

R

Humanismo con
igor científico

Reveles



ISSN: En Trámite

REVELES, año 5, No. 6, agosto-diciembre 2022, es una publicación semestral editada por la UNIVERSIDAD GESTALT DE AMÉRICA, S. C, calle Eucken, 19, Col. Anzures, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11590, Tel. (55) 6235 1567, <http://ugestalt.edu.mx>, revista. investigacion@ugestalt.edu.mx

Editor responsable: Dr. Arturo Chávez Rodríguez. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo "en trámite". ISSN: "en trámite", ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Responsable de la última actualización de este Número, Dirección de Innovación Tecnológica de la Universidad Gestalt, Dr. Arturo Chávez Rodríguez, calle Eucken, 19, Col. Anzures, Alcaldía de Miguel Hidalgo, C.P. 11590, fecha de última modificación, 26 de Septiembre de 2022. Peso de Archivo 2.8 MB

El contenido de esta revista científica contiene derechos de autor en los artículos, metodologías de investigación, propuestas o iniciativas vinculadas con los temas de interés del volumen. La Universidad Gestalt autoriza la publicación de la información con base a un comité interno y externo. Las ilustraciones mostradas en el presente volumen, como los elementos gráficos son libres de derechos y su uso es público de acuerdo a las políticas de atribución de www.freepik.es y pixabay.com

El uso de la licencia del portal – banco de imágenes Freepik autoriza el uso para proyectos comerciales y personales, en medios digitales e impresos, de manera ilimitada y perpetua, en todo el mundo, haciendo modificaciones y trabajos derivados. La finalidad del Revista Científica Reveles es para fines informativos y no de comercialización y/o adquisición de bienes, servicios o venta de productos. Si desea contactar a los autores de los presentes artículos por favor comunicarse directamente a los teléfonos de la Universidad Gestalt o bien a través de nuestras redes sociales.



Una publicación de la
UNIVERSIDAD GESTALT

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Edith X Huerta Trejo

Rectora

Dra. Claudia Elena García Martínez

Rafael Arturo Sierra Díaz

Vanessa Vargas García

Maribel Canseco Villalvazo

Karina Suárez Fernández

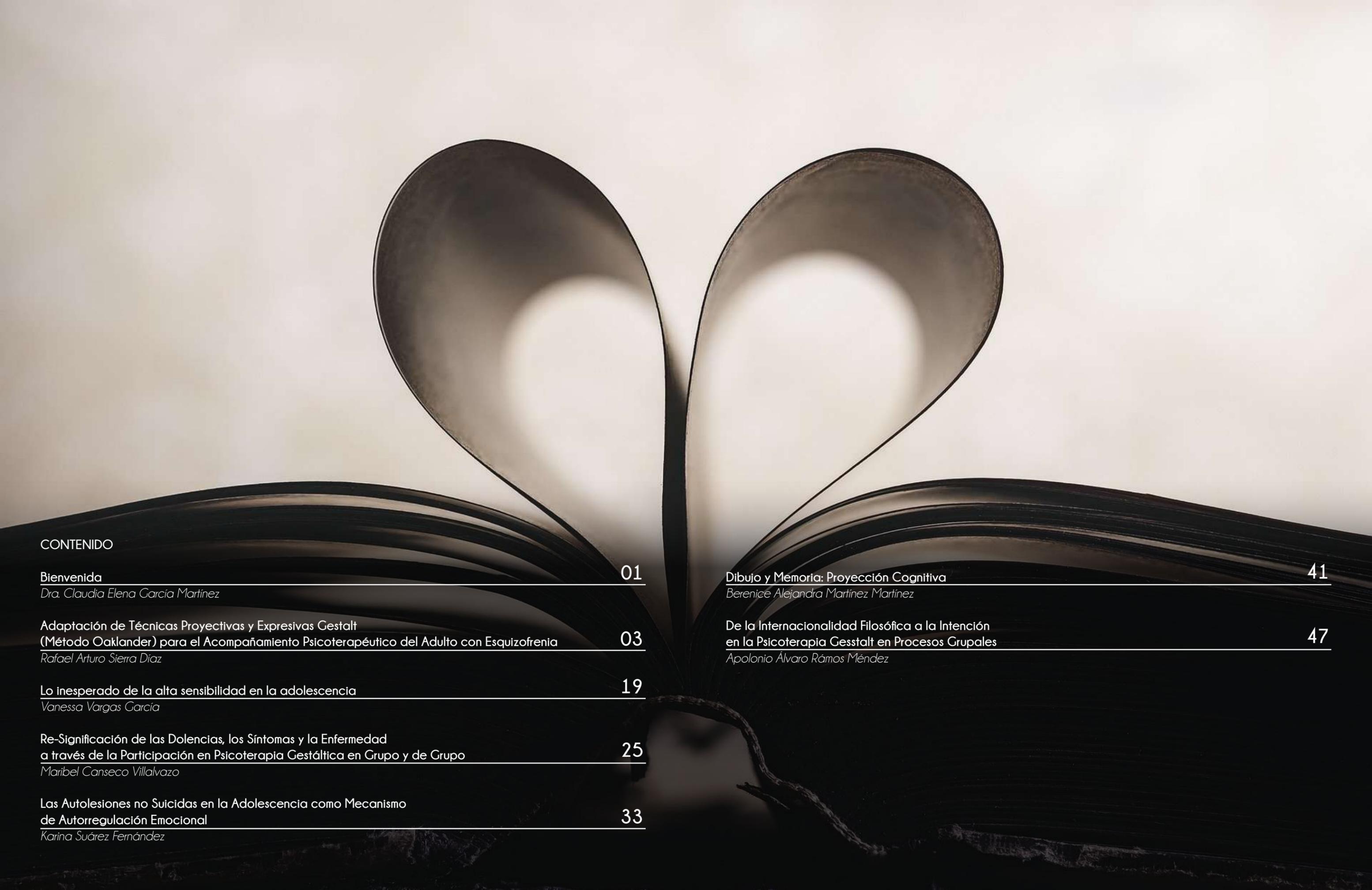
Berenice Alejandra Martínez Martínez

Apolonio Álvaro Ramos Méndez

Dr. Arturo Chávez Rodríguez

PRODUCCIÓN Y DISEÑO EDITORIAL

LDC AAV | CódigoVAP



CONTENIDO

Bienvenida

Dra. Claudia Elena García Martínez

01

Adaptación de Técnicas Proyectivas y Expresivas Gestalt (Método Oaklander) para el Acompañamiento Psicoterapéutico del Adulto con Esquizofrenia

Rafael Arturo Sierra Díaz

03

Lo inesperado de la alta sensibilidad en la adolescencia

Vanessa Vargas García

19

Re-Significación de las Dolencias, los Síntomas y la Enfermedad a través de la Participación en Psicoterapia Gestáltica en Grupo y de Grupo

Maribel Canseco Villalvazo

25

Las Autolesiones no Suicidas en la Adolescencia como Mecanismo de Autorregulación Emocional

Karina Suárez Fernández

33

Dibujo y Memoria: Proyección Cognitiva

Berenicé Alejandra Martínez Martínez

41

De la Internacionalidad Filosófica a la Intención en la Psicoterapia Gestalt en Procesos Grupales

Apolonio Álvaro Ramos Méndez

47

39 años

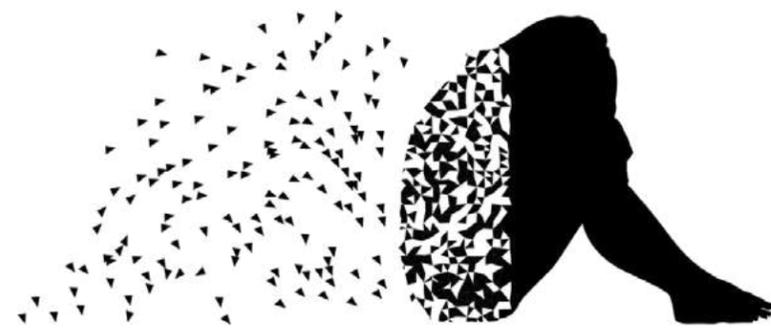


La Universidad Gestalt se compromete a educar a la persona en su totalidad. Los estudiantes participan en un proceso de formación que involucra no sólo a la mente, sino también al cuerpo, al espíritu y al sentido de cohesión con la comunidad. Dentro de ese desarrollo y en el proceso de su aprendizaje situado, se da un espacio para la participación creativa y académica, por lo que a través de la comunicación escrita, comparten sus conocimientos e investigaciones contribuyendo así con información selecta y actual sobre situaciones que son importantes de dar a conocer a la sociedad. Lo anterior lleva como objetivo, apoyar a la comprensión de este mundo complejo y cambiante y así poder contribuir con un mejor desarrollo del mismo. Educar a la persona en su totalidad significa que la Universidad Gestalt se centra en ciertas ideas clave, como lo son: la curiosidad académica, profesional y personal; la apertura a uno mismo, al prójimo y al mundo; el compromiso interpersonal e intelectual basado en la práctica; y el cultivo de la conciencia que es expansiva e integradora. Ahora más que nunca el mundo necesita las experiencias educativas que ofrece la Universidad Gestalt, ya que busca formar profesionales fomentando la transformación individual en medio de la excelencia académica y la formación vocacional. En este sexto número, los estudiantes de posgrado nos comparten tópicos que contienen reflexiones filosóficas, metodológicas e informativas. Asimismo, agradecemos a los docentes que apoyan al desarrollo de estas producciones que contienen no solamente una esencia académica sino también un servicio para una mejor calidad de vida.



Dra. Claudia Elena
García Martínez

2022



ADAPTACIÓN DE TÉCNICAS PROYECTIVAS Y EXPRESIVAS GESTALT

(MÉTODO OAKLANDER) PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DEL ADULTO CON ESQUIZOFRENIA.1

Rafael Arturo Sierra Díaz

Resumen.

El presente artículo metodológico tiene la finalidad de proveer la aplicación de técnicas proyectivas y expresivas, utilizadas generalmente para el acompañamiento psicoterapéutico Gestalt de niños y adolescentes (Método Oaklander), para adultos que padecen esquizofrenia, de tal manera que sean capaces de aprender a estar en el presente, mejorar sus funciones de contacto; usar sus sentidos, su cuerpo, mejorar su comprensión, expresar emociones y hacer buen uso de su intelecto, promoviendo el buen contacto consigo mismos desde su totalidad (yo físico, emocional e intelectual), con una perspectiva fenomenológica y una relación terapéutica Yo-Tu.

Abstract.

The main purpose of this methodological research paper is to provide a new application approach of the projection and expression of a play-based gestalt method, usually employed for children and adolescent psychotherapy intervention (Oaklander Method), for adults suffering schizophrenia, in such a way that they are able to learn to be in the present, improve their contact functions, use their senses, bodies, improving the understanding and expression of their emotions and the proper use of their intellect. All this to promote good contact with themselves from their totality (physical, emotional and intellectual self), from a phenomenological perspective and a therapeutic I-You relationship.

Palabras clave: esquizofrenia, adulto, proyección, expresivas, método lúdico, juego

Justificación de la investigación

Adicionar un enfoque Humanista- Gestalt a la gama actual de tratamientos psicoterapéuticos actuales para el acompañamiento de personas con esquizofrenia, los cuales tienen un enfoque cognitivo conductual, psicodinámico, rehabilitación cognitiva, entre otros.(1)

Introducción

Los trastornos neurológicos y psiquiátricos afectan a alrededor del 6.6% de la población entre los 20 y 30 años y se encuentran entre las principales cinco causas que originan discapacidad en el mundo, de las cuales la esquizofrenia ocupa el lugar número uno, con una prevalencia entre el 0.7 y el 1.3% de la población total. (World Health Organization, 1992)

Se estima que en México la padecen alrededor de 1 millón de personas, según cifras de la Secretaría de Salud, de las cuales alrededor de la mitad no reciben la atención requerida. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Del total en el país, tres cuartas partes experimentaron una recaída y una quinta parte, es decir, alrededor de 200 mil personas, tendrán síntomas a largo plazo, discapacidad y reducción de 15 a 20 años en su experiencia de vida.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su revisión No. 11 (CIE-11,p 215) los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.

Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o

discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. (World Health Organization, 2019, pag 156-158)

Un metanálisis realizado determina que los factores hereditarios del a esquizofrenia tienen una prevalencia en el 81% de los casos, y solo en el 11%, factores asociados a factores ambientales, como la exposición al virus de la influenza en el embarazo, desnutrición, complicaciones obstétricas o el consumo de tabaco durante la gestación. (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Waternaux, & Oepen, 1994)

La esquizofrenia tradicionalmente está caracterizada como un trastorno del neurodesarrollo que se presenta en el inicio de la adolescencia, con la presencia de alteraciones estructurales y neurofuncionales. (Murray & Lewis, 1987)

Se encuentra catalogada como una enfermedad mental grave, que afecta la manera en que la persona piensa, siente y se comporta. Las personas que padecen esquizofrenia parecen haber perdido contacto con la realidad, lo que genera angustia para ellas mismas y su entorno. (Karon, 2007)

Manifestaciones y diagnóstico de la esquizofrenia

La esquizofrenia está catalogada por el CIE-11, en el apartado 6A20, como un Trastorno Mental, de Comportamiento y Neurodesarrollo, y se caracteriza por la manifestación de trastornos en múltiples modalidades mentales de:

- Pensamiento (ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento),
- Experiencia personal (impulsos, pensamientos o comportamientos propios que están bajo el control de una fuerza externa),
- Cognición (problemas de atención, memoria verbal y cognición social),
- Volición o voluntad (pérdida de motivación),
- Afecto (expresión emocional amortiguada e insuficiente)
- Comportamiento (conductas desorganizadas, respuesta emocional impredecible o inapropiada, ausencia de motivación, catatonía)

Los síntomas centrales, es decir, aquellos que han persistido al menos durante un mes y no están asociados al consumo de alguna sustancia o medicamento que altere el sistema nervioso central, o abstinencia, son: (American Psychiatric Association, 2014)

- Alucinaciones persistentes.
- Ideas delirantes o inferencia incorrecta de la realidad.
- Trastorno de pensamiento.
- Experiencias de influencia, pasividad o control.

Es una enfermedad compleja, que actualmente no posee cura. Sin embargo, existen varias terapias que, solas o en combinación, son eficaces para tratar la enfermedad y mantenerla bajo control. (World Health Organization, 1992)

Una de las características principales de la esquizofrenia tiene que ver con la presencia de la psicosis y cómo esta se manifiesta cuando se establece una interacción con el otro, la cual se caracteriza por una ausencia de la constitución de la persona: aunque se encuentre presente, se puede observar un abismo y angustia, pues no hay límites que la contengan. Las defensas son arcaicas, el examen de la realidad se encuentra comprometido y el yo no tiene límites definidos. (Francesetti, 2019)

Las personas que padecen esquizofrenia poseen un perfil alto en el rasgo de ansiedad, es decir, tienen una predisposición temperamental a reaccionar con síntomas de ansiedad ante un factor de estrés, por lo que se incrementa la probabilidad de presentar rasgos psicóticos ante una comunicación crítica. (Docherty, St. Hilaire, Aakre, & Seghers, 2011)

Diagnóstico clínico y enfoque fenomenológico

En la actualidad no se tiene disponible una prueba o procedimiento que establezca la validez del diagnóstico de una enfermedad o clasificación psiquiátrica. La aceptación de uno en particular se basa en la interpretación de evidencia convergente de múltiples fuentes, como la psicopatología descriptiva, la neuropatología, fisiopatología, genética y epidemiología. (Francesetti, 2019)

En las últimas décadas, el diagnóstico de enfermedades psicopatológicas se realiza con base en una serie de criterios determinados en el DSM y el CIE, los cuales, al ser manuales de referencia estadística, ayudan a definir y clasificar los desórdenes mentales para mejorar la investigación, diagnóstico y tratamiento; sin embargo, son utilizados de manera inversa por la psicología clínica, como base para su tratamiento, en su mayoría farmacológico. (Francesetti, 2019)

No tenemos que olvidar que el diagnóstico sólo es el acto de conocimiento (gnosis) a través de un medio (día), y está en función de la referencia aplicada. Todavía es necesaria una serie de actividades desde el punto de vista fenomenológico, las cuales no pueden ser comparadas con parámetros ni clasificaciones externas: (Waldenfels, 2011):

- Exploración de la experiencia subjetiva del paciente.
- Historia y contexto.
- Atención a lo que no encaja en la categoría diagnóstica.
- Búsqueda del sentido del síntoma.
- Modo en el que surgen los elementos relacionados en el aquí y ahora.
- Contribución del terapeuta al diagnóstico.

Con base en ello, la postura fenomenológica en el proceso terapéutico evita la imposición de marcos teóricos sobre su mundo subjetivo y vivencial.

Por ello es necesario establecer un medio de comunicación común, basado en la propia interpretación del consultante, que ayuda a comprender y a reinterpretar su realidad.

Tratamiento actual de la esquizofrenia

En la actualidad las personas que padecen esquizofrenia son tratadas en su mayoría con psicofármacos para la supresión de la sintomatología clínica, es decir, aquella relacionada con brotes psicóticos, desorganización afectiva, motora y conductual; sin embargo, no son suficientes para lograr una mejora evidente en su psiquismo y calidad de vida.

