Gestalt
Capas de la Neurosis

Capitulo III. Método de Psicoterapia Tanatológica con enfoque Gestalt.

La Entrevista.

Intervención en Crisis

Terapia Tanatologica

Método de Terapia Tanatológica Polo Scott

Test de Duelo Polo Scott

Saludo.

Rastreo.

Identificación de la Emoción y determinación de la necesidad.

Ejercicio.

Retroalimentación.

Cierre.

Estilos de Pacientes.

Estilos Negativos de Tanatólogos o Terapeutas.

Capitulo IV. Técnicas de Intervención.

Bibliografía

Introducción.

En el presente libro, hemos decidido recopilar algunos temas ya tratados en otras obras, hemos ido agregando nuevos conceptos así como los resultados de nuestras últimas investigaciones, por lo tanto, los temas centrales son duelo y su manejo y resolución desde el enfoque de la psicoterapia gestalt.

En el primer capítulo abordamos, como ya lo hicimos en otros libros, los conceptos fundamentales del proceso de duelo, buscando simplificarlo y hacerlo más accesible para ti querido lector.

En el segundo capítulo tratamos el tema de personalidad y gestalt, donde hemos desarrollado los conceptos básicos de la psicoterapia gestalt, incluso cada tema ha sido abordado en detalle para su mejor comprensión.

Para el tercer capítulo hemos decidido dar a conocer los resultados de nuestras investigaciones, sobre todo lo referente al test de duelo Polo Scott, el cual después de dos años de trabajo arduo hoy en día es una realidad, sabedores de la importancia de este instrumento para el proceso terapéutico, detallamos su aplicación, incluso las tres partes que lo componen explican su forma de manejo y calificación, con lo anterior es posible establecer estrategias de trabajo en función de las cuatro áreas principales en las que interactúa un paciente en duelo.

En el cuarto capítulo establecemos algunas de las diversas técnicas de intervención, que podemos realizar durante los procesos de psicoterapia gestalt, de entre ellas dos desarrolladas en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, el lugar seguro y protegido y la silla simbólica.

Esperamos que la presente obra te ayude a comprender los procesos de duelo, su elaboración y resolución desde el enfoque de la psicoterapia gestalt.

*Quien conoce a los demás es sensato.
Quien se conoce a sí mismo, es sabio.
Quien vence a otros, es fuerte.
Quien se vence a sí mismo, es
poderoso.
Quien consigue sus propósitos, es
voluntarioso.
Quien se contenta con lo que tiene, es
rico.
Quien no abandona su puesto, es
perseverante.
Quien no muere ni siquiera con la
muerte, posee la vida.*

LAO TSE.

CAPITULO I

DUELO

*Y como quieres que te olvide ahora
Si tu ya formas parte de mi ser
Ya no decide el pensamiento mió
Ya no coordino bien mi proceder
En cada acción estas conmigo
En cada movimiento de mi ser
Mi pensamiento siempre va contigo
Mi pensamiento lo haces tú
¡Mujer!*

MARCO ANTONIO POLO SCOTT.

La terapia gestalt es un proceso que tiene como objetivo final el cierre de asuntos inconclusos, en el aquí y ahora, que a través de las vivencias diarias el paciente va dejando inconclusas para descubrir su forma de funcionar.

Dentro de los asuntos inconclusos se encuentran los duelos, de hecho la parte principal del trabajo tanatológico es la elaboración y resolución de los duelos que el paciente presenta.

De los acontecimientos que mas influyen y afectan la vida de las personas se encuentran los duelos, por un lado de ellos aprendemos los recursos necesarios para desarrollarnos como seres humanos íntegros y por otro, pueden producir que una persona quede atorada en el proceso de no saberse despedir de lo perdido.

En su definición etimológica duelo proviene del vocablo griego *DUELLUM* (combate) y *DOLUS* (dolor).

Duelo es el proceso que se da como consecuencia de la pérdida de algo significativo para la persona, puede ser un ser humano, un animal, una cosa, una relación, una actividad, etc.

Regularmente se inicia posterior a la pérdida aunque en ocasiones puede iniciar en el momento de la noticia de la posible separación significativa.

Para Freud el duelo constituye un efecto normal, considera que a pesar de que sus manifestaciones se desvíen de la conducta adaptativa no pueden considerarse patológicas, pues serán superadas con el paso del tiempo, y no es recomendable perturbar su proceso. Así mismo lo determina como la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Considera que ante una pérdida, el examen de realidad, dice a la persona que su objeto amado ya no existe y obliga a desligarse de él. La persona se muestra renuente, ya que es un largo proceso, que a su vez es doloroso, desligarse de un objeto que continua existiendo en su mundo psíquico.

Es normal que el sujeto intente conservar el vínculo afectivo que lo liga al objeto perdido, y sólo es posible retirar la libido (energía de la pulsión sexual) del objeto de manera lenta hasta que el Yo quede libre de nuevo. El proceso de duelo para Freud, se caracteriza por un talante de dolor, la pérdida de interés en todo aquello del mundo exterior que nos recuerde el objeto perdido, la incapacidad para escoger un nuevo objeto de amor y la imposibilidad para entregarse al trabajo productivo. Lo anterior sucede sólo cuando el objeto es de gran importancia para la persona.

Freud llamó melancolía a la manifestación patológica del duelo donde además del cuadro característico del duelo se agrega la auto denigración del Yo y explica la actitud con la cual el ser humano enfrenta la experiencia de muerte y pérdida y que determina la forma en que reaccionamos ante ella. Considera que el inconsciente es incapaz de creer en su propia muerte y por lo tanto esta convencido de su inmortalidad. Aparentemente el ser humano muestra disposición a aceptar que la muerte es un hecho natural, en

realidad se tiende a negarla, nuestra actitud hacia la muerte es ambivalente, es decir, por un lado intentamos ver a la muerte como un proceso natural que acontece a todos los seres vivos, y por el otro, dentro de nuestra realidad la hacemos a un lado y la separamos de nosotros y de nuestra familia.

Igor Caruso estudia el término del duelo a consecuencia de la separación, es imposible hacer a un lado el concepto de vinculación. Realiza una crítica a la literatura psicoanalítica en relación al duelo al señalar que ésta se ha ocupado de la reacción ante la muerte dentro de parámetros estrechos por considerar algunas de sus manifestaciones patológicas. Califica a la separación de los amantes como la más dolorosa de las experiencias del hombre, es una catástrofe. Señala que los mecanismos de defensa son utilizados por el Yo para poder coexistir en el mundo exterior (la realidad), en donde su objetivo es disminuir al máximo o evitar el peligro, la angustia y el displacer. La separación es una irrupción de la muerte dentro de la propia vida; constituye una gran herida narcisista, pues, implica la muerte del Yo en la conciencia del otro. A esto se suma que para que el Yo sobreviva a la separación es necesario que también el otro muera en su conciencia.

Melanie Klein habla de la relación entre el duelo y los procesos de la temprana infancia, menciona que el niño pasa por estados comparables al duelo del adulto, y considera a la negación y a la idealización del objeto perdido como los factores defensivos más importantes. Para ella el dolor experimentado en el lento proceso del juicio de realidad, durante la labor del duelo parece deberse no solo a la necesidad de renovar los vínculos con el mundo externo, sino al mismo tiempo a la reconstrucción proporcionada por el placer.

En la muerte y los moribundos la Dra. Elizabeth Kubler-Ross publicó su trabajo donde aborda la manera en que los seres humanos enfrentamos la crisis más importante en la vida: la muerte. Aporta un proceso de duelo en cinco etapas, las abordaremos más adelante en las etapas de duelo.

Para John Bowlby el duelo es una serie amplia de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera que sea su resultado. El duelo incluye procesos conscientes e inconscientes, y la aflicción es el estado

doloroso que se experimenta después de una pérdida. La pérdida de una persona amada constituye una de las experiencias más penosas por las que un ser humano puede pasar, al sufrir una pérdida el individuo pone en marcha diferentes procesos defensivos que constituyen una parte del duelo sano, la patología en el duelo esta determinada por las formas que pueden adoptar dichas defensas y por el grado en que resulten irreversibles, el duelo patológico consiste en exageraciones o deformaciones del proceso normal.

Reyes Zubiria se refiere al duelo como una reacción extremadamente dolorosa, pero normal que se desencadena a raíz del rompimiento de una relación personal, cuyo proceso cumple una función homeostática, pues su finalidad es lograr la adaptación del individuo a la persona, las reacciones son: físicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales.

Para Reyes el enfoque tanatológico tiene una especial atención y se centra en el llamado duelo anticipatorio que se origina ante la posibilidad de muerte o separación de un ser querido, como es el caso de los enfermos terminales y su familia, y el tanatólogo ayuda a lograr su reconocimiento intelectual y emocional de la realidad inminente de la separación.

“Los duelos no son el patrimonio exclusivo de la muerte de alguien”¹, claro esta que para que exista un proceso de duelo no es requisito indispensable que haya acontecido una muerte, sino, una pérdida significativa y que además tenga un contenido de apego para la persona, esto lo fortalece.

“El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, así mismo es necesario un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar”²

Los determinantes más importantes dentro de un duelo por muerte, en términos generales parecen entrar dentro de las siguientes categorías:

¹ Bucay, J. “El camino de las lagrimas”. Océano. México. 2002 P. 149

² Worden, W. “El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia”. Paidós. España. 1977 p. 161.

- ✓ Quien era la persona (si era el abuelo, el hermano, alguno de los padres, el hijo, la pareja o tal vez el amigo).
- ✓ El tipo de la relación y lo significativo que era.
- ✓ Forma en que se murió (muerte natural, accidental, suicidio, homicidio).
- ✓ Antecedentes históricos (conocer si la persona ha tenido pérdidas anteriores y como ha elaborado sus duelos).
- ✓ Variables de personalidad (edad, género, temperamento, carácter, rasgos, aptitud, actitud, etc.).
- ✓ Variables sociales (rol y estatus social).
- ✓ Variables económicas (posición económica).
- ✓ Experiencias previas con la muerte. (idea fundante de muerte).
- ✓ Tácticas de la persona para superar crisis. (recursos con que cuenta la persona, tomados de experiencias previas y que en el momento de la crisis necesita para salir adelante).
- ✓ Forma de percibir la muerte. (que tan atemorizante o no es la muerte).

Cuando se analiza un número de personas que se encuentran en el proceso de duelo estas pueden reflejar distintas reacciones, existen diferencias de persona a persona. Para algunos es una experiencia devastadora, mientras que para otros parece no afectarles mucho. En algunas personas el proceso de duelo inicia en el momento que se conoce la pérdida y en otros se retrasa. Para algunas personas la duración del proceso de duelo es corto, en tanto que para otras dura mucho tiempo. Es por esto que es necesario conocer cuales son los determinantes mas importantes dentro de un duelo por muerte.

LAS ETAPAS DEL DUELO

Elisabeth Kubler-Ross

La Dra. Elisabeth Kubler-Ross, considerada la iniciadora del estudio de la tanatología, tiene un enfoque humanista sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica, señala que el proceso de dolor siempre va acompañado de un sentimiento de ira, que es difícil de aceptar, porque aunque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Por lo tanto, las personas optan por suprimir este sentimiento y por lo general termina manifestándose de otra manera complicando el duelo, la actitud hacia la muerte mas predominante es la del rechazo. Menciona cinco etapas en el proceso del duelo. Estas etapas son:

1.- Negación y aislamiento.- Cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de negar (no, yo no, no puede ser cierto).

“La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad, o al enterarse del diagnóstico, sino también mas adelante, de vez en cuando. ¿Quién fue el que dijo: no podemos mirar al sol todo el tiempo, no podemos enfrentarnos a la muerte todo el tiempo? Estos pacientes pueden considerar la posibilidad de su propia muerte durante un tiempo, pero luego tienen que desechar estos pensamientos para proseguir la vida”³

La negación es un mecanismo de defensa que en cierto tiempo es sustituida por la aceptación.

2.- Ira.- “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Surge la pregunta ¿por qué yo?”⁴

La ira se proyecta contra todo y contra todos. La ira es con uno mismo, con Dios, con todo y todos en general.

Kubler-Ross, dice: la tragedia radica en que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco, con la persona que recibe toda la ira del enfermo o familiar. Si uno toma estas manifestaciones como algo personal reaccionará en consecuencia, lo que hará que el paciente o el familiar aumente su conducta hostil.

3.- Pacto.- Dura periodos de tiempo muy breves. La Dra. Dice: “el pacto es un intento por posponer los hechos; incluye un premio -a la buena conducta- además fija un plazo de –vencimiento- impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento”

³ Kubler-Ross, E. “Sobre la muerte y los moribundos”. Mondadori. Barcelona. 1975. P. 60

⁴ Ibidem. P. 73

Este pacto generalmente se hace con Dios y las promesas se guardan en secreto, en el caso de que el pacto se cumpla, por lo regular, el paciente pedirá otro y así sucesivamente hasta que ya no haya posibilidad por el marcado deterioro del enfermo, también se pueden presentar seudosentimientos como el de abandono o soledad.

4.- Depresión.- “Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida.”⁵

Para Kubler-Ross hay dos tipos de depresión: la depresión reactiva aparece como resultado de las pérdidas anteriores (amputaciones, cargas financieras) y la depresión anticipatoria que son las pérdidas que van a venir.

Cabe hacer mención que Kubler-Ross menciona depresión, sin embargo, las características que da no corresponden a los criterios por un trastorno depresivo, sino más bien a un sentimiento de tristeza profunda producto de la pérdida de la salud y la posible muerte.

5.- Aceptación.- “Si un paciente ha tenido tiempo (no una muerte repentina) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará”⁶

“En estos momentos la familia es la que necesita mas ayuda: el moribundo ha encontrado ya cierta paz y su capacidad de interesarse por las cosas o las gentes esta disminuida”⁷

Kubler-Ross dice: hay pacientes que luchan hasta el final, éstos no podrán llegar a la aceptación con paz y dignidad.

John Bowlby

⁵ Ibidem. P. 115

⁶ Ibidem. P. 147

⁷ Reyes, A. Op. cit. P. 82

El doctor y psicoanalista John Bowlby cumple su papel de científico y nos habla de cuales son las necesidades básicas que la sociedad necesita satisfacer para el desarrollo de sus individuos, con un enfoque diferente de la teoría psicoanalítica, formula sus propios conceptos acerca del duelo, en su obra “Teoría del Apego”, en ella intenta esclarecer el proceso que lleva a cabo una persona a partir de una pérdida, hasta el momento en que se puede considerar que se ha liberado del duelo. Este proceso lo dividió en cuatro fases principales.

1.- Fase de embotamiento de la sensibilidad.- Esta fase se presenta inmediatamente a la separación y puede durar desde unas cuantas horas hasta una semana, se caracteriza por aturdimiento e incapacidad para aceptar la realidad, así como estallidos de enojo, tristeza o pánico intenso; muchas personas describen este como un periodo en el cual podían continuar con su vida normal, pero funcionando en forma casi automática.

Consideramos que el hecho de establecer un periodo de tiempo desmerita la primera fase, en virtud de que es difícil saber la duración de los mecanismos de defensa que van a actuar al inicio del proceso de duelo.

2.- Fase de anhelo y búsqueda de la figura pérdida.- Puede durar meses, incluso años, no es raro que la persona en esta fase alterne dos estados, pues por un lado la creencia cada vez mayor de la pérdida real produce una intensa tristeza, dolor y anhelo, pero por otro lado continua la incredulidad que puede dar lugar a la esperanza de reunirse con el ser querido o la necesidad de buscarlo. La búsqueda de la figura pérdida puede manifestarse en un incremento de la actividad, inquietud, pensamientos y sueños recurrentes acerca de la persona que murió, sensaciones y percepciones relacionados con su presencia.

3.- Fase de la desorganización y desesperanza.- Es normal que el individuo en duelo caiga en momentos depresivos y/o apatía al encontrarse entre el intenso deseo de conservar sus recuerdos y el de alejarse de ellos, entre la necesidad de hablar sobre sus sentimientos y el no hacerlo por miedo, incluso manifestar el deseo de morir como un medio de reunirse con la persona muerta.

Para nosotros, la desorganización que presenta una persona como consecuencia de la pérdida se presenta en el inicio del duelo, es por ello que los mecanismos de defensa actúan para proteger a la persona, luego entonces, no se dan en la tercera fase, sino desde el principio del proceso de duelo.

4.- Reorganización.- Cada individuo es capaz, en forma gradual, de aceptar y reconocer la pérdida como un hecho permanente y que es necesario dar una nueva visión a la vida. La reorganización consiste en una redefinición de sí mismo y de su entorno, en sentido tanto afectivo como cognitivo, es una labor penosa, pues para que la persona se de a tal tarea es necesario que antes renuncie a la esperanza de recuperar a su ser querido y de comunicarse con el.

Compartimos esta fase en las etapas de duelo de John Bowlby, sin embargo, consideramos que no es la fase final, ya que una persona estará lista para abandonar el proceso de duelo en el momento en que reubique el sistema que fue alterado por la pérdida, el ser humano encuentra sentido en la sociedad, ya que es un ente social, en tanto no se reubique el sistema social alterado, el proceso de duelo continua.

Jorge Bucay

Jorge Bucay, medico y psicoterapeuta gestalt, de origen argentino, en su libro, “El camino de las lagrimas” comenta el trabajo en el proceso de duelo desde una visión humanista, poniendo énfasis en el trabajo de duelo a partir de la familia y ocupando, en algunas ocasiones, técnicas de metáfora y cuento para trabajar el duelo, establece siete etapas en el proceso de duelo, estas son:

1.- Etapa de la incredulidad.- Aunque la muerte sea una muerte anunciada, hay un momento en el que la noticia produce un shock. Hay un impasse, un momento de negación y cuestionamiento en el que no hay ni dolor; la sorpresa y el impacto nos lleva a un proceso de confusión en el que no entendemos lo que nos están diciendo. Entre mas inesperada sea la muerte, la confusión y la incredulidad serán mas profundas y duraderas. Esta etapa puede durar unos minutos, unas horas o días como sucede en el duelo normal, o puede volverse una negación tóxica.

2.- Etapa de la regresión.- Es la explosión dolorosa. Una vez que el estado de incredulidad ha pasado, se conecta con la realidad y al momento de hacerlo el dolor que invade a la persona es demasiado. Uno llora como niño, patalea, grita. Las emociones afloran sin control evitando la comunicación con los demás.

3.- Etapa de la furia.- Es ira, a veces muy manifiesta y a veces muy disimulada, y esta se dirige a quien se considera los responsables de la muerte, con Dios, con la vida, con el otro, con el que se murió. No importa cual sea el destino de la furia lo importante es que alguien tiene la culpa de este sentimiento de abandono del cual soy objeto. Es precisamente esta furia la que nos sitúa en la realidad, precede y prepara al cuerpo para la tristeza.

4.- Etapa de la culpa.- Nos sentimos culpables por habernos enojado con el otro, culpables con Dios, culpables por no haber evitado que muriera (si yo hubiera, debí haber, si yo no hubiera...) Decretamos que en nuestras manos existía la posibilidad de evitarlo, pero esa omnipotencia solo es para defendernos de que en realidad somos impotentes. Dirijo hacia mí el resentimiento por no haber evitado la muerte y me culpo de aquello que no hice y tuve la oportunidad de hacerlo. Esta culpa se va desvaneciendo poco a poco, de lo contrario el duelo se estancaría.

5.- Etapa de desolación.- Esta etapa es la de la verdadera tristeza. Aquí esta la impotencia, el darnos cuenta que no hay nada que podamos hacer, que el otro esta muerto y que eso es irreversible. Se experimenta la soledad, la soledad de estar sin el otro, con los espacios que ahora quedaron vacíos. Nos damos cuenta de que las cosas no volverán a ser como eran. Es la etapa de la tristeza que duele en el cuerpo, la etapa de la falta de energía, de la tristeza dolorosa y aplastante.

Puede ser que se tengan sensaciones y percepciones extrañas -pseudo alucinaciones-. Es fuerte pasar por estos momentos y muchos llegan a asustarse. Lo malo de esta etapa es que es dolorosa, desesperante, inmanejable. Lo bueno es que pasa, y mientras pasa, nuestro ser se organiza para el proceso final.

6.- Etapa de la fecundidad.- Se empieza al salir de la desolación, es hacer algunas cosas dedicadas a esa persona, es transformar esa energía ligada al dolor en una acción. Es la reconstrucción de lo vital.

7.- Etapa de la aceptación.- Es la última etapa. Consiste en separarse, discriminarse de la persona que murió. Asumir que esa persona murió y yo no. Resituarse en la vida que sigue. Aceptar es interiorizar, me doy cuenta de lo que esa persona me proporciono. Se supera pero no se olvida. Cuando el proceso es bueno las cicatrices ya no duelen y con el tiempo se mimetizan con el resto de la piel y casi no se notan, pero están ahí.

En gran parte compartimos la propuesta de etapas de duelo de Jorge Bucay, sobre todo por la visión humana y el trabajo con las emociones y las pseudoemociones, sin embargo, Bucay no aclara de que manera se van presentando las etapas, incluso se crea la confusión con respecto a que una vez superada una etapa se pasaría a la inmediata superior, nada mas falso en la realidad.

Nancy O'Connor

Nancy O'Connor, psicóloga norteamericana, su trabajo tanatológico esta centrado en experiencias vividas por otras personas en torno a la muerte, O'Connor intenta lanzar el mensaje de que las personas sobrevivirán el duelo y expresando sus emociones la herida cicatrizará, en su libro: "Déjalos ir con amor" aborda los sentimientos, reacciones y cambios que sobrevienen a cónyuges, padres, hijos, hermanos y amigos, después de la muerte de un ser querido. Menciona cuatro etapas en el proceso de duelo, dice que estos plazos no son rígidos, mucho depende del grado de intimidad que se haya tenido con la persona que falleció. Las etapas son:

1.- Etapa de ruptura de antiguos hábitos.- Desde el fallecimiento hasta ocho semanas. Las semanas que siguen a la muerte son un periodo de confusión., nada es normal; prevalecen los sentimientos de incredulidad, protesta y negación. La muerte es una separación obligada, un rompimiento. Al aclararse un poco la confusión se empieza a estar más conciente de la necesidad de abandonar los patrones acostumbrados en la relación. Cuando las situaciones rutinarias se interrumpen, se tienen que reprogramar las

expectativas a nivel emocional, psíquico y físico. Las lagrimas y los sentimientos de tristeza profunda aparecen en momentos inesperados. En las primeras semanas de duelo, es común y normal el estar preocupado por la persona muerta.

2.- Etapa de inicio de reconstrucción de la vida.- De la octava semana hasta un año. Después de que han pasado unos cuantos meses, el dolor y la confusión siguen siendo agudos, pero van disminuyendo gradualmente; la recuperación empieza a darse de manera automática y sin percepción conciente. Los patrones de hábitos aun serán erráticos, como en un estado de flujo, cambiando de las anteriores rutinas a otras nuevas. Probablemente habrá periodos de depresión y de impotencia para cambiar los sucesos de la vida; junto con la tristeza pueden aparecer periodos de baja energía y fatiga. Los días festivos y las celebraciones familiares serán una dura prueba del primer año, las fiestas sentimentales son las mas difíciles de sobrellevar ante la ausencia del ser querido. La búsqueda y el establecimiento de una identidad nueva y separada, es una parte importante de esta etapa.

3.- Etapa de la búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos.- De los 12 hasta los 24 meses. La vida ha vuelto a la “normalidad”. Algunos hábitos se han reestablecido firmemente y las nuevas costumbres se han vuelto cotidianas. Empieza a regresar la risa espontánea, la diversión y la felicidad. La salud, en términos generales, vuelve a ser la habitual. Se cuenta con nuevos amigos, se trabaja en mejores condiciones. Se ajustan a la ausencia de la persona fallecida.

4.- Etapa de la terminación del reajuste.- Después del segundo año. Se caracteriza por el fin del duelo. Se vive una nueva vida. Los hábitos de la vida se han unido con los patrones antiguos y los nuevos.

Considero que el trabajo de Nancy O'Connor es valioso y oportuno, sin embargo, mucho se tendrá que discutir con respecto a la duración de sus etapas, pensar que todas las personas se comportan con un patrón cronológico de conductas a partir de una crisis provocada por la pérdida significativa de un ser querido es difícil de aceptar, sobre todo partiendo del hecho de que cada persona es única e irrepetible, y que las vivencias de cada persona son tan solo suyas.

Otra de las consideraciones que requieren una ardua discusión es con respecto a sus etapas las cuales presentan lagunas e incluso no determinan con claridad en que consiste cada una y da por hecho que la persona que no se ajuste a estas etapas y a sus tiempos esta viviendo un duelo patológico.

Igor Caruso

En su ensayo titulado “La Separación de los Amantes”, Caruso trata el problema de la separación de las personas vivas que se aman, no siempre ocasionados por la muerte física. Considera que al estudiar el tema del duelo producto de la separación es poco posible hacer a un lado el concepto de vinculación, hace una crítica al psicoanálisis, acerca del duelo, al señalar que este se ha ocupado de la reacción ante la muerte dentro de los parámetros estrechos por considerar muchas de sus manifestaciones como patológicas. Nos habla no solo de la muerte física, sino sobre todo de la separación moral o afectiva. Las etapas son:

Catástrofe del Yo.- Es la desesperación por la separación no querida. La pérdida del objeto de amor, en cuanto objeto de identificación.

Agresión.- Es el primer mecanismo de defensa. Con la rabia, el doliente sale de su dolor profundo para fijarse en alguien externo a su Yo. La agresión puede ser contra el ser que murió, contra Dios, contra los médicos. Lo importante es que afloren estos sentimientos negativos.

Búsqueda de indiferencia.- Es el segundo mecanismo de defensa. El sobreviviente quiere convencerse de que la vida sigue adelante, a pesar de la ausencia que dejó quien murió. Aunque sea un autoengaño, sirve para lograr la paz interior.

Ideologización.- Después de toda la energía gastada se llega a la racionalización. Es cuando la idea de Dios y su voluntad sirven de consuelo.

Aceptación.- La aceptación es diferente a la resignación. La aceptación es un auténtico bien.

Con referencia a las etapas que plantea intenta separarse de la corriente psicoanalítica, sin embargo, no lo consigue, y como consecuencia sus etapas están plagadas de conceptos psicoanalíticos que poco dicen y que mucho interpretan, como lo es el psicoanálisis, el ser humano es algo más, o mucho más que energía libidinal y la agresión mucho menos que las emociones que experimenta el ser humano...

Isa Fonnegra

Psicóloga clínica, nació en Bogotá Colombia. A la Dra. Isa Fonnegra se le considera pionera de cuidados paliativos en Sudamérica. En su libro “De cara a la muerte” propone el trabajo tanatológico de cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte y establece como objetivo final de este estudio el vivir plenamente. Ella habla de tres etapas para el duelo después de la muerte, estas son:

Evitación.- Es la necesidad de evitar que la pérdida es un hecho (no puede ser). Es un mecanismo de defensa que se manifiesta en atontamiento y en una vivencia de irrealidad. Siguen momentos que no se pueden evitar y que sirven para enfrentar la realidad, pero no la soledad. El ritual de despedida son actos que consolidan la realidad, facilitan las expresiones de dolor, pero sobre todo, separa al muerto de los vivos.

Confrontación.- Es la fase aguda. Aparecen sentimientos de añoranza, junto con la necesidad de ver vivo al que murió. Como no es posible, viene la rabia, y aparece una necesidad de vivir en soledad el dolor de la muerte. Las posesiones del difunto se conservan intactas. Se vive un sentimiento de desesperación porque el sobreviviente - nunca se recuperara de tal pérdida-. También se inicia el trabajo de deshacer vínculos.

