

R

REVISTA DE TERAPIA GESTALT

T

Nº 44 / 2024

PVP: 15€

G



INVESTIGACIÓN EN TERAPIA GESTALT

Revista de Terapia Gestalt

Revista nº 44

Investigación en terapia gestalt

Revista núm. 44

Barcelona, abril de 2024

Consejo Editorial: Luisfer Cámara, Araceli Déniz, Luís Carbajal Pérez, Rubén Piñera, Azucena González San Emeterio, Marta O'Kelly, Bernat Ferrer, Venancio Palomo, Vicente Lafuente, Raquel Ayala, Miguel Jiménez y Carmela Ruiz de la Rosa.

Asesores del Consejo Editorial: David Barba y Oscar Fontrodona

Dirección: Oscar Fontrodona

Edición: Facundo Piperno, David Barba

Directoras del núm. 44: Marta O'Kelly y Raquel Ayala

Diseño de cubierta: Opalworks

Diseño y maquetación: Adriana Martínez

Edita: Ediciones La Llave, S. L.

DL: B. 2964-2014

ISSN: 1886-1954

Impreso en Estilo Estugraf



Asociación Española de Terapia Gestalt

<http://www.aetg.es>

info@aetg.es

C/. Mayor, 58, 5º F

28013 Madrid

Tel./Fax: 91 543 06 25



Ediciones La Llave

www.edicioneslallave.com

info@edicioneslallave.com

C/. Santjoanistes, 17, local 2

08006 Barcelona

Tel.: +34 638 133 451

Sumario

EDITORIAL, 7

ENTREVISTAS

. Marta O 'Kelly, 11

Investigar en terapia gestalt sin perder la esencia. Entrevista a Pablo Herrera

. Raquel Ayala, 18

El devenir de la investigación en terapia gestalt en Europa. Entrevista a Rosanna Biasi

INVESTIGACIÓN

. Veronika Šromová, Dr. Jan Roubal, 25

Formulación de casos en terapia gestalt

. Gianni Francessetti, Antonio Alcaro, Michele Settani, 43

Trastorno de pánico: ¿ataque de miedo o ataque agudo de soledad? Convergencias entre la perspectiva de la neurociencia afectiva y la perspectiva fenomenológico-gestáltica

. Ana Núñez Remesal, Dr. Jesús García-Martínez, 64

Eficacia de la terapia gestalt en un caso de abuso sexual en la infancia.

El callar de la infancia

. Lorena Rodríguez-Campo, Antonio Gómez-Ceto, José Luis Gil Bermejo, 78

Repercusión del confinamiento por COVID-19 en la presencia de terapeutas gestaltistas en España: un estudio descriptivo

. Marta O 'Kelly Rasco, 92

Acompañando la pérdida. Evaluación de una intervención psicoterapéutica con enfoque gestalt para la elaboración del duelo

. Sonia Ramírez Reinoso, 107

Alianza terapéutica y estilo personal del terapeuta en terapia gestalt

TEORÍA

. Enara García, 123

Validación inter teórica de la terapia gestalt. Explorando los aportes del enfoque enactivo de la cognición

. Irene Poza, 134

La sabiduría de los sueños a través de la terapia gestalt

. Iván Moyano, 147

Armonías del *self*. Una mirada sobre la interocepción en la terapia gestalt

. José Luis Gil Bermejo, 158

Clase social y psicoterapia

. Carmen Vázquez Bandín, 170

¿Y tú cómo lo piensas? Teoría del *self* para *dummies*, frikis y otros

REFLEXIONES

. José García Lozano, 199

La psicología científica

. Víctor Moyano, 208

De la marginalidad a la legitimación: un análisis del estado actual de la terapia gestalt en España

. Cristina Expósito, 218

La importancia de la investigación empírica en terapia gestalt: propuesta de un ensayo controlado aleatorizado para evaluar su efectividad

INVESTIGACIONES EN PROCESO

. Silvia Arévalo Rodríguez, 237

La importancia del vínculo afectivo. Una revisión a propósito de una investigación

. Concha Álvarez, José Luis Gil, 248

Calidad de vida en el climaterio.

Una propuesta gestáltica

RECURSOS

. David Picó Vila, 261

Proyecto Evinotes: una herramienta para el seguimiento de procesos terapéuticos gestálticos

RESEÑAS

. Araceli Déniz, 273

Manual de terapia gestalt: teoría, investigación y práctica

Suscríbete a la Revista de Terapia Gestalt

Envíanos un email a:

info@aetg.es

con la palabra **Suscripción**
y recibirás la revista en tu domicilio.

PUNTOS DE VENTA

Asociación Española de Terapia Gestalt

Calle Mayor, 58, 5º F. 28013 Madrid
Tel. 915 43 06 25

Ediciones La Llave

Sant Joanistes, 17, local 2. 08006 Barcelona
Tel. 933 092 356
www.edicioneslallave.com

Librería Té Quiero

Calle Torrijos, 9. 08012 Barcelona
Tel. 932 84 60 00

Casa del Libro

Passeig de Gràcia, 62. 08007 Barcelona
Tel. 902 02 64 07

Casa del Libro

Calle Gran Vía, 29. 28013 Madrid
Tel. 902 02 64 02

Librería online De Gestalt

Tel. 615 55 96 54
www.degestalt.com

Distribuciones Alfaomega

Calle Alquimia, 6. 28933 Móstoles (Madrid)
Tel. 916 14 58 49

eitorial.