La Guía Terapéutica para el Manejo de la Esquizofrenia, de 2019, concluye que unos metaanálisis realizados desde 1980 demuestran que, mediante la combinación de alguna forma de tratamiento psicosocial con el tratamiento psicofarmacológico:

La mayoría de los tratamientos psicosociales en cualquier modalidad, ya sea individual, grupal o familiar, son efectivos.

No es posible ni conveniente realizar el tratamiento psicosocial de manera independiente del uso de psicofármacos, o que los sustituya.

Y reconoce que, aunque los medicamentos son capaces de controlar los síntomas, los tratamientos psicosociales mejorarán de manera considerable y estadísticamente significativa el funcionamiento asociado a las dificultades e incapacidades relacionadas con la enfermedad, evitarán recaídas de brotes psicóticos (11.3%), prevendrán la hospitalización (4.5%) y mejorarán el apego a los antipsicóticos (88.3%). (Ministerio de Salud y Consumo, 2009)

Las terapias psicosociales buscan potenciar la empatía del consultante y promover las habilidades sociales y comunicativas, siendo la familia una parte integral del tratamiento para su reinserción en la sociedad. (Ministerio de Salud y Consumo, 2009)- Sin embargo, su aplicación no está prescrita como parte del tratamiento contra la esquizofrenia, pues es utilizada principalmente para pacientes agudos o crónicos hospitalizados en algunas de las instituciones de salud mental en México. Los tratamientos psicoterapéuticos aplicados actualmente tienen en común estar basados en técnicas psicológicas diversas con reconocimiento profesional y científico, las cuales tienen como objetivo principal reducir el sufrimiento, promover cambios saludables, minimizar la vulnerabilidad al estrés y maximizar la capacidad

de funcionamiento y adaptación social. (Gaceta Médica de México, 2021).

Un estudio metanalítico realizado por Pfammatter demuestra un efecto de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conducta desorganizada, pensamiento desorganizado); sin embargo, deja abierta la estabilidad de los efectos en el tiempo, así como el o los elementos a los que se atribuye su efectividad.

Como hemos podido observar, aunque se han propuesto diferentes enfoques psicoterapéuticos como tratamiento de acompañamiento al psicofarmacológico, no son concluyentes a largo plazo para aliviar los síntomas positivos de la esquizofrenia. (Pfammatter, 2006).

Aun con los resultados de los estudios realizados, es preferible establecer una alianza terapéutica enfocada no sólo en los signos positivos de la enfermedad, sino en el tratamiento del estrés, ansiedad y/o depresión que padecen los consultantes. (Pfammatter, 2006)

El tratamiento con psicofármacos no es suficiente para mejorar la calidad de vida y la reinserción social de los consultantes que padecen de esquizofrenia, pues, al mejorar el contacto entre con ellos mismos y su entorno, serán capaces de generar escenarios de comportamiento alternativos que los lleven a la identificación y asimilación de sus necesidades, aun en situaciones perturbadoras. (Pfammatter, 2006).

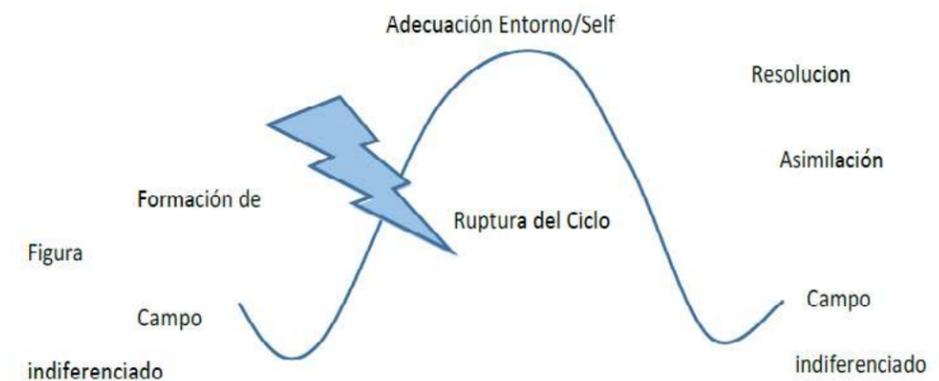
La esquizofrenia desde una perspectiva Gestalt

Para poder entender el trastorno esquizofrénico desde una perspectiva Gestalt, es necesario recordar el proceso de formación – resolución de la figura– como parte del proceso de autorregulación orgánica. (Burley, 2012).

Este proceso consiste en que las necesidades orgánicamente llaman la atención de la persona; se empieza a formar la figura representada como un awareness, en el objeto en el que se centra la atención; posteriormente la memoria organiza todo lo pertinente a ella (fondo o contexto), dándole sentido y haciéndola más clara y específica. Una vez hecho esto, el organismo explora en su interior y entorno los recursos de los que dispone para satisfacerla, inicia el plan de acción, procede a resolverla y regresa al fondo después de analizarla. (Collins & Loftus, 82).

Sin embargo, en los procesos psicóticos la conexión coherente entre la figura y el fondo se interrumpe, por lo que al consultante con esquizofrenia no le es posible dar claridad a la figura, pero puede comunicar el fondo aunque se encuentre fragmentado o caótico. Se muestra en la siguiente figura: (Geenberg & Fischer, 2015):

Figura 1:
Modelo de Fr



Por lo anterior, es necesario extraer la figura de un fondo caótico, dando atención a lo emocionalmente sobresaliente, para que se manifiesten los componentes cognitivos y autobiográficos que surgen simultáneamente. (Corrigan, 2004)

La persona no logra surgir de manera diferenciada de la percepción entre ella y el objeto con el que interactúa; la experiencia no logra concretarse entre la zona interna y la externa, y se crea un mundo paralelo generado a través de las interpretaciones que el yo interno da a la realidad, a través de proyecciones. (Spagnuolo & Francesetti, 2013)

Esto se manifiesta en la manera diferente en que perciben la realidad, la cual se caracteriza por pensamientos o experiencias que están desconectados de su entorno, falta de concentración y memoria. (Geenberg & Fischer, 2015)

Origen de la esquizofrenia desde la perspectiva Gestalt

Es frecuente en personas que padecen esquizofrenia que la desconexión entre la figura y el fondo sea resultado de una sensación de terror, la cual no es identificada, pero se manifiesta cuando el individuo se experimenta a sí mismo tan indefenso que no tiene ninguna sensación entre la frontera Yo-Tú, no quiere ser visto, y la única solución que encuentra al problema es no ser yo, de modo que no pueda ser ni visto ni tocado, por lo que se siente a salvo. (Fredrickson, 2013)

Sin embargo, en el trastorno esquizofrénico este mecanismo de defensa se rigidiza, se distorsiona y dificulta el acceso a la realidad, convirtiéndose en una conducta adaptativa que evita una respuesta del yo frente a una perturbación, pero no resuelve la necesidad manifestada en la figura. (López & Müller, 2016)

Se presenta la restricción de la expresión emocional, debido a una carencia real o imaginada de afecto en sus relaciones interpersonales en su infancia temprana o a consecuencia de una situación de estrés,

como puede ser la experiencia de guerra o terrorismo. Existe ambigüedad con respecto a las necesidades, indecisión en sus acciones, ausentes de contacto en la fase externa. (Salama H., 2002) (Karon, 2007) Cuando este mecanismo de defensa fracasa, el sujeto se enfrenta a conflictos psíquicos que provocan ansiedad y, en casos extremos, desorganización psicótica, los cuales también se ven manifestados por conductas extremadamente rígidas, que se traducen en ausencia, insuficiencia o pérdida de los mecanismos reguladores. (López & Müller, 2016)

El mecanismo de proyección

Franz Kafka sugiere que, para la persona con esquizofrenia, la dificultad radica en la elección del objeto para la representación de la figura para centrarse, no en la lógica que rodea su importancia o el fondo que lo define, es decir, que el problema es cognitivo y se relaciona con el objeto de la atención, en lugar del pensamiento de la persona en sí. (Benedetti & Furlan, 1993)

Esto quiere decir que el acompañamiento debe enfocarse en la propia configuración del razonamiento del consultante y la manera en la que el mismo conecta y configura la figura con el fondo, pues sus propios síntomas psicóticos le permiten mantener un contacto seguro, aunque imaginario, con el objeto sustituto. (Benedetti & Furlan, 1993)

La proyección es un mecanismo defensivo primario y básico, que busca expulsar del interior aquellos impulsos, motivos, pensamientos, deseos, y atribuirlos a otros para generar una reacción; se va a generar la ilusión de la liberación de elementos amenazantes, atribuyéndolos al otro. Y si este mecanismo es llevado de manera adecuada, se pueden abordar y resolver las figuras proyectadas fenomenológicamente. (Laplanche & Pontalis, 1996)

Este mecanismo es la manera en que estaremos comprendiendo la realidad del consultante, detectaremos sus rasgos de carácter, problemas, frustraciones, ilusiones y fantasías.

Prestaremos especial atención a la repetición sistemática de una suma de indicadores simbólicos manifestados y su correlación con la angustia, temor, conflicto, enojo expresados en su lenguaje verbal,



no verbal y/o metafórico, los cuales tienen que ser vistos desde el contexto histórico, social y cultural, proyectado desde su consciente-inconsciente.

Con base en lo anterior, una aproximación indirecta, como las actividades lúdicas, es una manifestación gráfica directa del mundo interno del consultante con esquizofrenia, y mediante la narrativa se pueden establecer metáforas subyacentes para entrar en contacto y apoyar el fortalecimiento de la figura que no puede ser identificada y se encuentra atrapada entre el caldeamiento inespecífico y el específico. Se realiza una proyección del mundo interno y las manifestaciones de la intensidad de la energía agresiva contenida.

El papel del juego en la psicoterapia Gestalt

Castellanos (1973) establece que el juego provee de manera adicional la descarga de tensiones emocionales, pues está al margen de toda responsabilidad u obligación, de modo que es posible construir y representar el mundo para poder asimilar la realidad que rodea a la persona, y es así como da orden a sus

fantasías, expresa sus emociones, afectos, angustias y temores en una historia que está bajo su control y en la que ella es la protagonista.

Aberastury, en su libro *El niño y sus juegos* (1968), establece que la actitud lúdica es el medio en el que el niño puede reconstruir su pasado, así como el adulto lo hace a través de las palabras, pues no es capaz de expresar y articular sus emociones, conflictos, sufrimientos y angustias por medio de palabras (Aberastury, 1968)

Entre las aportaciones de la escuela francesa de psicoanálisis se encuentra Françoise Dolto, discípula de Lacan. Ella desarrolla una metodología aplicada para niños autistas y con trastorno límite de personalidad. (Livier, 2019)

Este tratamiento consiste en la terapia dialogal, que permite al consultante, a través de procesos de identificación, reconocerse con algún elemento del juego o dibujo, lo cual le permite reconocer los elementos e historias significativas para él. (Esquivel Ancona)



Recomendaciones al psicoterapeuta Gestalt

En el caso de la psicoterapia Gestalt, el juego es una herramienta, no es la base de la terapia. A través de él el individuo se puede experimentar a sí mismo en distintos aspectos para poder dar soluciones a sus conflictos.

Se va a invitar al consultante a la acción, y a la movilización de la energía a través del ciclo, que tiene una función catártica; por consiguiente, va a eliminar recuerdos perturbadores que lo lleven nuevamente a la homeostasis. (Garfield, 2009)

Las técnicas proyectivas van a permitir una aproximación a aquellos eventos dolorosos y traumáticos para ser elaborados, va a proveer oportunidades de práctica para el descubrimiento de emociones, pensamientos y conductas nuevas que le brinden un autoapoyo mayor, para que puedan ser expresadas. (Fernández R, 2014)

De acuerdo con Garfield, la parte fundamental del proceso de recuperación de la psicosis tiene que ver con la validación de la realidad del paciente por parte del terapeuta. (Garfield, 2009)

Recordemos que la esquizofrenia es una disfunción cognitiva, por lo que se deben utilizar frases sencillas y cortas para facilitar la asimilación, para asegurar el entendimiento.

Se pretende buscar patrones repetitivos simbólicos para el consultante, y a través de la misma metáfora se busca eliminar la lucha entre el "Yo" y el "No Yo", fortaleciendo el primero de manera diapositiva. Es recomendable utilizar el método "devolución de lo enseñado", pues permite comprobar la comprensión pidiendo al consultante que repita lo que ha oído. (Geenberg & Fischer, 2015)

Los patrones defensivos que pueden presentarse son los de introyección, retroflexión, transferencia, contratransferencia, deflexión y proyección. Resultan fundamentales durante el proceso metafórico para poder resolver las figuras (o síntomas) que se manifiestan.

En otras palabras, el consultante trata de rechazar o mantener en el inconsciente las pulsiones (recuerdos, pensamientos, imágenes) que pueden causar displacer, pero que son descargadas de manera indirecta por medio de sueños, juegos, alucinaciones o síntomas. (Gonzalez & Cortés, 2002)

Esto nos permite generar finales o situaciones alternativas dentro de su misma fantasía, que no tienen sentido entre su realidad psíquica y la fáctica del fondo (causas).

Hay que observar cómo el fondo es organizado en torno a una necesidad, en muchas ocasiones como algo enrevesado, en lugar de coherente y conectado a una figura nítida. (Geenberg & Fischer, 2015)

Cuando los pacientes empiezan a dar sentido a sus respuestas emocionales y a asociarlas con una historia relacional única propia, es un signo de fortalecimiento del yo, y comienzan a tener una disponibilidad "yo-tú"; aprenden que la separación no significa alienación, ni la conectividad aniquilación. (Garfield, 2009)

Una vez realizado esto, se puede ayudar al paciente a incrementar su awareness, a través de preguntas de cierre que refuercen los aspectos biopositivos propios y de la experiencia vivida. (Geenberg & Fischer, 2015)

Se pretende restaurar las partes perdidas del self (sistema de contacto-experiencia-presente) o de la personalidad, recuperando las experiencias, funcionamientos rechazados o considerandos que no le pertenecen, para ser reintegrados. (Livier, 2019)

Es entonces cuando el acompañamiento gestáltico debe consistir en ayudar al consultante a darse cuenta, activando su sensorialidad, para que poco a poco pueda reconocer y atender la formación de la figura, aun cuando las verbalizaciones parezcan incoherentes y/o desorganizadas.

De este modo, a través de su propia narrativa se realiza la introducción suave de la figura potencial como una posibilidad, en lugar de una interpretación de devolución.

Enfoque Gestalt

A continuación, se describen brevemente las bases Gestalt que hay que considerar para que la intervención terapéutica esté libre de la estigmatización asociada a los diagnósticos o enfermedades que presentan las personas.

Relación yo-tú como el valor central desarrollado por Martin Buber, la cual desde ser

auténtica, honesta, directa, específica para los individuos. Se establece como eje que en la relación terapéutica ninguno de los individuos debe ser superior al otro, es decir, el terapeuta no juzga ni hace suposiciones: acepta el yo actual y real de la persona, y aprovecha el espacio terapéutico para experimentar y fortalecer su sentido único y su capacidad para mejorar sus habilidades relacionales con los demás. (Salama H. , 2008)

Contacto, es decir, que la persona esté plenamente presente en todos los aspectos auto- físicos, conciencia y expresión emocional, intelecto, las relaciones con los demás y su entorno. Y su contraposición, la resistencia, es un indicador de que la persona no se siente apoyada, y que oculta una figura que no es posible identificar. (Fried & McKenna, 2020)

Conciencia y experiencia, al permitir fortalecer la toma de conciencia de sí mismo en su propio proceso, las sensaciones, sentimientos, deseos, pensamientos, necesidades y acciones, en el aquí y ahora. Se reconoce qué comportamientos o actitudes los están acercando o alejando de lo que realmente desean, y cómo se empiezan a manifestar dentro de ellos.

Sentidos y el cuerpo, a través de la intervención del aspecto físico en su totalidad, y poder experimentar las sensaciones que se desprenden de las dinámicas ejercidas.

Sentido de sí mismo, fortaleciendo el autoconcepto, y autoconciencia, comenzando con las sensaciones de su cuerpo para la creación de un canal de identificación de sensaciones que llegue a identificar necesidades de la zona interna a la zona de contacto.

Perturbaciones de contacto/límites, identificando aquellos límites permisibles entre sí mismo y los

otros. Al no haber sensaciones, difícilmente el tránsito de los estímulos de la zona externa a la interna y viceversa es identificado e interpretado desde el yo, pues la mayoría de ellos son proyectados.

Autorregulación, como respuesta a las perturbaciones generadas, que buscan la homeostasis emocional y el reequilibrio constante para contrarrestar el estrés generado. Se identifican principalmente aquellas que son desproporcionadas o desadaptativas.

Emociones: el trabajo de expresión emocional permite a las personas encontrar y apoyar su verdadero yo, a través de la comprensión de sus sentimientos, y cómo un bloqueo interior interfiere con su funcionamiento saludable. De este modo se logra expresar emociones bloqueadas, enseñando las maneras seguras y asertivas de expresar la ira.