Restablecimiento.- Después de varios meses empieza a ceder la crisis aguda, el familiar se da permiso de sonreír, se olvida aunque sea un momento de la tragedia y comienza a interesarse de algo nuevo. El proceso de duelo termina cuando el sobreviviente pueda recordar sin dolor.

Al igual que los anteriores autores, da por hecho que una etapa lleva a otra etapa, y que una vez superada una etapa, se pasa a la etapa posterior, sin embargo, no comenta como, da por hecho que la persona las vive tal y como ella las propone. El trabajo con el ser humano en ocasiones no es tan predecible, como quisiéramos los tanatólogos, de hecho una de las partes más resaltantes de cada persona es lo impredecible que son sus reacciones ante diversos acontecimientos, y mucho más aun ante la muerte.

Reyes Zubiría

El doctor Reyes Zubiria, ha desarrollado sus ideas en torno a su particular forma, en que considera que el mexicano enfrenta la muerte y elabora el duelo. Se refiere al duelo como una reacción dolorosa, pero normal que surge a partir de la pérdida de una relación personal. Menciona que en el mexicano el sentimiento más intenso es la tristeza, la cual tratamos de evitar. Este autor señala que el proceso de duelo se da en cuatro fases, estas son:

Depresión.- Como una emoción y no como una enfermedad. Desde el momento en que se sabe que murió el ser querido, sentirá que su Yo esta mutilado. Hay una negación que consiste en no creer lo que se esta viviendo. Al principio se vive como entre nubes, poco a poco se entra a la realidad. El sufrimiento de duelo se agudiza alrededor de los dos meses posteriores al fallecimiento. Se vive la sensación de perdida del sentimiento de la vida, todo gira en torno a quien murió. Y todo esto es un duelo.

Rabia.- Los sentimiento negativos salen del propio Yo para fijarse en el Tu. Es la rabia hacia Dios, hacia el médico, al que murió. La rabia necesariamente envuelve sentimientos de culpa. Sentimientos de culpa por no haber impedido la muerte. Con las culpas sobreviene la tristeza. Incluso vendrán más sentimientos de culpa por los ratos de leve alegría que se puedan permitir los familiares sobrevivientes.

Perdón.- Quien sufre el dolor del duelo debe llegar a perdonar. Perdonar al propio Yo: perdonar las faltas reales o no. perdonar las debilidades que existieron en esas relaciones. Perdonar todo sentimiento de culpa. Y perdonar al Tu, quien quiera que sea. Mientras no podamos perdonar viviremos inmersos en una profunda tristeza.

Aceptación.- La aceptación es el final del duelo. No resignación. La aceptación auténtica se dará cuando uno perciba que dentro de uno mismo está, vivo el que murió.

En primera instancia el Dr. Reyes Zubiria maneja el término depresión como una emoción y no como una enfermedad, sin embargo, no aclara con cual de las cinco emociones existentes esta relacionada (miedo, alegría, tristeza, enojo y afecto), en la segunda de sus etapas menciona que posterior a las culpa aparece la tristeza, luego entonces, no maneja depresión como símil de tristeza. A la rabia la considera como un sentimiento negativo, sin embargo, en la mesa del trabajo científico tanatológico que difícil sería mantener dicho argumento. Dentro del trabajo del Dr. Zubiria no hay distinción entre las emociones y las pseudoemociones y las maneja de forma indistinta, considera como punto fundamental en su proceso de elaboración de duelo, la etapa del perdón, y en tanto no se supere la persona vivirá inmersa en una profunda tristeza, argumento que no compartimos.

Polo Scott

Psicólogo, Psicoterapeuta Gestalt, Ericksoniano y Tanatólogo, desarrollo las etapas de duelo a partir de mi trabajo en pacientes con enfermedades crónicas o terminales en hospitales, clínicas y grupos de autoayuda en la ciudad de México, menciono cuatro etapas, las dos primeras se pueden presentar de forma simultánea. No solo abarcan duelos por muerte, también se dan en otras pérdidas significativas como relaciones, objetos, mascotas, etc.

Desorganización aguda del YO

Una vez que sucede una pérdida significativa se presenta una crisis en las estructuras mentales de la persona (YO), esta crisis regularmente es producto de una circunstancia que se caracteriza por su brusca aparición, por lo tanto, la persona no esta preparada para recibir el impacto de la pérdida, por ejemplo: hace tres meses Antonio recibió la noticia de la muerte de un amigo suyo, comenta que cuando le avisaron su primera reacción fue decir ¡me estas engañando!, ¡no es cierto!, con la insistencia de la persona que le confirmaba la pérdida irreversible del amigo, por algunos momentos no supo que

decir, menciona que se quedo como de palo. Refiere que tiempo después anduvo como si todo pasara en cámara lenta e incluso que no tenía sensaciones ni emociones en su cuerpo. En el ejemplo anterior se observan con claridad las tres fases que acompañan la etapa de desorganización aguda del YO. Esta etapa contiene tres fases, estas son:

- a) **Incredulidad.** Al conocer la noticia la persona niega o pone en duda la posibilidad de la pérdida. Esta negación se produce como consecuencia de que la persona no esta lista para asimilar el dolor que le produce el acontecimiento que súbitamente se esta presentando y se caracteriza por las frases: ¡no puede ser!, ¡no es así!, ¡no!, ¡no es verdad!, etc. En el caso de Antonio las expresiones fueron: ¡me estas engañando!, ¡no es cierto!
- b) **Parálisis.** La noticia produce un momento en que la persona entra en impasse (es la lucha de dos fuerzas, una que busca salir y expresar la pérdida y otra que, producto del dolor que puede sentir se niega a reconocerla). Es un momento de atolladero en que se encuentra la persona. Por ejemplo: en el caso de Antonio, por algunos momentos no supo que decir, menciona que se quedo como de palo sin expresión alguna, tratando de asimilar la noticia que recibió y le causo dolor.
- c) **Desensibilización.** La persona no esta lista para experimentar el dolor que se produce como consecuencia de la pérdida, el organismo, en su sabiduría interna se protege, disminuyendo las sensaciones y emociones displacenteras que se puedan presentar, incluso haciendo que la persona no sienta dolor alguno, y se caracteriza por las frases: ¡no siento nada!, ¡es natural!, ¡algún día tenia que pasar!, ¡así es la vida!, ¡todos vamos para allá!, etc. para Antonio la expresión de la desensibilización fue que tiempo después anduvo como si todo pasara en cámara lenta e incluso que no tenía sensaciones ni emociones en su cuerpo, por lo tanto no sentía su cuerpo, ya que si lo sentía experimentaba el dolor, producto de la pérdida.

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

Desorganización grave del YO

Es la parte de la crisis en que se puede complicar un duelo, producto de la incapacidad de la persona para poder expresar sus emociones que se dan como consecuencia de los introyectos que ha ido recibiendo a través de su vida, los cuales le indican que expresar emociones en público es malo y que solo lo hacen personas manipuladoras o que quieren llamar la atención, o cuando las condiciones para expresarlas no son las más adecuadas, por ejemplo: que cuando la paciente llora, las personas que la rodean le pidan que ya no llore, que todo va a estar bien, que todo pasa y esto también pasará, que no deja descansar a la persona muerta, etc., por lo regular las personas que ocupan estas frases no lo hacen porque les duela el dolor de la persona en duelo, sino porque los conecta con sus propios duelos y como consecuencia con sus propios sentimientos, sin embargo, las emociones generan energía psicofísica que es necesario que se exprese y una forma de hacerlo es por medio de las pseudoemociones o somatizando las emociones en el cuerpo y produciendo enfermedades o trastornos. En nuestra sociedad la posibilidad de expresar las emociones es mínima, por lo que se altera el curso de la homeostasis del organismo y el proceso de duelo. Recordemos que cada persona tiene un tiempo y un momento de asimilación, al igual que la etapa anterior, la asimilación de esta etapa dependerá de cada persona y las fases se pueden presentar dos o más simultáneamente, e incluso todas a la vez. Que importante es en el trabajo tanatológico permitir que el paciente exprese sus emociones creando un ambiente de confianza y seguridad.

Mencionemos un caso clínico: Martha de 35 años se presenta en el consultorio para elaborar su duelo por el divorcio con su esposo, a la fecha procrearon dos hijas, Mariana de 5 años y Susy de 3 años, Martha refiere sentir culpa por que a sus hija ella les va a quitar la posibilidad de crecer con un padre en una familia feliz, como ella la tuvo, ahora ella considera que no tiene derecho a rehacer su vida porque tiene que procurar la felicidad de sus hijas antes que la suya, comenta que no sabe si esta más enojada con su esposo por la infidelidad o con ella por no haberse percatado de esto a pesar de las pruebas tan evidentes que tuvo. Martha dice: todo el día estoy pensando en el divorcio, en mis hijas, en mi esposo, en la infidelidad, incluso en lo que dirá mi familia y esto me agobia, me doy cuenta que mis hijas se sienten solas y desamparadas como si necesitarán protección, no duermo, y durante las noches lloro, me siento triste, incluso e llegado a pensar que salvo este incidente, el fue un buen esposo y un excelente padre.

En el caso de Martha su esposo, antes del divorcio tenía dos años llegando ocasionalmente a casa y a la fecha vive con otra pareja con quien ha procreado a una hija de 3 años.

En este ejemplo observamos las fases que acompañan la etapa de desorganización grave del YO. Esta etapa contiene seis fases, estas son:

- a) **Enojo.** Coraje con el otro, con el muerto, con el cuerpo médico, con Dios, con las circunstancias, incluso con uno mismo, es colocar la agresión fuera de mí para colocarlo en el otro. Es una emoción displacentera como consecuencia de la pérdida, se expresa por medio de la agresividad que tiene características biopositivas o bionegativas. Aclaremos lo anterior, las personas tienen dos formas de manifestar la agresividad producto del enojo: la primera: biopositiva se realiza experimentando el enojo y expresándolo sin afectar a terceros ni a su persona, algunas alternativa de expresión de enojo es ocupando técnicas Gestálticas como la descarga sobre un objeto neutro, silla vacía u ocupando técnicas de bioenergética entre otras. La segunda: bionegativas surge cuando el enojo sale sin control alguno de manera brusca e inesperada , y en algunas ocasiones contra personas que nada o poco tienen que ver con la situación o cuando no se expresa y la persona lo lleva a su cuerpo provocándose enfermedades. En el caso de Martha, ella no sabía si estaba más enojada con su esposo o con ella misma.
- b) **Tristeza.** Al percatarse de que hay una pérdida significativa, de que la persona murió y no regresara. Dejando un hueco que será difícil de llenar, esto en relación con lo significativo que fue. La tristeza es una emoción displacentera que en ocasiones se manifiesta con llanto, baja actividad psicofísica, cambio en los hábitos alimenticios y de sueño entre otros. Martha vive su tristeza de noche llorando y sin poder dormir.
- c) **Culpa.** Es una pseudo emoción displacentera que se deriva de la creencia consciente o inconsciente de haber trasgredido reglamentos o normas establecidas, por lo que se hizo y no fue suficiente o por lo que no se hizo y se pudo hacer y que necesita ser pagada por medio de un castigo, por lo regular el

paciente se somete ante la culpa. Continuando con el ejemplo: la paciente siente culpa por dejar a sus hijas sin padre, aunque el padre, por lo que ella comente, ya se había ido antes, Martha tiene que pagar esta culpa no rehaciendo su vida.

- d) **Idealización.** Se produce como consecuencia de una pseudo emoción de derrota y minusvalía. La idealización es una pseudo emoción placentera que distorsiona las características de la persona, de la relación, de las circunstancias y que regularmente incrementa o busca nuevos atributos o virtudes que tal vez no tenía la persona o la relación, es elevarlo y colocarlo en un altar en el caso de que la persona haya muerto. surge como consecuencia de creer que la persona que se separó fue derrotado, aunque la derrota y posiblemente la minusvalía produce sentimientos displacenteros, para contrarrestar esta pseudo emoción de la derrota y minusvalía se ocupan atributos o se incrementan los ya existentes no para el otro, sino para mí, porque reconociéndolo en el otro lo reconozco en mí. Martha idealiza al buen esposo y al excelente padre.
- e) **Proyección.** Mecanismo de defensa que coloca las necesidades y sentimientos propios en otra persona para protegerse a sí misma del dolor o sufrimiento que experimentaría si las reconoce en ella como resultado de la pérdida significativa o del proceso de duelo. Martha ocupa este mecanismo de defensa colocando sus sentimientos en sus hijas y de esta forma no viviendo su soledad y desamparo.
- f) **Fijación.** Son ideas recurrentes e intrusitas que la persona no puede controlar y que constantemente ingresan en su pensamiento, funciona como un mecanismo de defensa que busca que la persona olvide lo significativo de la pérdida y que esta acentuado por los sentimientos de culpa, de tal forma, que para evitar los sentimientos de culpa se presenta la fijación que es no poder dejar de pensar en la persona, relación o en los acontecimientos que originaron la pérdida. Martha dice: todo el día estoy pensando en el divorcio, en mis hijas, en mi esposo, en la infidelidad, incluso en lo que dirá mi familia y esto me agobia, lo cual impide que se presenten con mayor fuerza los sentimientos de culpa.

Reorganización.

Reestablecimiento de las estructuras mentales y superación de los acontecimientos que provocaron la crisis, para aclarar esto, hagámoslo con un ejemplo: Claudia de 58 años paciente que llega a consulta por pérdida de su trabajo, a consecuencia de su jubilación, en algún momento de su proceso de terapia, manifestó que había llegado el momento de empezar a vivir y encontrar sentido a su nueva vida, reconociendo que podía realizar nuevas actividades, que su trabajo era muy importante pero que no lo era todo en su vida, que le agradecía esos 28 años en que ella laboro en su centro de trabajo, pero que al igual que en otros momentos de su vida se había despedido de otros lugares y de otras personas, había llegado el momento de despedirse de su trabajo, de sus compañeros y de las actividades relacionadas con el.

- a) **Reconocimiento.** Es la creencia consciente que se produce dentro del proceso de duelo como la asimilación de la pérdida y de que ha llegado el momento de reiniciar las actividades que quedaron pendientes o nuevas actividades para seguir siendo funcional, es admitir la pérdida en su justa dimensión. Con Claudia el reconocimiento se da cuando se da cuenta que su trabajo era muy importante pero que no lo era todo en su vida.

- b) **Aceptación.** Admitir que la pérdida se suscito y que no hay marcha atrás, es separarse y despedirse definitivamente de la persona, relación, circunstancia, mascota u objeto. Es empezar a recordar sin que la persona sienta carga emotiva. Claudia considero que había llegado el momento de despedirse de su trabajo, de sus compañeros de trabajo y de las actividades relacionadas con su trabajo

Reubicación del sistema.

Producto de la pérdida el sistema se ve alterado, esta alteración del sistema requiere en algún momento de un ajuste, dado que la persona que se separa del sistema desempeñaba funciones que no se peden dejar de realizar y que probablemente realicen otras personas, de igual manera sucede con las relaciones las cuales serán sustituidas, por otro tipo de relaciones. Cuando el yo esta listo realiza los ajustes necesarios para cubrir el hueco que dejo la pérdida, En esta etapa se identifican las ganancias de la pérdida. Un ejemplo es: Irene de 43 años acudió a consulta por la muerte de su madre

proviene de una familia integrada por 4 hermanos, todos casados, cuando se suscitaba un conflicto entre los hermanos, la madre de Irene se encargaba de reunirlos y aclarar la situación, incluso servía como un juez quien determinaba a quien le asistía la razón, las reuniones familiares se realizaban en la casa materna y los alimentos que se consumían en esas reuniones eran preparados por la madre de Irene, cada vez que requerían del cuidado de sus hijos lo hacía la abuela, los hijos y las hijas cuando tenían problemas acudían a su madre. Cuando se presenta la reubicación del sistema en el caso de Irene, a ella le corresponde por ser la hermana mayor ser la mediadora en los conflictos familiares, las reuniones familiares se empiezan a realizar en la casa de un hermano de Irene quien determina que los alimentos que se van a consumir en las reuniones se compraran ya preparados y el gasto se reparte equitativamente entre los asistentes. Con respecto al cuidado de los hijos cada familia se encarga de buscar nuevas alternativas, incluso han contratado a una cuidadora, y la hermana menor, por sus características de su personalidad es a quien acuden a contar los problemas cuando se presentan.

Estas etapas consideran, de forma general los momentos por los que pasa una persona como respuesta a una pérdida significativa, no olvidemos que el duelo es un proceso y no un hecho aislado, y como consecuencia requiere de un tiempo de asimilación que estará en función de cada persona y no en función de tiempos predeterminados. Otra aportación de estas etapas es la flexibilidad que presentan, principalmente en las etapas de desorganización aguda del yo y desorganización grave del yo, ya que sus fases se pueden presentar en cualquier orden e incluso varias a la vez, además que estas fases pueden estar interrelacionándose continuamente.

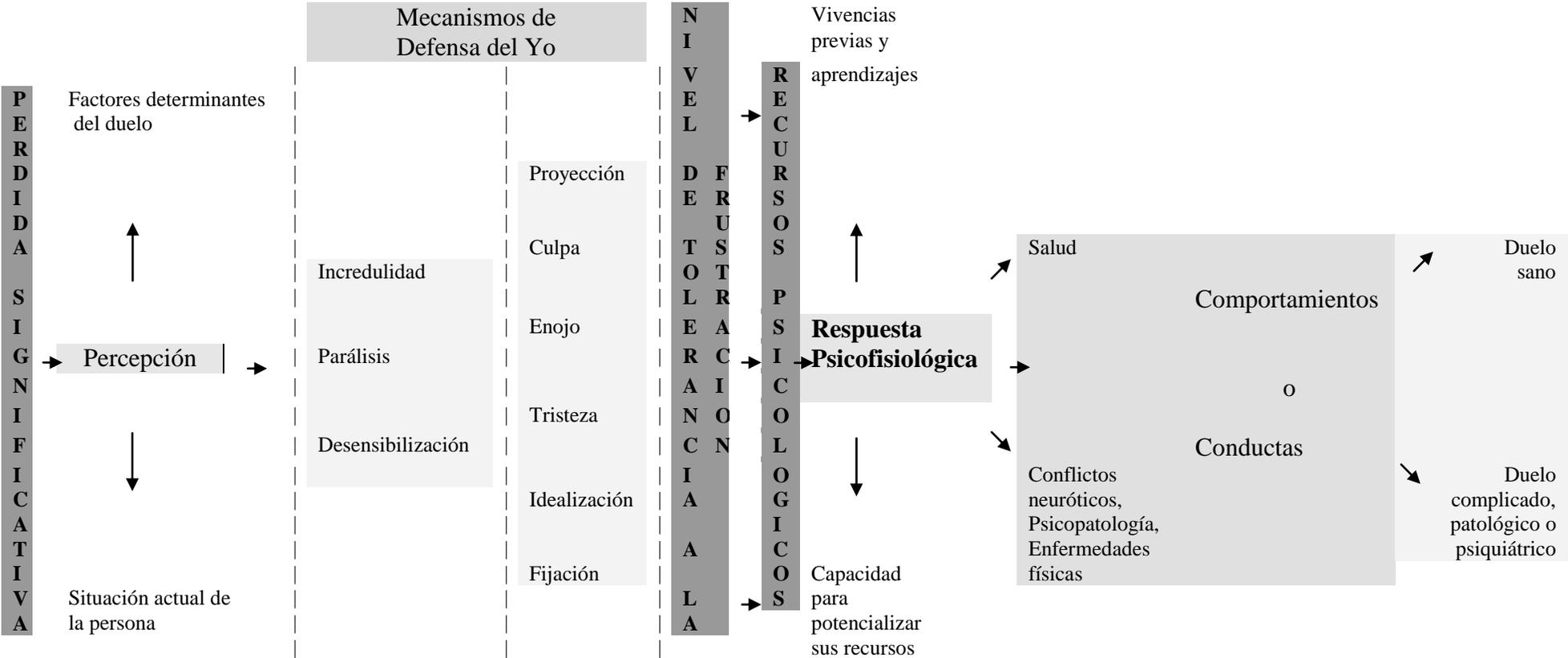
Respecto a la reorganización se resalta el hecho de que antes de que haya una aceptación de la pérdida significativa, es importante que se reconozca su justa dimensión ya que si no se realiza, se corre el riesgo de considerar que la persona ya aceptó la pérdida y nos encontramos tiempo después con que su comportamiento corresponde a etapas anteriores, principalmente cuando el reconocimiento que se hace de la pérdida no corresponde a la realidad de la persona, por lo cual es primordial

considerar los factores determinantes del duelo y la situación que vive la persona en el momento que se presenta la pérdida.

Cuando hablamos de la etapa de reubicación del sistema y la colocamos como la etapa final no podemos olvidar que la realidad impone su ritmo, y como consecuencia esta etapa inicia poco tiempo después de haber sucedido la pérdida, en el caso de la muerte de un padre con hijos pequeños, la madre tendrá que ajustarse a las demandas de sus hijos, ya que ellos seguirán comiendo, asistiendo al colegio, la ropa se tendrá que lavar, el quehacer de la casa se tendrá que efectuar y parte del papel que jugaba el padre recaerá en la madre, de igual manera sucede con otros tipos de pérdidas donde el mundo, por desgracia no se detiene.

Finalmente cada persona es distinta, por su personalidad, por sus vivencias, por sus expectativas, esto hace que su proceso de duelo lo viva de manera personal. Estas etapas se ajustan a cualquier tipo de persona en los distintos duelos.

MODELO POLO SCOTT DE COMPORTAMIENTO ANTE EL DUELO



Este modelo de comportamiento ante el duelo ilustra los diferentes pasos que ocurren entre la experiencia inicial de una pérdida significativa y el comportamiento o conducta que puede seguir una persona como consecuencia de dicha pérdida.

En el primer paso, una vez que se presenta una pérdida significativa, la persona la percibe en función de los factores determinantes del duelo que son: quien era la persona, el tipo de la relación y lo significativo que era, forma en que se murió, antecedentes históricos, variables de personalidad, variables sociales, variables económicas, experiencias previas con la muerte, tácticas de la persona para superar crisis y forma de percibir la muerte, y la situación emocional actual de la persona.

Los mecanismos de defensa del Yo de la persona actuarán en forma paralela, como filtros, el primer filtro se encargará de disminuir la carga emotiva de la pérdida significativa por medio de la incredulidad, la parálisis y la desensibilización, el segundo filtro disminuye el dolor que se puede generar por la pérdida, actuando con los mecanismos de proyección, culpa, enojo, tristeza, idealización y fijación, los cuales actúan simultáneamente

Una vez superados los mecanismos de defensa del Yo, como filtros, le corresponde al nivel de tolerancia de frustración de la persona determinar la intensidad del impacto emocional que produce la pérdida, bajos niveles de tolerancia a la frustración traen consigo alto impacto emocional displacentero, por el contrario, altos niveles de tolerancia a la frustración producen bajo impacto emocional displacentero.

Los recursos psicológicos con que cuenta la persona serán determinantes para establecer la respuesta psicofisiológica que se presentara, los recursos psicológicos están determinados por las vivencias previas y los aprendizajes significativos de la persona y su capacidad para potencializar los recursos con que cuente, mencionaremos algunos recursos: niveles de autoestima, niveles de optimismo, capacidad de adaptación, flexibilidad ante situaciones críticas, estilos de afrontamiento, capacidad de soportar el dolor, aptitudes y actitudes, temperamento, carácter, valores, etc.

Las respuestas psicofisiológicas con personas de recursos psicológicos favorables irán hacia la salud y como consecuencia a un comportamiento o conducta que se va a reflejar en un proceso de duelo sano, en tanto que personas con recursos psicológicos desfavorables tenderán hacia conflictos neuróticos, psicopatologías y enfermedades físicas, con lo cual, los comportamientos o conductas se reflejarán en un proceso de duelo complicado, patológico o psiquiátrico.

TIPOS DE DUELO

En este apartado hablaremos de los distintos tipos de duelo, ocupando para ello las categorías que algunos autores han ido mencionando en sus estudios. Esto nos va a permitir tener una visión más amplia de los distintos tipos de duelo y de sus clasificaciones de acuerdo a sus características. Abordaremos los duelos sanos, complicados, patológicos, etc.

El duelo sano presenta manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales que en la vida cotidiana se consideran anormales, no así en el contexto de una pérdida. Para Lindemann, y Worden los síntomas más frecuentes en el proceso sano de duelo son:

- ✓ *Síntomas emocionales.*- Se manifiestan las emociones como la tristeza, el enojo y el miedo y estos se dirigen hacia el ser querido, hacia otros o hacia sí mismo, no es raro que parezcan pseudoemociones como la culpa y la soledad.
- ✓ *Síntomas físicos.*- Son malestares corporales que las personas experimentan a partir de que están viviendo un duelo, tales como la opresión en el pecho, dolores de cabeza, dificultad para respirar, compresión en la garganta, falta de energía y fatiga.
- ✓ *Síntomas cognitivos.*- Ideas recurrentes acerca de la persona muerta de las condiciones de su muerte o de otros factores relacionados con la muerte, además de incapacidad para concentrarse y dirigir la atención.
- ✓ *Síntomas conductuales.*- Trastornos del sueño y de la alimentación y pueden reflejarse en conductas como: comportamiento distraído, errático, o intensa actividad sin propósito ni organización, aislamiento, apegarse o evitar todo aquello relacionado al muerto que puede evocar su recuerdo, conducta de

búsqueda caracterizada por la inquietud e incluso por el hecho de llamar verbalmente al ser amado y llorar.

El duelo complicado aparece en varias formas y se le ha dado diferentes nombres, dependiendo el autor, lo han clasificado en diferentes categorías que van desde no resuelto hasta inconcluso.

- ✓ *Duelo crónico.*- Algunos autores se han atrevido a considerar que un duelo esta en relación directa al tiempo en que se supera, incluso han llegado a establecer fechas determinadas de duración de un duelo y si la persona no lo supera en ese tiempo la han querido etiquetar como paciente con duelo crónico, por ejemplo: que la muerte del padre se supera en un periodo de hasta 18 meses y si la persona lo resuelve en 18 meses 1 día es crónico por ese día. Nosotros no estamos de acuerdo con esta clasificación, sin embargo es importante comentarla para evitar confusiones.
- ✓ *Duelo ausente.*- No todas las personas experimentan y viven el duelo de la misma forma, esto a originado que algunos autores consideren que la persona que no experimenta y expresa sus emociones esta bloqueada o esta bloqueando sus emociones.
- ✓ *Duelo al tiempo.*- Algunos pacientes presentan pocos recursos para iniciar la elaboración y resolución de su duelo, como mecanismo de defensa su organismo se desensibiliza en una actitud sabia del Yo, y en su momento iniciara su proceso de elaboración y resolución del duelo cuando considere que posee los recursos necesarios para afrontarlo, regularmente lo realiza de manera no consciente.

Ahora hablaremos del duelo patológico, cuando hablamos de este tipo irremediamente tenemos que hacer mención de los trastornos psiquiátricos que se pueden presentar producto del duelo o que se agravan como consecuencia de este. Las características se manejan con los criterios de diagnóstico del DSM IV. Se debe considerar que el duelo es un proceso critico al cual esta sometida una persona y aunque presente los criterios de diagnóstico diferencial es conveniente no hacer juicios apresurados o desestimar los síntomas que presenta el paciente.