Trabajo de autocuidado: se realiza con el replanteamiento de los mensajes negativos sobre el yo, reconociendo el origen de los introyectos.

Polaridades, y su conciliación se realiza con el reconocimiento de la experiencia de las cualidades que no son de su agrado.

Asuntos inconclusos, identificando aquellas situaciones para abordarlas y resolverlas en el ahora.

El enfoque psicodinámico, o proceso de autococonocimiento, y por lo tanto su esclarecimiento e interpretación, se realiza a través de la metáfora, por medio de la cual se van resolviendo medios, fantasías, pensamientos y deseos que entran en conflicto. (Fried & McKenna, 2020)

Se establece una relación adulto-adulto de respeto, y se trabaja con la parte sana de la personalidad del consultante, enfocándose en situaciones que emergen en el aquí y ahora.

Los recursos que se ocupan se basan en la interpretación metafórica de la narrativa desprendida de las dinámicas aplicadas, de modo que el consultante por sí mismo pueda entender de manera directa o indirecta los pensamientos, sentimientos y conductas asociadas. (Oaklander, 2007)

Enfoque Gestalt infanto-juvenil

Las actividades lúdicas de la psicoterapia Gestalt están recomendadas para infantes que presentan agresión, somatización, ansiedad, hiperactividad, retraimiento social, temores, experiencias traumáticas, inseguridad, baja autoestima, pobre autoconcepto. (Amescua Villela, 1997)

A través de actividades lúdicas se activan las sensaciones, percepciones, pensamientos y visualizaciones que le permitan darse cuenta y ser consciente de sí mismo. con lo cual el mundo fenoménico del consultante se torna visible para poder experimentar el mundo de una manera consciente y fáctica. (Livier, 2019)

Esto hace que el consultante reconozca los elementos relevantes de la representación lúdica, los identifique como partes de sí mismo, los reviva, entable contacto consigo mismo en el presente, y se comprenda a sí mismo (Livier, 2019)

Violeta considera que la empatía generada durante las primeras dinámicas aplicadas tiene precedente sobre los problemas que se puedan ir identificando, pues a través de la confianza depositada se estarán manifestando las interpretaciones de los “detonantes” a los que se enfrenta el consultante esquizofrénico. (Oaklander, 2007)

Además, también minimiza la contratransferencia con los consultantes, pues la intervención se desarrolla desde su propia narrativa, sólo es acompañado, para que por sí mismo realice el insight inmerso en la figura manifestada, es decir, desde su propia interpretación de la realidad. (Oaklander, 2007)

De acuerdo con Violeta, la manera en que se realiza la intervención terapéutica es a través del establecimiento del contacto, y que poco a poco se integren todos los aspectos del organismo: el cuerpo, los sentidos, la habilidad para expresar y sentir emociones e intrincados pensamientos para generar la autorregulación y un crecimiento sano. (Fried & McKenna, 2020)

Todo ello a través del fortalecimiento del yo y, como lo expresa Salama, disminuir la intervención del No

Yo, pues es en éste donde se manifiesta la psicosis, que puede ir desde la neurosis hasta el suicidio. (Salama H. , 2013)

El trabajo terapéutico se enfoca en el incremento del sentido del sí, y las experiencias generadas involucran los sentidos, el cuerpo, dominio, opciones, declaraciones de cosas que agradan o desagradan, y asuntos relacionados con el poder y el control. (Salama H. , 2013)

Principios metodológicos propuestos:

El proceso terapéutico propuesto se basa en la metodología descrita por Peter Mortola (2010), a través de las observaciones de los talleres realizados por Violeta Oaklander en Palo Alto, California.:

Establecimiento de la relación terapéutica: durante las primeras sesiones se dedica un tiempo a conocerse, para el desarrollo de un sentido de seguridad y confianza, establecimiento de límites.

Contacto: fortalecimiento de la capacidad de estar presente internamente y en interacción con la persona; estar al pendiente de la duración, resistencia, ruptura.

Funciones de contacto: se incluye el uso de los sentidos, y el estado consciente con el cuerpo, la expresión emocional, y el intelecto. Su desarrollo y mejora es uno de los principales objetivos del proceso terapéutico.

Autoapoyo: consta del desarrollo de la fuerza interior a través de la expresión de sí mismos, de su historia. Comenzar a reconocerse y a definirse a sí mismos mediante la identificación y expresión de sus deseos, necesidades, gustos, aversiones, ideas y opiniones. Incluye la generación y anclaje positivo para la toma de decisiones, dominio y poder.

Expresión emocional: es la base de la autosuficiencia, pues ayuda a comprender y reconocer emociones propias y ajenas, y mejora la habilidad de transmitir las de manera asertiva, principalmente a través de técnicas proyectivas como el dibujo, el modelado en arcilla, narraciones y dramatizaciones creativas.

Trabajo de autocuidado, identificando los mensajes exteriores introyectados que son falsos y/o negativos, para la sustitución de la culpa y/o vergüenza por el autoapoyo.

Cierre de la sesión: se realiza la afirmación de los elementos positivos encontrados, haciendo énfasis en la identificación de situaciones adversas que generan estrés y las alternativas o experiencias que pueden prevenir el malestar emocional o cuya transición sea lo más asertiva posible.

Propuesta de evaluación de progreso y cierre

Se proponen, para la evaluación del progreso y potencial cierre del proceso de acompañamiento, los siguientes indicadores: (Oaklander, 2007)

- Entiende los síntomas y conductas que generan los brotes psicóticos y aprende a identificarlos y comunicarlos.
- Tiene adherencia y seguimiento a su propio tratamiento farmacológico.
- Su comportamiento ha cambiado, especialmente el manejo de la energía agresiva.
- Se involucra en actividades externas, teatro, clases, deportes, clubes, amigos.
- Se genera y ejecuta un plan a futuro con metas y acciones claras y establecidas.
- La terapia empieza a interponerse en su camino de vida.

Conclusiones:

El enfoque Gestalt, específicamente dirigido a la aplicación de técnicas proyectivas y expresivas, está en condiciones de contribuir al tratamiento de las personas con esquizofrenia,

pues busca focalizarse en la experiencia, el contacto y las interacciones del campo para ayudarlas a navegar a través de las dificultades emocionales y de percepción que padecen, libres de la estigmatización.

Provee una experiencia terapéutica cálida, no enfocada solamente a su diagnóstico o enfermedad, sino que toma a la persona en su totalidad, con respeto, y sienta las bases para el aprendizaje de una nueva manera de relacionarse con sus sentimientos y su realidad de manera saludable.

Además, al encarnar un enfoque fenomenológico práctico y flexible, ayuda a través de la metáfora a establecer una conexión entre ambas realidades, apropiarse de la proyección identificada e integrar a su vida real con un nuevo significado y propósito.

Genera un ambiente seguro para que, paso a paso, la persona identifique la figura en la proyección generada y la ayuda a volverla coherente con respecto al fondo desorganizado. Le enseña a identificar sus necesidades y el significado de ellas, para que por sí misma pueda identificarla de manera nítida, resolverla y asimilarla a través de la exploración propia y de su entorno.

En concreto, lo que se pretende es el acceso al inconsciente mediante las figuras manifestadas de manera metafórica, para dar acceso indirecto a aquellos pensamientos, percepciones, recuerdos, deseos y temores que son demasiado perturbadores, incómodos o dolorosos para permanecer visibles en la consciencia o se encuentran reprimidos. (Gonzalez & Cortés, 2002)

Por ello se propone la aplicación de técnicas indirectas, proyectivas y expresivas lúdicas (Método Oaklander) para que el consultante pueda identificar aquellas figuras en un fondo aparentemente desorganizado, para su resolución y asimilación.

Referencias

- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona, España.
- Castellanos, C. M. (1973). El juego en la educación y en la terapéutica de los subnormales.
- México, México, México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana
- Livier, A. (2019). Psicoterapia de Juego desde los enfoques cognitivo-conductual, psicoanalítico, humanista y Gestalt. México, México: Pax México.
- Collins, A., & Loftus, E. (1975). "A spreading activation theory of semantic processing." *Psychological Review*.
- Corrigan, F. (2004). Psychotherapy as assisted homeostasis: Activation of emotional processing mediated by the anterior cingulate cortex. *Med Hypotheses*, 63(6), 968-973.
- López, M. C., & Müller, M. B. (2016). Los dibujos en el abuso sexual infantil. Ituzaingó, Buenos Aires, Argentina: Maípe Zufriategui.
- Aberastury, A. (1968). El niño y sus juegos. Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Amescua Villela, G. (1997). La magia de los niños. Psicoterapia Gestalt Infantil. La Habana, Cuba: Academia.
- Benedetti, G., & Furlan, P. (1993). The psychotherapy of schizophrenia. *Effective Medical approach controversies, critiques and recommendations*. Boston: Hogrefe and Huber.
- Burley, T. (2012). "A phenomenologically-based theory of personality." *Gestalt Review*, 16(1), 7-26.
- Docherty, N., St. Hilaire, A., Aakre, J., & Seghers, J. (2011). "Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation." *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 611-618.
- Esquivel Ancona, F. (s.f.). Psicoterapia Esquivel con juego. Casos clínicos. México, México: El Manual Moderno.
- Fernández R, L. (2014). Juego psicoterapéutico para el desarrollo emocional. *Psicoterapia Gestalt para niños y jóvenes*. México, México, México: Pax.
- Francesetti, G. (2019). Fundamentos de psicopatología fenomenológico-gestáltica: una introducción ligera. Madrid: Asociación Cultural los Libros del CTP.
- Fredrickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Kansas City, Missouri, EU: Seven Leaves Press.
- Fried, K., & McKenna, C. (2020). *Sanando a través del juego usando el Método Oaklander*. Coppel, Texas, Estados Unidos: Publicación Independiente.
- Garfield, D. (2009). *A guide to the psychotherapy of psychosis*. London, UK: Karnak Books. Greenberg, E., & Fischer, S. L. (2015).
- La esquizofrenia desde una perspectiva gestáltica. Madrid, España: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- González, N. J., & Cortés, R. (2002). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México, México: Plaza y Valdés.
- Hegarty, J., Baldessarini, R., Tohen, M., Wateraux, C., & Oepen, G. (1994). "One Hundred Years of Schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature." *American Journal of Psychiatry*, Vol: 151 (10): 1409-1416.
- Heinrichs, R. (2005). "The primacy of cognition in schizophrenia." *American Psychologist*, 60(3), 240-243.
- Karon, B. (2007). "Trauma and schizophrenia." *Journal of Psychological Trauma*, 6(2-3), 127-144.
- Morris, E., Johns, L., & Oliver, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. Hoboken, New Jersey, EU: Wiley-Blackwell.
- Murray, R., & Lewis, S. (1987). "Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder?" *British Medical Journal*, 295; 681.
- Oaklander, V. (2007). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.
- Salama, H. (2002). *Ciclo Gestalt de Salama*. México, México: Dr. Héctor Salama Penhos.
- Salama, H. (2008). *Psicoterapia Gestalt*. Barcelona, España: Alfaomega.
- Salama, H. (2013). *Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt y Ciclo Gestalt de Salama (CSG)*. México, México: Dr. Salomón Héctor Salama Penhos.
- Spagnuolo, L., & Francesetti, G. (2013). "Más allá de las Columnas de Hércules. Una perspectiva gestáltica de las experiencias psicóticas." En G. Francesetti, & M. R. Gecele, *Terapia Gestalt en la práctica clínica* (págs. 509-558). Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Waldenfels, B. (2011). *Phenomenology of the Alien*. Evanston, IL.: Northwestern University Press.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. World Health Organization.





Rafael Arturo Sierra Díaz

Es un orgulloso mexicano que tiene pasión por el aprendizaje y la ayuda a otros. Estudió Ingeniería Bioquímica en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, con la finalidad de poder entender aquellos mecanismos que generan las emociones y el aprendizaje, posteriormente en su vida profesional se enfoca al análisis y propuestas de mejora en las organizaciones, teniendo como principal enfoque como el capital humano es un factor predominante en el éxito de las organizaciones y la felicidad de las personas.

Esta pasión lo lleva a tierras niponas a estudiar con los Gurús del Sistema Productivo de Toyota, se gradúa como M. en C. por el Instituto Politécnico Nacional, y enfoca su tesis en la adaptación cultural de las herramientas aprendidas para la implementación de sistemas de manufactura complejos en empresas farmacéuticas altamente reguladas.

Habla español, inglés, francés y japonés, actualmente estudia portugués, pues considera que el lenguaje es un factor predominante en la estructura del pensamiento humano, y es a través de él que puede involucrarse de primera mano con la cultura local.

Ha sido voluntario en diferentes organizaciones, y actualmente colabora en una organización nacional que se encarga de proveer un desarrollo integral para la comunidad transgénero en México, lo que ha despertado en el interés de dar visibilidad y desarrollar o adaptar técnicas gestálticas para atender las necesidades psicoterapéuticas de esta comunidad.

Lo inesperado de la alta sensibilidad en la adolescencia

Vanessa Vargas García



Resumen.

Tanto la adolescencia como la alta sensibilidad han sido estigmatizados, uno por exceso de cambios y otro por exceso de emociones y reacciones. El desarrollo de este artículo informativo tiene como objetivo reivindicar la alta sensibilidad y darle el lugar apropiado en la adolescencia, por medio de la presentación de información relevante sobre ambos temas. La lectura del artículo presente brinda una perspectiva alentadora de la alta sensibilidad en la adolescencia.

Abstract.

Both adolescence and high sensitivity had been stigmatized, the first because of excess changes and the second because of excess of emotions and reactions. Developing this informative article has the goal to claim the high sensitivity and to give the appropriate respect to adolescence, by the exposure of relevant information on both topics. By reading this article people get a supportive perspective of high sensitivity in adolescents.

Palabras clave: adolescencia, alta sensibilidad, personas altamente sensibles, adolescentes altamente sensibles

INTRODUCCIÓN

La elaboración del artículo presente, que es de tipo informativo, busca explicar la forma en la que viven las personas altamente sensibles (PAS) la fase de la adolescencia. Primero, se abordará la búsqueda y proceso del adolescente, posterior a ello se describirán las características básicas de la alta sensibilidad, para finalmente poder explicar el porqué el adolescente altamente sensible es considerado el “adolescente ideal”, para ello se acude a distintas fuentes, principalmente especialistas en alta sensibilidad, del mismo modo que se selecciona la información pertinente que brinde lo necesario para la comprensión de ambos temas. Los resultados de la investigación se presentan en cada apartado o tema presentado. La alta sensibilidad como rasgo es un tema poco conocido, tanto terapeutas como personas altamente sensibles necesitamos conocimiento sobre el mismo para tratarlo y vivirlo como lo que es, un don.

ALTA SENSIBILIDAD

El rasgo de la alta sensibilidad pasó desapercibido por muchos años. Su presencia en la humanidad, a pesar de que inició con seguridad desde las cavernas, ha sido en silencio, caminando en puntillas para no hacer ruido. Ello se debe a que las PAS desean “no llamar la atención del entorno” ya que la mirada de los demás provoca sobre estimulación y estrés. Es por ello que el rasgo se reconoce como tal por la doctora Elaine Aron en 1996 (Travaini, Nicoletta, 2020).

Jung en su libro Tipos Psicológicos (2013), describe a la persona introvertida con casi todas las cualidades de las PAS (Personas Altamente Sensibles), probablemente ya estaba identificando el rasgo, sin embargo no identificó un detalle que existe en la alta sensibilidad: el 30% de las personas que tienen el rasgo son extrovertidas. Dicho porcentaje fue descubierto años después por Aron, Elaine, así como que el 15 al 20% de la población es altamente sensible y un 27% es medianamente sensible. Del porcentaje de las PAS, 70 % son introvertidos. Además los hay quienes evitan (avoider) la sobre estimulación (la mayoría) y los que buscan (seekers) la sobre estimulación (minoría), (Zegers, K., 2016), (Aron, Elaine, 2006). Tampoco mencionó, porque es un descubrimiento reciente, que el rasgo existe en más de 100 especies de animales (Aron, E. 2014, min. 2:00)

El rasgo ha sido confundido con Trastorno de Déficit de Atención, Asperger, Autismo y Trastorno de integración sensorial; ya que comparte con ellos varias características, como lo son la intolerancia al contacto y la hipersensibilidad a sonidos y luces. Cabe aclarar en este punto que las personas que cuentan con alguno de los trastornos mencionados, son altamente sensibles, pero no todas las PAS tienen algún trastorno. La alta sensibilidad existe sin la necesaria presencia de algún trastorno. Para efectos de éste artículo sólo hablaremos de la alta sensibilidad como rasgo, sin incluir los trastornos en los que puede estar presente.

Algunos autores e incluso psicoterapeutas podrán dudar de la existencia de dicho rasgo sin la inclusión de un trastorno, con respecto a ello el Psicólogo Rafael Santandreu dice: “cuando conoces a una persona altamente sensible, no dudas de que este diagnóstico existe y de que son personas realmente especiales” (Santandreu, Rafael, año desconocido).

Los cuatro pilares de la alta sensibilidad son: procesamiento profundo de la información, facilidad de ser sobre estimulados, alta respuesta emocional y empatía, y percepción de detalles sutiles. (Travaini, Nicoletta, 2020)



La persona altamente sensible (PAS) vive sin filtros con respecto a los estímulos del exterior. Aunado a ello, cuenta con un sistema nervioso central que amplifica la información que proviene de los sistemas sensoriales, ello significa que lo que para una persona es un simple sonido para una persona con alta sensibilidad es una tortura; que un cabello perdido entre la ropa o la etiqueta de la misma

puede sentirse como un cuchillo; las luces brillantes de un teatro o el cine pueden provocar migrañas; los olores, incluso los de una panadería pueden provocar el vómito; también pueden detectar ingredientes “ocultos” en determinados alimentos.

De la misma forma la sensibilidad se observa en el consumo de determinados fármacos, una dosis adecuada al peso y edad puede resultar excesiva por la forma en la que el organismo altamente sensible lo asimila. El consumo de cafeína también puede alterar sobremanera el estado de la persona. Determinados alimentos pueden despertar, relajar o alterar. La alta sensibilidad también se refleja en el estado emocional de las personas.

De forma general las personas sensibles, lo son a:

- Sensaciones físicas: sentidos sensoriales, estimulantes y relajantes, fármacos.
- A las emociones: propias y ajenas (empatía). Captan cómo se siente la gente en su entorno en todo momento, por lo que necesitan descansos de la gente, llegan a tener “resacas emocionales”
- Información artística: capacidad de detalle (Santandreu, Rafael, año desconocido)

ADOLESCENCIA

La etapa de la adolescencia se refiere al proceso biopsicosocial que ocurre entre los 13 y 18 años de edad aproximadamente en todas las personas; se modificará un poco el rango dependiendo del país y condiciones en las que se desarrolla.

“Tenemos que tener en cuenta que tras esa expresión sociocultural existe un basamento psicológico que le da características universales”. (Aberastury, A., Knobel, M., 1988, p. 36). Es universal la aparición de la misma, es inevitable (en vida) saltarse esos años. Algunos lo cruzarán en menor tiempo, también existen aquellos a los que ahora se conocen como “eternos adolescentes”.

Hay 3 aspectos claves que suceden o tienen que suceder en la adolescencia:

1. Se redefine su papel dentro de la familia.
2. La vida interior del adolescente suele florecer, así como sus talentos, ya son ellos quienes los exploran y descubren.

3. Trabajarán sus propias limitaciones y miedos, como la timidez y la falta de experiencia (Yomime, Mamá, 2020)

Esta etapa se encuentra llena de encuentros y desencuentros familiares y sociales, incluso con su propia persona, en esta lucha por encontrar quién es, quién quiere ser, con qué y quién se identifica.

Se podría creer que la adolescencia es la etapa de la locura total, de la inestabilidad en muchos sentidos,

Ana Freud dice que es muy difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera que, en realidad, toda la conmoción de este periodo de la vida debe ser estimada como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. (Aberastury, A., Knobel, M., 1988, p. 41).

Preocupante sería un adolescente que no presenta cambios de humor, de pensamiento, de ideales.

La radicalización adolescente puede compararse con una falla de sanidad mental, así lo describe la siguiente cita: “Entidad semi -patológica, o si se prefiere, un “síndrome normal de la adolescencia”. (Aberastury, A., Knobel, M., 1988, p. 43), semi pa-



ALTA SENSIBILIDAD Y ADOLESCENCIA

Regresando al tema de la alta sensibilidad y trasladando a la adolescencia, el lector podría imaginarse que dicha etapa, llena de cambios hormonales, de emociones exacerbadas y a flor de piel, de búsqueda de pertenencia y ruptura con la familia de origen, se convierte en un caos. Si el lector no lo pensó así, yo sí, por lo menos antes de comenzar la investigación sobre el tema, supuse un hogar lleno de drama, de puertas azotadas y llanto por doquier, aunado a la frase “nadie me comprende”.

En la investigación realizada, descubrí que me encontraba en un completo error. El adolescente con alta sensibilidad es el “adolescente ideal”. Las cualidades del rasgo bajan en intensidad, no en su totalidad pero le permiten al adolescente vivir un proceso de crecimiento de una forma más amigable a lo que ha sido su experiencia desde la infancia con el manejo de los estímulos externos (Aron, Elaine, 2017). Se presenta un menor impacto sobre la estimulación y alta sensibilidad; debido a la maduración del neocórtex el adolescente desarrolla mayor audacia y confianza en sí mismo (cuentos para crecer, podcast Adolescencia y alta sensibilidad, minuto 2:53).

El adolescente altamente sensible busca convertirse en el menor tiempo posible en un adulto, otra de las cualidades es que no tienen la necesidad de explorar al mismo nivel que un adolescente que no es altamente sensible, por lo que se exponen en menor número de ocasiones a conductas o actividades de riesgo, intentan ser considerados con las demás personas (Aron, E., 2017).

Una de las características de la alta sensibilidad es pensar en las consecuencias, dicha cualidad no se pierde en la adolescencia, por lo que los jóvenes con alta sensibilidad analizarán más antes de actuar. Al tener conversaciones con ellos pueden sorprendernos con la capacidad y profundidad de sus análisis a pesar de su corta edad, además de lo sorprendente que puede ser descubrir un pensamiento novedoso y reflexivo (cuentos para crecer, podcast Adolescencia y alta sensibilidad, minuto 7:50).

En la adolescencia de la PAS, se podrán observar los siguientes cambios:



- La sensibilidad sensorial se reduce, repentinamente será capaz de escuchar música a todo volumen y disfrutarla; será capaz de tolerar las luces brillantes, de probar alimentos con sabores fuertes, de oler aromas penetrantes.
- Se animarán a experimentar cosas nuevas y más excitantes que en la infancia, ya que tardarán más tiempo en sobre estimularse.
- Hay un aumento hormonal y maduración del cerebro.
- Pueden asumir retos sumamente difíciles e incluso peligrosos, con tal de demostrar que no son tan diferentes de los demás (Yomime, Mamá, 2020).

Podemos encontrar al adolescente sensible perdido en sus pensamientos y análisis, ya sea leyendo, conviviendo o simplemente observando el entorno. Por lo mismo suelen agotarse con mayor rapidez que otros adolescentes, su trabajo cerebral es más intenso de lo habitual (Yomime, Mamá, 2020). Uno de los aspectos más visibles en los adolescentes altamente sensibles es la forma en la que desarrollan sus talentos y el pensamiento profundo (Aron, E., 2017).

CONCLUSIONES

Las personas creamos en base a la experiencia y lo integrado académicamente hablando, una noción de los temas que nos interesan y/o que son de conoci-

miento común. El proceso del adolescente es uno de esos tópicos de conocimiento común. Se le ha brindado un aspecto desfavorable, principalmente para la experiencia del entorno. Es por ello que en este artículo se conjuntó información relevante, que aclara la normalidad de la etapa de desarrollo en conjunto con el rasgo de la alta sensibilidad.

El adolescente altamente sensible es el ideal debido a su capacidad de analizar, medir y percibir el entorno. Con ello no se pretende decir que el adolescente que no es altamente sensible no sea ideal, la diferencia se encuentra en la habilidad de medir consecuencias, que puede ser brindada con apoyo del entorno; simplemente uno lo tiene más desarrollado que el otro, por sus distintas cualidades.

Con el afán de desmitificar la adolescencia y más en la alta sensibilidad, se sugiere al lector participar en la vida de los adolescentes altamente sensibles en la medida en la que ellos lo requieran, estando presentes y sin intentar controlar, sólo guiar (convertirse en el copiloto sin bajarse del auto). Recordar que los cambios hormonales más el desarrollo cerebral, les pueden hacer “malas jugadas”. Recordarle a los adolescentes que no requieren pertenecer a un pensamiento, idea general o de moda, ya que la alta sensibilidad existe desde las cavernas (no es moda reciente), es un rasgo con el que algunos cuentan.

El conocimiento sobre lo que sucede en la adolescencia altamente sensible (y también no sensible), será la que permitirá quitarle la etiqueta de “advertencia” a los jóvenes, convirtiéndola en una etiqueta de “trátese con amor”.

REFERENCIAS

- Aberastury, Arminda; Knobel, Mauricio. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque Psicoanalítico. Paidós. México
- Aron, N., Elaine. (2006). El DON de la sensibilidad. Las personas altamente sensibles. 11ª edición. Obelisco. Barcelona
- Aron, N. Elaine. (2014). Video A talk on high Sensitivity. Part 1 of 3: research. Video recuperado en junio de 2021 por Youtube.
- Aron, N., Elaine (2017). El don de la sensibilidad en la infancia. Cómo ayudar a tu hijo cuando el mundo le abrumba. Obelisco. Barcelona.
- Díaz C., Francisco, J. (2019). Habitando en la frontera. Terapia Gestalt contemporánea con adolescentes. Círculo Rojo. España
- Jung, Carl G.(2013). Tipos Psicológicos (Psychologische Typen). Obra completa, Volumen 6. Traducción de Fernández, M. Trotta. Madrid
- Página de Internet, recuperada en septiembre 2021. <https://cuentosparacrecer.org/blog/podcast-adolescencia-y-alta-sensibilidad/>
- Santandreu, Rafael. Año desconocido. Página de Internet recuperada en octubre de 2021 <https://lascebrassalen.com/alta-sensibilidad-concepto-psicologico/>
- Travaini, Nicoletta. (2020). El don de las personas sensibles. Guía práctica para convertir la hipersensibilidad en nuestro centro de equilibrio. Obelisco. Barcelona.
- Yomime, Mamá (2020). Página de Internet recuperada en octubre de 2021. <https://ninosaltamentesensibles.com/alta-sensibilidad-en-la-adolescencia-y-juventud/>
- Zegers, Karina (2016). Personas Altamente Sensibles. Descubre si lo eres y aprende a gestionar el día a día en tus relaciones, el trabajo, con tus hijos. La Esfera de los Libros. Versión Kindle.

Acerca de la Autora



Vanessa Vargas García

Mexicana de 43 años de edad, casada, madre de 3 hijos (3,8 y 12 años), de procedencia familiar de Tequila, Jalisco y Parral, Chihuahua.

Estudió la licenciatura en Mercadotecnia con especialidad en Psicología Organizacional en el Tecnológico de Monterrey campus Ciudad de México, se dedicó a la práctica de desarrollo de nuevos productos y productos con licencias (Disney, Mattel, Warner Brothers, Sanrio y Chavo del 8) por 5 años, al mismo tiempo que estudiaba su segunda licenciatura en Psicología en la Universidad Intercontinental.

Por temas de salud dejó de laborar de forma empresarial. Realizó una maestría en Psicoterapia Gestalt, un diplomado en hipnosis Ericksoniana, y otro en actualización de técnicas Gestalt, así como una certificación para el uso del “monstruo come miedos”, todo lo anterior sucedió al mismo tiempo que comenzó a practicar la Psicoterapia Gestalt.

Actualmente se encuentra en 5º semestre del Doctorado en Psicoterapia Gestalt y está elaborando una investigación sobre las personas altamente sensibles.

Tiene como hobbies jugar volleyball y armar rompecabezas. Dedicó su tiempo y esfuerzo a su esposo e hijos, ya que son su soporte y empuje.

RE-SIGNIFICACIÓN DE LAS DOLENCIAS,

LOS SÍNTOMAS Y LA ENFERMEDAD A TRAVÉS
DE LA PARTICIPACIÓN EN PSICOTERAPIA GESTÁLTICA
EN GRUPO Y DE GRUPO

Maribel Canesco Villalvazo

Resumen.

En el presente artículo se hablará de cómo en la participación en una experiencia en grupo y de grupo (Cohn, 1973; Polster, 1976; Perls, 1978; Kepner, 1980; Castanedo, 1990; Zinker, 1997; González, 1999; Naranjo, 2004; Peñarrubia, s/f), a través del “darse cuenta” (Stevens, 1976; Perls, 1976), usando las técnicas supresivas, expresivas e integrativas (Naranjo, 2004; Salama, 2007) y muy atentos a los elementos del ciclo Gestalt de la experiencia (Zinker, 1997; Salama, 2002, 2017), se puede re-significar radicalmente los conceptos como dolencias, síntomas, enfermedad y salud. Una vez que los participantes logran darse cuenta y comprender (formar una nueva figura cerca de) de una nueva manera los conceptos mencionados, logran resultados saludables radicales en muy poco tiempo, tanto en enfermedades en las que están en tratamiento como en otros síntomas crónicos ante los que se habían resignado. También enfermedades consideradas médicamente graves, “de por vida” o difíciles de curar como la diabetes, el cáncer, etc. Las enfermedades son desórdenes manifestados a nivel físico, pero son generadas por impactos emocionales (Sánchez .2021, 00:50; Fléche, 2007) provocados por experiencias difíciles a lo largo de la biografía del ser humano, los cuales se van convirtiendo en biología (Myss, s/f), es decir, dolencias, síntomas, enfermedades. Estos impactos emocionales generan interrupción en el flujo natural de la energía en el ciclo de la experiencia conocidos como bloqueos (Zinker, 1997; Salama, 2002, 2017). Todo bloqueo en la energía vital no solo genera síntomas emocionales sino también físicos y relacionales.

Palabras clave: re-significación, enfermedad, PTC, grupo, experiencia



Summary

This article will discuss how participation in a group and group experience (Cohn, 1973; Polster, 1976; Perls, 1978; Kepner, 1980; Castanedo, 1990; Zinker, 1997; González, 1999; Naranjo, 2004; Peñarrubia, s / f), through “realizing” (Stevens, 1976; Perls, F. (1976), using suppressive, expressive and integrative techniques (Naranjo, 2004; Salama, 2007) and very attentive to the elements of the Gestalt cycle of experience (Zinker, 1997; Salama, 2002, 2017). Concepts such as ailments, symptoms, disease and health can be radically re-signified. Once the participants realize and understand (form a new figure close to) in a new way the aforementioned concepts achieve radical healthy results in a very short time, both in diseases in which they are under treatment and in other chronic symptoms to which they have resigned themselves. Also diseases considered medically serious, “ for life ” or difficult to cure such as diabetes, cancer, etc.

Diseases are disorders manifested on a physical level, but they are generated by emotional impacts (Sánchez. 2021, 00:50; Fléche, 2007) caused by difficult experiences throughout the biography of the human being, which are becoming biology (Myss, nd), that is, ailments, symptoms, diseases. These emotional impacts generate interruption in the natural flow of energy in the experience cycle known as blockages (Zinker, 1997; Salama, 2002, 2017).

Any blockage in the vital energy not only generates emotional symptoms but also physical and relational ones.

Introducción

Este es un artículo informativo que tiene el propósito de mostrar cómo la participación en vivencias en y de procesos grupales gestálticos, tiene efectos terapéuticos en muchas enfermedades dependiendo de la profundidad como trabaja cada participante. La esencia de la salud no está limitada por el tiempo, el espacio ni los intereses físicos humanos (Myss, s/f) y no solo se logra con la medicina clásica. Respetando los límites de cada disciplina, aquí se reconocen los efectos terapéuticos de los procesos grupales más allá de la salud emocional, llegando a afectar positivamente la regeneración de los procesos naturales aún a nivel físico. Además, como afirma Dethlefsen y Dahlke (2011):

El camino del individuo va de lo insano a lo sano, de la enfermedad a la salud y a la plenitud. La enfermedad no es un obstáculo que se cruza en el camino, sino que la enfermedad en sí, es el camino por el que el individuo va hacia la curación. Cuanto más conscientemente contemplemos el camino (darse cuenta), mejor podrá cumplir su cometido. (p. 17)

Con plena conciencia de que esta es una afirmación radical y muy poco aceptada. Normalmente se marca una línea divisoria entre el mundo médico y el ámbito psicoterapéutico. Reservando todo lo que requiere intervención farmacológica o quirúrgica al ámbito médico, y todo lo emocional y psicológico, conductual o relacional al ámbito psicoterapéutico. Pero, desde la visión de este artículo, no se puede seguir diseccionando al individuo y tratarlo por pedazos. Bien sabido es que habrá aspectos que requieran de la intervención, destreza y ciencia médica y aquí no se trata de excluir ni devaluar, pero sí de enfatizar la unidad del ser humano responsable y creador de su propio destino (esto incluye su estado de salud o enfermedad) y no víctima de las vicisitudes del entorno o de organismos nocivos para la salud.

Lo que se quiere decir en clave del proceso de psicoterapia Gestalt, basado en el ciclo de la experiencia (Zinker, 1997; Salama, 2002, 2017) es que los bloqueos presentados en el mismo, al igual que un síntoma no son en realidad una enfermedad o patología, sino una señal que está pidiendo atención, presencia total y tal vez una reconfiguración desde la fase formación de figura, ya que es donde se puede dar un nuevo giro a la vivencia llamada enfermedad. La salud, la enfermedad y/o las dolencias tienen que ver con la filosofía de vida, las creencias y los ejes de los cuatro valores de la psicoterapia Gestalt: autoestima, responsabilidad, respeto, honestidad y no son generados solamente por causas físicas. Esto se puede cambiar a lo largo de vivencias gestálticas grupales.

Objetivo

Analizar y Describir los efectos positivos en la salud de los participantes de la psicoterapia Gestalt en grupos y de grupo.