✓ *Duelo depresivo.*- En el encontramos las características que maneja el DSM IV con respecto al trastorno depresivo, la consideración que es conveniente tomar en cuenta es la incapacidad que presenta la persona para funcionar en las distintas áreas de su vida y considerar el tiempo que dura esta imposibilidad dependiendo del paciente.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
3. Perdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o un plan específico para suicidarse.

✓ *Duelo con ansiedad.*- En el encontramos las características que maneja el DSM IV con respecto al trastorno de ansiedad.

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización o despersonalización.
10. Miedo a perder el control o volverse loco.

11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.
14. Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
15. Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
16. Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
17. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil.
18. Miedo excesivo o irracional.
19. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes.
20. Comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo.
21. Dificultad para mantener o conciliar el sueño.
22. Irritabilidad o ataques de ira.
23. Dificultad para concentrarse
24. Hipervigilancia.
25. Respuestas exageradas de sobresalto.

✓ *Duelo con estrés postraumático.*- Al igual que los anteriores, las características para el diagnóstico se toman del DSM IV.

1. Dificultades para concentrarse.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Hipervigilancia.
4. Respuestas exageradas de sobresalto.
5. Desesperanza o un horror intenso.
6. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento.
7. El acontecimiento traumático es reexperimentado.
8. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma.

✓ *Duelo Adaptativo.*- Es un trastorno que se basa en la mala adaptación de un individuo a un factor estresante, hasta el momento en que el estresor cede o surge la adaptación a la nueva situación. En los pacientes con enfermedad

crónica o terminal, el diagnóstico, tratamiento y el significado propio de la enfermedad son factores críticos que favorecen la aparición de este desorden, así como sucede en los duelos. Entre los criterios de diagnóstico que maneja el DSM IV para el trastorno adaptativo.

1. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante.
2. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
3. Deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Otros tipos distintos de duelos

- ✓ *Duelo anticipado.*- Es el duelo que se realiza ante la posibilidad inminente de muerte o pérdida del ser querido, para que este duelo exista deben darse las siguientes condiciones: enfermedad terminal en fase terminal, marcada deterioro físico y/o emocional del ser querido y que el pronóstico de vida sea desfavorable en corto tiempo.
- ✓ *Duelo real.*- El duelo es activado por una situación de muerte o pérdida que ya se suscito y la persona de manera consciente o no consciente se percata del hecho.
- ✓ *Duelo neurótico.*- La mayoría de los tipos de duelo en un momento determinado entran en esta clasificación, sobre todo cuando ya han existido muertes o pérdidas anteriores que no han sido elaboradas adecuadamente y como consecuencia esos asuntos inconclusos interfieren con el duelo actual. Por lo tanto, el duelo neurótico es el que se ve afectado por las vivencias, experiencias y asuntos inconclusos del paciente. Por ejemplo: el paciente refiere angustia ante la posibilidad de que su familiar presente cualquier enfermedad, la muerte de un conocido detona el duelo neurótico por muerte de una persona significativa ocurrida años antes.

Continuando con tipos de duelo, mencionaremos otras clasificaciones que nos ayudaran a tener un panorama más amplio de las distintas visiones que los autores han manejado de acuerdo a las circunstancias que se van presentando cada vez que acontece una pérdida significativa, estos son:

- ✓ *Duelo por muerte súbita.*- El duelo por muerte súbita sobrecarga las actividades adaptativas del Yo, y la elaboración de este duelo en ocasiones presenta complicaciones. “Algunos autores señalan que la elaboración de duelo por muerte no esperada, requiere de más tiempo; los síntomas dolorosos son más persistentes que lo normal. Esto es porque la capacidad para asumirlo es menor: cuando la muerte es esperada hay un periodo de preparación emocional, que logra que la muerte se entienda como consecuencia natural y se acepte como el final de un suceso predecible. Lo cual no es posible cuando la pérdida no se puede anticipar”.⁸

“Los asuntos no resueltos son preocupación especial de los supervivientes de este tipo de muerte. La muerte los deja con muchos remordimientos por cosas que no dijeron y por cosas que nunca tuvieron tiempo de hacer. La intervención desde el asesoramiento psicológico puede ayudar al superviviente a centrarse en este asunto pendiente y encontrar alguna forma de acabarlo”.⁹

- ✓ *Duelo por muerte súbita violenta.*- En el duelo por muerte súbita violenta hay las mismas preguntas y las mismas dificultades para aceptar lo que sucedió; al igual que en la muerte súbita, esta muerte puede ser por accidente o crimen. La variable que aquí se agrega es la rabia hacia el individuo o individuos responsables por la pérdida. “Algunas veces los actos delictivos que cobran víctimas mortales van dirigidos contra la víctima, pero otras veces ésta ha sido como consecuencia del infortunio; es decir, por haberse colocado en mal lugar y en mal momento”.¹⁰

“La impotencia hacia el asesino se refiere a dos resultados: uno es cuando la justicia no existe y el otro es cuando la conciencia del sobreviviente lo inculpa por haber castigado al agresor: -es cierto, dice el superyó, que el castigo es merecido. Pero, ¿qué ganas con esto? Entonces a más del dolor por la muerte, surge la culpa por buscar el castigo de los

⁸ Ibidem. P. 211.

⁹ Worden. W. Op. cit. P. 139.

¹⁰ Markham, Úrsula. “Cómo afrontar la muerte de un ser querido”. Martínez Roca. España. 1996. P. 99.

agresores, y si se reprime este derecho, nace la culpa ante el muerto por no buscar que encarcelen a los culpables”.¹¹

EL DUELO Y EL SER HUMANO

La reacción adaptativa a la pérdida de una persona amada es un largo periodo de pena y dolor. Tobin (1975) dice que la mayoría de las personas fracasan de algún modo en el proceso de despedirse o concluir una relación, a lo que él llama “agarrarse”.

“La reacción de agarrarse tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía”.¹²

Tobin afirma que el origen de la reacción de agarrarse la constituye la presencia de asuntos inconclusos entre las dos personas, entendiendo los asuntos inconclusos como una emoción vivenciada durante la relación, pero que por diversos motivos no fue expresada.

“La gran mayoría de las personas comienzan desde la infancia a suprimir emociones dolorosas o arrolladoras mediante la contracción crónica de la musculatura lisa esquelética y la inhibición de la respiración. Esto produce el entumecimiento de sus cuerpos, y cuando llegan a ser adultos, su sensibilidad corporal está seriamente disminuida. Y como todos los sentimientos están localizados en el cuerpo, no logran percatarse de ellos. Esta falta de capacidad de darse cuenta les imposibilita concluir situaciones emocionales. Incluso, si llegan a percatarse de sus emociones, su tendencia es suprimirlas. Así entonces van silenciando los mensajes que su cuerpo les entrega y van transformando la excitación emocional en dolor físico, tensión y ansiedad”.¹³

Un ejemplo de lo anterior se suscita en los hombres, a quienes desde niños se nos suprime la posibilidad de llorar, porque eso corresponde a las niñas, evitamos llorar por medio de la contracción de la musculatura y la contención de la respiración. A través del

¹¹ Reyes, A. Op. cit. P. 215.

¹² Tobin, S. “El proceso de despedirse”. En Stevens, J. (compilador). Esto es Gestalt. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 1975. p. 121.

¹³ Ibidem. P. 123.

tiempo el cuerpo se va entumeciendo y la sensibilidad corporal disminuye, cuando somos adultos es difícil expresar el llanto.

Al despedirse y elaborar el duelo se pasa por el sufrimiento de soltar los amarres y aceptar que la relación ha terminado, y que el vínculo emocional que hay o que hubo en la relación está terminando o, bien, está a punto de terminar.

EL DUELO Y LA FAMILIA

Cuando hablamos del duelo y la familia, se han de considerar al menos dos áreas principales. La primera es la posición funcional o el rol que desempeñaba el muerto en la familia. Cada miembro de la familia desempeña roles distintos, como el que establece los límites, el cabeza de familia, el culpigeno, el alegre, etc. si el fallecido tenía una posición funcional significativa, su fallecimiento crea un desequilibrio funcional, o sea, la pérdida de un miembro de la familia produce un desequilibrio. Por medio de la muerte se puede privar a la familia de un rol importante y lo más probable es que otros u otros miembros de la familia ocupen el rol vacante.

Los niños juegan roles importantes en la familia y su muerte altera el equilibrio familiar, es importante considerar aspectos como la edad, las circunstancias de muerte, rol que desempeñaba, etc. sus implicaciones estarán determinadas por la relación y funcionalidad de la familia.

La muerte de uno de los padres, cuando la familia es joven y el que muere es el soporte económico, no solo perturba el equilibrio emocional de la familia, sino que a su vez afecta la función económica del núcleo familiar o de la pareja sobreviviente.

La otra área a evaluar es la integración emocional de la familia. Por lo regular familias integradas se podrán ayudar unos a otros a enfrentar la muerte, incluso la de un miembro significativo de la familia, con relativo apoyo externo. Una familia no integrada puede mostrar reacciones de duelo mínimas en el momento de la muerte, sin embargo, los miembros pueden responder, con el tiempo, con diversos síntomas físicos o emocionales o con cualquier tipo de conducta antisocial.

La expresión emocional del duelo es importante, evaluar las dificultades con que se enfrentan las familias y su posible resolución es una necesidad que hay que tomar en cuenta. Hay que entender el valor que las familias dan a las emociones y el tipo de patrones de comunicación que hacen que se de permiso a sus miembros para expresar sentimientos o no.

La edad de la crisis de la madurez, punto intermedio entre la edad adulta y la vejez, varía de una persona a otra. Se le conoce como el momento en que el individuo toma consciencia de sus límites temporales y da valor a su existencia.

En el caso de los duelos de los ancianos, el declive físico, las separaciones y la vejez se sitúa en un punto bajo el signo de la pérdida que en ocasiones trae consigo una serie de psicopatologías. La experiencia de la pérdida puede encontrarse en el origen de las depresiones y de las reacciones delirantes o confusas y del trastorno del Yo en las demencias. Un duelo lleva siempre a otros duelos ya vividos, o a separaciones pasadas más o menos elaboradas, y obtiene su eventual efecto traumático del estado de desorganización del Yo.

La crisis de identidad de la vejez depende estrechamente de la vinculación del individuo a una serie de roles de los que a cambio recibe una imagen. El corte de estas funciones va acompañado de la pérdida de indicaciones espacio-temporales que organizan la identidad.

CAPITULO II

PERSONALIDAD Y GESTALT

*Madre, todo el dinero del mundo
Es poco para pagarle, primeramente:
El darme vida,
El enseñarme tantas cosas
El apoyarme en momentos difíciles
El darme consejos muy atinados
Y el principal, seguir siendo mi madre
Gracias por todo lo que me has dado
Perdón por mi inmadurez
Para captar a tiempo tus enseñanzas*

SUSANA POLO SCOTT.

Durante el trabajo gestalt en duelo, encontramos personas de distintas edades, géneros y personalidades. La personalidad es un factor fundamental para entender el comportamiento del ser humano, es necesario que el terapeuta conozca la posible conducta del paciente en tiempos de crisis; como lo es en una enfermedad crónica, terminal o incluso la muerte. En gestalt cada persona es única e irrepetible y sus vivencias son sólo suyas.

La personalidad es el término con el que se designa lo único y singular de un individuo.

La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo ciertas circunstancias.

La personalidad es la forma de ser de un individuo, como se comporta, como siente, como piensa y como realiza cada una de sus actividades cotidianas. La personalidad está influida por la “casa”, es decir, el lugar de origen del individuo: su cultura, su clima, su lenguaje, etc, y los genes del individuo.

Así que, tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad.

LOS ELEMENTOS DE LA PERSONALIDAD.

1. **Constitución:** Conjunto de aspectos exteriores de base genético-hereditaria, origen de la reacción funcional.
2. **Temperamento:** Tono o disposición afectiva, se refiere a la naturaleza emocional del individuo. Se nace con el temperamento.
3. **Carácter:** Forma concreta y estable que adquieren en un individuo los rasgos afectivos-dinámicos heredados.
4. **Actitudes:** Predisposiciones, persistente a responder favorable o desfavorablemente ante una situación dada.
5. **Aptitud:** Es la capacidad para realizar cualquier actividad.
6. **Rasgos:** Características constantes del comportamiento del individuo en una gran variedad de situaciones, poseemos todos los rasgos, sin embargo, los ocupamos en situaciones diversas.
 - *Paranoide.*- suspicacia infundada, hipersensibilidad y poco interés en confiar en los demás.
 - *Esquizoide.*- socialmente aislado, dificultad para disfrutar, emotivamente frío e indiferente ante los demás.
 - *Esquizotípico.*- pensamiento mágico, deficiencia en las relaciones interpersonales y, pensamientos y conductas peculiares.
 - *Antisocial.*- desprecio y violación de los derechos de los demás; carente de culpa, fracaso en conformarse con los códigos sociales o legales e irresponsabilidad.
 - *Límite.*- variaciones intensas en: las relaciones interpersonales, autoimagen y estado de ánimo.
 - *Histriónico.*- expresiones de emotividad excesiva, búsqueda de atención, y autodramatismo.
 - *Narcisista.*- sensación exagerada de grandiosidad, necesidad de admiración y carente de empatía.

- *Evitación.* – temor al rechazo y a la humillación, reacio a entablar relaciones sociales, baja autoestima.
- *Dependencia.*- dependiente de los demás, incapacidad para asumir responsabilidades.
- *Obsesivo-compulsivo.*- preocupación por el orden, perfeccionista, rígido, devoción por los detalles y control interpersonal.
- *Depresivo.*- baja en el estado de ánimo y llanto.
- *Ansioso.*- hiperactivo, con movimientos estereotipados en distintas partes del cuerpo.

PSICOTERAPIA GESTALT

La psicología, se puede dividir, principalmente, en tres grandes áreas, desde el punto de vista del trabajo del psicólogo: clínica, educativa y laboral, considerando el área clínica existen teorías que han ido evolucionando de acuerdo al punto vista del investigador clínico, de entre ellas sobresalen las siguientes:

Teoría Psicoanalítica o Freudiana, pertenece a la primera fuerza. La teoría Conductista-Positivista que es la segunda fuerza y la Teoría Humanista o Existencial, tercer fuerza. En esta última corriente, fundada por Abraham Maslow es donde se encuentra la Psicoterapia Gestalt de Perls.

Las necesidades fundamentales que Maslow plantea son:

- ✓ Fisiológicas. Hambre, sueño, etc.
- ✓ De seguridad. Estabilidad y orden
- ✓ De amor y pertenencia. Familia y amistad
- ✓ De estimación. Respeto a si mismo y reconocimiento
- ✓ De autoactualización. Desarrollo de las capacidades¹⁴

¹⁴ Fadiman, J. “Teorías de la personalidad”. Harla. P. 335

La actualización también es un proceso continuo de desarrollo de nuestros potenciales. Esto significa ampliar nuestras habilidades y nuestra inteligencia y “trabajar para hacer bien lo que deseamos”¹⁵

“Maslow decía que, al actualizarse, las personas trascendentes se encuentran con mas frecuencia del carácter sagrado de las cosas, de la dimensión trascendental de la vida en medio de sus diarias actividades. Sus experiencias cumbre o místicas son valoradas como los aspectos mas importantes de la vida”¹⁶

“Al integrarse la persona, su mundo también lo hace. Cuando se siente bien, el mundo le parece bien”¹⁷

La psicoterapia gestalt percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades.

La psicoterapia gestalt no fue diseñada exclusivamente para el trabajo tanatológico, sin embargo sus aportaciones al trabajo de duelos son inmensos, por tal motivo este libro busca dar mayor coherencia al trabajo tanatológico ocupando un proceso terapéutico científico basado en la psicoterapia gestalt, recordando que parte del trabajo que se realiza en gestalt es la resolución de asuntos inconclusos categoría a la que pertenecen los duelos.

Bases filosóficas de la psicoterapia gestalt.

Algunas de las bases filosóficas de la psicoterapia Gestalt, parten de la Doctrina del Existir, el representante de esta doctrina es “Soren Kierkegaard (1813-1855) pensador religioso danés, sostenía que la eternidad era más importante que el tiempo; que el pecado era peor que el sufrimiento; que el hombre era un egoísta y debía experimentar la desesperación...”¹⁸

¹⁵ Ibidem. P. 335

¹⁶ Ibidem. P. 355

¹⁷ Ibidem. P. 362

¹⁸ Runes, D. “Diccionario de filosofía”. Grijalbo. México. 2000 3ra. Ed. P. 208

Kierkegaard define las tres fases del existir, estas fases poseen un significado valido para todas las personas, las llamó 1.- Fase Estética 2.- Fase Ética y 3.- Fase Religiosa.

1.- “Quien vive en la fase estética vive el momento y busca en todo momento conseguir el placer. Lo que es bueno es lo que es hermoso, bello o grato. En ese aspecto se vive totalmente en el mundo de los sentidos. El estético se convierte en un juguete de sus propios placeres y estados de ánimo”¹⁹. Es el goce, el instante, la pasión, la insubordinación, es lo individual.

2.- “La fase ética se caracteriza por la seriedad y elecciones consecuentes según criterios morales. Se intenta vivir de acuerdo con la ley moral”²⁰. Es el deber, el presente proyectado hacia el futuro, la acción, sumisión a la ley moral, es lo universal.

3.- “Para Kierkegaard la fase religiosa era la religión cristiana. Eligen la fe ante el placer estético y los deberes de la razón, es cuando por fin el ser humano encuentra la conciliación”²¹. Se caracteriza por la fe, lo externo, la devoción, la sumisión incondicional a Dios, es lo personal.

“En las dos primeras fases encontramos dependencia del exterior, falta de continuidad y estabilidad, lo cual genera insatisfacción, mientras la tercera fase solamente es la que él considera autentica y trascendente. Pero el paso de una a otra no se realiza por sucesión natural sino que es producto de la elección vital del individuo”²²

Es existente el hombre que en su intimidad vive, más allá de la individualidad de la fase estética, más allá de la universalidad normativa de la fase ética, vive en la fe irracional ante Dios. Existir es siempre, riesgo de elección y caída “precisamente existir consiste en elegir entre caminos diversos; la existencia es algo que se adquiere en virtud de una

¹⁹ Gaarder, J. “El mundo de sofía”. Patria/sirueta. México 1995. p 467

²⁰ Ibidem. P 469

²¹ Ibidem. P 469

²² Salama, H. “Gestalt de persona a persona”. IMPG México. 1997 2ª ed. Pág. 10

acción que yo debo realizar heroicamente en medio de la sociedad y la incertidumbre”²³
El no vivir es morir y esto provoca angustia que es el vértigo de la nada.

El principal representante de la fenomenología es Edmund Husserl (1859-1938) “se distinguió por ofrecer un método para la filosofía de la existencia, poseía una gran fuerza lógica y tenía verdadera pasión por la claridad y el rigor científico, con su método fenomenológico dio nuevo prestigio a la filosofía”²⁴.

“La fenomenología se enfoca en los procesos objetivos mediante los que se hacen presentes los fenómenos. Va mas allá de las experiencias reales, es muy semejante a las matemáticas. Es la ciencia de las posibilidades puras, como escribió Husserl, siempre debería preceder a la ciencia de los hechos reales. La fenomenología del conocimiento es el prerequisite de cualquier ciencia”²⁵

La psicoterapia gestalt de la fenomenología retoma:

- El como es mas importante que el por qué (describir antes que explicar).
- La percepción corporal de la vivencia inmediata es lo esencial
- Lo fundamental es el proceso que se desarrolla aquí y ahora.
- Rechazar todo conocimiento no fundamentado.
- Conocer a las personas cara a cara “en persona”
- Abstenerse de juzgar, no suponer.

“La actitud fenomenológica es reconocer y poner entre paréntesis los (dejar de lado) conceptos preconcebidos acerca de lo relevante. Una comunicación fenomenológica integra la conducta observada y las comunicaciones personales, vivenciales. La observación fenomenológica apunta a una descripción clara y detallada de lo que es, desincentivando lo que fue, será, podría o debería ser”²⁶

²³ Fontana y Jubero. “Los existencialistas”. Cincel. Madrid 1980. P. 45

²⁴ Salama, H. Op. cit. P. 10

²⁵ Benjamín, B. “Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología” Roca. P 469

²⁶ Yontef, G. “Proceso y dialogo en psicoterapia Gestaltáltica”. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 2002 3ª ed. P. 174

Las bases filosóficas de la gestalt, en gran medida parten de la corriente filosófica existencial.

“La terapia gestalt es existencialista, que se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo que hacemos”²⁷.

La filosofía existencialista plantea que la realidad no es un proceso racional único, sino un conjunto de infinitas posibilidades, entre las que esta la posibilidad de la nada. “la existencia es una categoría de lo individual, no una idea universal”²⁸

Dentro del existencialismo y que de alguna manera influye en la psicoterapia gestalt hay dos tendencias principales: la posición ateísta cuyos representantes son Martín Heidegger, en Alemania y Jean Paul Sartre, en Francia y los de la posición teísta representados por Gabriel Marcel en Francia y Karl Jasper en Alemania.

Heidegger (1889-1976), filósofo alemán discípulo de Husserl “Heidegger se preguntaba ¿Qué es el Ser o el Existir?. Para resolver el problema del Ser nos habla del Dasein (estar ahí) que es el modo especial de existir del Hombre, por el cual éste siempre se eleva sobre sí mismo, se proyecta, se trasciende y es a través del Dasein que Heidegger intentara llegar al conocimiento del Ser. La esencia del Dasein radica en su existencia (mi esencia es mi existencia)”²⁹.

Para Heidegger solo existe un tema para filosofar: el Ser. El hombre tiene dos posibilidades: llevar una vida auténtica o inauténtica, la existencia auténtica se da cuando mantiene siempre la realidad inevitable de la muerte. La vida inauténtica es mediocridad, publicidad, anadino, irresponsabilidad e inconciencia También plantea que el hombre no crea el mundo, es arrojado en el y que la muerte cierra todas las posibilidades del hombre.

El filósofo existencialista Sartre (1905-1980) concibe el existencialismo como una ideología de la época presente, cuyo saber real sería el marxismo.

²⁷ Perls, F. “Terapia Gestalt”. arbol editorial. México. 1994 P. 19

²⁸ Rius. “Filosofía para principiantes”. Grijalbo. México. 1997. P. 202

²⁹ Salama. Op. cit. P. 11

Sartre plantea que si Dios existiera, estaríamos todos obligados a comportarnos de determinada manera y a cumplir las mismas normas.

Este existencialista libera por completo al hombre de la creencia de que fue creado por Dios y con algún fin. Como Dios no existe, tampoco existe una naturaleza o esencia humana previa a su existencia, por ello el hombre no está obligado a comportarse de determinada forma, ni a vivir de determinada manera, por ninguna fuerza natural o sobrenatural; por lo que el hombre es un ser condenado a ser libre. “Somos responsables de todo lo que hacemos y de todo lo que somos incluyendo las emociones”.³⁰

La terapia gestalt retoma la libertad que implica la responsabilidad. “de aquí se deriva la angustia que nos lleva a asumir la decisión de la existencia auténtica, pero podemos no asumirla y entonces aparece la mala fe, el auto-engaño, evitando la auto-responsabilidad.

En gestalt se identifica esta mala fe como las máscaras, los papeles sociales, el actuar como sí”³¹, que en tanatología en ocasiones impide el reconocimiento de que se está en presencia de un duelo.

Marcel (1889-1973) filósofo existencialista cristiano, admite la existencia de un ser trascendente.

Resalta la importancia de recuperar el Ser sobre el Tener. “al olvidarse de ser, por haber perdido el ser, el hombre solo se preocupa por el tener. Se valora al hombre por lo que tiene y no por lo que es”³². “Solo en la medida en que estoy abierto a los demás, y los considero como sujetos y no como meros objetos que puedo utilizar para satisfacer mis intereses, llegamos a conocernos verdaderamente a nosotros mismos. Esta comunión ontológica es la experiencia existencial fundamental de la reflexión segunda. Con ella adquiero la profunda certeza interior de que el ser es esa inter-subjetividad de la cual

³⁰ Sartre, J. “Las emociones”. Esbozo de una teoría”, en Kahloun y Solomon ¿Qué es una emoción? . FCE. México. 1989. P. 263

³¹ Salama, H. Op. cit. P. 14

³² Fontana y Jubero. Op. cit. P 123

participamos y por la cual somos”³³, esto es parte de las bases de la psicoterapia gestalt y en duelo el apego a cosas materiales.

Jasper (1883-1969) considera que el hombre esta en camino a la autorrealización existencial por lo que se supera constantemente a sí mismo, es decir que la libertad del hombre lo lleva constantemente a la trascendencia. Para él la libertad y necesidad forman una unidad indisoluble y se complementan en la existencia personal.

Sostiene que en la búsqueda del sí mismo, el hombre aprende a conocer sus límites - situación de límites- como el sufrimiento, la lucha y la muerte. “En la psicoterapia gestalt las situaciones límite, representan el atolladero, el callejón sin salida, en donde encontramos la angustia por ser lo que se es. Finalmente las situaciones límite nos ayudan a aclarar el sentido de nuestra existencia. En la crisis se da el crecimiento”³⁴

En duelo reconocer que existe mi propia muerte permite limitar mi existencia procurando una mejor calidad de vida y disfrutar lo que tengo aquí y ahora.

“El existencialismo plantea que las cosas no deben ser explicadas sino vividas y sólo se puede tener evidencia de la existencia mediante la experiencia”³⁵. La gestalt es una terapia existencial que no depende de hablar acerca de... o de lo que debe ser se ocupa de lo que es o del fenómeno existente. El principio de la psicoterapia gestalt es: “el cambio en el paciente no se logra a través de la racionalización, ni de la explicación, sino por medio de la experiencia, es decir de la vivencia”³⁶.

Del existencialismo la psicoterapia gestalt retoma:

- ✓ La vivencia concreta estará por sobre las abstracciones. Prioridad de lo vivido. Se reflexiona para actuar.
- ✓ Cada experiencia humana es singular e intransferible.
- ✓ Cada existencia es única.

³³ Ibidem. P 123

³⁴ Salama, H. Op. cit. P.12

³⁵ Ibidem. P. 7

³⁶ Ibidem . P. 7

- ✓ Cada persona es responsable de su proyecto existencial. Esto le da sentido a su vida y así crea cada día su libertad relativa.

Otra fuente de la terapia gestalt es la corriente del pensamiento oriental, el Budismo.

“El Budismo nace en la India en los S. VI y V a.C. – la religión Budista se propaga en el este y sur de la India. Otra rama se extendió por el Tibet, Japón y China y en este país se origina el Zen. El Zen es una variedad del Budismo”³⁷.

Los Budistas en el camino de la iluminación, se ocupan más de los –como- de la práctica que de los -porqué- de la existencia.

El Budismo Zen, nació mil años después del taoísmo, es un sistema de meditación y auto-disciplina y su propósito es transformar la experiencia cotidiana del practicante mediante la trascendencia espiritual y el desarrollo del pensamiento.

El Budismo Zen sostiene que el despertar o iluminación sobreviene a una espera atenta, a una vigilancia sin objeto. “no hay reglas, no hay fines en la naturaleza. Lo que es, es, lo que llega, llega. Es lo que los gestaltistas llamamos desapego o ciclo de contacto y retirada”³⁸

El Taoísmo tuvo gran alcance dentro del desarrollo de la filosofía china. Lao Tsé el principal exponente en el S. V a.C. escribió el libro de la vida, en donde propone la no intervención en el curso de las cosas.