Método

Se hace una lectura de dieciocho años de experiencia en trabajos grupales, la lectura de la obra Anatomía del espíritu. La curación del cuerpo, llega a través del alma de Caroline Myss (s/f), La enfermedad como camino de Dethlefsen y Dahlke (2001) bajo la perspectiva del proceso del Ciclo Gestalt (Zinker, 1997; Salama, 2002, 2017) donde, desde la riqueza de la visión gestáltica, se han visto los bloqueos como momentos de “crisis”, desafío y oportunidad para integrar la sana experiencia del paciente, en el contexto de la teoría y práctica gestáltica grupal (Cohn, 1973; Polster, 1976; Perls, 1978; Kepner, 1980; Castanedo, 1990; Zinker, 1997; González, 1999; Naranjo, 2004; Peñarrubia, s/f).

Desarrollo

“Toda” enfermedad se genera con los impactos emocionales que provocan la auto interrupción (bloqueo) del flujo natural de la energía en el ciclo de la experiencia vital; “la biografía se convierte en biología” (Myss, s/f, p. 23); “el poder personal es necesario para la salud” (Myss, s/f, p.25) y “la persona puede sanarse sola” (Myss, s/f, p. 27) entregándose totalmente a resignificar sus experiencias desde las herramientas y técnicas gestálticas grupales. Por tanto, que se puede resignificar las dolencias, los síntomas o la enfermedad cuestionando los in-troyectos tribales, culturales y familiares con los cuales se han interpretado las experiencias vividas, puesto que:

Yo soy responsable de la creación de mi salud; por lo tanto, en cierto sentido yo participé en la creación de esta enfermedad. Puedo participar en la curación de la enfermedad sanandome yo, lo que significa sanar al mismo tiempo mi ser emocional, psíquico, físico y espiritual. “(Myss, s/f., p. 27)



La Psicoterapia Gestalt y los procesos grupales invitan a mirar hacia la experiencia del encuentro con el mundo y no a señalar culpables. La propuesta es mirar la capacidad del ser humano de trascender el lenguaje de las heridas, despertar del YO consciente y sano; amarse a sí mismo, recorrer el camino menos transitado, es decir, el camino hacia lo interior y por ende, aumentar su poder personal interior, desarrollar su autoestima; enfrentar el desafío de administrar su energía creativa a través del sano tránsito por el ciclo de experiencia; tener claridad en la responsabilidad de sus elecciones y sus relaciones, ser capaz de respetarse a sí mismo y a los demás; atreverse a desafiar el poder tribal-cultural-familiar tóxico de las creencias heredadas y ser consciente de las consecuencias de las mismas en su estado de salud (Myss, s/f). Esto es lo que se puede lograr en el trabajo gestáltico en grupo y de grupo.

Junto con Merleau-Ponty (1985), se puede decir, que la enfermedad es una experiencia absorbente, sobre todo cuando se torna intensa y grave. Un organismo enfermo bloquea muchos de sus procesos vitales no solamente físicos, sino emocionales, mentales y espirituales. La conciencia entera de un ser humano puede verse atrapada por la intensidad de esta vivencia.

En el mundo entero y a lo largo de todos los tiempos, el ser humano enfrenta experiencias relacionadas con enfermedades y suele experimentarse como problemas y amenazas. La experiencia que se vive alrededor de una enfermedad involucra no solo al cuerpo, sino a la conciencia, las relaciones, las creencias, las emociones y la comprensión espiritual que adopte sobre sí, cada ser humano.

Con la enorme asociación que se hace entre enfermedad y muerte, queda al descubierto la vulnerabilidad, impotencia y finitud del ser humano en el mundo y mucho más si lo vive desde una actitud víctima. Parece suponerse que la enfermedad solo tiene dos caminos: aguantarse hasta que termine su ciclo o enfrentarla con fármacos, cirugías y hospitalizaciones. Aquí se plantea la posibilidad de prevenirlas e incluso disminuir su frecuencia y hasta llevar al cuerpo a restablecer sus procesos naturales sanos atreviéndose a tocar la experiencia.

Según Myss (s/f) los miedos principales que pueden degenerar en síntomas, dolencias y enfermedad son básicamente los siguientes: Miedo a no sobrevivir físicamente, a ser abandonado por el grupo y a la pérdida del orden físico, a perder el dominio propio y a ser dominado por otro; miedo a la adicción, la violación sexual, la impotencia y las pérdidas económicas. También, temor a perder el poder del cuerpo físico; miedo al rechazo, a la crítica, a no cumplir las propias responsabilidades; temores relacionados con la apariencia física (rasgos físicos, obesidad, calvicie, vejez, etc.); miedo de que otras personas descubran nuestros secretos; miedo a la soledad; a la incapacidad de protegerse emocionalmente; miedo a la debilidad y traición emocionales; temor a no tener autoridad o poder de elección en la vida, ya sea dentro de la tribu o en las relaciones personales y profesionales. Temor a perder el control ante nuestras reacciones, el dinero, la salud; resistencia a mirar el interior y desenterrar los propios miedos; miedo al propio lado oscuro y a sus atributos.

Podemos simplificarlos en los miedos del ciclo Gestalt Salama (2002, 2017): miedo a triunfar, a sufrir, el castigo, al rechazo, a agredir y lastimar a los demás, a enfrentar, al abandono y a la soledad de la libertad.

La resignificación de la enfermedad, se puede lograr cuestionando la filosofía de vida previa. A lo largo de los procesos de grupo y en grupo surge una batería de preguntas para cuestionar las creencias -introyectos- y comportamientos con respecto a la salud, enfermedad o dolencias, como las siguientes:

Con respecto al yo: ¿Cuál es tu vivencia? ¿Cuál es tu sensación? ¿A qué emociones te conectas? ¿Qué te dices ante lo que te está sucediendo?

Con respecto al YO-TU: ¿Cómo te relacionas? ¿Puedes poner límites? ¿Puedes decir que “sí” o que “no”?

Con respecto al Nosotros: ¿Cuáles son los códigos o valores que te unen al grupo? ¿Cómo gestionas la pertenencia y la diferencia? (Gil, 2015/2020)

El propósito es reconectar al ser humano con su propio flujo de energía saludable siguiendo un proceso de revisión y replanteamiento radical de la vida. Un YO saludable no solo tiene el poder de crear un proceso emocional y mental saludable sino también físico y relacional. Un YO sano se relacio-



na de forma sana con el mundo y sus manifestaciones. Y eso se logra al tomar conciencia y conocer el sentido más profundo del poder de elección que acompaña al hecho de responsabilizarse. Sin entregar el poder a una fuente externa (Myss, s/f). Y aquí cobran fuerza los planteamientos gestálticos: Vive el momento presente, aquí y ahora; busca solamente la autenticidad de tu experiencia; entrégate al flujo de energía que surge de tu interior; cierra toda Gestalt iniciada (Cohn, 1973; Polster, 1976; Perls, 1978; Kepner, 1980; Castanedo, 1990; Zinker, 1997; González, 1999; Naranjo, 2004; Peñarribia, s/f.; Stevens, 1976; Perls, 1976; Salama, 2002, 2017).

Esto se da desde el momento en que un participante elige exponerse ante la mirada del grupo y del terapeuta y comienza la danza teniendo al grupo como comparsa, resonador energético y laboratorio; al tiempo que surge la magia del “aquí y ahora” donde se reconoce al Individuo como un contexto irrepetible y puntual, mientras el Grupo se muestra como fondo y paciente/terapeuta como figura o primer plano (Perls, 1978; Peñarribia, s/f). A medida que el grupo va tomando conciencia de distinciones como limitaciones frente a posibilidades; introyectos frente a elección; actitud víctima frente a actitud responsable; racionalizar frente experiencia, bajan las defensas crece la intensidad de la participación a través de experimentos, juegos, visualizaciones, dinámicas que permiten expresar lo no dicho y cerrando temas inconclusos. Cuanto más dispuesto está el paciente a ex-

perimentar el vacío, a dejar de hablar acerca de, a destacar sus “debeísmos”, a dejar de ser demandante o busca aprobación; y cuanto más dispuesto está a expresar lo no expresado y cerrar ciclos inconclusos, participando de lleno el proceso integrativo (Salama, 2007), más el paciente está cerca de experimentarse de forma auténtica y comienza verse una transformación significativa que alcanza su manifestación física. Su energía fluye libremente y recuperan una luminosidad sorprendente.

Uno de los logros más espectaculares que se han visto a lo largo de 18 años de trabajo es el embarazo de parejas que llevaban años de tratamiento sin resultado. Después de los procesos grupales han logrado su sueño.

Resultados

Los síntomas y la enfermedad son experiencias que todos los seres humanos viven en algún momento de su vida. Existe una forma muy extendida de percibir los síntomas y la enfermedad como peligro y amenaza y como algo inevitable. Surge una nueva pregunta: en lugar de enfermarse muchas veces en un año, ¿es posible prevenir para evitar el número de enfermedades? La experiencia del proceso en grupo y de grupo psicoterapéutico gestáltico ofrece una oportunidad para reconfigurar el significado de las dolencias, el síntoma y enfermedad.

Conclusiones

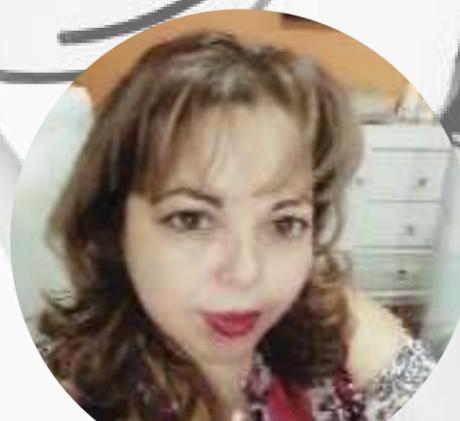
Sí es posible la re-significación del síntoma. Presento aquí ocho pasos para hacer el camino hacia el poder interior (autorregulación organísmica), inspirados en Caroline Myss, (s/f):

- Primer paso: Estar dispuesto, creer que se puede y comprometerse a curarlo todo, llegando hasta la fuente u origen del dolor.
- Segundo paso: Apoyarse en una consulta médica para obtener un diagnóstico científico y no solo suponer o adivinar.
- Tercer paso: apoyarse en la bio-descodificación biológica para conocer el significado de la enfermedad, dolencia o síntoma.
- Cuarto paso: Identificar y examinar las heridas. Conocer y reconocer las heridas. ¿Le has dado poder a tus heridas?
- Quinto paso: Expresar verbalmente sus heridas, observe cómo las utiliza como razones, pretextos o excusas para su vida. ¿Han sido motivo de depresión, frustración reforzadora de miedos? ¿Qué vocabulario elige durante el día? ¿Usas la terminología terapéutica, o usas lenguaje que está sujeto al poder de las heridas? Cambie su vocabulario, incluso para hablar consigo mismo. Nota si eres una persona adicta a las heridas.
- Sexto paso: Establece y vive dentro de una conciencia de aprecio o valoración y gratitud. Date cuenta e identifique lo bueno que puede venir, y ha venido, de tus heridas.
- Séptimo paso: Dedícate al desafío del perdón. Perdonar no quiere decir que “todo está bien, no pasa nada”. Perdonar es un acto de conciencia, es un acto de darse cuenta que libera la psique y el alma de la necesidad de vengarse y de la percepción de sí mismo como una víctima. Más que exonerar de culpa a quien nos ha causado daño, perdonar significa liberarnos del dominio que ejerce sobre nuestra psique el hecho de considerarnos víctimas. La liberación que genera el perdón llega en la transición hacia un estado más elevado de conciencia, no sólo en teoría, sino energética y biológicamente. En mi opinión, el perdón podría contener la energía que genera los milagros.
- Octavo paso: Piense con amor. Viva con aprecio y gratitud. Mantenga su espíritu en el momento presente.

Referencias

- Castanedo, C. (1990). Grupos de encuentro en terapia Gestalt. Barcelona, España: Herder.
- Cohn, R. C. (1973). Terapia de grupo psicoanalítica, experiencial y Gestáltica. En Fagan y Shephard: Teoría y técnica de psicoterapia gestáltica. Buenos Aires, Dethlefsen, T., y Dahlke, R., (2011). La enfermedad como camino. México: Random House Mondadori, S.A
- Ferrer, U. (2008). La trayectoria fenomenológica de Husserl. Pamplona: Eunsa.
- Flèche, C. (2007). El origen emocional de las enfermedades.
- Gil, J. (2015/2020) Terapia Gestalt grupal, en Gestalt salud. <https://www.gestalt.salud.com/terapia-gestalt-grupal/>
- González, J. (1999). Psicoterapia de grupos Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno.
- Heidegger, M. (1926). Ser y tiempo. Edición digital de: <http://www.philosophia.cl>
- Kepner, E. (1980). Gestalt Group Process, en Fender y Ronald: Beyond the hot seat. Gestalt approaches to group. Nueva York: Brunner Mazel.
- Latner, J. (2007). Fundamentos de la Gestalt. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Merleau-Ponty M. (1985) Fenomenología de la percepción. Barcelona
- Myss, C. (s/f) Anatomía del espíritu. La curación del cuerpo, llega a través del alma. edición electrónica. file:///D:/download/Anatomia_del_0Espiritu_Caroline_Myss.pdf
- Naranjo, C. (2004). La vieja y novísima Gestalt. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Peñarrubia, P., (s/f) Terapia gestáltica grupal. https://gestaltnet.net/sites/default/files/terapia_gestaltica_grupal.pdf
- Perls, F. (1970b). Four lectures. En Fagen y Shephard. Comps.
- Perls, F. (2003). Terapia Gestalt. Teoría y Práctica. México: Editorial Pax.
- Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico. Testimonio de terapia. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1978). Terapia de grupo versus Terapia individual, en John Stevens. Esto es Gestalt. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Polster, E. y M. (1976). Terapia gestáltica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Salama, H. (2002,). Ciclo Gestalt Salama. TPG. México: Centro Gestalt Salama.
- Salama, H. (2007). Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología. México: Alfaomega.
- Salama, H. (2017). Gestalt 2.0. México: Alfaomega.
- Sánchez, F. (22 de septiembre de 2021). Lo que no quieren que sepas de las enfermedades [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=oTD6wSSwjp0&t=55s>
- Stevens, J. (1976). El darse cuenta. Sentir, imaginar y vivenciar. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (1997). El proceso creativo en la terapia gestáltica. México: Paidós.

Acercas de la Autora



MARIBEL CANSECO VILLALVAZO

Licenciada en derecho y en Desarrollo Humano; maestra en derecho penal y criminalística, en Organización Familiar sistémica y en Estrategias reeducacionales. Facilitadora de procesos grupales.

LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA COMO MECANISMO DE AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL



Karina Suárez Fernández

Resumen

Muchos adolescentes que practican la conducta autolesiva, encuentran en ello una válvula de escape ante la imposibilidad de reconocer y gestionar adecuadamente sus emociones. La falta de habilidades socio-afectivas que aún están en proceso de desarrollo, traducidas en carencia de inteligencia emocional que caracteriza esta etapa evolutiva y que se manifiesta en conductas impulsivas debido a la metamorfosis cerebral que atraviesan, sumada a otras variables ambientales como ciertas adversidades psicosociales, así como a algunas psicopatologías como la ansiedad y la depresión, fungen como estresores que se convierten en factores de riesgo latentes para la detonación de esta conducta. El presente trabajo informativo, hace una revisión generalizada con la intención de describir y enfocar a la conducta de autolesión no suicida como una forma alternativa de comunicación emocional debido a la dificultad que muchos adolescentes-con factores de riesgo- tienen para reconocer y enunciar lo que sienten, situación que les impide encontrar la ruta adecuada para una gestión y autorregulación saludable que lleva a algunos a la decisión de autolesionarse. Así pues, desde este enfoque, el presente artículo explora algunas estrategias de entrenamiento en inteligencia emocional procedentes de programas de trabajo con adolescentes, como una forma de aprendizaje basado en lo que se conoce como alfabetización emocional.

Abstract

Many adolescents who practice self-injurious behavior find in it an escape valve for the impossibility of recognizing and adequately managing their emotions. The lack of socio affective skills that are still in the process of development, translated into a lack of emotional intelligence that characterizes this evolutionary stage and that manifests itself in impulsive behaviors due to the brain metamorphosis they are going through, added to other environmental variables such as certain psychosocial adversities, as well as some psychopathologies such as anxiety and depression, act as stressors that become latent risk factors for the detonation of this behavior. The present article, makes a review with the intention of describing and focusing on non-suicidal self-injurious behavior as an alternative form of emotional communication due to the difficulty that many adolescents with risk factors-have in recognizing and enunciating what they feel, a situation that prevents them from finding the appropriate route for a healthy management and self regulation that leads some to the decision of self-injury. The approach of this article explores some training strategies in emotional intelligence from programs working with adolescents, as a form of learning based on what is known as emotional alpha-betization.