“El Tao propone dos principios esenciales e irrenunciables el Ying y el Yang. El Ying (femenino) comprende la belleza, la dulzura, la suavidad, la tierra, la luna, lo blando, etc., es estabilidad. El Yang (masculino) incluye la fuerza, la penetración, el cielo, el sol, lo duro, lo áspero, etc., es movimiento”³⁹ “ser y no ser son interdependientes en el crecimiento; lo difícil y lo fácil son interdependientes en la ejecución; lo corto y lo largo son interdependientes en el contraste; lo alto y lo bajo son interdependientes en la

³⁷ “Guía del estudiante. Historia universal y de México”. Cultural . España. 1997. P. 41

³⁸ Sinay. S. “Gestalt para principiantes” Nueva Era. Buenos Aires. 1995..P. 82

³⁹ Ibidem P. 81

posición; los tonos y la voz son interdependientes en la armonía; delante y detrás son interdependientes en la compañía”⁴⁰

El reconocimiento y la integración de las polaridades es uno de los temas de terapia gestalt, por lo tanto también el equilibrio, pero no es un equilibrio estático. Perls dice: “observa a un equilibrista es una experiencia..., nunca está estático ni un solo momento, es dinámico, cambiando continuamente, un flujo, pero el flujo tiene un centro que equilibra”⁴¹

Otros de los conceptos de la filosofía Oriental que retoma la terapia gestalt son:

- ✓ Enfatizar lo espontáneo
- ✓ Valorizar el cuerpo como morada del espíritu
- ✓ Darse cuenta en el aquí y ahora
- ✓ Concentrarse en el aquí y ahora
- ✓ Eliminar introyectos seudomoralistas tipo “se debe”
- ✓ Subraya que todo cambio empieza aceptando lo que se es
- ✓ Aceptar el continuum de conciencia. (las gestalts se abren y se cierran continuamente).

Bases psicológicas de la psicoterapia gestalt.

Los psicólogos de la gestalt son: Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1886-1941), y Wolfgang Kohler (1887-1949) fueron los primeros en usar la palabra Gestalt en su teoría. En el año 1912 estos tres investigadores dieron a conocer el trabajo que se considera como base de la psicología gestaltica, ya que uno de los descubrimientos fundamentales de dicho trabajo fue el campo perceptivo, en el cual se diferencian un fondo y una forma.

“Kohler, Koffka y Wertheimer, seguían al psicólogo Christian Von Ehrenfelds, quien había dicho: el todo es diferente a la suma de las partes. Esta es una idea central de la

⁴⁰ Sheree, R. “Lao. Los tres tesoros”. Sirio. Barcelona España, 1998. P. 11

⁴¹ Perls, F. “Resolución”. En Stevens, J. “El dares cuenta”. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 1987. P. 76-77

gestalt, ya que con esto se demuestra la importancia de la percepción. Estamos rodeados de sonidos y de formas que no tiene un único significado. Es nuestra percepción en un momento determinado la que. En esa situación y en ese instante, le dan una forma significativa y dominante.”⁴²

Teoría del campo es como también se le conoce a la psicología de la gestalt, ya que el medio ambiente se divide en figura y fondo.

El fondo sirve de marco y la figura destaca del fondo. Una figura abierta o incompleta tiende a cerrarse o completarse. Este hecho se da de la misma manera en el pensamiento y aprendizaje. “Un problema no resuelto o tarea específica no aprendida es una gestalt incompleta que origina tensión”⁴³ de igual manera como sucede en los duelos no cerrados, producen desequilibrio en el funcionamiento de las personas.

Friedrich Salomón Perls (Fritz Perls) y Lore Pfozheim(Laura Perls) se basan en la psicología de la gestalt, y a las percepciones externas, añaden las percepciones internas, las gestalten o necesidades que surgen en el organismo.

La gestalt tiene una visión holística (Del gr. Holón, todo)⁴⁴, dimensiones afectivas, intelectuales, sensoriales, sociales, espirituales, emocionales y fisiológicas del ser humano. Sostiene que el organismo es una sociedad de ayuda mutua que a su vez, participa del medio. Es un todo que, en su presente, contiene su pasado y mucho de su futuro (Smuts).

“Perls afirma que lo importante no es proponer una concepción holística universal que considere al individuo como un todo global, sino más bien concebir que el hombre es un organismo unificado. Esta concepción es una de las premisas trascendentales en la terapia gestalt, no dar prioridad al pensar o a la racionalización, sino por el contrario, equilibrar la importancia de los mensajes emitidos por el resto del organismo, es decir

⁴² Sindy, S. Op. cit. 1995. P. 5

⁴³ Castanedo, C. “Terapia gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora.” Herder. Barcelona. 3ª ed. 1997. P. 46

⁴⁴ Runes, D. Op. cit. P. 173

de la comunicación no verbal. De igual manera este concepto fundamenta una de las funciones preponderantes del organismo, según la teoría gestalt: el contacto”⁴⁵.

“Uno de los hechos mas notorios del hombre es que es un organismo unificado. Y sin embargo este hecho es completamente ignorado por las escuelas tradicionales de psiquiatría y psicología, las cuales sea como fueren que describen su enfoque, aún operan en la antigua división Mente-cuerpo”⁴⁶. El organismo actúa y reacciona con mayor y menor intensidad dependiendo del tipo de actividad que se este realizando, una vez reconocido que los pensamientos y las acciones son hechas de la misma energía, se puede trasponerlos de un nivel a otro.

Perls retoma “holismo significa que el todo es mas que la suma de sus partes, es la unidad del organismo humano y la unidad de la totalidad del campo organismo/ambiente”⁴⁷

La homeostasis es el proceso por medio del cual el organismo mantiene su equilibrio de manera permanente.

“También se le ha llamado proceso de autorregulación, que mediante éste el organismo interactúa con su ambiente. Si el desequilibrio se prolonga el organismo será incapaz de satisfacer la necesidad apremiante, se enfermará; si falla, sin duda alguna éste morirá”⁴⁸. Para que el proceso homeostático se cumpla, el individuo tiene que poseer la capacidad de registrar su necesidad y de saber como manejarse a sí mismo y a su ambiente en pos de la satisfacción de la misma.

La terapia gestalt surge en respuesta a la rigidez del psicoanálisis. Perls retoma algunos aspectos, sin embargo hay discrepancia en otros aspectos, comenta: “descubrimos que Freud sobrestimó la causalidad, el pasado y los instintos sexuales y paso por alto la

⁴⁵ Gonzalez, J. “Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas”. Manual moderno. México. 1999. P.90

⁴⁶ Perls., F. “El enfoque gestaltico” Cuatro vientos. P. 23.

⁴⁷ Yontef, G. Op. cit. P. 79

⁴⁸ González, J. Op. cit. P. 90

importancia de la intencionalidad, el presente y el instinto de hambre. Además su técnica tendía originalmente a concentrarse en el síntoma patológico”⁴⁹.

En cuanto a la neurosis también hay diferencias, ya que no la considera como un retorno de material reprimido, sino como una falta de conciencia, así como también señala que es mucha la importancia que se le presta a la pulsión sexual, considerando que existe la posibilidad de desestructuración lo que posibilita la integración. Para Perls la neurosis no se da por los pseudorecuerdos de la infancia, ni por deseos prohibidos o reprimidos por el Súper yo, la neurosis se da por una serie de gestalts no satisfechas entre el organismo y su medio.

La terapia psicoanalítica “es una constante búsqueda en el pasado, en él se hallan las causas de los conflictos actuales. La gestalt es un sistema terapéutico que tiene sus bases en el aquí y ahora”⁵⁰.

En el psicoanálisis es importante el insight, es todo un proceso, como una percepción significativa del paciente, en gestalt el concepto darse cuenta, es sensorial y corporal, constituye el núcleo teórico y terapéutico de esta terapia.

La influencia que tuvo Wilhem Reich (1897-1957) es considerable, ya que Perls retoma de Reich la dimensión corporal de la teoría gestalt.

Reich “incitó a Perls a interesarse por el comportamiento cotidiano de la persona, a observar sus características lingüísticas, posturales, musculares y gestuales. Pensaba que las repeticiones crónicas, cualquiera que sea su nivel, tenían por efecto neutralizar la experiencia y por eso era imprescindible llevar a la persona a deshacerse de ellas”⁵¹

“... se le da mayor importancia a la sensación, la expresión inmediata y la experiencia organísmica, así como enfatizar el como más que al por qué de los aspectos.”⁵²

⁴⁹ Perls, F. “Ego, hambre y agresión” FCE. México. 1982. P. 106

⁵⁰ Salama, H. y Villareal, R.. “El enfoque gestalt: una psicoterapia humanista”. Manual moderno. México. 1992. P.9

⁵¹ Ibidem. P. 11

⁵² Salama, H. Op. cit.. P. 31

La psicoterapia gestalt también tiene influencia de Carl Jung (1875-1961) “toma el concepto de integración de las polaridades existentes en el ser humano. Jung menciona que la terapia era un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el paciente, quienes deberían trabajar de igual a igual”⁵³.

De Jacob Levy Moreno se retoma la técnica del cambio de roles, en la psicoterapia gestalt se adapta como una técnica que permite a la persona estar en el papel del otro con el propósito de favorecer la integración.

“El psicodrama es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento con énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. Esta técnica estimula a la persona a corregir la disociación del organismo”⁵⁴ “Perls descarta la estructura clásica del psicodrama para dejar que la persona actúe sucesivamente los roles de su propia historia”⁵⁵

De Alfred Adler (1870-1937) la terapia gestalt toma el sistema holístico que Adler adoptó a la psicología individual.

“Este es un método para entender a cada persona como una totalidad integrada dentro de un sistema social”⁵⁶

De Carl Rogers la gestalt toma la relación entre terapeuta y cliente, principalmente la relación de dos seres humanos, ambos expertos, uno en técnicas de psicoterapia gestalt y otro experto en su vida.

Roger decía que el cliente tiene el poder de su recuperación, pero el terapeuta debe tener ciertas cualidades personales que ayuden al cliente a aprender como utilizar su potencial. Una persona recobra la salud al restaurar las partes negadas o reprimidas.

⁵³ Ibidem, P. 30

⁵⁴ Ibidem P. 31

⁵⁵ Salama, H. y Villareal, R. Op.cit. P. 12

⁵⁶ Salama. H.Op. cit. P. 30

De Karen Horney retoma la importancia del medio cultural y rescata los beneficios secundarios de los problemas existentes. De Otto Ranck la gestalt coincide en reducir la duración de los tratamientos. De Eric Berne toma la utilización de juegos de las personas.

La gestalt realiza una síntesis original y coherente dando como resultado una terapia integrativa y holística. Por tal motivo consideramos que el proceso terapéutico adecuado para el trabajo en duelo es sin lugar a dudas el que proporciona la psicoterapia gestalt.

La psicoterapia gestaltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, en el aquí en el ahora, su presente.⁵⁷ Uno de los requisitos en su aplicación terapéutica reside en que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y a su alrededor.

El organismo humano como totalidad está compuesto de partes que funcionan como una unidad: la persona. “Perls considera que la separación mente-cuerpo es una separación arbitraria y engañosa. La actividad mental es simplemente una actividad que se lleva a cabo en un nivel menos intenso que la actividad física”⁵⁸

Perls no tenía ningún interés por exaltar el concepto de sí mismo (la persona en sí, el self) para incluir algo fuera de lo que somos todos los días, de lo que manifestamos obviamente.

La personalidad se manifiesta por los patrones de conducta habituales del individuo, sus actividades mentales y físicas, sus acciones y actitudes, todo ello en respuesta a los estímulos que le llegan y proceden del medio. También la personalidad expresa las necesidades y deseos individuales y su capacidad para satisfacerlos al interior de su medio.

Kepner y Brien (1970) establecen la relación existente entre la terapia gestalt, el conductismo y fenomenología, partiendo de la base de que la conducta del ser humano

⁵⁷ Castanedo, C. Op cit. P. 237.

⁵⁸ Fadiman, J. Op. cit. P. 186

es aprendida, la psicoterapia entonces, representa un método reeducativo o un proceso de aprendizaje. Todo lo anterior indica que la única manera de determinar los efectos de la experiencia es por medio de la conducta sea verbal o no verbal.

Enright al igual que Perls considera que la persona no necesita cambiar, sino que tiene que ser como es. Y dice “en la vida no nos enfrentamos con la realidad, sino con nuestra descripción de la realidad y esto es cada vez más cierto a medida que más culturizados estamos.

“Perls decía que la salud y la madurez psicológica consisten en salir del apoyo y la regulación brindadas por el medio hacia el autoapoyo y la autorregulación, el proceso terapéutico constituye un esfuerzo por lograr esta salida. El elemento definitivo para el apoyo del propio esfuerzo y para la autorregulación es el equilibrio”⁵⁹

Perls dice: “Cualquier trastorno del equilibrio orgánico constituye una gestalt incompleta, una situación inconclusa que fuerza al organismo a volverse creativo, a buscar la forma y el medio de buscar dicho equilibrio... y la base figura fondo, que es la más vigorosa, se apodera temporalmente del control del organismo total. Tal es la ley fundamental de la autorregulación orgánica”. También considera que la evitación del conocimiento y sus correspondientes rigideces de percepción y conducta son los obstáculos principales para el desarrollo psicológico. Los neuróticos no pueden ver claramente sus propias necesidades ni pueden hacer una distinción adecuada entre ellos mismos y el resto del mundo.

“La terapia gestalt como desarrollo del psicoanálisis, emplea mucha terminología de Freud y sus discípulos, sin embargo, la mayoría de estos términos (y especialmente el yo, el ello y el ego) se utilizan con un significado específico dentro de la psicoterapia gestalt. Se aconseja al lector que prescinda de cualquier otro uso de estas palabras con el que esté familiarizado”.⁶⁰

⁵⁹ Ibidem. P. 182

⁶⁰ Latner, J. “Fundamentos de la gestalt” Cuatro vientos. Chile. 1973. P. 58

Cuando se habla de la personalidad y de su organización en gestalt se hace alusión a la imagen del individuo, como va cambiando durante la vida y como va manifestándose en forma diferente en situaciones distintas.

El término que se usa en psicoterapia gestalt para designar a la personalidad es el Yo, es uno mismo. El Yo es nuestra esencia es el proceso de valorar las posibilidades del ambiente, integrarlas y llevarlas a su realización de acuerdo con las necesidades del organismo. El Yo es el agente del contacto con el presente, realizando la adaptación creadora dándole un significado. El Yo es nuestro proceso sano en marcha, en cuanto funcionamiento para sostenernos en la existencia y para desarrollar nuestro organismo.

La fuerza dinámica del Yo reside en nuestro compromiso total con el proceso siempre en movimiento de la vida. El Yo se esfuerza en completarse, en hacer y terminar las gestalts. El Yo es un involucrarse en cualquier figura, hasta en la que nos amenaza.

La psicoterapia gestalt concibe al Yo como un concepto unitario. Abarca los aspectos físico, emocional y cognitivo.

En el curso de un funcionamiento sano, el Yo tiene distintas cualidades o estilos de acuerdo con las exigencias de la situación. Por ejemplo: mostrar la emoción de enojo de manera nutritiva y no tóxica.

Hablemos del ello, cuando la figura se forma claramente y la excitación del organismo y del ambiente es grande, el funcionamiento del ello puede ser enérgico. La espontaneidad atractiva de los niños se debe en gran parte al funcionamiento del ello.

El Ello es aquel aspecto del proceso del Yo en el que la energía, la excitación y el movimiento sobresalen. La forma de funcionar del ello es una cualidad típica y sana del Yo. En la terapia gestalt la espontaneidad, la desenvoltura y las expresiones abiertas de las emociones se tienen por aspectos necesarios de una conducta madura y adecuada.

El ego es el funcionamiento del yo en el polo opuesto del ello. Mientras este último es pasivo y relajado, el modo del ego es voluntarioso, deliberado y activo. El modo del ego se convierte en el estilo característico del Yo cuando no se logra establecer fácilmente el

equilibrio del organismo y entonces se necesita movilizar más energía del ambiente para conseguir la adaptación.

Mientras que la función del ello reduce a un mínimo los límites entre el organismo y las otras partes que integran el campo el funcionamiento del ego las resalta.

En el funcionamiento normal y sano del ego, nos identificamos con lo que nos interesa o con lo que es adecuado para nuestras necesidades y repudiamos lo que no nos interesa.

Para Salama la personalidad del ser humano se da en un “Yo” que tiende siempre al éxito es nuestra esencia; es el proceso de valorar las posibilidades del ambiente, integrarlas y llevarlas a su realización de acuerdo con las necesidades del organismo. El yo es nuestro proceso sano en marcha y en un “No Yo” es normativo (debes y tienes) y/o manipulador (victimario y/o víctima.). Freud llamo a estas polaridades “super yo” y “ello”, en el cual el primero dicta las normas y el segundo la imperencia de los impulsos, instintos, generalmente en oposición al primero. En A.T. estos conceptos pueden definirse como al padre vs niño.

Continuando con Salama, el menciona que las características del Yo y No yo son las siguientes:

Yo	No yo
Cuestiona	Da por hecho
Promueve el cambio	Resistencia al cambio
Observa	Reacciona sin observar
Analiza y particulariza	Racionaliza y generaliza
Puede elegir	No puede elegir
Reconoce y diferencia	Repite en automático
Creativo y espontáneo	Impulsivo y rígido
Presente	Pasado y futuro
Juzga	Prejuzga
Tiene conciencia	No tiene conciencia

Tiene capacidad de espera

Es impulsivo

Puede graduar

Todo o nada

Conceptos de la psicoterapia gestalt.

Neurosis.

Para Perls, las expectativas de sobrevivencia física que tiene el individuo al ser abandonado enteramente a valerse por sus propios medios, son casi inexistentes. El hombre necesita de otros para su sobrevivencia en el plano físico. Su sobrevivencia psicológica y emocional es aún más precaria al ser dejado enteramente solo. En el plano psicológico el hombre necesita contacto al igual que en el plano fisiológico necesita comer y beber. El sentido de relación con el grupo es tan natural al hombre, como lo es su sentido de relación con cualquiera de sus impulsos de sobrevivencia fisiológica. Ciertamente, este sentido de identificación es probablemente el impulso psicológico de sobrevivencia más primario. El enfoque gestáltico que considera al individuo como una función del campo organismo/ ambiente y que considera su conducta como reflejo de sus relaciones dentro de este campo, da coherencia a la concepción del hombre como individuo y como ser social. Las psicologías más antiguas describían la vida humana como un conflicto constante entre el individuo y el ambiente. Nosotros la vemos más bien como la interacción entre ambos, el individuo y su ambiente en el marco de un campo continuamente en cambio. Y es por esto que las formas técnicas de interacción – si queremos operar en él- deben necesariamente ser igualmente fluidas y cambiables.

Según Perls, el neurótico es por definición una persona cuyas dificultades hacen que su vida presente sea un fracaso. Además, para nosotros, es una persona que esta crónicamente dedicada a autointerrumpirse, que tiene un sentido de identidad inadecuado (y por lo tanto no logra distinguirse a si mismo del resto del mundo), que tiene medios inadecuados de autoapoyo, cuya homeostasis psicológica está descompuesta y cuyo comportamiento es el resultado de esfuerzos mal dirigidos orientados a lograr el balance.

Desde otro punto de vista los introyectos adquiridos desde la infancia son los que crean la neurosis; en tanto la persona toma como verdadero lo que no fue asimilado por haber

sido tragado, y para lo único que sirve es para sufrir la vida y hacer sufrir a las personas que amamos. “Se denomina neurosis al conjunto de ideas, pensamientos y conductas que son distónicas al Yo, lo cual significa que éste no las desea, aunque tal vez viva con ellas por el resto de sus días, a menos que haya un conocimiento o acciones adecuadas, que tienda a suprimirlas como en un proceso terapéutico o por medio de un shock”.⁶¹

“Perls señala que lo que compete a los psicólogos y psicoterapeutas, son las constelaciones versátiles de un individuo siempre cambiante; porque si ha de sobrevivir, tiene que cambiar de manera constante. Cuando la persona se vuelve incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción surge la neurosis. Así, las conductas neuróticas son autorreguladoras. La neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador”.⁶² Como es el caso de los duelos.

Salama (1999) menciona que alguna de las características de la neurosis:

- Un patrón repetitivo de conductas inadecuadas
- Quedarse fijado en recuerdos pasados
- Introyectos por personas significativas
- Maximización de ganancias secundarias
- Racionalización de las conductas inapropiadas
- Resistencia al cambio
- Minimización del problema
- Existencia de emociones displacenteras
- No tocar el Tema
- La palabra favorita es - debería o no debería.

“La neurosis es igual a la ausencia del libre funcionamiento de la energía debido a que: disminuye la sensación de cómo nos percibimos corporalmente, no reconoce nuestras necesidades o las confundimos, una gran parte de lo que hacemos carece de significado para nosotros y cuando nos parece saber lo que queremos decir o hacer, tenemos

⁶¹ Salama. H. “Un encuentro con la psicología Gestalt, Proceso y metodología”. IMPG. México. 1999 P. 60.

⁶² González, José. Op. Cit. P. 92

dificultad para expresarlo y presentamos disfunciones en el contacto, la diferencia, la asimilación y en la satisfacción de la necesidad”.⁶³

Figura – Fondo

“La palabra gestalt se refiere a la forma, configuración o totalidad, a la entidad estructural, aquello que hace al todo una unidad significativa diferente de la mera suma de las partes. La naturaleza es ordenada, está organizada en un todo significativo. A partir de este todo, emergen figuras en relación al fondo, y esta relación entre figura y fondo es significativa”.

Se desarrollan configuraciones o gestalts, la figura es la necesidad dominante. Cuando una necesidad es satisfecha, la gestalt se completa o cierra, y el organismo empieza a identificar nuevas figuras. El proceso de formación de figura – fondo es dinámico y se da cuando las necesidades y recursos dan fuerza a las figuras.

Yontef nos comenta que Köhler, Koffka y Wertheimer descubrieron que, al experimentar el medio visualmente, elegimos un centro particular de interés que se destaca, para nosotros, respecto de un fondo difuso. Lo que se destaca se llama figura, y el resto es el fondo. Por ejemplo, al mirar mis anotaciones, veo una página que dice “Energía” en grandes letras verdes. En este mismo momento, esa página es la figura para mí. Visualmente, el fondo es el resto de mi escritorio, que se presenta abarrotado de cierto número de cosas que poseen para mi interés secundario. Esas otras cosas que rodean la página son el fondo de mi experiencia visual. Si muevo la cabeza y miro un poco alrededor, veo un hermoso vaso. Entonces ese vaso se convierte en la figura que me interesa, y la página, que ocupa aquella función, se convierte en fondo. El individuo sano está en condiciones de experimentar y diferenciar claramente, en todo lo que se presenta en primer plano, algo que le interesa y lo cautiva, a diferencia de aquello que no le interesa. Siente la nitidez y la claridad de la figura y se interesa poco por el fondo homogéneo. En los individuos perturbados, hay confusión entre figura y fondo. Hay falta de intención y de enfoque, de modo que, cuando contemplan una situación particular, no son capaces de elegir lo que es central para ellos, lo que tiene importancia.

⁶³ Salama, H. Un encuentro... Op. cit. P. 62.

Al pasar de un momento a otro, son incapaces de distinguir entre las cosas que presentan interés para ellos y las que no lo presentan.

“... Así mismo, cuando la figura y el fondo no son fuertes y la energía no puede expresarse adecuadamente se puede hablar de la presencia patológica”.⁶⁴

Impasse

El punto de impasse es lo que la literatura llama el punto enfermo. Perls⁶⁵ dice: “El impasse existencial es una situación donde no se ve próximo ningún apoyo ambiental y el paciente es, o cree ser, incapaz de enfrentar la vida por sí mismo”.

Esto ocurre en parte porque la propia fuerza está dividida entre el impulso y la resistencia.

Para Yontef un impasse es una situación en la cual no se divisa el apoyo externo y la persona cree que no puede auto-apoyarse. Esto último se debe en gran parte a que su fuerza está dividida entre impulso y resistencia. El método más frecuente de enfrentar esto es manipulando a otros.

Una persona auto-regulada en forma orgánica asume la responsabilidad de lo que se le hace al sí mismo, de lo que otros hacen al sí mismo hace a otros. La persona interactúa con el ambiente, pero el apoyo básico para la regulación de nuestra existencia es mediante el sí mismo. Cuando el individuo no sabe esto, el apoyo externo se convierte en un reemplazante del auto- apoyo, más que una fuente de nutrición para el sí mismo.

En la mayoría de las psicoterapias, el impasse es cercado por el apoyo externo del terapeuta, y el paciente considera insuficiente el auto-apoyo. En terapia gestáltica, los pacientes pueden superar un impasse debido al énfasis en el contacto afectuoso con el terapeuta, sin que éste les haga el trabajo, es decir, sin rescatarlos o infantilizarlos.

⁶⁴ Salama, H. de persona... P. 65

⁶⁵ Ibidem P. 52.

Contacto

El contacto es el proceso básico de la relación. Es el proceso completo de reconocerse a sí mismo y al otro. “En gestalt se toma como un darse cuenta sensorial unido a una particular forma de conducta motriz”.⁶⁶

Incluye un límite o frontera, que es aquello que enmarca lo que ocurre; dentro de éste se lleva a cabo la interacción entre el individuo y su ambiente.

“Aun cuando el término contacto se refiere al proceso de conectar y separar, a veces se emplea vagamente referido sólo al aspecto de conexión del proceso total. En el caso de la terapia gestalt, es más preciso describir el término contacto como un proceso completo donde se realiza el contacto/alejamiento”.⁶⁷

Para Castanedo, el contacto es un concepto básico en la Terapia Gestalt: Entrar en contacto con.... Cotidianamente gastamos mucho de nuestro tiempo evitando el contacto; ésa es una manera, entre otras muchas para utilizar en forma inadecuada nuestra energía. Entrar en contacto con algo que pertenece a la naturaleza, por ejemplo una rosa, significa reconocer su existencia; para ello se requiere verla, olerla, tocarla, en una palabra sentirla. En todo proceso interpersonal una persona reconoce a otra persona, con sus semejanzas y diferencias; se la siente (o se la re-siente) cuando se está frente a ella, con la emoción que conlleva ese momento. Ello implica caer en las polaridades emocionales como son amarla-odiarla, o agredirla-admirarla. La emoción manifestada se convierte entonces en la unión, la corriente energética que la une con la otra persona. La indiferencia se convierte, en Terapia Gestalt, en la ausencia de contacto. Dichos contactos son intensos, sean de atracción o de rechazo; todos sabemos que se ama con la misma intensidad que se detesta.

Limites del contacto

⁶⁶ Ibidem P. 95.

⁶⁷ Yontef., G. Op. Cit 193.

Los límites del contacto son permeables y permiten transacciones entre el organismo y el ambiente. Un límite cerrado es como un muro, y un límite abierto amenaza la existencia del organismo con la pérdida de la identidad.

“El aislamiento es la ausencia del contacto en virtud de una falta de conexión. Es el polo opuesto de la confluencia, que es la ausencia de contacto en virtud de la falta de separación. Contactar es moverse entre conectar y separar”.⁶⁸

Para Yontef el límite entre el sí mismo y lo otro difuso, o se vuelve impermeable o se pierde, se produce una alteración de la distinción entre sí mismo y otro, alteración tanto del contacto como darse cuenta. Con un buen funcionamiento del límite, las personas alternarán entre conectar y separar, entre estar en contacto con el ambiente del momento y alejar la atención del ambiente. El límite de contacto se pierde de manera opuesta polar en la confluencia y el aislamiento. En la *confluencia*, la separación y distinción entre sí mismo y otro se torna tan difusa que se pierde el límite. En el *aislamiento*, el límite se hace tan impermeable que se pierde la conexión, es decir, se pierde el darse cuenta de la importancia de los demás para el sí mismo.

Yontef comentaba que cada parte puede conducir su voluntad al límite, al encuentro – pero sólo hasta ahí. Usar la voluntad para controlar no es un contacto dialógico con el otro, es controlar al otro. El contacto para asimilar a la otra persona para estar en confluencia con los propios deseos o imágenes, puede estar en confluencia con los propios deseos o imágenes, puede ser parte de la auto-regulación orgánica, pero no es contacto dialógico. En una auto-regulación orgánica dialógica, la otra persona está contactada y sigue siendo una persona independiente, de ese otro, son asimilados en uno mismo. Por ejemplo, una persona puede tener un estilo. Puedo aprender de esa persona y en ese sentido asimilar algo de ella. Pero esto es muy distinto de manipular para lograr que esa otra persona sea como yo quiero que sea. El contacto dialógico comienza conduciendo la propia voluntad al límite, y el resto requiere de una respuesta de la otra persona y de elegancia. Tú te preparas, usas tu voluntad. Y luego, puede ocurrir o no.

⁶⁸ Ibidem P. 194.

Aquí y ahora

“La revolución de la terapia gestaltica fue parte clave de un movimiento donde el aquí y ahora momentáneo era el punto focal para el trabajo del darse cuenta, el contacto y la creación de nuevas soluciones”.⁶⁹

La gestalt trabaja en el momento actual; las experiencias pasadas son importantes en la medida en que afecten el aquí y el ahora. Se trabaja con la figura de interés del aquí y ahora.

Deshimaru⁷⁰ dice: “aquí y ahora significa estar enteramente en lo que se hace y no pensar en el pasado o en el futuro, olvidando el instante presente. Si no sois felices aquí y ahora, no lo seréis jamás”.

Para Castanedo, en el modelo terapéutico de la Terapia Gestalt no se utilizan los conceptos consciente e inconsciente. En Terapia Gestalt se habla de conciencia en términos de inteligencia consciente y consciente psicofísico; ambos pueden ser conscientes. La inteligencia consciente vive entre dos puntos: podemos estar conscientes del aquí solamente si éste existe, para estar conscientes de nuestro momento inmediato se requiere estar consciente de nuestro momento anterior y del momento posterior. Sólo podemos inferir partiendo del momento ulterior y por lo tanto podemos solamente suponer el momento inmediato. La experiencia actual del momento próximo que va a llegar puede tener un efecto, en nuestra conciencia, que es imposible de predecir. Si esto no fuera así la creatividad no existiría. Esta depende de la habilidad que tiene una persona para alterar el momento ulterior. Muy a menudo destruimos nuestra propia creatividad reinvertiendo el proceso e intentando disponer el momento ulterior. Por lo tanto, la conciencia de una persona no puede ser nunca actual, dado que recibe constantemente nueva información. El ahora es una fracción de espacio entre el pasado y el futuro, moviéndose tan rápidamente que desafía a la conciencia. El ahora es una inferencia. La conducta y la conciencia, asociadas, se basan en expectativas futuras nacidas de experiencias pasadas y de necesidades actuales.

⁶⁹ Ibidem P. 7.

⁷⁰ Castanedo, C. “Terapia Gestalt al enfoque centrado en el aquí y ahora” Herder. España 1997. 3ª. Ed. P. 59

Según Yontef en una terapia fenomenológica, el “ahora” comienza con el darse cuenta actual del paciente. Lo que ocurre primero no es la infancia, sino lo que se vivencia *ahora*. El darse cuenta ocurre *ahora*. Eventos previos pueden ser objeto del darse cuenta presente, pero el proceso de darse cuenta (por ejemplo, recordar) es *ahora*. *Ahora* puedo contactar al mundo que me rodea, o *ahora* puedo contactar recuerdos o expectativas. No conocer el presente, no recordar o no anticipar, son alteraciones. El presente es una transición en permanente movimiento entre el pasado y el futuro.

A menudo los pacientes no conocen su conducta actual. En algunos casos, viven en el presente como si no tuvieran pasado. La mayoría vive en el futuro como si fuera ahora. Todas éstas son alteraciones del darse cuenta temporal.

Darse cuenta

El darse cuenta está caracterizado por el contacto, el sentir y la formación de una gestalt. Darse cuenta, estar alerta, conciente, es la fuerza motriz de la gestalt, ya que conduce a la integración creativa del ser para resolución de problemas, distinguiendo la figura del fondo.

“El esfuerzo fundamental de esta terapia es que el paciente advierta cómo está funcionando ahora en su totalidad, como organismo y como persona”.⁷¹

Yontef, comenta que el darse cuenta y el diálogo son las dos principales herramientas de la terapia gestáltica. El darse cuenta es una forma de experimentar que se puede definir vagamente como estar en contacto con la propia experiencia, con *lo que es*.

Laura Perls dice: el objetivo de la terapia gestáltica es el *continuum* del *darse cuenta*; la libre formación de una gestalt de aquello que más preocupa o interesa al organismo, a la relación, al grupo o a la sociedad, pasa a un primer plano donde se pueda plenamente vivenciar y enfrentar (reconocer, trabajar, clasificar, cambiar, poner a disposición de, etc.), para luego fundirse en el trasfondo (olvidarse, asimilarse e integrarse) dejando el primer plano libre para la próxima gestalt relevante.

⁷¹ González, J. Op. cit. P 95.

El darse cuenta pleno es el proceso de estar atentamente en contacto con los eventos más importantes del campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensorio – motor emocional, cognitivo y energético. El insight, una forma de darse cuenta, es aprender de manera inmediata la unidad obvia de elementos dispares en el campo. El contacto por medio de darse cuenta crea totalidades nuevas, significativas, y por lo tanto es en sí mismo una integración del problema.

El darse cuenta eficaz está fundado en y energizado por la necesidad actualmente dominante del organismo. No sólo involucra el conocerse a sí mismo, sino un conocimiento directo de la situación en curso y de la forma en que el sí mismo se encuentra en esa situación. Cualquier negación de la situación y de sus exigencias o de los propios deseos y respuestas elegidas, es una alteración del darse cuenta. El darse cuenta significativo corresponde al sí mismo en el mundo, en el diálogo con el mundo y con el darse cuenta del otro.

Importancia del cómo sobre el porqué

Algunos describen a la terapia gestalt como yo y tú, aquí y ahora, qué y cómo.

Percibir el cómo y no el porqué es un paso en el camino del autoconocimiento. El terapeuta observa y hace notar lo obvio, recalca lo que el paciente evita, o no ésta dispuesto a experimentar.

El cómo permite describir y no explicar los distintos acontecimientos o vivencias que experimenta el paciente.

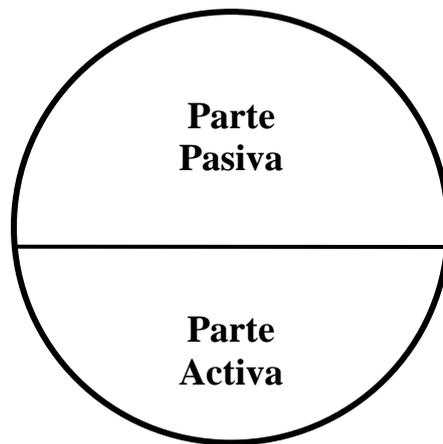
El porqué se convierte en una forma permanente de evitar el contacto necesario para el flujo libre de la energía y como consecuencia en uno de los bloqueos mas usados por parte del neurótico que no quiere reconocer lo que siente, como consecuencia actúa sobre todo en el “como si”, en ocasiones por la posibilidad de encontrarse con el dolor, si siento me duele, mejor no siento y lo racionalizo que es la base del porqué.

Ciclo de la experiencia gestalt

El ciclo de la experiencia en un ciclo de la autorregulación del organismo.

“El ciclo de la experiencia es un modelo fisiológico que fue retomado del conductismo incorporado al funcionamiento total del organismo; dicho ciclo ha sido actualizado por Salama y Castanedo en 1990, y expresa de manera clara el qué y el cómo se presentan los bloqueos o procesos de autointerrupción de energía”.⁷²

“En el ciclo de la experiencia está diseñado como un círculo que representa al organismo, se puede entender como un camino que la energía recorre desde un punto de equilibrio dinámico, hasta llegar a otro momento de equilibrio diferente al anterior, por el crecimiento que implica el haber satisfecho la necesidad”.⁷³ El ciclo de la experiencia se representa como un círculo que simboliza el organismo. Este círculo se divide de la siguiente forma:



Parte Pasiva

La energía, principalmente se encuentra dentro de la persona, por medio de las sensaciones, sentimientos y pensamientos, se da en una interacción consigo mismo.

Parte Activa

Es la interacción de la persona con el medio ambiente, estableciendo el contacto y determinado los límites de este, involucra la posibilidad del cierre de la gestalt.

Zonas de relación

⁷² Salama, H. Encuentro con... Op. cit. P. 71.

⁷³ Salama, H. "Manual del TPG" IMPG. México. 1994 3ª. Ed. P. 31

Las zonas de relación son cuatro, y se identifican con la línea perpendicular a la anterior, y se representan así:



- **Zona Interna.-** Representa el contacto con las reacciones del cuerpo y la expresión emocional. Representa la parte del organismo que va de la piel hacia adentro. Se encuentra en el primer cuadrante.
- **Zona de la Fantasía.-** Son los procesos mentales, como son las ideas, fantasías, la memoria, etcétera. Se halla en el segundo cuadrante.
- **Zona Externa.-** Va de la piel hacia fuera, es el contacto del organismo con el ambiente. Se localiza en el tercer cuadrante.
- **Continuo de Conciencia.-** Es la integración de las tres zonas de relación, es decir, implica que la energía del contacto entre el organismo y su medio fluye libremente asimilando lo que le ha servido y alineando lo que no necesita o es tóxico. Está en el cuarto cuadrante”.⁷⁴

Fases

⁷⁴ Ibidem P. 33.

El ciclo se divide en ocho partes, ya que cada zona de relación se divide en dos partes y éstas son:



Salama⁷⁵ define a cada una de las fases de la siguiente forma:

1. **Reposo.-** Representa el equilibrio y el punto de inicio de una nueva experiencia. Se asume el estado de vacío fértil, en el cual están presentes todas las potencialidades para que nazca una nueva gestalt. Tiene El mismo valor necesidad fisiológica como la psicológica.
2. **Sensación.-** Determina la identificación en zona interna al sentir físicamente algo que todavía no se conoce. Es el surgimiento de una necesidad que provoca una tensión aún no conocida.
3. **Formación de figura.-** Se establece la figura de la necesidad y se concientiza la sensación. En esta etapa el organismo ha diferenciando lo que le pertenece y necesita satisfacer.
4. **Movilización de la energía.-** se reúne la energía indispensable para poder llevar a cabo lo que la necesidad demanda.
5. **Acción.-** Ocurre el paso a la parte activa movilizando al organismo hacia el objeto racional. Se actúa ya en contacto con la zona externa.
6. **Precontacto.-** Se identifica el objeto racional para contactar. El organismo encuentra la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella.

⁷⁵ Ibidem P. 35

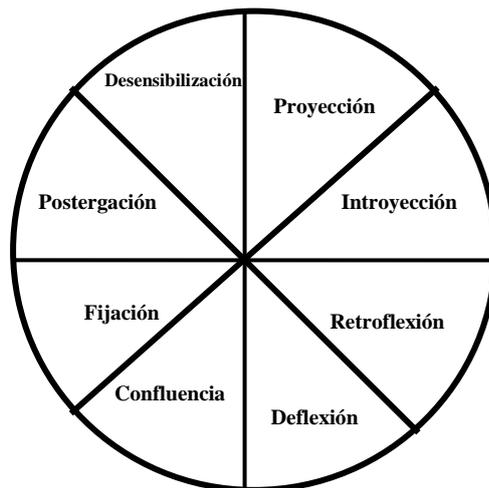
7. **Contacto.-** Se establece el contacto pleno con el satisfactor, ya que se experimenta la unión con el mismo. El organismo obtiene placer ante la necesidad que está satisfaciendo.
8. **Postcontacto.-** Se inicia la desenergización, buscando el reposo junto con los procesos de asimilación y de alineación de la experiencia, dentro del continuo de conciencia.

Al finalizar la etapa anterior se vuelve a obtener el estado de equilibrio momentáneo, llamado también indiferenciación creativa, y el organismo se encuentra listo para iniciar la satisfacción de una nueva experiencia o gestalt.

Bloqueos

“Llamamos bloqueos a las autointerrupciones de la energía que el paciente presente en este ciclo; para que se logre el cierre de la experiencia debe desbloquearse la energía interrumpida, y así estar preparado para enfrentar la nueva necesidad emergente y satisfacerla en cualquiera de las fases en donde se halle el bloqueo”.⁷⁶

Son ocho los bloqueos, los cuales corresponden uno a cada fase del ciclo y son los siguientes:



⁷⁶ Ibidem P. 41.

1. **Postergación.-** Es el bloqueo en la fase de **reposo**. Impide el proceso de asimilación alineación de la experiencia.
2. **Desensibilización.-** Es el bloqueo en la fase de **sensación**. Sirve para bloquear el contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente.
3. **Proyección.-** Es el bloqueo en la fase de **formación de figura**. Es atribuir a algo externo lo que le pertenece a sí mismo, negándolo en él.
4. **Introyección.-** Es el bloqueo en la fase de **movilización de energía**. Actitudes, ideas y creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son distónicas del Yo.
5. **Retroflexión.-** Es el bloqueo en la fase de **acción**. La persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacerle a los demás, y cuando el sujeto le hace a otros lo que le gustaría que le hagan a él.
6. **Deflexión.-** Es el bloqueo en la fase de **precontacto**. El organismo intenta evitar el objeto de relación dirigiendo su energía a objetos alternativos y no significativos.
7. **Confluencia.-** Es el bloqueo en la fase de **contacto**. No distingue límite alguno entre sí mismo y el medio.
8. **Fijación.-** Es el bloqueo en la fase de **postergación**. No retirarse del contacto, rigidizando sus patrones de conducta.

Capas de la neurosis.

En las capas de la neurosis se describen las etapas en las que pueden desencadenarse y resolverse o no un conflicto personal. Las dos primeras se refieren al área relacional del individuo y las otras cuatro restantes al área existencial.

“Perls (1976) menciona que existen capas en la neurosis que es necesario atravesar y romper para lograr un desarrollo óptimo”.⁷⁷

En el siguiente cuadro se mencionará la ubicación de las capas, según Perls:

⁷⁷ González, J. Op. cit P. 92.

CAPAS DE LA NEUROSIS	
Señales	Incluye señales de contacto (como “buenos días”); es un intercambio de formalidades y palabras sin contenido afectivo. Es la etapa en donde se reconoce al otro.
Como si	El individuo se comporta como si le interesara lo que le platicas. Con el fin de no asumir lo que verdaderamente siente ser.
Atolladero	Es cuando la persona ya no representa roles y se mete en un atolladero , en donde siente que ya no tiene a dónde ir, por lo que experimenta sentimientos de pánico y presenta resistencia a ser lo que es.
Implosión	Aparece como el temor a la muerte o a la nada, y consiste en una parálisis de fuerzas opuestas; la persona hace implosión para alcanzar su sí mismo auténtico.
Explosión	Constituye el surgimiento hacia la persona auténtica, el verdadero sí mismo, la persona es capaz de experimentar y expresar sus propias emociones.
Vida	Aquí se poseen sentimientos de confianza. Se es auténtico.

CAPITULO III

METODO DE PSICOTERAPIA TANATOLOGICA CON ENFOQUE GESTALT.

*Como puedo olvidar esa mujer
Si con ella aprendí a sentirme hombre
Como puedo dejarla de querer
Si no puedo olvidar su nombre
He tratado en vano de olvidar
Y alejarme para siempre de su lado...*

JUAN MANUEL POLO SCOTT.

Para iniciar cualquier proceso de terapia tanatológica y de duelo es indispensable conocer al paciente, el primer paso para lograrlo es por medio de una entrevista.

Para Bingham y More la entrevista es una conversación seria que se propone un fin determinado, distinto del simple placer de la conversación.

LA ENTREVISTA

Es un método para reunir datos durante una consulta privada o una reunión; una persona que se dirige al entrevistador cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado.

Hay varios tipos de entrevista, entre ellos:

- ✓ Entrevista de admisión. En general, una entrevista de admisión tiene dos propósitos: Determinar porque el paciente ha llegado con nosotros. Si es un candidato para el trabajo tanatológico o de duelo.
- ✓ Entrevista de historia clínica.- Básicamente el propósito de la obtención de la historia clínica consiste en proporcionar un amplio contexto y trasfondo en el

cual pueda colocarse al paciente y al problema. Cubre la infancia, la adolescencia y la adultez, dependiendo de la edad del entrevistado, e incluye aspectos educativos, sexuales, médicos, paternos, ambientales, religiosos y patológicos. La siguiente es una propuesta de historia clínica:

HISTORIA CLINCA

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____

EDAD: _____

GENERO: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

OCUPACION: _____

NIVEL SOCIOECONOMICO _____

ESTADO CIVIL: _____

2.- FAMILIOGRAMA

3.- MOTIVO DE CONSULTA

4.- CONSTELACION.



5.- NACIMIENTO Y DESARROLLO

6.- HISTORIA DE SALUD

7.- HISTORIA ESCOLAR

8.- HISTORIA LABORAL

9.- HISTORIA FAMILIAR

10.- HISTORIA SEXUAL

11- HISTORIA DE PEDIDAS SIGNIFICATIVAS

12.- HISTORIA DE LA PRIMERA EXPERIENCIA DE PÉRDIDA

13.- HISTORIA DE LA CRISIS MÁS SIGNIFICATIVAS DE SU VIDA

14.- OBSERVACIONES

- ✓ Entrevista en crisis.- El propósito de esta consiste en apoyar a la persona que se encuentra en estado temporal de desorganización de sus esquemas cognitivos y emocionales para resolver el hecho o el suceso que origino la desorganización.

INTERVENCION EN CRISIS

La teoría de la crisis de Caplan se formo a partir de la estructura de la psicología de Erickson, en la que el ser humano se ve provisto de un mecanismo para entender el crecimiento y desarrollo. El interés de Caplan fue el describir como las diferentes personas logran hacer frente a la transición de una etapa a otra y pronto identifico la importancia de los recursos personales y sociales en el desarrollo y resolución de las crisis, una crisis es un estado amenazante para el individuo en las que las habilidades anteriores para enfrentar las situaciones amenazantes le resultan insuficientes y la tolerancia a la frustración disminuye, al mismo tiempo, es una oportunidad para crecer y el individuo puede adquirir nuevas herramientas para su vida futura.

Tipos de crisis

- ✓ ***Crisis circunstanciales.***- Se presentan súbitamente en la vida del individuo, como algo inesperado y se apoyan en algún factor ambiental, o sea, externo al individuo, por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, un accidente, un desastre natural, etc.
- ✓ ***Crisis de desarrollo.***- Tienen que ver directamente con el desarrollo personal del individuo, se tratan de los diferentes cambios que experimenta al pasar de una etapa de desarrollo a otra.

Fases por las que pasa una persona en crisis según Caplan

- ✓ **Impacto.-** Los mecanismos de enfrentamiento del individuo fallan y los signos de estrés y de tensión aparecen. La persona puede experimentar momentos de aturdimiento y confusión.
- ✓ **Retroceso.-** Esta caracterizada por incrementos en la desorganización. La persona no puede expresar sus emociones displacenteras y su atención no esta en lo que le interesa de la vida diaria. Las manifestaciones psicósomáticas aparecen con muestras de fatiga, insomnio, apatía, trastornos alimenticios, etc.
- ✓ **Ajuste y adaptación.-** Los recursos propio y del, entorno del individuo pueden ser movilizados y como consecuencia, el problema se resuelve.

Elementos importantes en una crisis

Según Caplan existen cuatro elementos importantes en una crisis

- ✓ Existe un incremento en la tensión, actividad y desorganización del individuo intentando resolver la situación utilizando las maniobras acostumbradas con la esperanza de retornar al punto de equilibrio.
- ✓ Al fracasar utilizando los mecanismos de defensa, la tensión y la desorganización aumentan.
- ✓ El estado crítico obliga al individuo a utilizar sus recursos extras, internos y externos para intentar resolver el problema.
- ✓ Si el problema persiste una mayor desorganización de la personalidad ocurre, aumentando la frustración.

Tipos de intervención en crisis.

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

- ✓ **Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica.-** Es la ayuda inmediata que se da a la persona y que proporcionan las personas que observan

la necesidad, consiste básicamente en dar apoyo, escuchar y permitir la catarsis y la demostración de emociones.

- ✓ Intervención de crisis de segundo orden o terapia en crisis.- Es un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración de los mecanismos de defensa y busca la elaboración y resolución de la crisis.

Los principios que deben seguir el tanatólogo o el terapeuta en la intervención en crisis son:

- ✓ Establecer la empatía con el paciente y manejo de la atenta escucha.
- ✓ Rastrear las dimensiones y características del problema.
- ✓ Establecer las posibles alternativas de solución para las necesidades inmediatas.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones y la acción al paciente.
- ✓ Continuar el proceso durante el tiempo necesario en tanto exista la crisis.

TERAPIA TANATOLOGICA

La terapia tanatológica es el proceso que busca mejorar la calidad de vida del paciente crónico y terminal, de su familia, de sus amigos y del cuerpo médico, a su vez, apoyar a la persona que vive una pérdida significativa (muerte, divorcio, separación, abandono, relación, etc.) a la resolución del duelo.

Los tipos de terapia que aquí consideramos son:

- ✓ **Dirigida.**-Es aquella en la cual el tanatólogo lleva un tema específico para trabajar con su paciente, tiene la inconveniencia que por lo regular se trabaja proyecciones del tanatólogo y no los duelos del paciente. Una forma de evitar las proyecciones es que el terapeuta se conozca y tenga su propio proceso de terapia.

Por ejemplo: la necesidad del terapeuta en ese momento es su padre, y decide trabajar la figura paterna del paciente, se inicia la sesión de la siguiente forma:

Terapeuta: *Hola, ¿Cómo estas?*
Paciente: *Bien*
Terapeuta: *Cuando estas bien ¿con quien estas?*
Paciente: *Bueno, con mi familia*
Terapeuta: *Con quien de tu familia*
Paciente: *Con mi Mamá*
Terapeuta: *Con quien más*
Paciente: *Con mi Papá*

A partir de aquí el terapeuta realiza todo tipo de preguntas con respecto a la relación del paciente con el papá. Es probable que como la necesidad del paciente no es hablar del padre, el terapeuta ocupe algunas técnicas para obligarlo a trabajar el tema, sin embargo, por lo regular terminara con consejos y poco en realidad se habrá elaborado en relación a la necesidad del paciente.

- ✓ **Gestalt.-** En ella el terapeuta tiene como objetivo determinar cual es la necesidad del paciente y una vez ubicada cerrar el duelo ó asunto inconcluso que la origino, haciendo uso de distintas técnicas gestalticas para su elaboración y resolución.

MÉTODO DE TERAPIA TANATOLOGICA POLO SCOTT

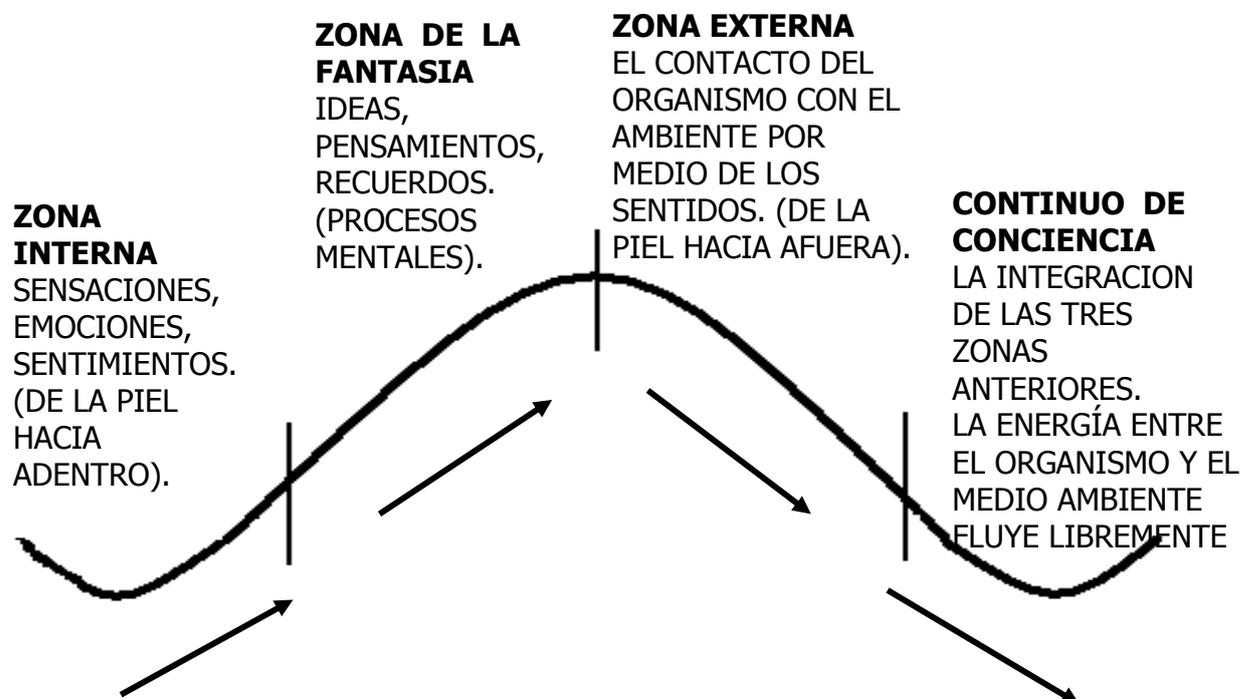
En el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo S. C. ocupamos el Método Polo Scott en la atención de pacientes con duelo, los resultados han sido excelentes. Este método esta basado en el comportamiento fisiológico conductual, para la psicoterapia gestalt las necesidades físicas y psíquicas requieren para su satisfacción de la misma energía que produce el organismo, es decir la psicoterapia gestalt no separa necesidades físicas de necesidades psíquicas, sino las integra en necesidades organísmicas.