Palabras Clave: Adolescente, autolesión, auto lesivo, autoagresión, emociones, gestión emocional, autorregulación, inteligencia emocional



Introducción

“No se por qué me lesiono, algunos profesionales me han dicho que es para llamar la atención, pero yo no creo que ese sea el motivo. Lo único que tengo claro es que después de hacerme el corte me siento mejor, más tranquilo, a veces creo que me hago a mí lo que me gustaría hacerle a otros, pero tampoco creo que sea la explicación porque yo no le haría daño a nadie. No lo sé, no puedo contestar a tu pregunta” (Mosqueda, 2008, p.17).

Testimonio Paciente de 19 años

“La autolesión es una estrategia de afrontamiento y como medida compensatoria; una agresión deliberada al propio cuerpo como una forma de manejar y tolerar las emociones. Esta agresión, si bien puede surgir de manera impulsiva e inesperada, incluso para la persona que lo está realizando, también puede ser premeditada y planificada o la consecuencia de un aprendizaje que se ha ido reforzando y que se hace automático con el tiempo”. (Mosqueda D., 2008, p.4).

Hablar de autolesión no suicida, requiere de la diferenciación basada en la intencionalidad de la conducta. Cuando el adolescente se produce dolor desde esta práctica -independiente a los motivos- el común denominador es que se convierte en una forma de expresión y de descarga emocional ante su sufrimiento y por lo tanto, se excluye la necesidad de terminar con su vida.

Lo anterior, indica una incompetencia emocional evidente, sobre todo en los procesos de identificación y gestión. Por otro lado, si sumamos el hecho de que vive la segunda etapa de maduración de las estructuras cerebrales determinadas por grandes cambios a nivel sináptico, encontraremos un campo fértil para posibles desequilibrios comportamentales, emocionales y cognitivos.

Es una etapa de cambios donde la regulación emocional se ve afectada debido a que aún carece de competencias psicológicas y habilidades de razonamiento, así que, su toma de decisiones puede verse afectada también. (Steinberg, 2005)

De acuerdo a Sanchez (2018), “la conducta autolesiva no suicida practicada por el adolescente, se caracteriza por una lesión provocada de forma deliberada, impulsiva e intencional, especialmente en la piel y sin la finalidad de cometer suicidio” (p.188). Se llevan a cabo cortes, quemaduras, golpes, escoriaciones, raspaduras, arañazos, etc. y puede iniciar entre los 11 y 25 años.

Fleta (2017) puntualiza que desde mediados de 1960, se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan y muchos casos están correlacionados con el padecimiento de cuadros de depresión, ansiedad e incluso trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado, se ha encontrado que es una conducta frecuente cuando el adolescente vive experiencias de disfuncionalidad familiar o dificultades para relacionarse interpersonalmente (Sarmiento, Pérez, Durán, Upegui, Rodríguez, 2019). Los eventos negativos pueden provocarles malestar, dolor y sufrimiento que los lleva a mirar la autolesión como una posible salida que los puede meter en un ciclo de culpa, vergüenza y arrepentimiento posterior.



Es así que, la conducta autolesiva representa un inadecuado mecanismo de afrontamiento ante las situaciones de estrés ya que el adolescente está mucho más sensible ante los estímulos del exterior por lo que al requerir adaptarse de forma pronta y funcional, toma esta alternativa a pesar de ser una conducta de riesgo. Así pues, la desadaptación, la convierte en una forma de autorregulación por retroflexión llevada a cabo desde el impulso y no desde la cognición.

El método de recolección de información para la elaboración del presente artículo, incluye la búsqueda inicial en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta edición, con la intención de identificar las investigaciones estandarizadas con respecto a esta práctica y que puedan dar un panorama específico para el entendimiento de esta conducta desde su descripción de signos y síntomas. Por otro lado, se revisaron los elementos del desarrollo neurobiológico de la etapa evolutiva de la adolescencia en investigaciones recientes sobre la neurociencia de la emoción, así como la recolección de datos con respecto a las técnicas y estrategias propuestas por Daniel Goleman -creador del término Inteligencia Emocional-, Paul Ekman y Richard Davison en el cultivo del equilibrio y gestión emocional como una alternativa ante la presencia de la conducta autolesiva adolescente.

Clasificación y criterios según el DSM-V

Es importante mencionar que las Autolesiones sin intención suicida, se encuentran clasificadas en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ª ed.; DSM-5; Asociación Psiquiátrica Americana, 2014)

Los criterios establecidos se ubican en la sección III en el apartado de: Afecciones que necesitan más estudio. Esto implica que los criterios aún no son oficiales ya que siguen en proceso de estudio, por lo tanto, “las conductas autolesivas sin fines suicidas no están tipificadas como una entidad clínica específica, apareciendo únicamente como parte de los criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de Personalidad; esta asociación se basa en que estudios en población clínica muestran que más del 70% de los sujetos con diagnóstico del TLP realizan conductas autolesivas con diferentes motivaciones, sin embargo no existen suficientes estudios realizados en población general”. (Villaroel, Jerez, Montenegro, Montes et, al., 2013 p.42)

La red socioemocional, la red de control cognitivo y la autolesión sin intención suicida.

“Se trata de una red neuronal especialmente sensible a los estímulos sociales y emocionales y muy relevante en el proceso de la recompensa. Según algunas investigaciones, esta red se reestructura en la adolescencia temprana a través de los cambios hormonales de la pubertad (Steinberg, 2005, p.58). Dicha red, está conformada en áreas límbicas y paralímbicas del cerebro del adolescente.

Por otro lado, también se está conformando la red neuronal de control cognitivo ubicada en el córtex prefrontal y parietal del cerebro, encargada de la capacidad de planificación y de la autorregulación emocional, misma que aún está en proceso de maduración por lo que las conductas de riesgo son mucho más frecuentes, sobretodo si la red socioemocional está mucho más activada por la misma naturaleza de la etapa evolutiva y que detona en conductas de riesgo debido a la presencia de factores ambientales que lo favorecen. Esto implica que la red socioemocional puede estar por encima del control cognitivo impidiendo una sana autorregulación que involucra un balance entre pensamiento, reflexión y emoción.

Factores motivadores de la conducta autolesiva

Desde Villaroel, et al. (2013) al ser un problema multifactorial que engloba tanto el temperamento del adolescente, como su personalidad y los aspectos sociales, entre otras variables más, se encausa en ciertos rasgos comunes entre los que destaca: historial de autolesiones en la familia, baja autoestima, autorrechazo, impulsividad, sentimientos de incapacidad y dificultad para resolver problemas. Por otro lado, existen ciertos modelos biopsicosociales que sugieren algunos motivos de la conducta autolesiva y estos son: Vulnerabilidad biológica hacia la inestabilidad emocional, estados de disociación para recuperar la propiedad corporal a través del dolor, mecanismo adaptativo ante la necesidad de autodestrucción, voz de alarma desde la necesidad de ser valorado, reafirmación de autonomía, con-

ducta de autocastigo y autocontrol y una forma de generar excitación y emociones intensas.

Ahora bien, tomando en cuenta el enfoque del presente trabajo basado en competencias emocionales, tomaremos la postura de Fleta (2017), quien menciona que la conducta autolesiva “se debe a una finalidad psicológica ya que cualquier forma de producción de dolor, expresa el sufrimiento, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten visualmente a través del cuerpo” (p.39). Por lo tanto, se convierte en una ruta de liberación de sentimientos que el adolescente no puede expresar y que requieren ciertas estrategias de intervención enfocadas en la autorregulación emocional saludable. Competencias emocionales y sociales en el adolescente.

“La habilidad de procesar y manejar los sentimientos propios y de los demás para atender y resolver los conflictos emocionales forma parte de las competencias emocionales y el desarrollo de estas habilidades durante la adolescencia, influye positivamente en su funcionamiento personal, social y escolar”. (Shoeps, Tamarit, Gonzales, Montoya, 2019, p.1) Las habilidades emocionales en los adolescentes, invariablemente desembocan en actitudes relacionales, estas a su vez proporcionan recursos de conciencia y regulación emocional y tienen efectos importantes en la formación de la autoestima. (Mayor y Salovey, 1997)

De acuerdo a Fernández y Extremera (2013), el adolescente emocionalmente inteligente, tiene una adecuada gestión de sus problemas emocionales y por lo tanto tiene una adecuada salud física y psicológica, algo que logra en gran medida como efecto de un acertado uso de estrategias de afrontamiento positivo ante las adversidades y la solución de problemas.

Al hablar de Inteligencia emocional en el adolescente, es importante mencionar las cuatro dimensiones de las habilidades que favorecen su aprendizaje y desarrollo (Fernández, et.al, 2013): Control emocional donde se pretende evitar el impulso, empatía basada en el respeto, la inteligencia y el afecto, la expresión emocional efectiva y el reconocimiento de

errores con la intención de obtener el aprendizaje del mismo.

La inteligencia emocional es un factor protector y de intervención ante las conductas autolesivas.

En 1995, Daniel Goleman popularizó el Término de Inteligencia Emocional en su libro que lleva el mismo nombre. La definió como una capacidad de reconocer los propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y manejar adecuadamente las emociones. El auge causado por los descubrimientos de los trabajos desarrollados por el autor antes mencionado, conlleva al desarrollo de diferentes programas de desarrollo de competencias emocionales entre los que destaca el programa de Alfabetización Emocional de Mark Greenberg denominado PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) que tiene la intención de enseñar a los niños y adolescentes a cobrar conciencia, reconocer y gestionar adecuadamente sus emociones y las emociones de los demás (Goleman, 2001) “Los programas eficaces desarrollan cinco rasgos: Primero calmarse y luego pensar, es decir, reducir el lapso de recuperación de la activación emocional, contribuir a aumentar la conciencia de los estados emocionales de los demás, hablar de los sentimientos y desarrollar la capacidad de pensar y planificar anticipadamente”. (Goleman, 2001, p.334)

Por todo lo anterior, podemos deducir, que la Inteligencia emocional es una habilidad que se va desarrollando en los seres humanos con el paso del tiempo y se consolida en la adultez. Lo anterior implica que la adolescencia es una etapa de déficit de dicha habilidad debido a la presencia de muchas conductas desadaptativas por lo que es importante considerar que las estrategias de desarrollo de inteligencia emocional pueden activar la red de control cognitivo para que el adolescente logre una adecuada autorregulación emocional.

Ahora bien, si tomamos en cuenta que, “desarrollar la inteligencia emocional genera resultados como la capacidad de regular las propias emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual” (Gerrig y Zimbardo, 2005, p.297), las siguientes estrategias propuestas en diversos programas de trabajo con adolescentes pueden resultar de gran

ayuda. (Velis, 2020)

Desde Velis (2020), se propone lo siguiente:

- Ampliar la conciencia de los propios sentimientos a través de un diario emocional en donde se propone al adolescente llevar un registro de cómo cree que se siente cada día y por qué se siente así.
- Identificación de las emociones: Se sugiere observar rostros con emociones a través de fotografías que les permitan distinguirlas y enunciarlas.
- Ejercicios de expresión emocional: Toma de conciencia de las experiencias emocionales, vivenciar las emociones contrarias, por ejemplo, si el adolescente experimenta tristeza, se le pide experimentar una sonrisa y mantenerla el mayor tiempo posible.
- Uso del relato, cuento, poesía y obras literarias para trabajar con los contenidos emocionales.
- Propuesta de juegos de comunicación y expresión emocional.
- Películas para análisis de emociones de los personajes
- Técnicas de role-playing
- Artes, incluida la danza y la pintura que proporcionan los medios para expresar los sentimientos
- Habilidades de tolerancia al malestar para aceptar el dolor emocional ya que esta es la única forma de reducirlo.
- Habilidades STOP: Parar, dar un paso atrás y observar para después proceder sabiendo lo que va a realizar.

Luego entonces, cuando se entrena al adolescente en procesos de reconocimiento emocional y autorregulación, se le brindan las herramientas guía y de práctica que favorecen una adecuada gestión activando la red de procesamiento cognitivo del cerebro con la intención de lograr un equilibrio o balance en conjunto con la red socioemocional.

Los resultados obtenidos durante la recolección de información con respecto al tema presentado, determinan la importancia de la función de los lóbulos frontales en el cerebro en el desarrollo social y emocional del adolescente por lo que la enseñanza de las habilidades socio emocionales es algo que resulta esencial para el equilibrio emocional y así reducir los riesgos que acompañan a las conductas autolesivas para que no escalen al suicidio o abuso de sustancias, esto fue comprobado en las investiga-

ciones realizadas por Mark Greenberg (Goleman, 2001) quien comprueba la eficacia de su programa de prevención PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies) o modelo de Alfabetización emocional, un programa implementado en al menos cien distritos de Estados Unidos y distribuido en Holanda, Australia e Inglaterra “superando evaluaciones rigurosas que determinan su eficacia abriendo un campo de aplicación científica de la enseñanza de la inteligencia emocional en el ámbito adolescente”(Goleman, 2001, p. 325).



Conclusiones

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la mayoría de los trastornos mentales comienzan en la adolescencia aunque lamentablemente ni se detectan ni se tratan y las consecuencias de no abordarlos en esta etapa, hace que se extiendan a la edad adulta (Casañas y Lalucat, 2018). Factores adversos como la baja autoestima, las dificultades comunicativas, las circunstancias sociales como la negligencia y conflictos familiares y algunos factores ambientales van en contra de la salud mental de los adolescentes.

La conducta autolesiva se rige por el impulso y de acuerdo a Mosqueda (2008) “para muchos pacientes con este problema, la autolesión puede ser vista como una amiga a la que puede recurrir en cualquier momento del día, una salida inmediata a una carga emocional demasiado pesada e intensa para ser tolerada”. (p. 13) y en todos los casos parece haber un componente emocional importante que necesita ser regulado y frenado. Entrenar al paciente autolesivo en reconocimiento y gestión emocional, puede anular las expresiones emocionales desde la autoagresión corporal para redireccionarlas a la expresión emocional a través de la expresión verbal y el procesamiento cognitivo.

Las conductas autolesivas son un punto que determina el inicio de un quiebre en la salud mental que puede transformarse en Trastorno mental si no se detecta y se detiene a tiempo. Promover la salud mental en una etapa crucial del desarrollo es menester para evitar la aparición de un trastorno en etapas posteriores. Un factor de protección y de intervención puede ser el entrenamiento en competencias emocionales personales y competencias emocionales sociales. El uso de la asertividad desde la conciencia emocional, así como la autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales conforman los elementos protectores para la salud mental. Así pues, cuando un adolescente tiene dificultades para verbalizar su dolor emocional, es incapaz de expresar sus emociones desde una comunicación asertiva y al mismo tiempo las reacciones impulsivas están siendo favorecidas por la etapa evolutiva que atraviesa, el riesgo de autolesión es latente. Es importante considerar que más que ser un intento de llamar la atención, se convierte en una puerta de salida a la emoción contenida. Es por ello que el adolescente en crisis necesita sentir que está bien expresar sus emociones y para que pueda hacerlo se puede hacer uso de la alfabetización emocional.

Referencias

- APA (2014) Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed., DSM-5 Asociación Psiquiátrica Americana.
- Casañas, R., Lalucat, R. (2018). Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revistas de Estudios de juventud*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161805>
- Fernández, P., Extremera, N. (2013). Inteligencia emocional en adolescentes. *Revista Padres y maestros*. Málaga. Universidad de Málaga
<https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1170/993>
- Fleta, Z (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de sociedad de Pediatría de Aragón*. Zaragoza. Facultad de Ciencias de la salud. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>
- Gerrig, R., Zimbardo, P. (2005). *Psicología y Vida*. México: Prentice Hall.
- Goleman, D. (2001). Emociones destructivas, cómo comprenderlas y dominarlas. Un Diálogo Científico con el Dalai Lama. Buenos Aires. Vergara Ediciones.
- Mayor, J., Salovey, P. (1997). La Inteligencia Emocional, una breve sinopsis. Universidad New Hampshire. *Revista de Psicología y Educación*.
<http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/4.pdf>
- Mosquera, D. (2008). La Autolesión: El lenguaje del dolor. México. Ediciones Pléyades.
- Organización Mundial de la Salud (2020). Salud Mental del adolescente. OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Sanchez, T.(2018) Autolesiones en la adolescencia. Significados,

perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*
<https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.196>

Sarmiento, P., Pérez, A., Durán, C., Upegui, D., Rodríguez, M. (2019). Conducta Autolesiva no suicida en adolescentes. *Colombia. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Vol VII.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7nu m3-2019/65.e1%20Articulo%20especial%20Conducta%20autolesiva%20no%20suicida%20en%20adolescentes.pdf>

Shoeps, K., Tamarit, A., Gonzales, R., Montoya, J. I. Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: Impactos sobre el ajuste psicológico. España. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/07_3.pdf

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trend And Cognitive Science*, vol 9. Cellpress
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1364661304003171>

11

Villarroel G, Juana, Jerez C, Sonia, Montenegro M, M. Angélica, Montes A, Cristian, Igor M, Mirko, & Silva I, Hernán. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>

Velis, C. (2020) Programa de Intervención Integral de las autolesiones no suicidas en una comunidad educativa desde la terapia dialéctica comportamental. Valencia. Universidad Católica de Valencia.
<https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1390/TFG%20M.%20CARMEN%20VELIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Acercas de la Autora



KARINA SUÁREZ FERNÁNDEZ

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Maestría en Análisis Transaccional en el área de psicoterapia, Maestría en psicoterapia Gestalt, Docente de postgrado Universidad Gestalt y actual Doctorante en Universidad Gestalt.