El comportamiento de una persona en equilibrio inicia a partir de las sensaciones, emociones o sentimientos que se van desarrollando en el organismo, esto se da de la

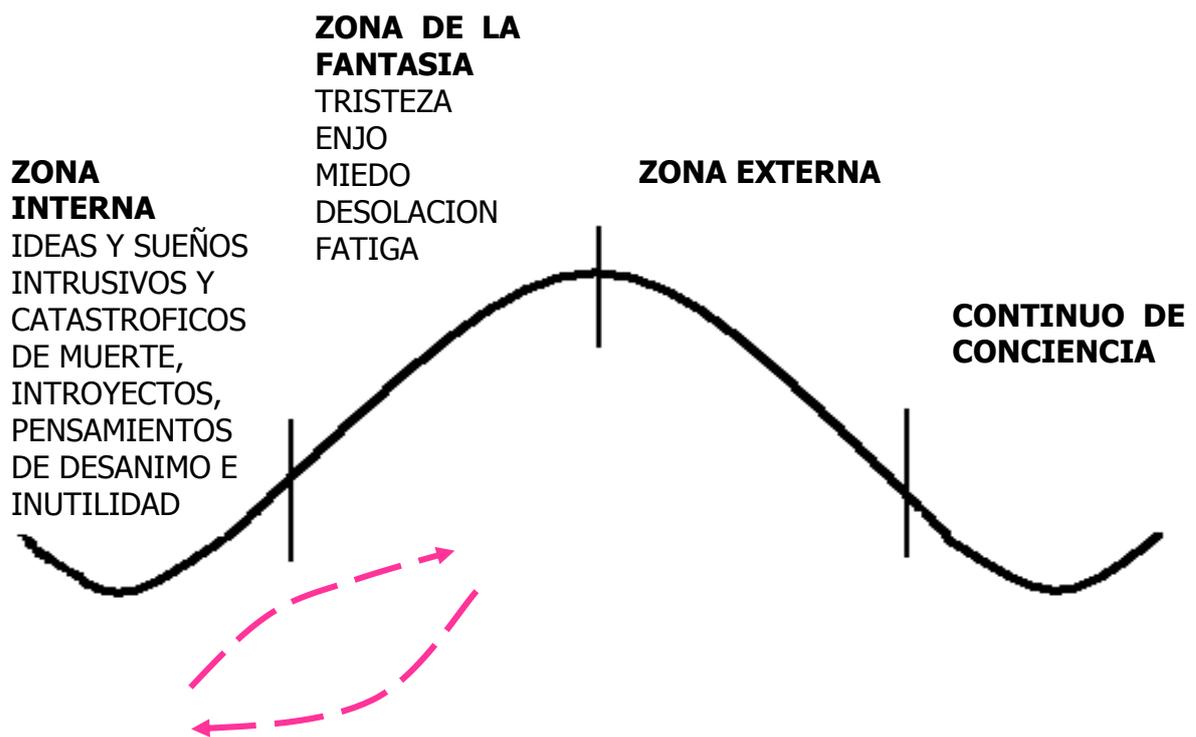
piel hacia adentro de la persona, es decir, en su zona interna, una vez que estas sensaciones, emociones o sentimientos toman fuerza, la persona hace conciencia de que es lo que necesita, generando ideas y pensamientos, esto se desarrolla en sus estructuras mentales, en su zona de la fantasía. Para cubrir su necesidad primordial la persona requiere interactuar con el medio, todo lo que esta de su piel hacia fuera, su zona externa, una vez que la persona a satisfecho su necesidad principal, lo consigue incorporando las tres zonas, interna, fantasía y externa, en una sola, la cual llamamos continuo de conciencia para dar paso a una fase de reposo y posteriormente a la formación de otra necesidad.

A continuación en la siguiente grafica se representa el Ciclo de la Experiencia Gestalt, el cual fue utilizado por los siguientes autores: Fritz Perls, James Kepner, Joseph Zinder, Irving Polster y Gary Yontef.

CICLO DE LA EXPERIENCIA GESTALT

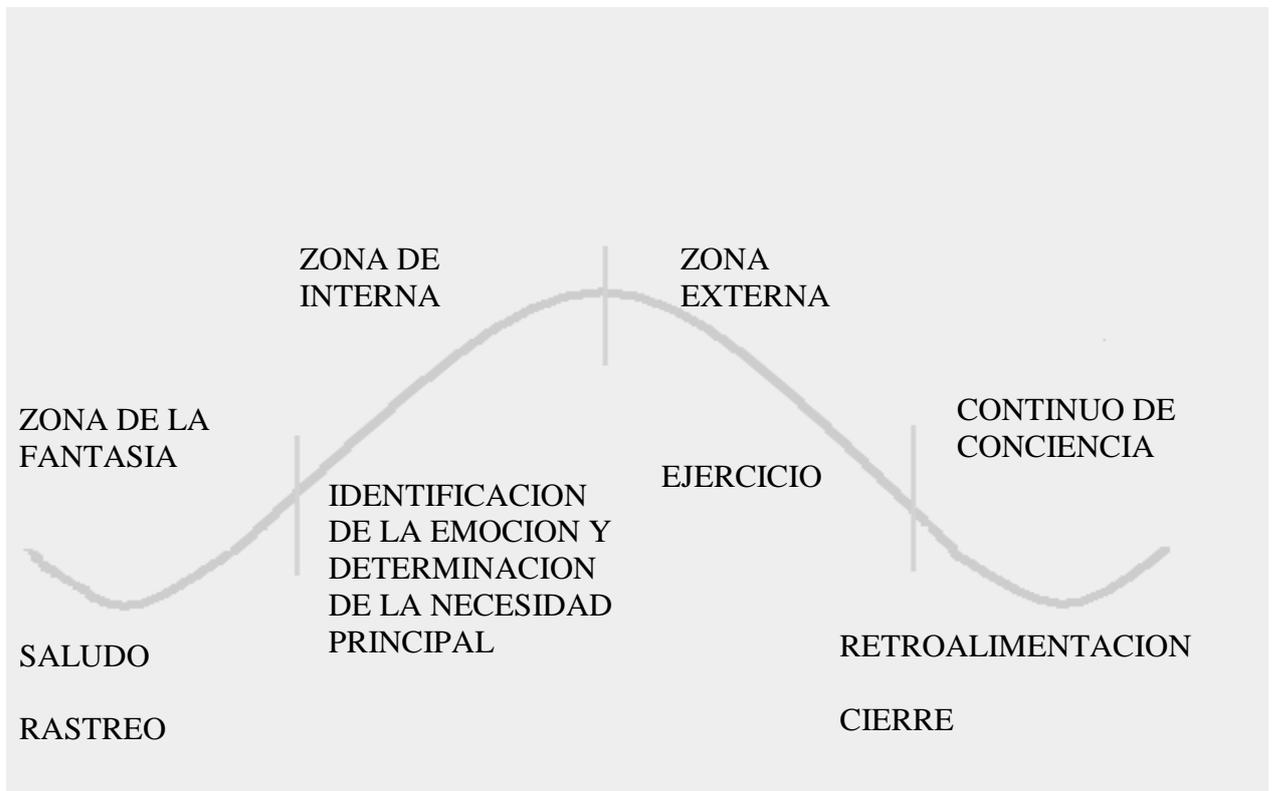


Si embargo, una persona en desequilibrio, o mejor dicho, un paciente, que percibe amenazada su vida, como es el caso de los pacientes terminales o crónicos y los pacientes en duelo pueden llegar a presentar una alteración en el ciclo de la experiencia, de acuerdo a las investigaciones realizadas en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, el paciente inicia su proceso de satisfacer su necesidad principal en la zona de la fantasía, por medio de ideas y sueños repetitivos y catastróficos, así como pensamientos relacionados con la culpa, soledad, abandono y la inutilidad. Pasando a la zona interna con manifestaciones de emociones tales como el miedo, el enojo, la tristeza, la fatiga, entre otros; regresando posteriormente a la zona de la fantasía que a su vez lo lleva a la zona interna, creando así, un círculo vicioso que impide pasar a la zona externa y al continuo de conciencia, tal como lo demuestra la siguiente gráfica.



De lo anterior surge la necesidad de realizar un método que este acorde a los requerimientos de un tipo de paciente específico, el paciente tanatológico o en duelo, este método consta de seis pasos:

1. Saludo
2. Rastreo
3. Identificación de la emoción y determinación de la necesidad principal
4. Ejercicio
5. Retroalimentación
6. Cierre



Es oportuno comentar que dentro de la terapia gestalt, a la necesidad principal del paciente se le conoce también con el nombre de figura, los seres humanos tenemos a la vez varias necesidades, sin embargo, tenemos una que sobresale de todas ellas, nosotros ocuparemos el término de necesidad principal.

TEST DE DUELO POLO SCOTT

Antes de iniciar el estudio del método de terapia tanatológica Polo Scott, es importante conocer otro instrumento desarrollado en nuestras instalaciones y que consiste en conocer en el aquí y ahora la situación que un paciente vive a partir de una pérdida significativa desde las cuatro áreas mas importantes del desarrollo del ser humano, nos referimos al Test de Duelo Polo Scott, que nos permite establecer estrategias de trabajo en base a las necesidades presentes de la persona en duelo.

Descripción. Para su realización se elaboró un cuestionario base de 131 preguntas clasificadas en ítems:

60 Preguntas de tipo Psicológico.

23 Preguntas de tipo Social.

15 Preguntas de tipo Físico.

Y 33 Preguntas de tipo Espiritual.

Algunas de ellas fueron eliminadas y otras modificadas, en virtud que en el momento de ser calificado el cuestionario no resultaron significativas para ser consideradas, dado que la puntuación obtenida fue baja, por lo tanto, el resultado final fue de 40 preguntas las cuales quedan divididas de la siguiente manera.

Área Psicológica consta de 12 preguntas.

Área Social consta de 12 preguntas.

Área Física consta de 8 preguntas.

Área Espiritual consta de 8 preguntas.

TEST SOCIAL

- 1.- Todos dependen de mí.
- 2.- Estar solo es mejor.
- 5.- Necesito la aprobación de mis seres queridos.
- 6.- Me siento solo.
- 12.- Evito ir a reuniones sociales.
- 15.- No se colocar límites con los demás.
- 19.- Me molesta lo que digan los demás.
- 23.- Necesito que los demás me quieran.
- 26.- Dependo de los demás.
- 29.- Tengo la sensación de ser rechazado.
- 34.- Siento que todos se aprovechan de mí.

37.- Nadie me quiere.

TEST PSICOLOGICO

- 4.- Evito recordar ciertas cosas.
- 8.- Me siento triste.
- 11.- Constantemente lloro.
- 16.- Todo me da sentimiento.
- 17.- Siento miedo.
- 20.- Pienso que todo esta en mi contra.
- 24.- Tengo miedo a morir.
- 27.- Consumo alcohol, drogas o pastillas para sentirme mejor.
- 33.- He pensado o tratado de suicidarme.
- 36.- Recuerdo en cada momento lo sucedido.
- 38.- Solo pienso en tragedias.
- 39.- Siento un gran vacío.

TEST FISICO

- 7.- Despierto durante la noche.
- 10.- Ahora como más que antes.
- 13.- Estoy más cansado de lo normal.
- 18.- Últimamente me cuesta trabajo levantarme de la cama.
- 22.- Mi deseo sexual ha disminuido.
- 25.- Siento palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- 30.- Siento un vacío o malestar en el estómago.
- 32.- Siento que me ahogo o me falta el aliento.

TEST ESPIRITUAL

- 3.- Dios no existe.
- 9.- Ahora siento que creo en cosas diferentes.
- 14.- Deje de creer en lo que me enseñaron mis padres.
- 21.- A partir de lo que viví mis creencias cambiaron.
- 28.- Ya no sé en quien creer.
- 31.- Después de ésta vida no existe nada.
- 35.- Si Dios existiera no pasarían cosas malas.
- 40.- Estoy enojado con Dios

La forma de evaluación de las preguntas se determinó por la escala Likert, en función que nos permite calificar de forma más sencilla y clara.

El Test de Duelo esta dividido en 3 partes.

1.- Sección de afirmaciones que el paciente responde en función de una escala Likert que considera los siguientes puntos:

- a) Totalmente de acuerdo (5)
- b) Ligeramente de acuerdo (4)
- c) Ni Si ni No (3)
- d) Ligeramente en desacuerdo (2)
- e) Totalmente en desacuerdo (1)

TEST DE DUELO

Nombre: _____

Fecha: _____ edad: _____

Si ha tenido un duelo o una pérdida significativa en el transcurso de su vida, conteste las siguientes preguntas, de acuerdo a como se siente en este momento con respecto al duelo que desee trabajar.

Cuál fue el duelo o pérdida significativa: _____

INSTRUCCIONES

Por favor, lea con atención cada una de las oraciones y conteste todas las preguntas, marcando con una cruz la letra que considere describe mejor su forma de pensar o sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas. La información que usted nos proporcione será manejada en todo momento como **confidencial**.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) Ligeramente de acuerdo
- c) Ni Si ni No
- d) Ligeramente en desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

1. Todos dependen de mí a b c d e
2. Estar solo es mejor a b c d e
3. Dios no existe a b c d e
4. Evito recordar ciertas cosas a b c d e
5. Necesito la aprobación de mis seres queridos a b c d e
6. Me siento solo a b c d e
7. Despierto durante la noche a b c d e
8. Me siento triste a b c d e

9. Ahora siento que creo en cosas diferentes a b c d e
10. Ahora como más que antes a b c d e
11. Constantemente lloro a b c d e
12. Evito ir a reuniones sociales a b c d e
13. Estoy más cansado de lo normal a b c d e
14. Deje de creer en lo que me enseñaron mis padres a b c d e
15. No sé colocar límites con los demás a b c d e
16. Todo me da sentimiento a b c d e
17. Siento miedo a b c d e
18. Últimamente me cuesta trabajo levantarme de la cama a b c d e
19. Me molesta lo que dicen los demás a b c d e
20. Pienso que todo está en mi contra a b c d e
21. A partir de lo que viví mis creencias cambiaron a b c d e
22. Mi deseo sexual ha disminuido o ha aumentado a b c d e
23. Necesito que los demás me quieran a b c d e
24. Tengo miedo a morir a b c d e
25. Siento palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca. a b c d e
26. Dependo de los demás a b c d e
27. Consumo alcohol, drogas o pastillas para sentirme mejor a b c d e
28. Ya no sé en quien creer a b c d e
29. Tengo la sensación de ser rechazado a b c d e
30. Siento un vacío o malestar en el estómago a b c d e
31. Después de ésta vida no existe nada a b c d e
32. Siento que me ahogo o me falta el aliento a b c d e
33. He pensado o tratado de suicidarme a b c d e
34. Siento que todos se aprovechan de mí a b c d e
35. Si Dios existiera no pasarían cosas malas a b c d e
36. Recuerdo en cada momento lo sucedido a b c d e
37. Nadie me quiere a b c d e
38. Solo pienso en tragedias a b c d e
39. Siento un gran vacío a b c d e
40. Estoy enojado con Dios a b c d e

2.- Hoja de Calificaciones en la cual se descarga las puntuaciones obtenidas de acuerdo al área específica (físico, psicológico, social y espiritual).

HOJA DE CALIFICACIONES

NOMBRE _____

No.	SOCIAL	PSICOLOGICO	FISICO	ESPIRITUAL
1.		-----	-----	-----
2.		-----	-----	-----
3.	-----	-----	-----	
4.	-----		-----	-----
5.		-----	-----	-----
6.		-----	-----	-----
7.	-----	-----		-----
8.	-----		-----	-----
9.	-----	-----	-----	
10.	-----	-----		-----
11.	-----		-----	-----
12.		-----	-----	-----
13.	-----	-----		-----
14.	-----	-----	-----	
15.		-----	-----	-----
16.	-----		-----	-----
17.	-----		-----	-----
18.	-----	-----		-----
19.		-----	-----	-----
20.	-----		-----	-----
21.	-----	-----	-----	
22.	-----	-----		-----
23.		-----	-----	-----
24.	-----		-----	-----
25.	-----	-----		-----
26.		-----	-----	-----
27.	-----		-----	-----
28.	-----	-----	-----	
29.		-----	-----	-----
30.	-----	-----		-----
31.	-----	-----	-----	

32.	-----	-----		-----
33.	-----		-----	-----
34.		-----	-----	-----
35.	-----	-----	-----	
36.	-----		-----	-----
37.		-----	-----	-----
38.	-----		-----	-----
39.	-----		-----	-----
40.	-----	-----	-----	

SUMA _____ _____ _____ _____
 x .66 x .66

Con la intención de valorar las cuatro áreas con los mismos porcentajes se estableció un coeficiente (.66), en el área psicológica y el área social.

3.- Cuadro de Evaluación el cual consiste en un cuadro dividido en 4 partes, cada una de ellas representa un área específica (físico, psicológico, social y espiritual) a evaluar, lo que nos permite determinar que área o áreas se encuentran afectadas por la pérdida significativa que está viviendo el paciente y establecer las posibles estrategias terapéuticas, considerando el trabajo en base a la necesidad principal que presenta en el aquí y ahora.

CUADRO DE EVALUACION

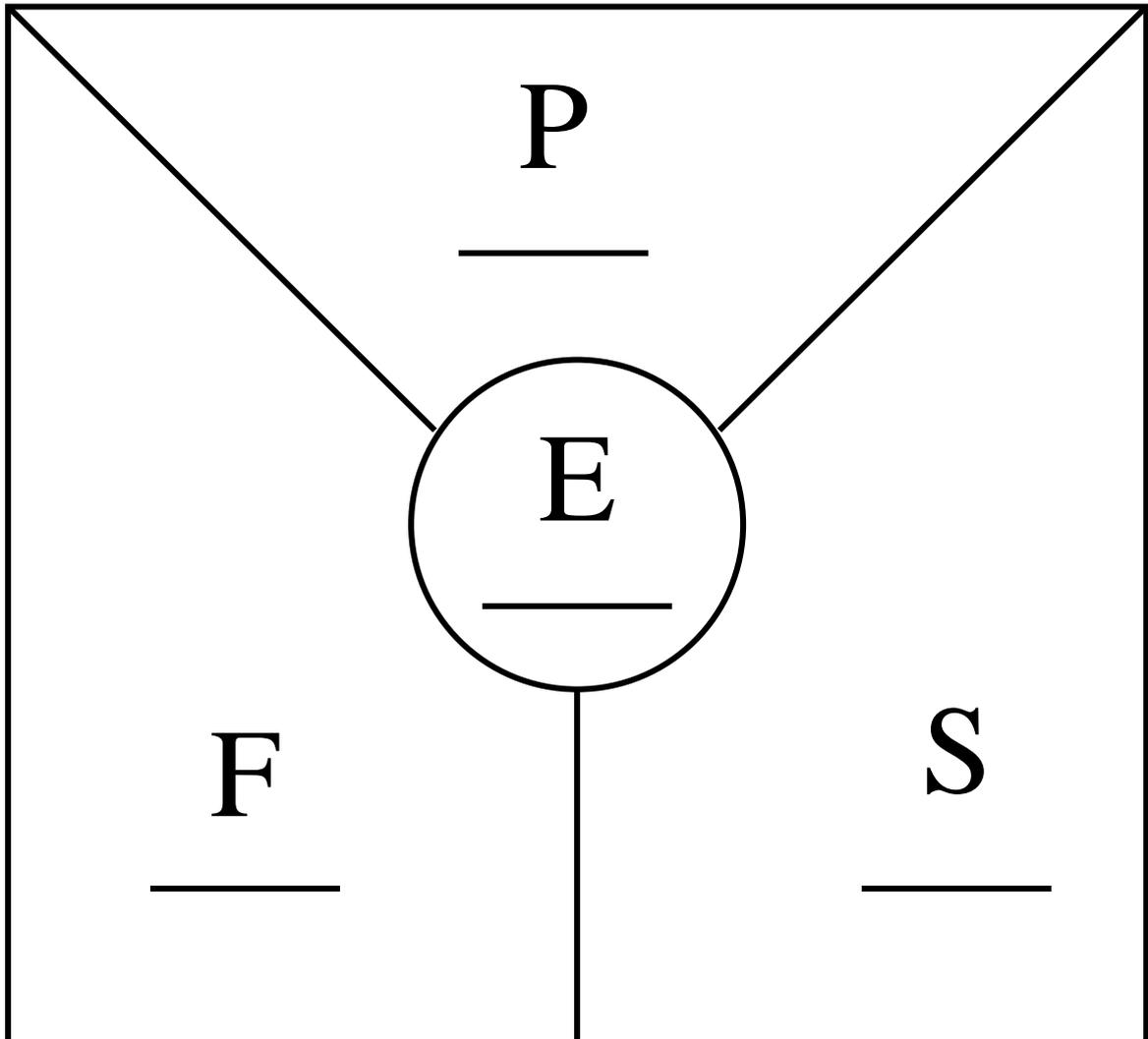
Puntajes:

8-16 Sin síntomas de duelo.

17-24 Rasgos de duelo.

25-32 Duelo moderado.

33-40 Duelo profundo.



Regresando con los pasos del método, procedemos a describirlos:

1. **Saludo.-** Marca el inicio de la sesión. Es diferente al saludo convencional o social que regularmente realizamos. Se sugiere que el saludo sea neutro para no inducir la terapia:

Hola

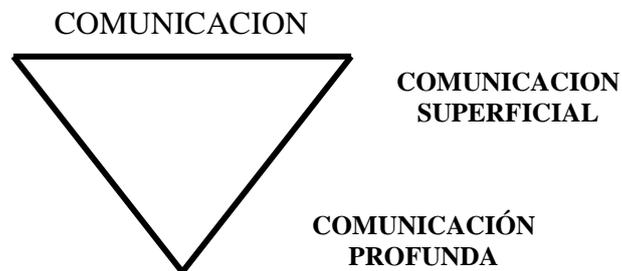
¿Qué tal?

Hola, ¿qué tal?

Hola ¿qué hay?

2. **Rastreo.-** Tiene como objetivo conocer en el aquí y ahora las circunstancias que llevan al paciente a la terapia e iniciar el proceso de aclarar las necesidades del paciente, misma que en varios casos el paciente desconoce, para esto, el tanatólogo o el terapeuta debe ocupar de manera adecuada la comunicación en sus tres niveles (no verbal, verbal y paralingüística), la pregunta eficaz y los silencios.

Comunicación.-



Comunicación no verbal	55%
Comunicación paralinguística	37%
Comunicación verbal	<u>8%</u>
	100%

La comunicación no verbal son los gestos, las posturas, las posiciones corporales, la forma de vestir, los movimientos, mirada, tonalidades de la piel, etc.

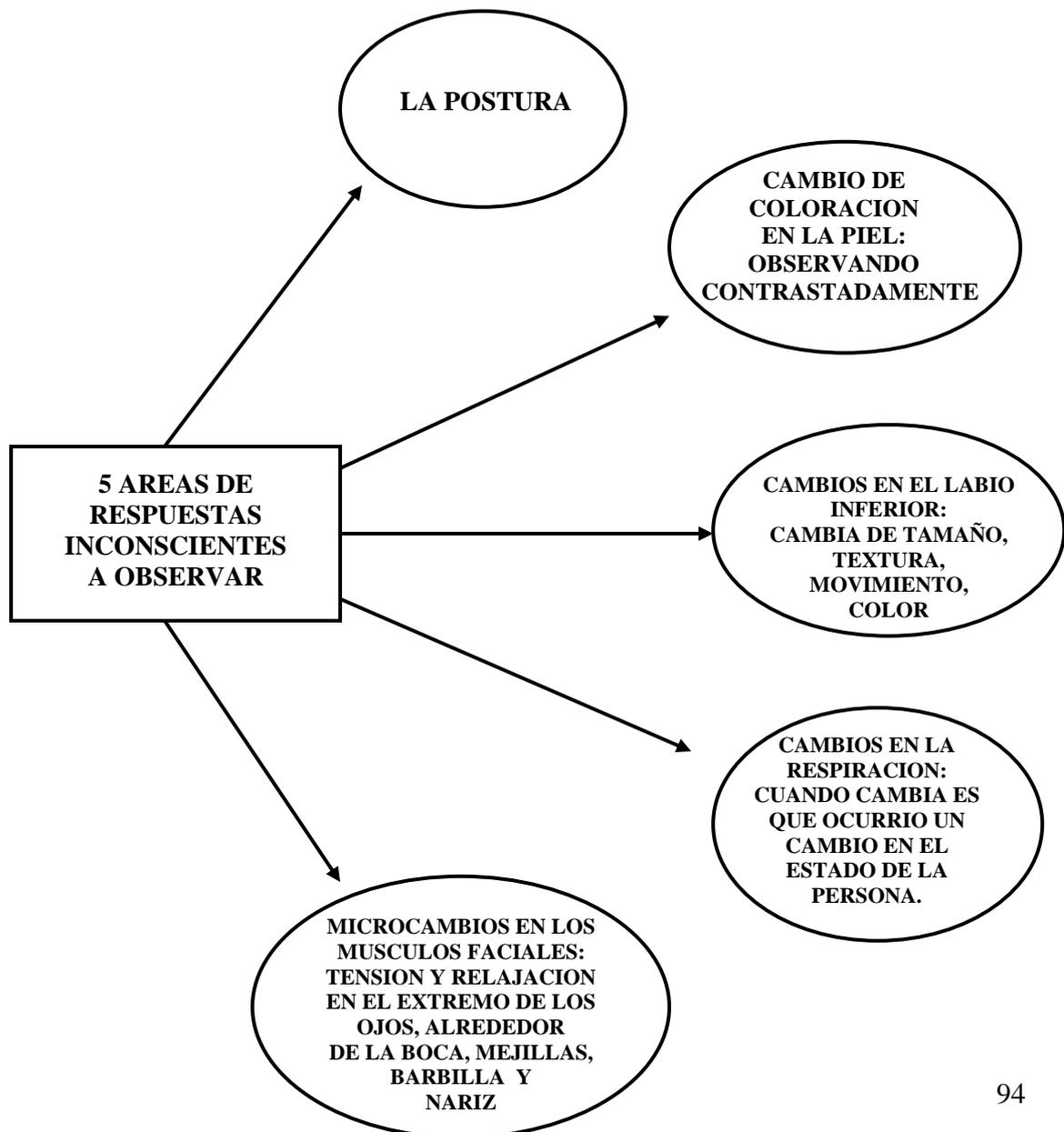
La comunicación paralinguística es el tono de la voz, la velocidad de la voz, el ritmo de la voz, no lo que se dice sino como se dice.

La comunicación verbal es el contenido de lo que se habla.

Para determinar la congruencia o incongruencia que un paciente presenta en el proceso de terapia ocupamos la fenomenología, que es, la habilidad para distinguir pequeñas señales y reconocer su significado dependiendo de cada persona. La comunicación del cuerpo es un punto de partida para entender el significado de las comunicaciones.

Por ejemplo: Rocío de 35 años que acude a consulta por la muerte de su madre, dentro del proceso de terapia en la segunda sesión al hablar de su madre, su voz cambia, se vuelve entrecortada, su rostro se sonroja, presenta llanto, inclina su espalda hacia el frente, agacha la cabeza, junta sus manos, y cuando le pregunto ¿Cómo te sientes?, su respuesta es: tranquila, es claro que la comunicación no verbal y paralingüística no corresponden a la lo que ella dice por medio de la comunicación verbal.

Las 5 áreas de respuesta inconsciente a observar en un paciente dentro de la terapia tanatológica ocupando el método fenomenológico.



Los pacientes cuando acuden a terapia, desde el momento que ingresan a la consulta es necesario poner atención en los distintos movimientos que presentan, de igual manera lo es durante la sesión, esta observación deberá centrarse sobre estas 5 áreas de respuesta inconsciente con la intención de conocer que está sucediendo en el mundo interior del paciente y que nos pueda dar elementos para facilitarle la resolución de su duelo.

Pregunta eficaz.

La comunicación verbal en terapia tanatológica se da a través de la pregunta eficaz.

La pregunta eficaz especifica el proceso de pasar de comunicación superficial a comunicación profunda y es una técnica para desafiar la estructura de comunicación del paciente, reconectándola con su experiencia personal, con el objetivo de recabar información significativa de las vivencias del paciente.

Consiste en desafiar la vaguedad e imprecisión del lenguaje del paciente, con el fin de ampliar sus recursos durante su proceso tanatológico.

Los pacientes cuando acuden a terapia, desde el momento que ingresan a la consulta es necesario poner atención en los distintos movimientos que presentan, de igual manera lo es durante la sesión, esta observación deberá centrarse sobre estas 5 áreas de respuesta inconsciente con la intención de conocer que está sucediendo en el mundo interior del paciente y que nos pueda dar elementos para facilitarle la resolución de su duelo.