Trayectoria en consulta privada desde el año 2000 y tallerista en dinámicas de terapia psicocorporal. Entrenamiento en neurociencias, psicoterapia infantil y con adolescentes. Conferencista, escritora de contenido especializado, colaboradora experta en psicología y creadora de contenidos de salud emocional para el sitio web MamásLatinas, además de ser Co presentadora de la primera Temporada del Podcast “A que no te atreves”.

DIBUJO Y MEMORIA PROYECCIÓN COGNITIVA

Berenice Alejandra Martínez Martínez



Resumen

El presente trabajo abordará una reflexión sobre los conceptos y principios pertinentes que hacen del Dibujo una actividad proyectual. Se desarrollará bajo las siguientes semánticas: su condición como proyección, los nuevos alcances conceptuales que se derivan de ello; y las asociaciones y relaciones emergentes entre Filosofía, Psicología Cognitiva y la Neurociencia, para ir construyendo el sentido del Dibujo como proyección cognitiva.

Abstract

This paper will address a reflection on the relevant concepts and principles that make Drawing a projective activity. It will be developed under the following semantics: its condition as a projection, the new conceptual scopes that derive from it; and the emerging associations and relationships between Philosophy, Cognitive Psychology and Neuroscience, in order to build the meaning of Drawing as a cognitive projection.

Palabras Clave: Proyección, Proyectar, Proyecto, procesos cognitivos, Dibujo, memoria.

Introducción

Este artículo pretende ubicar el concepto de proyección, así como sus cualidades cognitivas, dentro del acto de dibujar. Para ello, se ha dividido en dos momentos en los que se analiza de manera distinta esta posibilidad. En el punto de partida “El dibujante-proyectante”, se concibe la naturaleza proyectiva del dibujo, y las acciones que tienen lugar en el dibujante en su capacidad de proyectar, los factores que la afectan y su habilidad para controlarla, gracias a sus posibilidades cognitivas.

La siguiente sección propone ideas para considerar al “Dibujo como proyección cognitiva” y retomará aspectos fundamentales de las Ciencias Cognitivas.

Particularmente, se reconoce aquí el papel fundamental de la memoria en el acto del dibujo. No obstante, se reconoce como una tarea muy compleja, porque coincidiendo con lo que dijo Arthur D. Efland (1929)¹, hay un gran vacío de conocimiento respecto a la relación de las artes con el desarrollo cognitivo. La importancia de esta disertación es sumar propuestas para ese fin. Las consideraciones del presente artículo se apoyan en algunos principios de la obra Fenomenología de la Percepción de M. Merleau Ponty, Artes de lo Visible del filósofo J. Derrida, y La forma natural de Dibujar del profesor y artista Kimon Nicolaïdes.

¹ Arthur D. Efland (1929) profesor de Educación Artística en la Universidad de Ohio, y autor de diversos textos artístico-educativos, entre los que destacan Arte y cognición. La integración de las artes visuales en el currículo (2004) y Una historia de la educación del arte. Tendencias intelectuales y sociales en la enseñanza de las artes visuales (2002).



El dibujante-proyectante

Del dibujo, elegimos su calidad de proyección para explorarla, y por hallarla recóndita e inalcanzable en su definición por completo, pretendemos entenderla gracias a la riqueza de su acción. Los dibujos poseen una dualidad directa en el sentido de que conducen de una manera palpable y práctica hacia pensamientos concretos visibles; son instrumentos de concreción, y a la vez son simples instrumentos para experimentar relaciones adicionales, conjeturas; es decir, son un medio para un fin en más de un sentido, no son resultados completos ni definitivos (Gómez, 1995, p. 7).

El dibujante es un proyectante. Proyecta-hace visible, y retiene- mantiene invisible. Como tal, en él reside la decisión de proyectar o retener. El dibujante es un agente activo de la proyección ¿Y de qué se nutre la proyección? Una de las respuestas más cercanas sería que la proyección se nutre de la actividad humana, de sus experiencias, de la observación de fenómenos, sensaciones, percepciones, juicios, pensamientos, cultura y un sinfín de factores. Cabe decir que se nutre de toda forma de conocimiento, y el dibujo mismo es conocimiento.

En el trayecto de la proyección, el dibujante mismo tiene un encuentro único con la forma de proyectar. Cada dibujante posee un sistema único para proyectar. Se conserva cierta fidelidad de la concepción hasta la proyección (lo dibujado), pero la fidelidad no es absoluta. Y es justamente porque, como seres humanos dinámicos en nuestros sistemas de supervivencia, sufrimos alteraciones de todo tipo en nuestros fenómenos físicos, y la proyección por ser un hecho físico, también la sufre. Como consecuencia, el dibujo es susceptible. Dadas estas circunstancias, el dibujante debe preparar el mejor entrenamiento para controlar hasta el límite de sus posibilidades, la proyección. Algunos tipos de perturbaciones que interfieren en la proyección, puede ser la vulnerabilidad de los procesos cognitivos del ser humano. Incluso es necesario considerar a la proyección como un complejo de operaciones cognitivas humanas.

El dibujante-proyectante mantiene activos sus sistemas de sensopercepción en cualquier órgano de los sentidos. Su atención es dirigida hacia los estímulos que considere más importantes y la información dada por estos estímulos es filtrada, procesada y almacenada en la memoria sensorial, activada todo el tiempo mientras dibuja. Lo que observa, lo que capta y registra en su memoria icónica debe ser inmediatamente proyectado sobre el papel (o la superficie donde se dibuje). [...] El dibujante dibuja siempre la memoria o dibuja siempre de memoria en la oposición entre percepción actual, presente y memoria (Derrida, 2013, p.154).

Dibujo como proyección cognitiva

Naturalmente existe una **serie** intrincada de procesos mentales que permiten el acto de dibujar. El artista estadounidense Robert Morris expresa:

No hago dibujos para ser más consciente. Dibujar me permite pensar en un nivel preconscious, ausente de lógica e indiferenciado por la lógica y razón. Cada vez más son formas de escapar de la lógica y la racionalidad y permiten a la mente hacer sus propias conexiones inmediatas y desconocidas en el laberinto del cerebro (2011, p.69).

Y no solamente se involucran los procesos mentales, también los corporales. Aquí es necesario insertar los planteamientos del profesor Kimon Nicolaïdes², quien deja clara la idea de que el éxito en el proceso de dibujo debe mucho a su constancia y práctica “intensa y meticulosa”, de manera tal, que la relación entre el dibujante y lo dibujado, sea más estrecha, y el contacto físico capacite al entrenado, en la percepción de múltiples modalidades. El recorrido del ojo debe ir a la par de las diferentes sensaciones, pero sobre todo debe moverse paralelamente al motor del tacto, capacidad inherente del proceso de dibujo, como si el lápiz tocara el objeto observado, plantea el autor (Nicolaïdes, 1941). En el papel del dibujante, todo lo que se observa, registra, codifica, almacena y recupera, afecta a la proyección. Dice el filósofo Merleau Ponty que asistimos en cada instante a este prodigio de la conexión de las experiencias y nadie sabe mejor que nosotros como se efectúa por

² Autor del libro “The Natural way of draw”(1941). Pintor y profesor del Art Students’ League of New York

ser, nosotros, este nudo de relaciones (1945, p. 20). El dibujante se encarga de dar una existencia visible a la proyección.

Dibujar bajo el espectro de lo físico, es volver a confiar en las apreciaciones de nuestros sentidos, de manera tal que la razón no perturbe este rico proceso. En la otra cara de la moneda, se encuentra la corporalidad. Nicoláides motiva a memorizar a través de la corporalidad, es decir, el reconocimiento de datos a través de la sensación en el cuerpo, “recuerda el movimiento con tus propios músculos”, dice, esto es un gran mecanismo mnemotécnico porque permite un almacenamiento mucho más rico en información y con menor pérdida de datos. A partir de esto, Nicoláides introduce una relación de conceptos muy valiosa: memoria de movimiento, memoria de dirección y memoria de unidad. Nociones muy apropiadas para la proyección y su estudio cognitivo, sin duda.³

La contemplación de la memoria junto con la corporalidad, permite activar los mecanismos dinámicos para la recuperación de datos de un todo, que acaba de ser, y la conservación de esa identidad, pertenece a la proyección del dibujo. La relación entre el pensamiento y el cuerpo es tan cercana que lo que sucede en la mente es a menudo descrito en el lenguaje de las manos. La mente se sitúa en menor trascendencia que la mano. Dado que la mano puede comprender, el pensamiento puede hacerlo también (Aicher, 1991, p.22) [Trad. Del A.].

Conclusiones

Podemos concluir que: El dibujo madura a partir de constantes proyecciones. El dibujante hace una constante investigación visual sobre la forma. La cuestiona, le atribuye cualidades y la fija en su memoria, proyecta este recuerdo instantáneo hacia el papel, para registrarla. Una y otra vez hace este proceso, hasta que la revelación se hace evidente. La proyección es el resultado de la decisión del dibujante entre proyectar o retener.

³ Imagen: Los procesos de Dibujo en la vida de Henri Matisse# Extraída de Gómez, J. (1995). Las lecciones del Dibujo. Cátedra. p. 159.

Esta proyección se beneficia o perjudica a partir de la vulnerabilidad de los procesos cognitivos. Una de las materias primas del dibujo es la proyección, y a su vez la memoria lo es de la proyección.

BIBLIOGRAFÍA

- Aicher, O. (1991). Analogous and digital. Michael Robinson. Analog und digital. Ernst & sohn
- Derrida, J. (2013). Artes de lo visible (1979-2004). Joana Masó y Javier Bassas. ElagoEdiciones.
- Efland, A. (1929). Art and cognition. Integrating the visual arts in the curriculum. Teachers College, Columbia University
- Gómez, J. (1995). Las lecciones del Dibujo. Cátedra.
- IVAM. (2011). Robert Morris. El dibujo como pensamiento. Tomàs Belaire, Kare Capshaw, Virginia Collera, Olivier Saint-Germain. Bancaja.
- Nicoláides, K. (1941). La forma natural de dibujar: plan de trabajo para estudiantes de arte. Arnoldo Lagner. The natural way to draw:a working plan for art study.UNAM.
- Ponty, M. (1945). Fenomenología de la percepción. Cabanes Jem. Phénoménologie de la perception. Península.

Acercas de la Autora



BERENICE ALEJANDRA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Maestrante en el Programa de Posgrado en Artes y Diseño, en la Maestría en Docencia en Artes y Diseño, y Lic. en Diseño y Comunicación Visual de la Facultad de Artes y Diseño, ambas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Traductora de la primera versión en español del libro “Visual Language for Designers” de la diseñadora instruccional estadounidense Connie Malamed, referente a los procesos cognitivos y la imagen. Gestora Cultural por parte del Centro Cultural Mexiquense, Texcoco, Edo. Mex. Su formación humanística le ha permitido desarrollarse como diseñadora y artista gráfica, ilustradora, fotógrafa, docente, investigadora, ponente y gestora cultural. Es Coadministradora de Level In, un estudio de Diseño enfocado al diseño gráfico, arte y fotografía. Coadministradora de “Wow , coleccionables”, una línea de souvenirs de diferente índole, con conceptos gráficos y diseño de personajes de su creación, además de diseño de Fan Art. Docente en áreas humanísticas en la Universidad Gestalt. Docente particular en Lengua extranjera, Dibujo y Artes Visuales. Integrante del Colectivo de Artistas POLISEMIA, Querétaro, México. Miembro del programa radiofónico digital “Polisemia Sin Censura” dentro de la estación Universal Home 7.77. Integrante de la iniciativa “Hablemos Unidos Podemos”.



DE LA INTENCIONALIDAD FILOSÓFICA A LA INTENCIÓN EN LA PSICOTERAPIA GESTALT EN PROCESOS GRUPALES

Apolonio Álvaro Ramos Méndez

Resumen

En el presente artículo se hablará de la intencionalidad como estados mentales o de conciencia, distinguiéndose de la intención que son disposiciones a la acción pero que están enlazadas a la intencionalidad de la conciencia. Asimismo, se hablará de la posibilidad de aplicar la intencionalidad y la intención en el proceso terapéutico gestáltico grupal relacionándola con el ciclo de la experiencia, localizando la intencionalidad en la zona interna-pasiva y la intención en la zona externa-activa del ciclo.

Abstract

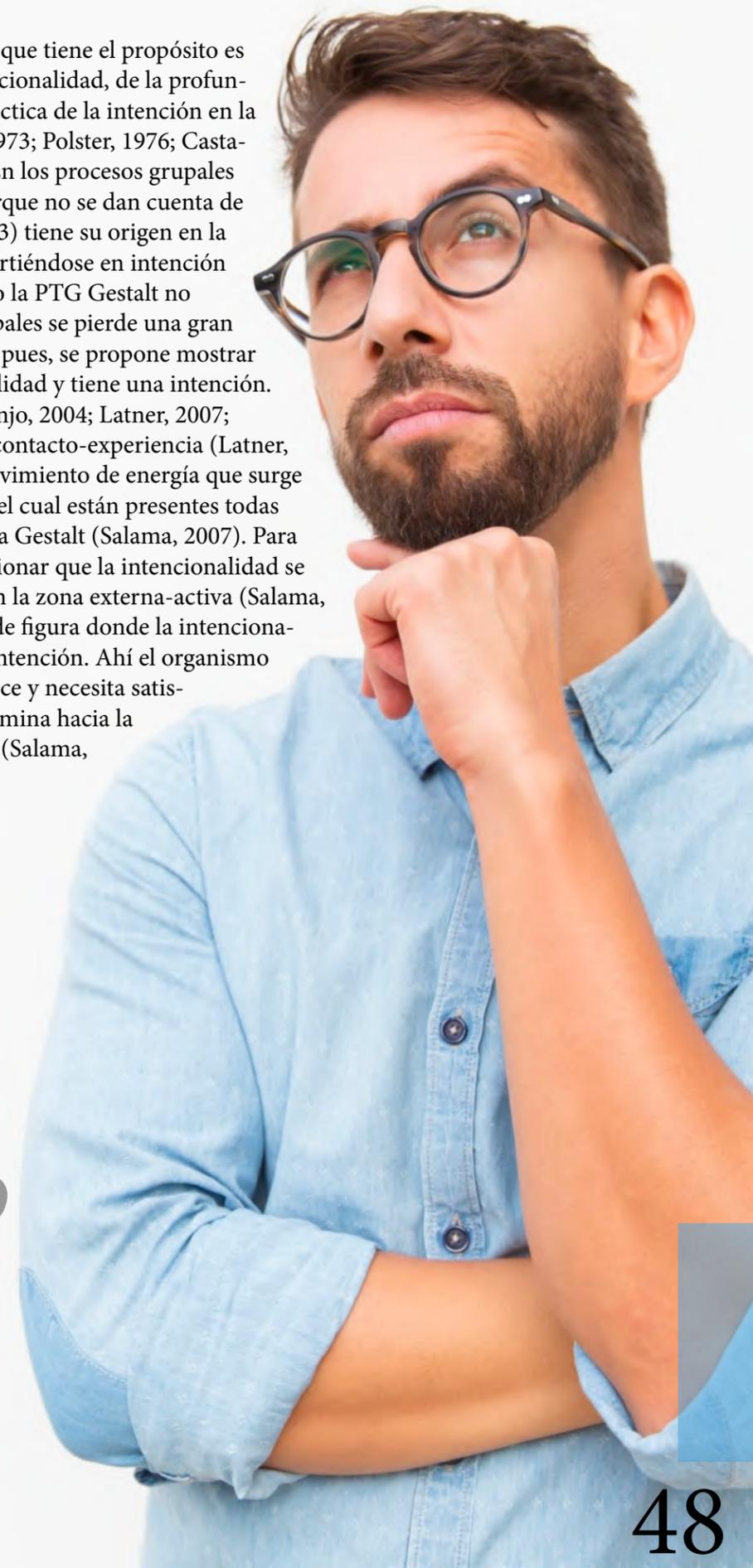
In this article, intentionality will be discussed as mental or consciousness states, distinguishing it from intentions that are dispositions to action but that are linked to the intentionality of consciousness. Likewise, the possibility of applying intention and intention in the group Gestalt therapeutic process will be discussed, relating it to the cycle of experience, locating intention in the internal-passive zone and intention in the external-active zone of the cycle.

Palabras Clave: Intencionalidad, intención, PTG grupal, ciclo de experiencia, conciencia

Introducción

El presente es un artículo informativo que tiene el propósito es mostrar que es posible llevar la intencionalidad, de la profundidad de la filosofía, a la vivencia práctica de la intención en la psicoterapia Gestalt grupal (Cohn, 1973; Polster, 1976; Castaneda, 1990; González, 1999; Calviño, 2006). En los procesos grupales se puede observar que las personas sufren porque no se dan cuenta de que toda experiencia (Latner, 2007; Perls, 2003) tiene su origen en la intencionalidad de los estados mentales convirtiéndose en intención al dirigirse hacia un objeto relacional. Cuando la PTG Gestalt no mira estos dos elementos en los procesos grupales se pierde una gran oportunidad ante sus pacientes. Este artículo, pues, se propone mostrar que toda experiencia surge de una intencionalidad y tiene una intención. Desde el proceso gestáltico (Perls, 2003; Naranjo, 2004; Latner, 2007; Salama, 2007), es importante saber que todo contacto-experiencia (Latner, 2007; Salama, 2007) tiene previamente un movimiento de energía que surge de un vacío fértil (conciencia intencional) en el cual están presentes todas las potencialidades para que emerja una nueva Gestalt (Salama, 2007). Para el propósito de esta aportación se puede relacionar que la intencionalidad se da en la zona interna-pasiva, y la intención, en la zona externa-activa (Salama, 2002, 2007, 2017) Es en la fase de formación de figura donde la intencionalidad, en la zona intermedia, se convierte en intención. Ahí el organismo ha diferenciado con claridad lo que le pertenece y necesita satisfacer, reúne la energía indispensable y se encamina hacia la acción para contactar con el objeto relacional (Salama, 2002, 2007, 2017).

“ Sin la toma de conciencia
no hay nada.
Ni siquiera conocimiento
de la nada
(Fritz Perls). ”



Objetivo

Mostrar que es posible llevar la intencionalidad de la profundidad de la filosofía a la vivencia práctica de la intención en la psicoterapia Gestalt grupal.

Método

Para este propósito se revisa básicamente el pensamiento de Brentano y Husserl en tres tesis que hacen referencia a tema, a saber, Alonso, (2012); Salmerón, (2014) y Bermejo, (2014) en cuanto a la filosofía y, Naranjo, Perls, Stevens, Zinker, Salama, Castanedo, González, Fagan y Shepherd, Peñarrubia y Calviño para el enfoque gestáltico y grupal.

Desarrollo

La intención que mueve este artículo es una pregunta:

¿Cómo llevar la intencionalidad desde el profundo mundo de la filosofía hasta el práctico mundo de la intención aplicada al proceso psicoterapéutico Gestáltico grupal?

Evidentemente, desde el inicio surge otra pregunta:

¿Cuál es la diferencia entre intencionalidad e intención?

Intencionalidad e Intención

Para Brentano y Husserl la intencionalidad es una propiedad de la conciencia, que se entiende como un dirigirse a, apuntar a (Salmerón, 2014). Desde el punto de vista filosófico la intencionalidad es la característica de la mayoría de estados mentales que siempre son acerca de algo, representan algo o son relativos a algo y la intención es una característica de las acciones. Las intenciones, según Bermejo (2014), “no son un mero suceso mental, sino estados mentales y actitudes afectivas hacia planes, donde los planes son el contenido representacional de las intenciones, es decir, el objeto hacia el que se dirigen” (p. 90).

Intencionalidad e Intención en el Proceso Gestalt

Sin embargo, la forma práctica de entender la intención en el diario vivir de forma más asequible es afirmar que la intención es la razón más profunda por la cual una persona hace lo que hace y vive lo que vive. De tal manera que se puede decir que la intención de un paciente es todo un paquete de información que nace en la estructura profunda de la mente (conciencia generadora, intencionalidad), en términos de

Salama (2007) se trata de la sabiduría congénita de nuestro organismo y cuando esté conecta con ella, la convierte en intención y no es necesario encontrar motivación externa para alcanzar sus metas o en el caso de la psicoterapia Gestalt, generar-liberar bloqueos o lograr un equilibrio en el sano flujo de energía, su auto-realización (Salama, 2007; Maslow, 1972). El descubrimiento de la intención es el centro mismo del proceso de crecimiento y la esencia de la psicoterapia y el desarrollo de los grupos (Perls, 2003). Al tomar conciencia de su intención, en un contexto grupal, el participante puede darse cuenta de sí mismo y sus dinamismos asumiendo la responsabilidad de manejar sus problemas existenciales (Salama, 2007). Para Perls (2003), “El contacto con el flujo inmediato de uno mismo y con los sucesos que ocurren en torno nuestro suministra la única base posible para conocer, aceptar y ser responsable de lo que somos y de lo que hacemos” (P. 71). Es en este punto cuando un paciente genera la motivación interna desde lo obvio, el darse cuenta súbita y el aquí y ahora (Salama, 2007) para generar bloqueos o permitir el libre flujo de energía en dirección a alcanzar tu meta sin resistencia, es decir, cerrar su ciclo, su Gestalt. En otras palabras y citando el pensamiento de Tomas de Aquino, “la intención es la tendencia de la voluntad hacia un fin real. La intención quiere tener la cosa deseada, no la posee, no la goza realmente in re, pero la posee en su tendencia misma incoativamente” (De Mural, como se citó en Salmerón, 2014, p. 405).

Intencionalidad e Intención en el Ciclo de la Experiencia. Se puede afirmar que el ciclo de la experiencia Gestalt (Zinker, 1997; Salama, 2007; 2012) es un movimiento iniciado desde la intencionalidad de los estados mentales o de conciencia (Perls, 2003) en la fase pasiva con la intención de ponerse en acción en la fase activa a fin de lograr el contacto (Perls, 2003) con el objeto relacional que dará satisfacción a su necesidad (Maslow, 1943; Perls, 1976; Latner, 2007) o servirá como expresión de su potencial, ya que todo lo que el paciente necesita está allí, lo tiene uno dentro (Perls, 2003). Tal potencial representa nuestra esencia y nuestra esencia es ser conciencia intencional. El yo tiene la intención de completar, y terminar todo lo que empieza. Es lo que hace al buscar satisfacer cada necesidad apremiante. (Salama, 2007) El ser humano no solo es necesidades,

es, antes que nada, un potencial dispuesto a expresarse en experiencia e incluso materialización. La suposición básica de la teoría Gestalt es que puede recuperarse gran parte de nuestro potencial perdido (Perls, 2003) y esto es lo que busca entre otras cosas el proceso psicoterapéutico grupal, ya sea en grupo o de grupo (Calviño, M. 2006). Viene muy ad hoc la íntima conexión que podemos observar, en Husserl, entre el concepto de conciencia y el de intencionalidad que permite formular el despliegue espacio-temporal de la conciencia en términos tales como flujo del potencial, río de posibilidades o corriente de conciencia (Ferrer, 2008). Un grupo es un espacio maravilloso para esa manifestación (Cohn, 1973; Polster, 1976; Castanedo, 1990; González, 1999; Calviño, 2006). La conciencia, entendida en clave fenomenológica, es una corriente de vivencias intencionales que surge desde el YO para dirigirse y referirse a un objeto relacional externo. (Salmerón, 2014) Se puede entender que la vida es proceso, y vivirla de forma consciente es todo lo que se necesita para mantener su flujo sano (Naranjo, 2004). Es bien sabido que en psicoterapia Gestalt no se pregunta el por qué, sino el qué y el cómo (Latner, 2007) con el trabajo desde la intencionalidad e intención en un proceso de grupo, cobra mayor fuerza el para qué. La psicoterapia gestáltica centrada en la intención –expresión que resume el propósito de este artículo– puede proveer un recurso insospechado para apoyar al paciente a corregir su falta de ser, su falta de responsabilidad en su propia vida y su falta de compromiso (Perls, 1976).

El Psicoterapeuta Centrado en la Intención.

Cuando el psicoterapeuta apoya al paciente a que encuentre su intención (la razón profunda por la cual hace lo que hace y vive lo que vive), “podrá ayudarlo a ajustarse a sí mismo, ayudarlo a descubrir su propia realidad, su propia existencia, su propia humanidad, y sentirse más cómodo con ella” (Stevens, 1976, p.23) y entonces, este genera una experiencia profunda, una evidencia de la actualidad, de la responsabilidad para dejar de auto-engañarse y percatarse de que es él mismo el origen de lo que hace (Naranjo, 2004) y reconoce sus motivos propios para las acciones que quiere realizar en aras a cumplir su meta, resolver un bloqueo o cerrar una

Gestalt, para no dejar asuntos inconclusos (Naranjo, 2004). Esto puede ser tan poderoso como liberador al grado que una vez identificada su intención profunda, el paciente tiene la habilidad de usar la intención para continuar la activación de nuevos ciclos y nuevas metas. La intención permite al psicoterapeuta Gestalt ver la realidad del aquí y del ahora de su paciente. La aceptación de lo que es aquí y ahora, es lo mismo hacerse responsable de ser lo que profundamente es (Naranjo, 2004). Así se cumple el objetivo del proceso psicoterapéutico Gestalt que es ayudar al paciente a llegar al autoconocimiento, a la satisfacción y al auto apoyo (Perls, 1976).

La Conciencia Intencional y el Darse Cuenta del Proceso Grupal.

La intencionalidad se refiere tanto al contenido de la mente o la conciencia (Perls, 2003; Latner, 2007), como a la relación entre la conciencia y el mundo, ser en el mundo con (Heidegger, 1926). Fundamentalmente, la intencionalidad significa que la actividad de la mente se refiere a un objeto relacional, lo indica o lo contiene. Frederick S. Perls afirma: “Estoy seguro de que algún día descubriremos que la conciencia es una propiedad del universo: extensión, duración, conciencia” (Perls, 1976, p. 29). Decir que es suficiente para la psicoterapia Gestalt incrementar el darse cuenta, vivir el presente y ser responsable “a fin de llegar a ser plenamente humanos, involucra una confianza básica en la rectitud de nuestra propia naturaleza” (Naranjo, 2004, p. 17). Se puede decir que gracias a la intencionalidad un sujeto es capaz de conocer la realidad que lo circunda y que además tiene la intención de tender naturalmente hacia ella, y, al mismo

tiempo, tiende hacia el propio yo, no como objeto, sino en cuanto sujeto de la experiencia. Y esto se ve desarrollado en el proceso del ciclo de experiencia usado por la PTG. Ajzen (como se citó en Alonso, 2012) afirma que “una persona forma una intención para realizar cierto comportamiento, esta intención permanece como una disposición hasta que, en el tiempo apropiado y la oportunidad, el intento es hecho para trasladar la intención en una acción” (p. 99). Cuando el psicoterapeuta fluye con la intención se cumple lo que Perls (2003) pedía que se ejerciera en la terapia: “No empujes el río; fluye por sí mismo” (p. 46), por eso mismo puede dejar que suceda y solo estar con. Solo desde ese lugar se puede decir a un paciente: “No puedo ayudarte. Estaré contigo. Tú harás lo que encuentres necesario” (Perls, 2003, p. 46-47). Por eso mismo, sería maravilloso en un proceso grupal que psicoterapeuta y paciente pudieran reconocer que:

- La intención creativa es un anhelo en el propio cuerpo.
- Un deseo de llenar el recipiente de la vida.
- El anhelo se expresa en energía, movimiento, ritmo.
- La actividad de crear y su expresión son una amante afirmación de la vida.
- La creación es un acto de gratitud o un acto de maldición.
- Es el privilegio de saborear, ver, tocar la vida, una celebración de ser, o una súplica de éxito valedero. (Zinker, 1997, p. 187)

La finalidad de todo proceso grupal en psicoterapia Gestalt es ampliar la conciencia interna y externa, generar auto-apoyo y auto-regulación orgánica (Kepner, 1980; Perls, 1978; Polster, 1976 y Naranjo, 2004). Desde la filosofía existencial se reconoce al

individuo como un contexto irrepetible y puntual, y la psicoterapia Gestalt ubica al grupo como comparsa, laboratorio y resonador energético. Desde el punto de vista sistémico, como reafirma L. Perls en Kepner (1980): “El todo es más que la suma de las partes”, y un enfoque terapéutico grupal centrado en la intención manifiesta una profunda fe en el valor curativo de la interacción relacional, en un clima de transparencia y confianza y donde el terapeuta es más un “supervisor” (Naranjo, 1990). Al mismo tiempo puede ayudar a realizar el recorrido desde la dependencia a la Interdependencia, con el propósito de devolver lo obvio que el grupo no percibe usando los tres principios gestálticos para grupo, a saber: la oportunidad de crear experimentos, la toma de contacto y la toma de conciencia (awareness) (Postler, 1976).

Resultados

Se puede ver que los autores distinguen intencionalidad de intención. Intencionalidad son estados mentales o de conciencia e intención son disposiciones a la acción. El ciclo de la experiencia es un flujo de energía que surge de y se dirige hacia. En el ciclo de la experiencia Gestalt se identifica zona interna-pasiva y zona externa-activa. Los bloqueos son interrupciones de ese flujo de energía. El grupo, el terapeuta y el paciente hacen una buena relación figura y fondo.

Conclusiones

Si es posible realizar el diálogo entre estos dos conceptos filosóficos y el proceso terapéutico Gestalt a través de la distinción de zonas (zona interna-pasiva y zona externa-activa) en el ciclo Gestalt de experiencia, pues a con ellas se explica el “Dasein” o ser en el mundo (Heidegger, 1926), en un diálogo permanente de experiencia. Por tanto, Sí se puede llevar la intencionalidad y la intención al trabajo psicoterapéutico Gestalt. Con esta claridad el psicoterapeuta centrado en la intención puede lograr de una forma sublime el propósito de su labor. Su estilo profesional se vería maximizado y su ejercicio psicoterapéutico enriquecido con una claridad maravillosa y mayor eficacia.

Referencias

- Alonso, P. (2012). La configuración de la intención emprendedora entre académicos responsables de proyectos de investigación en España. Un enfoque de género. (Tesis doctoral interna-

- cional, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad de Cantabria y Universidad Granada).
- Bermejo, A. (2014). El problema de la interpretación en el arte: intención y significado. (Tesis doctoral Universidad de Murcia, Facultad de Filosofía, Departamento de Filosofía. Murcia).
- Calviño, M. (2006). Trabajar en y con grupos. Experiencias y reflexiones básicas. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Castanedo, C. (1990). Grupos de encuentro en terapia Gestalt. Barcelona, España: Herder.
- Cohn, R. C. (1973). Terapia de grupo psicoanalítica, experiencial y Gestáltica. En Fagan y Shephard: Teoría y técnica de psicoterapia gestáltica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- De Muralt, A. (1963). La idea de la fenomenología. Tomás de Aquino, S. T., I.II, q. 12 (pp. 405-415). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ferrer, U. (2008). La trayectoria fenomenológica de Husserl. Pamplona: Eunsu.
- González, J. (1999). Psicoterapia de grupos Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno.
- Heidegger, M. (1926). Ser y tiempo. Edición digital de: <http://www.philosophia.cl>
- Kepner, E. (1980). Gestalt Group Process, en Fender y Ronald: Beyond the hot seat. Gestalt approaches to group. Nueva York: Brunner Mazel.
- Latner, J. (2007). Fundamentos de la Gestalt. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Maslow, A. (1943). Teoría sobre la motivación humana. <https://es.scribd.com/document/359670152/Maslow-Abraham-Una-teoria-de-la-motivacion-humana-pdf>
- Maslow, A. (1972). El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Naranjo, C. (2004). La vieja y novísima Gestalt. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1970b). Four lectures. En Fagen y Shephard. Comps.
- Perls, F. (2003). Terapia Gestalt. Teoría y Práctica. México: Editorial Pax.
- Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico. Testimonio de terapia. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1978). Terapia de grupo versus Terapia individual, en John
- Stevens: Esto es Gestalt. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Polster, E. y M. (1976). Terapia gestáltica. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Salama, H. (2002). Ciclo Gestalt Salama. TPG. México: Centro Gestalt Salama.
- Salama, H. (2007). Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología. México: Alfaomega.
- Salama, H. (2017). Gestalt 2.0. México: Alfaomega.
- Salmerón, A. (2014). Modalidades de la intencionalidad en el pensamiento de Husserl. (Tesis doctoral. Universidad de Murcia).
- Stevens, J. (1976). El darse cuenta. Sentir, imaginar y vivenciar. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (1997). El proceso creativo en la terapia gestáltica. México: Paidós.



APOLONIO ÁLVARO RAMOS MÉNDEZ

En un primer proceso de formación fui Técnico Forestal y de la Fauna de México, por la Escuela Técnica Forestal No. 2 de Oaxaca. Mi segundo proceso está constituido por dos años de formación filosófica (Universidad Jesuita San Cugat del Vallés, de Barcelona) y cuatro años de formación teológica (Universidad Salesiana de Roma con sede en Barcelona, España). Mi tercer proceso de formación fue evidentemente humanista: Licenciatura en Desarrollo Humano, Maestría en Estrategias Reeducacionales y Maestría en Organización Familiar Sistémica, por la Universidad Ítaca, de la CDMX; Entrenamiento en Constelaciones Familiares por el Centro Sowelu, de la CDMX; Certificación por competencias laborales en Coaching Ontológico y Transformacional por la SEP a través de Conocer y actualmente Doctorando en la Universidad Gestalt de México.

Busco que se conozca y aplique “El poder de la intención” para desarrollar el propio potencial en aras a diseñar y manifestar la autorrealización humana. He aplicado y compartido la noción de intención a lo largo de 20 años de trabajo profesional como coach, desarrollista facilitador de procesos grupales y psicoterapeuta.

La Revista Humanista con rigor científico REVELES en su 6ta Edición pretende dar a conocer temas de vanguardia en el ámbito de la Psicoterapia Gestalt.



2022 Todos los Derechos Reservados