La pregunta eficaz, tiene como objetivo:

- Recabar información
- Aclarar información
- Identificar limitaciones
- Abrir nuevas opciones
- Observamos la congruencia e incongruencia



Sustantivos inespecíficos

Este tipo de eliminación puede implicar una visión del mundo en la que la persona es un espectador pasivo y donde las cosas se suceden sin que nadie sea responsable de ellas.

Están afuera esperándome

Los niños son una molestia

No soporto a los hombres

Los sustantivos inespecíficos se aclaran preguntando

¿Que o quien específicamente...?

Verbos inespecíficos

A veces el verbo no está especificado

Se corto

Me ayudo

Me hirió

Me ofendió

Los verbos inespecíficos se aclaran preguntado

¿Cómo específicamente...?

¿Cómo es qué...?

Comparaciones

Toda frase que emplee palabras como *mejor o peor* establece una comparación, solo se puede dar si hay algo con que comparar.

Lleve mal la reunión

El es un mal padre

Las comparaciones se aclaran preguntado:

¿Comparado con qué?

¿Comparado con quién?

Juicios

Es útil saber quien hace el juicio; puede provenir de un recuerdo infantil. También es útil saber cuales son las razones para realizar ese juicio.

Evidentemente este hombre es malo

¿Para quién es evidente?

Los juicios se aclaran preguntado:

¿Quién hace este juicio, y con qué base lo está haciendo?

Nominalizaciones

Es cuando un verbo que describe un proceso se convierte en sustantivo:

La enseñanza y la disciplina, aplicadas con respeto y firmeza,

son esenciales en el proceso de educación

Las Nominalizaciones se aclaran convirtiéndolas en verbo y preguntando por la información perdida:

¿Cómo lo hace...?

¿Cómo es que...?

Operadores modales de posibilidad

Palabras como *no se puede* o *no se debe* ponen límites por reglas no dichas.

No lo podría rechazar

Soy así, no puedo cambiar

Los Operadores modales de posibilidad se aclaran preguntando:

¿Qué pasaría si usted...?

¿Qué le impide...?

Operadores modales de necesidad

Incluyen una necesidad y se indican con palabras como “debería y no debería, debo y no debo”.

Debo atender a mi familia antes que a mí

Los Operadores modales de necesidad se aclaran preguntando:

¿Qué pasaría si no lo hiciera...?

¿Qué habría pasado si usted no

Hubiera...?

Cuantificadores universales

Las generalizaciones se expresan normalmente, con palabras de tipo “todo, nada, siempre, nunca, ninguno”.

“Nunca hago nada bien”

Los Cuantificadores Universales se aclaran preguntando mediante un contraejemplo:

¿Ha habido algún momento en que...?

Equivalencia compleja

Se produce cuando dos afirmaciones se relacionan de tal forma que se entienden como iguales:

“No estas sonriendo, no es divirtiéndote”

Las Equivalencias Complejas se aclaran preguntando:

¿Cómo es que esto significa lo otro?

Presuposiciones

Creencias y expectativas sacadas de nuestra experiencia personal.

“Eres tan estúpido como tu padre”

(Tu padre es estúpido)

Las presuposiciones se aclaran preguntando:

¿Qué te hace creer que...?

Causa y efecto

Son pensamientos en términos de causa y efecto

“Me gustaría trabajar, pero tengo que cuidar a mi mamá”

Causa y efecto se pueden aclarar preguntando:

¿De qué manera exactamente esto causa lo otro?

Leer la mente

Es cuando proyectamos nuestros pensamientos inconscientes y los experimentamos como si vinieran de la otra persona.

“Tu eres infeliz”

“Si me apreciara, ya debería saber lo que me gusta”

La Lectura de la Mente se aclara preguntando:

¿Cómo sabes exactamente que...?

Silencios.- Quizás nada es más perturbador para un tanatólogo o terapeuta principiante que el silencio, el aspecto importante es evaluar el significado y la función del silencio en la terapia tanatológica. Por otra parte es importante respetar el tiempo y el ritmo de asimilación del paciente respetando sus silencios.

Por ejemplo: durante la sesiones de supervisión de casos clínicos que presentan alumnos al inicio de su entrenamiento en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, el principal conflicto que existe es que atiborran de preguntas al paciente y no le dan tiempo para que el valla asimilando lo que esta viviendo en ese momento de la sesión, por lo regular el tanatólogo inunda la sesión de preguntas como una forma para controlar su nerviosismo, afectando la sesión, para evitar que esto suceda es necesario permitir que el paciente conteste la pregunta a su tiempo y a su ritmo, recordando que solo puede contestar una pregunta a la vez.

3. Identificación de la emoción y determinación de la necesidad.-

Responsabilizar al paciente de sus sentimientos, emociones y sensaciones o pseudoemociones, con respecto a los acontecimientos, circunstancias, relaciones, sucesos, etc., que se investigan en el rastreo y determinar con claridad cual es la necesidad primordial que presenta el paciente en el aquí y ahora con la finalidad de llevar a cabo su proceso tanatológico.

Se pueden utilizar las siguientes preguntas:

¿Como te sientes en este momento?

¿Que sensación sientes en tu cuerpo?

¿Como sabes que te sientes...?

¿Cómo te sientes con respecto a...?

¿Cómo te sientes en este momento en relación a lo que me estas comentando?

Cabe aclarar que dentro de las distintas culturas antiguas y la mayoría de las corrientes psicológicas se manejan cinco emociones. Nosotros retomamos el esquema del análisis transaccional de Eric Berne.

EMOCION	EXPRESION	NECESIDAD
Miedo	Displacer	Proteger
Alegría	Placer	Compartir
Tristeza	Displacer	Proteger
Enojo	Displacer	Permitir
Afecto	Placer	Compartir

Un ejemplo:

Terapeuta: *Hola, ¿que tal?*

Paciente: *Hola, que tal. Este... hoy me gustaría hablar de... igual, de mis miedos.*

Terapeuta: *¿De sus miedos?*

Paciente: *Porque, siento que continúo.*

Terapeuta: *Me puede aclarar cómo es que continúa.*

Paciente: *Pues, por ejemplo: al ver como mis hijos me intoleran, y a veces les quiero pegar y me da miedo. ¡Así, terror!, al ver el rostro del niño me da miedo.*

Terapeuta: *¿Cómo es su rostro del niño?*

Paciente: *...Con coraje hacia mí.*

Terapeuta: *¿Con coraje?*

Paciente: *Sí.*

Terapeuta: *¿Ese coraje lo ha visto anteriormente, aparte del rostro de su niño?*

Paciente: *Pues sí, en mí.*

Terapeuta: *Ese rostro de coraje suyo ¿cuándo lo ha sentido?*

Paciente: *Pues cuando no... a veces cuando discuto con mi esposo son las caras que hago, el coraje que se me queda.*

Terapeuta: *Y antes de discutir con su esposo ¿en qué otro momento?*

Paciente: *Los líos con mis hermanos; no toleraba que hicieran llorar a mi mamá cuando llegaban tomados, cuando hacían un comentario de mal gusto; a mí eso me intoleraba.*

Terapeuta: *Y de sus hermanos quién era el que le causaba más coraje.*

Paciente: *El que murió.*

Terapeuta: *¿Quién de sus dos hermanos muertos?*

Paciente: *Bernardo, el que murió de un balazo en la cabeza... con él sentía más coraje... compró un arma cuando recién mataron a mi otro hermano... Empezó a beber mucho, llegaba y quería soltar tiros, ese era su coraje. Sentía impotencia de que nunca supimos quién mató a mi hermano y se quería desquitar. Nos hacía daño a todos, porque nosotros nunca habíamos tenido un arma y él empezó a adquirirlas; compró pistola, compró una retrocarga y la retrocarga era la que descargaba.*

En este ejemplo la emoción es el enojo y la necesidad principal de la paciente es expresárselo a su hermano muerto.

Continuando con los ejemplos:

Terapeuta: *Hola, ¿que tal?*

Paciente: *Hola, que tal; hoy me gustaría hablar de mi mamá.*

Terapeuta: *Ok.*

Paciente: *... Pues lo que, lo que más me duele, de cuando murió, que me tocó verlo, porque yo estaba cerca de ella cuando le dio el infarto.*

Terapeuta: *¿Su mamá murió de un infarto?*

Paciente: *Sí, pues fue una angustia y una desesperación no poder hacer nada. Sólo tenía algunas nociones de qué se les da, que se les oprimía el pecho, pero ni sabía cómo, pero yo intentaba hacerlo y también darle respiración en la boca, pero sentía que eso no era suficiente.*

Terapeuta: *¿Cómo se siente en este momento?*

Paciente: *... ¡Ay! Pues al recordar la escena, mal. Siento que tuvo una muerte bonita hasta cierto punto, porque no sufrió; bueno sí sufrió porque le dio primero embolia y estuvo tres meses como ida, y a mí todo eso pues me cansaba.*

Terapeuta: *En qué parte de su cuerpo siente ese malestar.*

Paciente: *Pues acá, en el pecho.*

Terapeuta: *¿Cómo es esa sensación?*

- Paciente:** *Pues un tanto de dolor, porque a veces siento que yo pude haber hecho más por ella y no lo hice.*
- Terapeuta:** *Y usted siente que pudo haber hecho más por su mamá.*
- Paciente:** *Yo seguía en el turno de la mañana y no quería ceder, que porque yo tenía otra vez que sacrificarme para cuidarla, o sea, esa era mi inconformidad. Mientras que mi hermana, la que vivía ahí, yo veía que ella quería seguir su rutina normal y la que le echaba el ojo a sacrificarme era a mí, y yo me rebelé. Es decir, yo tenía un tanto de coraje interno, no lo expresaba, ni les decía no, no quiero cuidarla, ni nada, no. Cuando llegaba en las tardes lo hacía con amor, y con tristeza me lastimaba el ver cómo estaba, como ida, como loca, como que no coordinaba las palabras, no comía como antes comía ella, aunque yo le hacía sus antojos y lo que le gustaba, pero sólo lo mordía. La veía y si se quería dirigir a alguien decía, por ejemplo: perro o sartén si se quería dirigir por decir a mí, o sea, estaba mal... y me... y me siento culpable por lo que la hice sufrir.*

La pseudoemoción es la culpa y la necesidad principal es expresárselo a su madre.

Un ejemplo más:

Terapeuta: *Hola, ¿que tal?*

Paciente: *Hola, que tal. Hoy me gustaría hablar de la muerte de mi hermano Pedro, que aunque ya la había platicado, pero cuando la recuerdo, pues la recuerdo así con tristeza, y no puedo dejar de pensar en él.*

Terapeuta: *Ok. Me puede platicar como si estuviese sucediendo en este momento cómo acontecieron los hechos.*

Paciente: *Mi hermano tenía, estaba en una ruta, la ruta 1. Él ya no quiso seguir estudiando y compró unas placas, era ruletero, ¿no? El carro lo acababa de comprar y a él nunca le gustaba trabajar los domingos, y esa tarde recuerdo que salió, era un domingo. Recuerdo que salió de la casa como a las cinco de la tarde; yo fui a misa de seis, y al regresar vi que había gente en mi casa y me sorprendí.*

Terapeuta: *Ok. Entonces empezamos a platicarlo como si estuviera ocurriendo en este momento. Voy a misa de seis, regreso a mi casa y veo que hay gente, así...*

Paciente: *Regreso a mi casa y veo que hay gente, hay acción, hay movimiento y me encuentro a mi hermano y me dice que Pedro ha tenido un accidente. Entonces no le creó porque yo lo acababa de ver, acabábamos de platicar. Chocó,*

yo pienso, ¿no? Me dice que no fue un accidente. Empieza a llorar y me revela: le dieron un balazo. Le pregunto si un balazo; por qué si él es muy amigüero, tiene muchos amigos, y me dice: le quisieron robar el auto y al parecer él se rehusó. Entonces, recuerdo que mis hermanos rápido sacan sus carros y se dirigen a la a la otra colonia, donde esta supuestamente; ya habían llamado a una ambulancia, pero la ambulancia tardó. Mis hermanos dicen que lo llevaron a la delegación en lugar de que lo hubieran atendido; lo llevaron a la delegación a declarar los malditos policías, o no sé quién, y ahí se perdió mucho tiempo. Mi hermano se desangró. Perdió mucha sangre ahí, luego era domingo y ya cuando vieron que ya no podía hablar -dicen mis hermanos que ya no podía hablar ni seguir diciendo cómo había sucedido-, ya fue como optaron porque se lo llevara la ambulancia, pero la ambulancia iba a vuelta de rueda en la autopista. Como era domingo toda la gente regresaba. Se perdió mucho tiempo hasta que llegó a Xoco; ahí también lo tuvieron, ahí lo intervinieron una vez, yo creo los primeros auxilios o no sé. A mi hermana, la grande, le avisamos y se vino a Xoco, y ahí ella vio que lo atendieran, pues había mucha gente, muchos accidentados, y no le hacían mucho caso. Mi hermano como no trabajaba en ningún lado pues

no tenía Seguro, y ella se movió para conseguirle el seguro facultativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Tenía un conocido en el sindicato y lo metieron rápido al IMSS, lo trasladaron el día lunes, lo trasladaron para el Centro Médico. Ahí lo volvieron a intervenir por segunda vez. Recuerdo que mi padre, cuando llegó aquí a la casa, nos dijo que mi hermano estaba muy mal -mi papá bien acabado, todo demacrado, pálido, preocupado-. Y dijo que mi hermano estaba muy mal. Nos dijo a nosotras que nos preparáramos porque quién sabe si mi hermano... Recuerdo que, esa ocasión, dijo mi hermana que lo estaban operando en el Centro Médico y se fue la luz en plena operación; en lo que instalaron la planta, o no sé, tardaron unos minutos, y pues ya salió de la operación, pero él seguía mal. Y en la madrugada lo trasladaron a la Raza, y él se fue solo en la ambulancia.

A mi hermana, el doctor le dijo que ya habían estado mucho tiempo con él, porque la operación iba a estar bien. La única que estaba al pendiente era mi hermana. Mandó a mi papá porque estaba muy enfermo, y mi madre aquí también preocupada, nada más sedada, y yo y mi hermana Julia, la otra, cuidándola. Y él se fue solo en la ambulancia, y ahí en la Raza también lo intervinieron pero ahí no resistió; entró en paro y se murió.

- Terapeuta:** *¿Cómo se siente en este momento?*
- Paciente:** *Dolida. Mucho tiempo esa muerte me hizo mucho daño. Mi hermano era con el que mejor me llevaba.*
- Terapeuta:** *En relación a toda esta gente, a la policía, a la ambulancia que iba a vuelta de rueda en la carretera, a todas estas fallas que se presentaron, ¿cómo se siente?*
- Paciente:** *Con coraje, rabia.*

La emoción es el enojo y la necesidad principal es la expresión hacia las circunstancias que rodearon la muerte de su hermano.

4. **Ejercicio.-** es utilizar técnicas gestálticas para apoyar o facilitar al paciente que busca iniciar el proceso de cierre y en su caso, cerrar el duelo. Son dialogales, vivenciales y mixtas.

Ejercicios dialogales.- es el ejercicio que se realiza es por medio de una conversación en la cual el tanatólogo o terapeuta busca que el paciente descubra por medio del dialogo la forma en que esta actuando, para que le ha servido y si esta lista, realice los cambios que crea necesarios.

En los **ejercicios vivenciales** el tanatólogo o terapeuta induce al paciente para que traiga en el aquí y ahora una vivencia previa, que en ocasiones esta inconclusa, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios para su cierre.

Para el caso de los ejercicios vivenciales las recomendaciones son las siguientes:

- Siéntate cómodamente y coloca tus manos sobre tus muslos
- Coloca los pies bien firmes sobre el piso
- Respira profundo

Se recomienda que el paciente cierre los ojos, en el caso de que le cueste trabajo ubicar personas, situaciones o circunstancias que son necesarias para el buen desarrollo del ejercicio.

Los ejercicios mixtos son la combinación de los ejercicios dialogales y los ejercicios vivenciales, por lo regular son los que más se usan dentro de la terapia tanatológica.

La pregunta que se realiza al paciente, por lo regular es:

¿Te gustaría hacer un ejercicio?

¿Quieres trabajarlo?

Por ejemplo: Luis de 28 años, paciente que se presenta a terapia por la muerte de su hijo, de 5 años, que murió en un accidente escolar hace aproximadamente 3 años, durante la cuarta sesión, posterior al saludo y al rastreo, la emoción que presenta es tristeza por no haberse podido despedir de su hijo:

Terapeuta: *¿Te gustaría hacer un ejercicio?*

Paciente: *Si*

Terapeuta: *Siéntate cómodamente y coloca tus manos sobre tus muslos, coloca los pies bien firmes sobre el piso, cierra tus ojos durante el tiempo que dure este ejercicio, respira profundo... exhala... ahora te quiero pedir que te imagines que frente a ti se encuentra tu hijo Carlitos... ¿cómo esta vestido?,*

Paciente: *Con un pantalón azul y una playera roja.*

Terapeuta: *Dirigiéndote directamente a él completa la siguiente frase: Carlitos te quiero decir que:*

Paciente: *Carlitos... hijo te quiero decir que te extraño mucho, que me haces falta... que te amo... que lamento mucho que ya no estés conmigo que le*

pido a Dios que algún día nos volvamos a reunir para poder abrazarte y escuchar tu risa...

Terapeuta: *Algo más que le quieras decir a Carlitos*

Paciente: *Si... Carlitos nunca te voy a olvidar y espero que donde estés seas feliz...*

Terapeuta: *Deseas despedirte en este momento de Carlitos*

Paciente: *...Si... Carlitos... hijo... que Dios te bendiga... la vida tiene que continuar... adiós... cuando Dios lo decida nos reuniremos nuevamente... adiós.*

En el caso de Luís el ejercicio que se realizó fue un ejercicio vivencial, cuya necesidad principal era la tristeza producto de no haberse despedido de su hijo quien murió en un accidente escolar y que inició la despedida durante dicho ejercicio.

5. **Retroalimentación.-** Es facilitar al paciente el proceso de aprendizaje o darse cuenta del con respecto al ejercicio que realizó para la elaboración o resolución del duelo. Las siguientes preguntas pueden ayudar al paciente a la retroalimentación.

¿Hay algo que hayas descubierto con el ejercicio que hiciste?

¿Con el ejercicio te diste cuenta de algo?

6. **Cierre.-** Es el último paso de la sesión y en ella se busca que el paciente reafirme lo que aprendió o se dio cuenta, al mismo tiempo que se da por terminada la sesión.

¿Que te llevas de esta sesión?

¿Qué dejas en esta sesión?

Este método se puede utilizar en pacientes con enfermedades crónicas o terminales o pacientes que han vivido una pérdida significativa, y los resultados que ha presentado son excelentes, además de ser un método de fácil manejo para las personas interesadas

en el trabajo tanatológico, no sobra comentar que se debe usar con responsabilidad y con profesionalismo, tal y como nos lo obliga la práctica tanatológica.

ESTILOS DE PACIENTES

Cuando un paciente acude a terapia tanatológica o de duelo, indudablemente trae consigo sus vivencias, experiencias, aprendizajes, asuntos inconclusos, duelos no resueltos, en otras palabras, una forma de funcionar en el mundo. Esta forma es la manera en que el paciente ha aprendido a sobrevivir ante situaciones cambiantes y en ocasiones agresivas, le ha funcionado y por lo tanto tiene un estilo propio de conducirse, los principales estilos de pacientes son los siguientes, desde mi punto de vista:

- ✓ **Como si.-** Es el paciente que a pesar que acude a terapia por lo regular actúa como si todo estuviera funcionando de acuerdo a lo que el considera adecuado, por lo regular no se compromete con el proceso terapéutico y asiste para que le confirmen que “todo esta bien”.
- ✓ **El verborreico.-** Por lo regular son los pacientes que no pueden dejar de hablar y que se mantienen en la zona de la fantasía, ya que si llegan a sentir pueden sufrir.
- ✓ **El paranoico.-** Constantemente mencionan que las personas que los rodean los quieren lastimar. En la terapia buscan que se le confirme que los demás le quieren hacer daño.
- ✓ **El cazador.-** Es el paciente que busca y esta al pendiente de los posibles errores del terapeuta para hacérselos notar en ocasiones estos pacientes necesitan estar atentos en otras personas para no fijarse en ellos mismos.
- ✓ **El enciclopedia.-** Son pacientes que creen que lo saben todo, y digo que creen porque es imposible saber todo, y lo que no lo saben por lo regular lo inventan, son pacientes que en algunos casos necesitan ser reconocidos.
- ✓ **El victima.-** Cuando todo mundo los agrede y no tienen forma de defenderse por lo regular estamos en presencia de pacientes que desarrollan el juego manipulador de victima.
- ✓ **El saboteador.-** son los tipos de pacientes que por lo regular durante el proceso terapéutico buscan interrumpirlo con la intención de que no se desarrolle.

- ✓ ***El descalificador.-*** Por lo regular no quedan satisfechos y buscan la forma de no reconocer sus logros, están educados con el mensaje de que todo tiene que salir perfecto.
- ✓ ***El demandante.-*** Paciente que busca mayor atención por parte del terapeuta, siempre requiere más tiempo del destinado para su atención. Es dependiente del terapeuta. Por lo regular deja el material importante para el final de la sesión.
- ✓ ***Nutritivo.-*** Paciente que se entrega a su proceso terapéutico y permite una interacción sana con el terapeuta.

La intención de clasificar a los pacientes no tiene la finalidad de etiquetarlo, situación tan criticada en el psicoanálisis, sino cortar la terapia a la medida de sus necesidades.

ESTILOS NEGATIVOS DE TANATOLOGOS O TERAPAUTAS.

- ✓ ***Catártico.-*** son los tanatólogos o terapeutas que les interesa que el paciente salga sintiéndose bien y provocan que en cada sesión el paciente haga una catarsis sin resolver la necesidad en el aquí y ahora y prácticamente se olvidan del duelo.
- ✓ ***Consejeros.-*** no permiten el crecimiento del paciente y en cada sesión proporcionan recetas completas de consejos, que por lo regular son mas para ellos que para el paciente.
- ✓ ***Proyectores.-*** son los que resuelven sus asuntos inconclusos o sus duelos por medio del paciente.
- ✓ ***Sociales.-*** convierten la sesión en una charla de café y no dan importancia al material que el paciente proporciona.
- ✓ ***Sin límites.-*** es el que no favorece los límites durante la sesión y permite que el paciente no se responsabilice, por ejemplo: de la sesión, del contrato, de las emociones, etc.

Hasta aquí hemos considerado una forma de trabajo con pacientes crónicos, terminales o en duelo, basándonos en la psicoterapia gestalt y considerando nuestras investigaciones y experiencias, sin embargo, existen otras formas de trabajar con este tipo de paciente, de entre ellas sobresalen, por sus buenos resultados las terapias de

Hipnosis ericksoniana y clásica, las cuales han sido explicadas en otros de nuestros libros.

CAPITULO IV

TECNICAS DE INTERVENCION

*Se que esto no es una despedida
Que en algún momento nos vamos a encontrar
No se donde, ni en que momento
Pero así será
Esto no es una despedida
Sino un hasta pronto en algún lugar*

PATRICIA POLO SCOTT

Técnicas en la Psicoterapia Gestalt

Dentro de este capítulo abordaremos algunas de las técnicas de intervención más usadas dentro del proceso psicoterapéutico gestalt, cabe mencionar la importancia de usarlas con respeto para el paciente y con ética profesional, no haciendo uso indiscriminado de ellas para llevar a cabo una sesión, son parte de la terapia pero no la terapia en sí. Y es necesario poseer un conocimiento sólido y amplio para su utilización.

“Las técnicas de la psicoterapia gestalt cubren un amplio espectro de conductas – verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e impersonales, dirigidas hacia adentro y hacia afuera simbólicas y no simbólicas. Algunas de estas técnicas no son exclusivas de la psicoterapia gestalt, y tal vez cada una de ellas pueda ser considerada como una variación de una técnica que ha de encontrarse en una forma alternativa de psicoterapia o en algún sistema de conducción espiritual. Sin embargo una sesión de terapia gestaltica no podría ser confundida con otra, pues el enfoque constituye una nueva y peculiar gestalt”.⁷⁸

El objeto de estas técnicas es integrar las partes desorganizadas del individuo.

⁷⁸ Naranjo, Claudio. “La vida y novísima Gestalt”. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 2002 6ª. Ed. P. 55.

“Cuando el paciente es capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no sólo estará rebelándose a ser otro, sino también a sí mismo, así como el verdadero artista obtiene conocimiento a través de su obra”.⁷⁹

“Lo que en potencia se podría experimentar, es dejar de hacer algo más, sólo entonces se aprenderá que el vivenciar no es algo que tengamos que buscar, sino algo que no podemos evitar”.⁸⁰

Salama las describe de la siguiente forma:⁸¹

Experimentar el vacío.- La persona enfrenta sus sensaciones desagradables. Se facilita el contacto con lo no deseado. Al evitar lo desagradable, no se reconoce lo que molesta y, por lo tanto, no se resuelve el problema. En el budismo Zen y en el Tao se comenta la necesidad de estar en contacto con el dolor para aprender de él.

Se invita a que haga contacto con las sensaciones desagradables y que se convierte en ellas, o bien jugar con una fantasía. Se podría llenar el vacío estéril con el vacío fértil.

Una forma de realizarlo consiste en pedirle al paciente que vaya incrementando las sensaciones que esta experimentando en su cuerpo y conocer en mensaje que se encuentra en esas sensaciones.

No hablar acerca de....- Cuando emerge una figura que necesita ser cerrada, es conveniente facilitar el contacto con la experiencia, más que hablar acerca de la misma.

Perls planteaba que la psicoterapia debía evitar la intelectualización y poner el acento en la experimentación a través de técnicas vivenciales. Decía que el hablar acerca del problema favorecía la racionalización en vez de incrementar la toma de conciencia.

⁷⁹ Salama, H. Villarreal, R. Op. cit. P. 99

⁸⁰ Salama, H. Villarreal, R. Op. Cit P 58

⁸¹ Salama, H. Encuentro con...Op. cit P. 90

Descubrir los debeísmos.- los introyectos son creencias falsas que no le pertenecen al individuo. Hay diferencia entre el debo, que podría disolverse en un quiero, y otro debo que implicaría una necesidad o condición necesaria para que algo ocurra.

Encontrar las formas de manipulación.- La manipulación de que las otras personas son objeto, es más bien la manipulación de uno mismo hacia otro. En la terapia gestalt, siempre se pide expresar las vivencias o experiencias, más que imperativos o juicios.

Saber formular preguntas y respuestas.- Una pregunta puede encubrir una demanda. La voracidad de algunos pacientes al hacer preguntas que podrían contestarlas por sí mismos sólo evidencia el juego manipulativo. Es necesario saber si la pregunta es a favor o en contra del Yo del paciente.

Aprobación.- Esto le sirve al neurótico para no creer en cuanto se tiene una necesidad insatisfecha en relación con su autoaprobación para ir del apoyo al autoapoyo. En ocasiones nos encontramos pacientes que requieren que el terapeuta constantemente los confirme o apruebe, por lo cual es necesario saber que se esconde en su petición de aprobación.

Expresar lo no expresado.- el silencio oculta la necesidad por temor a ser y a enfrentar. En ocasiones el paciente inicia la plática sin terminar la frase o se dispersa en racionalizaciones. El terapeuta puede utilizar esta técnica, con el objeto de facilitar el darse cuenta de su evitación.

Terminar o completar la expresión.- Cuando el paciente presenta una figura incompleta se le sugiere que la termine como desee.

Descarga energética.- Sobre un objeto neutro. Regularmente se usa cuando se presenta el enojo, existen distintas variaciones de la descarga energética, como es el caso del cojín, el costal o los dedos.

Encuentro intrapersonal.- Se trata de que las distintas funciones del Yo se pongan en contacto y dialoguen entre sí. Al cesar la necesidad de control de uno sobre el otro se obtiene la integración.

Asimilación de lo proyectado.- Es cuando se incorpora lo alineado o disociado a través de la reidentificación.

Fantasías guiadas.- Estas se utilizan desde la fase de la formación de la figura previo caldeamiento o sensibilización. Algunas de estas técnicas son el túnel del tiempo y el archivero.

En el caso del túnel del tiempo nos sirven para determinar duelos que el paciente no tiene conciencia y que por lo tanto ocultan la resolución de un duelo mas reciente, con esta técnica incluso podemos llegar hasta la infancia, tiempo en el cual algunos de los recursos para resolver duelos están presentes, claro el pasado en el aquí y ahora.

El lugar seguro y protegido.- Esta técnica fue diseñada por el autor y regularmente se ocupa en procesos de duelo donde el paciente experimenta fuertes expresiones de dolor, como una forma de protección, a continuación la describimos:

Respirando, siente como el aire va ingresando a través de tu nariz o tu boca, en un sentido o en otro y pon atención a los latidos de tu corazón y fíjate cómo son estos.

Imagina cómo es el lugar donde te sientas segura y protegida.

¿Ya te diste cuenta cómo es ese lugar?

Y sin que tu hagas nada deja que con el poder de tu mente y por medio de tu respiración se fortalezca y mejore ese lugar donde te sientas como tú necesitas, segura y protegida. Ahora observa como aparece frente a ti...

De la misma forma se puede ocupar para el manejo de dolor permitiendo que el paciente evite las manifestaciones desagradables

Otro de los trabajos para manejo de dolor recomendados es a través de las metáforas, la metáfora del dolor, y se puede conocer cual es el mensaje que el dolor tiene para la paciente, de tal manera que se pueda transformar y le permita vivir con mayor calidad de vida.

Uno de los principales conflictos con la experiencia del dolor, se da cuando el paciente experimenta sensaciones dolorosas, y como falta de recursos y reacción natural, tiende a tensarse, acelerando la llegada y fortaleciendo la intensidad del dolor, una alternativa para contrarrestar lo anterior, es el uso del lugar seguro y protegido y el trabajo con el símbolo del dolor o en su caso del duelo.

Juegos en terapia gestáltica de Yontef.

Al distorsionar técnicas o juegos específicos usados en terapia gestáltica, los principios y técnicas pueden ser más concretos. Estos juegos se practican en trabajo individual y grupal y tienen como objetivo el descubrimiento y la sensibilización. La terapia gestáltica no es partidaria del cese de juegos, sino del darse cuenta de ellos para que el individuo pueda elegir compañeros que practiquen juegos que calcen con los propios. A continuación descubrimos algunos de los juegos experimentales de la terapia gestáltica.

Juegos por medio de diálogos.

Cuando en un paciente se observa una división, el terapeuta gestáltico le sugiere que tome por turnos cada una de las partes en conflicto y realice un diálogo. Esto se puede haber con cualquier tipo de división o con alguna persona significativa que está ausente. En este último caso, el paciente simula que esa persona está presente y que está llevando a cabo el diálogo. También se puede desarrollar un diálogo con las partes del cuerpo, tal como entre la mano derecha e izquierda.

Entre el perro de arriba y el perro de abajo del individuo con frecuencia se desarrolla un conflicto interno. El perro de arriba se caracteriza por un autoritarismo intimidador y

moralizante. Afirmaciones típicas del perro de arriba son “Yo” (tú) debería”, “Por qué tú (yo) no...”. La mayoría de las personas se identifican con su perro de arriba. El perro de abajo controla mediante la pasividad, da consentimiento nominal y excusas, y trata de evitar que el perro de arriba logre sus objetivos. El esquema de diagnóstico terapéutico de tipos de manipulación de Shostrom se basa en el descubrimiento original del conflicto perro de arriba /perro de debajo de Perls.

En terapia Gestáltica, este conflicto puede convertirse en un diálogo abierto entre las distintas partes del paciente. A menudo esto comienza con el análisis semántico de palabras o frases tales como: “¿por qué”, “sí, pero...”, “No puedo”, “voy a tratar...”.

Haciendo rondas.

Cuando se realiza un trabajo individual en un grupo, con frecuencia surgen temas que involucran a otros miembros del grupo. El individuo puede estar preocupado imaginando lo que los demás están pensando tener alguna sensación con respecto a ellos. El terapeuta puede sugerirle que haga ronda, para comunicarse con cada persona del grupo. Los encuentros espontáneos y auténticos desarrollados durante las rondas, se tratan como cualquier otro encuentro.

Esta técnica es sugerida para los grupos de personas en duelo o grupos de pacientes tanatológicos.

Asuntos inconclusos.

Cualquier gestalt incompleta constituye un asunto inconcluso que exige una resolución. Generalmente esto se traduce en sentimientos expresados en forma incompleta. Los pacientes son estimulados para que intenten concluir aquellos asuntos no terminados cuando se trata de sentimientos no expresados hacia un miembro del grupo se solicita al paciente que los exprese directamente. Los terapeutas gestálticos han descubierto que el resentimiento es el sentimiento no expresado más frecuente y significativo, y a menudo lo enfrentan mediante un juego en el cual la comunicación se limita a afirmaciones que comiencen con las palabras “yo tengo resentimiento”.

El juego de asumir “La responsabilidad”.

La terapia gestáltica toma en cuenta toda conducta abierta, sensación, sentimiento y pensamientos de una persona. Los pacientes frecuentemente desconocen o alienan estos actos usados de lenguaje neutro, la voz pasiva, etc. Una técnica es solicitar al paciente que agregue después de cada afirmación “y asumo la responsabilidad de ello”.

Juegos de proyección.

Cuando un paciente imagina que otra persona tiene un determinado sentimiento o rasgo, se le pide que averigüe si es una proyección, vivenciando en si mismo ese sentimiento o rasgo. A menudo el paciente descubre que si tiene el mismo – sentimiento que imagina ver en otros, y que el tiene y rechaza los mismos rasgos que rechaza en otros. Otro juego consiste en jugar a la proyección. A un paciente que hace una afirmación en la cual caracteriza a otro se le pide que represente el rol de la persona así caracterizada.

El juego de los opuestos

Cuando el terapeuta piensa que la conducta de un paciente puede ser el opuesto de un impulso latente, le puede pedir al paciente que represente el rol opuesto. Un paciente excesivamente amable, tendría que actuar en forma rencorosa y egoísta.

El ritmo de contacto y alejamiento.

El alejamiento de aquí y ahora se trata experimentalmente; al paciente no se le advierte que debe evitar el alejamiento, pero se le pide que se de cuenta cuando se aleja y permanece en contacto.

A veces se pide a un paciente o grupo de pacientes que cierren los ojos y se alejen. Por medio de su continuum del darse cuenta, los pacientes relatan su experiencia. El trabajo prosigue mientras el paciente regresa del aquí y ahora habiendo satisfecho su necesidad de alejamiento, habiendo llevado la atención al proceso mismo de atención.

Los juegos de ensayos.

La reacción de un paciente al grupo es en si misma una valiosa fuente de material terapéutico. Al paciente que teme exponer sus sentimientos al grupo se le motiva para que relate lo que imagina y siente acerca de revelar sus sentimientos. Un fenómeno frecuente es ensayar internamente para un futuro rol social. El pánico de escena es el temor a no poder representar bien el rol. El darse cuenta de estar ensayando el propio rol, no escuchar mientras otro esta en escena y la interferencia con la espontaneidad, se pueden destacar mediante juegos grupales donde se comparten los ensayos y se informa su darse cuenta. Fenómenos parecidos como censurar se manejan en forma similar.

El juego de la exageración.

Pequeños movimientos o gestos se pueden bloquear al darse cuenta de procesos afectivos. Los terapeutas gestálticos observan los movimientos corporales e informan acerca de ellos: Un juego experimento consiste en pedir al paciente que repita o exagere un movimiento eso eleva la percepción de importantes medios que bloquean el darse cuenta.

El juego “¡Puedo Proporcionar una frase!”.

Cuando el terapeuta infiere un mensaje no declarado o confuso puede decirlo en una frase y pedir al paciente que la diga en voz alta, incluso que la repita, en resumen, que pruebe si le calza.

Los juegos “Por supuesto” y “Es obvio que”

Los pacientes con frecuencia no usan ni confían en sus sentimientos. Como resultado, no ven lo obvio y buscan apoyo para comunicarse. Lo primero se maneja pidiendo al paciente que use frases que comiencen con “es obvio que...” La búsqueda de apoyo para las afirmaciones se puede manejar en forma experimental pidiendo al paciente que después de cada frase agregue... “Por supuesto”.

¿Te puedes quedar con ese sentimiento?

Al relatar su darse cuenta, los pacientes rápidamente se alejan de sentimientos disfóricos frustrantes. El terapeuta gestáltico pide al paciente que se quede con el sentimiento, que permanezca en su continuum del darse cuenta. Es necesario soportar este dolor psíquico para salir del impasse.

Trabajo de sueños.

La terapia gestáltica tiene su propio método de trabajo de sueños. Aquí los sueños se usan para integrar, no son interpretados. Perls considera que el sueño es un mensaje existencial y no la realización de deseos. Es un mensaje que revela la vida de una persona y cómo llegar a los sentidos – para despertar y tomar el lugar que nos corresponde en la vida. Para Perls, el terapeuta no sabe más que el paciente acerca de lo que significa el sueño.

Perls deja que la persona represente el sueño. Dado que él considera cada parte del sueño una proyección, cada fragmento del sueño - persona, cosa o disposición – es considerado una parte alineada del individuo. La persona toma cada parte - se produce un encuentro entre las partes divididas del sí mismo. Este encuentro a menudo conduce a una integración.

Dentro de las técnicas que utilizamos en el Centro de Tanatología para el manejo y resolución de duelo se encuentra la técnica de la silla vacía, la cual aplicamos con dos variaciones desarrolladas por nosotros.

La silla vacía segura y protegida

Se combinan la técnica de silla vacía, retomando psicodrama, y el lugar seguro y protegido, se solicita al paciente que con el poder de su imaginación se ubique en su lugar seguro y protegido y visualice a la persona producto del duelo, también se puede ocupar para otro tipo de pérdidas.

La silla simbólica.

Partiendo de la silla vacía y del lugar seguro y protegido se le solicita al paciente que por medio de una metáfora genere un símbolo que represente el duelo que esta experimentando.

Existen una gran variedad de técnicas y cada una a su vez se puede graduar de acuerdo a las necesidades que presente el paciente, así como a las características de personalidad en este momento histórico que esta vivenciando, no se trata de convertir la sesión en un lugar donde el uso de las técnicas se realice de manera indiscriminada, tal vez tan solo ocupar la técnica cuando esta tenga como finalidad facilitar el proceso de elaboración y resolución de duelo, sin embargo, no olvidemos que la técnica esta a favor del proceso y no en contra de el.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez- Gayou, J.L. (2000). Sexoterapia integral. Manual moderno. México.
2. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). Masson. España.
3. DSM IV TR. Breviario, Criterios Diagnósticos. (2002). Masson. España.
4. Acevedo, Salvador. (1994). Intervención psicológica en la elaboración del duelo. Tesis para obtener el título de Licenciado en psicología. Facultad de psicología UNAM.
5. Anolfi, Mauricio. (1994). Terapia familiar. Paidós. México.
6. Asili, Nelida. (1995). Psicología y envejecimiento. Revista de psicología. México.
7. Atienza, Marta. (1987). Estrategias en psicoterapia Gestalt. Nueva visión. Buenos Aires
8. Avila, Raúl. (1990). La lengua y los hablantes. Trillas. México. 3ª. ed.
9. Bauab, Adriana. (2001). Los tiempos del duelo. Ediciones homopiens. Argentina.
10. Baudovin, Jean. (1995). La ética ante la muerte y el derecho a morir. Heider. Barcelona.
11. Baum Heike. (2002). ¿Esta la abuelita en el cielo?. Oniro. España.
12. Baumgardner, Patricia. (1994). Terapia gestalt. Árbol. México.
13. Benjamín. B. Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Roca. España
14. Bernhard, Yetta. (1986). Como manejar conflictos de pareja. Pax. México.
15. Becker, Ernest. (1979). El eclipse de la muerte. Fondo de cultura económica. México.
16. Bischof, Ledford. (1987). Interpretación de las teorías de la personalidad. Trillas. México. 7ª. Reimpresión.
17. Blanck, Fanny. (1997). La muerte y sus ventajas. La ciencia para todos. México.
18. Blanck, Fanny. (2001). La vida, el tiempo y la muerte. La ciencia para todos. México. 1ª. Reimpresión.
19. Blanco, Jose (1997). Los mejores proverbios del mundo. Mc Graw Hill. México.
20. Bolinches, Antoni. (2001). Sexo sabio. Grijalbo Mondadori. España.
21. Bowen, Murria. (1991). De la familia al individuo. Paidos. España.
22. Bowlby, John. (1993) La pérdida afectiva. Paidos. España. 1ª. Reimpresión.
23. Buendía, Riquelme y Ruiz, J. (2004). El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida. Nausícaa. España.
24. Buendía, Rosa Ma. (2001) Duelo, factores que lo obstaculizan o lo facilitan. Tesina para obtener el título de Licenciada en psicología. Facultad de psicología UNAM.
25. Buber, Martín. (1995). ¿Qué es el hombre?. Fondo de cultura económica. México.
26. Bucay, Jorge. (2002). El camino de las lagrimas. Océano. México.
27. Castanedo, S. Celedonio (1997). Terapia Gestalt. De la silla vacía al círculo gestaltico. Herder. Barcelona.
28. Castanedo, S. Celedonio (1997). Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora. Herder. Barcelona.
29. Castanedo, Celedonio. (1999). Seis enfoques psicoterapéuticos. Manual moderno. México.

30. Canales, Jose L. (1999). Propuesta de intervención en crisis a familiares de pacientes terminales por medio de la terapia gestalt. Un estudio exploratorio. Tesis para obtener el título de Licenciado en psicología. Fac. de psicología UNAM.
31. Caruso, Igor. (1990). La separación de los amantes. Editores Siglo XXI. México. 17ª.edición
32. Castro, Marco T. y Iparrea, Abelardo. (1987). El cadáver en la cultura. Instituto Politécnico Nacional. México.
33. Chávez, S. Maria. (2000). La culpa en el proceso de duelo. Revista figura/fondo. México.
34. Charazac, Pierre. (1998). Psicoterapia del paciente anciano y su familia. Síntesis. España.
35. Código Civil para el Distrito Federal. (2003). 70°. Ed. Porrúa México.
36. Clemente, Miguel. (1996). Suicidio una alternativa social. Biblioteca nueva. Madrid.
37. Craig, Grace. (2001). Desarrollo psicológico. Prentice Hall. México. 8ª. Edición.
38. Crehan, Joseph. (1980). Las sociedades del cercano oriente. Hermes.
39. Cudicio, Catherine. (1992). PNL y comunicación. Vergara. Buenos Aires.
40. Davis, Flora. (2000). La comunicación no verbal. Alianza. España.
41. De Hennezel, Marie. (2001). La tentación de la eutanasia. Nueva imagen. México.
42. Delisle-lapierre, Isabel. (1986). Vivir el morir. Paulinas. España.
43. Diccionario enciclopedia Hachette Castell. (1981)
44. Dorsch, Friedrich. (1994). Diccionario de psicología. Herder. Barcelona.
45. Durkheim, E. (1965). El suicidio. Schapire. Buenos Aires.
46. Fadiman, James y Frager Robert. Teorías de la personalidad. Harla.
47. Fadiman, James. (1999). Teorías de la personalidad. Oxford. México.
48. Fagan, J. Shepherd, I. (1973). Teoría y técnica de la psicoterapia gestaltica. Amorrortu. Argentina
49. Fagan, Joen. (1973). Teoría y técnica de la psicoterapia gualtistica. Amorrourt. Argentina.
50. Fenichel, Otto. (2000). Teoría psicoanalítica de la neurosis. Paidos. México.
51. Festín, C. y Cipollone. (1992). Suicidio e complexita. Guiuffre. Milán.
52. Fonnegra, Isa. (2001). De cara a la muerte. Andres Bello. Colombia
53. Fontan y Jubero (1989). Los existencialistas. Cincel. Madrid
54. Frankl, Víctor. (1999). El hombre en busca de sentido. Herder. Barcelona. 20ª. Ed.
55. Gaarder, Jostein. (1995). El mundo de Sofía. Novela sobre la historia de la filosofía. Patria/siruela. México.
56. García, R. (1980). Depresión, melancolía, manía. Nueva visión. Buenos Aires.
57. Garibay, Angel. (1997). Mitología griega. Porrúa. Colección sepan cuantos. México.
58. Ginger, Serge. Ginger, Anne. (1993). La gestalt. Una terapia de contacto. Manual moderno. México.
59. Guía del estudiante. Historia universal y de México. (1997). Cultural. España.
60. González, Jose. (1999). Psicoterapia de grupo. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. Manual moderno. México.
61. González, Marian. (1998). Eutanasia, una ventana abierta ala esperanza. EDIMAT. España.
62. Haley, Jay. (1980). Terapia para resolver problemas. Amorrortu. Buenos Aires

63. Hennezel de, Marie. (2001). La tentación de la eutanasia. Nueva imagen. México.
64. Horney, K. (1988). La personalidad neurótica de nuestros tiempos. Piados. México
65. Horney K. (1988). Nuestros conflictos internos. Psique. Buenos Aires.
66. Kalhoun y Salomón (1989). ¿Qué es una emoción?. Fondo de cultura económica México.
67. Kepner, J. (1992). Proceso corporal. Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. Manual moderno. México.
68. Kubler-Ross, Elisabeth. (1969). Sobre la muerte y los moribundos. Mondadori. Barcelona.
69. Kubler-Ross, Elisabeth. (1985). Una luz que se apaga. Pax. México.
70. Lammoglia, Ernesto. (2000). Las familias alcohólicas. Grijalbo. México.
71. Landau, Erica. (1987). El vivir creativo. Herder. Barcelona.
72. LaoTse. Tao Te King. Yug.
73. Latner, Joel. (1973). Fundamentos de la gestalt. Cuatro vientos. Chile.
74. Ley General de Salud. Tomo I y II. (2002) 7ª. Ed. Porrúa. México
75. Linn, Dennis. (1997). No perdones demasiado pronto. Promesa. México.
76. Longaker, Christine. (1998) Afrontar la muerte y encontrar esperanza. Grijalbo. México.
77. Lowen, Alexander. (2000). Bioenergética. Diana. México. 23ª. Reimpresión.
78. Lowen, Alexander. (2000). Ejercicios de bioenergética. Sirio. Barcelona. 6ª. Ed.
79. Marchiori, H. (1998). El suicidio. Enfoque criminológico. Porrúa. México.
80. Markham, Ursula. (1996). Como afrontar la muerte de un ser querido. Martínez Roca. España.
81. Martínez, Maria. (2002). Consolar. Montecarmelo. Barcelona.
82. Merani, Alberto. (1997). Diccionario de psicología. Grijalbo. España. 2ª. Edición.
83. Mendez, Victor. (2002). Sobre morir etanasias, derechos, razones. Trotta. Madrid.
84. Miguens, Marcela. (1993). Guestral transpersonal. Era naciente. Argentina.
85. Minuchin, Salvador. (1999). Familias y terapia familiar. Gedisa. Barcelona. 7ª. Reimpresión.
86. morales, Jorge. (2003). Religiones del mudo. Diana. España.
87. Moreau, A. (1999). Ejercicios y técnicas creativas de gestalt terapia. Sirio. Argentina.
88. Moreno, Kena (1999). Como proteger a tus hijos contra las drogas. Centros de integración juvenil. México.
89. Morgan, H. (1983). Deseos de muerte. Fondo de cultura económica. México.
90. Morón, P. (1977). El suicidio. Ábaco. Buenos Aires.
91. Naranjo, Claudio. (1989). La vieja y novísima gestalt. Cuatro vientos. Argentina.
92. Notan, Albert (1976). Quien es este hombre. Sal térrea. España.
93. O'Connor, J. Seymour, J. (2001). Introducción a la PNL. Urano. España.
94. O'Connor, Nancy. (1990). Déjalos ir con amor. Trillas. México
95. Oldham, James. (1992). El riesgo de vivir. Manual moderno. México.
96. Oriol, Antonio. (2000). Saber envejecer y bien morir. IPN. México.
97. Pérez, Federico (1994). El vuelo del ave fénix. Prácticas de neurolingüística e hipnosis ericsoniana. Pax. México.
98. Pérez, Víctor. (1989). Eutanasia, piedad o delito. Juss. México.

99. Perls, F. (1994) Terapia Gestalt. Traducido por Victorino Pérez. Legacy From Fritz/ Gifts from Lake Cowichan (1975).
100. Perls, Fritz. (1990). Dentro y fuera del tarro de la basura. Cuatro vientos. Chile
101. Perls, Fritz. (1994). El enfoque gestaltico. Testimonios de terapia. Cuatro vientos. 7ª. Reimpresión. Chile
102. Perls, F. (1982). Ego, hambre y agresión. Fondo de cultura económica. México.
103. Polster, Erving. (1973). Terapia gestaltica. Amorrourt. Argentina.
104. Polo, Marco A. (2004). Tanatología con enfoque gestalt y humanista. Taller abierto. México.
105. Polo, Marco A. (2004). Tanatología y duelo. MC. México.
106. Polo, Marco A. (2006). Tanatología del siglo XXI. MC. México.
107. Polo, Marco A. y Chávez, Beatriz. (2006). Los duelos en la familia. MC. México.
108. Quiroz, C (1977). Medicina forense. Porrúa. Mexico.
109. Rebolledo, Federico. (1996). Aprender a morir. Fundamentos de tanatología. DEM. México.
110. Reid, Daniel. (2002). El Tao de la salud el sexo y la larga vida. Urano. España.
111. Reyes, Alfonso (1997). Persona y espiritualidad. México
112. Reyes, Alfonso. (1992). Depresión y angustia. México
113. Reyes, Alfonso. (1996). Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. México.
114. Reyes, Alfonso. (1999). Suicidio. México
115. Rius (1997) Filosofía para principiantes. De Platón hasta hace rato. Grijalbo. México
116. Roccatagliata, Susana. (2001). Un hijo no puede morir. Grijalbo. Chile. 5ª. Ed.
117. Rodriguez, L. (1974). Suicidios y suicidios. UNAM. México.
118. Rodríguez, Mauro. (1996). ¿Eutanasia o autanasia?. Por una muerte digna. Manual moderno. México.
119. Rosenzweig, Mark y Leiman, Arnold. (1993). Psicología fisiológica. Macgraw-Hill. México.
120. Rosso, Mario. El eterno problema de la muerte y de la vida. Instituto cultural Quetzalcoatl.
121. Rosso, Mario. La muerte y los antiguos misterios iniciativos. Instituto cultural Quetzalcoatl.
122. Roura, Assumpta. (2000). Hasta luego tristeza, Planeta. España.
123. Runes, Dagoberto. (1981). Diccionario de filosofía. Grijalbo. México.
124. Rushdie, Salman. (1997). Oriente, occidente. Plaza janes. México.
125. Sabines, Jaime. (2001). Uno es el poeta. Antología. Colección Visor de Poesía. España.
126. Salama, H. y Villareal, R. (1992). El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista. Manual moderno. México.
127. Salama, P. Héctor. (1994). Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt. IMPG. México.
128. Salama, P. Héctor. (1999). Encuentro con la psicoterapia gestalt. Proceso y metodología. IMPG. México.
129. Salama, P. Héctor. (1996). Gestalt de persona a persona. IMPG, SC. México
130. Salazar, Ramses (2000). El cáncer de mama y su efecto en la dinámica familiar, una propuesta de intervención psicoterapeutica. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en psicología. Fac. psicología. UNAM
131. Sarró, Blanca. (1991). Los suicidios. Martínez rocca. Barcelona

132. Seale, M. (1980). La sociedad islamica. Hermes.
133. Sheree, Rajnesh. (1998). Tao Los tres tesoros. Sirio. Barcelona.
134. Sherr, Lorraine. (1992). Agonía, muerte y duelo. Manual moderno. México.
135. Smith, Carole. (1988). Trabajo social con moribundos y su familia. Pax. México.
136. Sinay Sergio y Blasberg, Pablo. (1995). Gestalt para principiantes. Era naciente. Buenos Aires.
137. Stengel, E. (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Horne. Buenos Aies.
138. Stevens, John. (1975). Esto es gestalt. Cuatro vientos. Chile.
139. Stevens, John. (1988). El darse cuenta. Cuatro vientos. Chile.
140. Tizón, Jorge. (2004). Pérdida, pena, duelo. Paidos. España.
141. Torres, Alfonso. (2003). Cáncer ginecológico. Macgraw-hill. México.
142. Torre, L. Zarco, M. Ruíz de S. (1989). Filosofía del hombre y de la sociedad. Esfinge. México.
143. Toscazo (1982). Entrevista. Niños maltratados. Mexicanos unidos. México.
144. Toynbee, Arnold y Koestler, Arthur (1980). La vida después de la muerte. Hermes.
145. Tozzini, (1969). El suicidio. Desalma. Buenos Aires.
146. Uribe, Misael (1995). Tratado de medicina interna. Medica panamericana 2ª. ed.
147. Villardon, Lourdes. (1993). El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Universidad de deusto. Bilbao.
148. Velasco, Ma. Luisa y Sinibaldi, Julian (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual moderno, Bogotá
149. Uribe, Patricia y Ponce de León, Samuel. (2000). Guía para la atención medica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. Conasida. México 4ª.ed.
150. Urraca, Salvador. (1996) Eutanasia hoy, un debete abierto. Noesies. Madrid.
151. Verzele, Maurice. (1995). La muerte sin dolor, suicidio y eutanasia. Txalaparta. Bélgica.
152. Vázquez, Carmen. (1983). Cuando me encuentro con el capitán garfio...no me engancho. Las mil y una ediciones. Madrid.
153. Vincent, Louis. (1993). Antropología de la muerte. Fonda de cultura económica. México. 1a. reimpresión.
154. Vincent, Louis. (1989). El cadáver. Fonda de cultura económica. México.
155. Walters, Mariane. (1996). La red invisible. Paidós. España. 1ª. Reimpresión.
156. Warien. Howard. (1996). Diccionario de psicología. Fondo de cultura económica. México. 22ª. Reimpresión.
157. Watzlawick, P. Beavin, J. Jackson, D. (1997). Teoría de la comunicación humana. Herder. México 10ª. Ed.
158. Wolberg. Técnicas psicoterapéuticas. Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana. México.
159. Wolfsthal, Susan. (1992). Manejo clínico del paciente quirúrgico. Medica panamericana. México.
160. Worden, William. (1997). El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia. Paidos. España.
161. Yontef, Gary. (1995). Proceso y dialogo en terapia gestaltica. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 3ª.ed.
162. Zinker, Joseph. (1997). El proceso creativo en la terapia gestaltica. Paidós. México.