Son tiempos revueltos para la gestalt. Hace cuarenta años todo era nuevo, todo estaba por hacer, por construir. Como compartía Carmen Gascón en su editorial de la revista del 40 aniversario de la AETG, en un contexto de apertura y posibilidades, la gestalt era entonces una nueva psicología, revolucionaria y humanista, una psicología para todos los públicos que llegó a nuestro país para quedarse.

Hoy, el contexto y el desafío que tenemos por delante son bien diferentes. Quizás, más que construir —aunque a menudo quedan espacios para proyectarse y crecer—, la tarea sea conservar, cuidar lo que se ha logrado crear durante estos 40 años, llevar nuestra forma de hacer terapia a otros espacios, a otros ambientes que hemos rehuido a conciencia. Uno de estos espacios es, sin duda, el del ámbito académico y la investigación científica, donde la presencia de la gestalt es más bien reducida. De hecho, el fondo sobre el que esta revista se hace figura está indudablemente ligado al cuestionamiento del valor de la gestalt que se viene produciendo desde hace un tiempo, por parte de ciertas instituciones, asociaciones o incluso desde otros profesionales de la psicología. Con ello han logrado llamar nuestra atención y llevarnos al contacto, aunque a veces este sea amargo.

Solo nombrar la palabra investigación despierta, a veces, el rechazo de muchas personas, quizás porque lo desconocido asusta o porque no podemos imaginar cómo la gestalt puede llegar a encajar en el estrecho corsé de los métodos empíricos. Y la cosa no es que sea fácil, en realidad, porque somos humanistas. Como señalaba Maslow en su libro *Motivación y personalidad*, poner el acento en los medios supone centrarse en los instrumentos, los aparatos y las técnicas científicas, lo cual puede originar una investigación metodológicamente sólida pero trivial por lo alejada de la realidad.

Obviamente, el objeto de investigación en gestalt no puede ser reducido ni simplificado para ajustarse a los métodos empíricos como si estos fueran nuestro lecho de Procusto. Si hiciéramos tal cosa —si solo buscáramos encajar— correríamos el riesgo de quedarnos sin pies o sin cabeza. No obstante, frente a la pujanza de una forma de hacer ciencia centrada en las técnicas y en la reproducibilidad-predictibilidad como credenciales esenciales del saber científico, en las últimas décadas han emergido otras visiones sobre la manera

de hacer ciencia y nuevas metodologías de investigación en las que la gestalt y otras terapias humanistas pueden encontrar su nicho. Somos conscientes de que el reto es enorme, pero contamos con una ventaja: en la esencia de la gestalt está la capacidad de integrar aspectos diferentes para crear algo nuevo.

Deseamos que esta revista sea prueba de que es posible ser genuinamente académicos y científicos si hacemos acopio de creatividad y manejamos los límites adecuadamente a fin de hacer las concesiones estrictamente necesarias. Encontraréis en este número entrevistas, artículos teóricos desde diferentes perspectivas, artículos de reflexión e investigaciones empíricas ya realizadas o en proyecto de realización, que esperamos sirvan de inspiración y modelo para todas aquellas personas con inquietud investigadora. Nos hemos reservado la potestad de incluir únicamente artículos relacionados con la investigación porque había mucho contenido y no habrá muchas más ocasiones en las que este tema reciba atención exclusiva.

Agradecemos enormemente a todas las personas que han enviado artículos, por su generosidad, al Consejo Editorial de la AETG por su acompañamiento y por la cuidadosa lectura de cada artículo, a la Comisión de Investigación por su apoyo en la sombra y, especialmente, a Lorena Rodríguez, Sonia Ramírez y Miguel Jiménez por el trabajo y el cariño para sacar adelante el blog de la revista y nutrirlo de contenido.

MARTA O 'KELLY Y RAQUEL AYALA

Entrevistas

Investigar en gestalt sin perder la esencia.

Entrevista a Pablo Herrera

Marta O ‘Kelly

Desde hace unos años hemos ido coincidiendo contigo, Pablo, en diferentes congresos de investigación. Raquel Ayala, compañera que codirige conmigo la revista, te conoció en el IV Congreso de Investigación en gestalt de Santiago de Chile y luego ambas coincidimos contigo en el V Congreso de Investigación en Terapia Gestalt de Hamburgo y en el Congreso Europeo de Madrid. Conocemos la labor que has realizado para llevar a la práctica la investigación en terapia gestalt, y nos parece muy interesante conversar contigo sobre estos dos ámbitos, investigación y gestalt, que hasta ahora en España han sido bastante ajenos, pero que de unos años para acá empiezan a encontrarse y entenderse, no sin controversia a veces. Pero antes de entrar en todo ello quiero hacerte una pregunta: ¿Cómo llegó la terapia gestalt a tu vida?

Pues lo cierto es que la gestalt llegó a mi vida como en tres tandas. Cuando era adolescente, estaba en el colegio todavía y mi papá empezó con un proceso de terapia personal y grupal y me habló de la gestalt. Tenía algunos libros entonces. Hizo terapia con Adriana Schnake. No sé si es conocida allá, pero acá es muy conocida.

Sí, cómo no, ella ha sido y es un referente para muchos terapeutas aquí en España. En mi caso tuve la fortuna de conocerla y trabajar con ella en Madrid y en Chile gracias a que mi terapeuta, que en paz descansa, tuvo una relación muy estrecha con ella, y siempre fomentó que pudiéramos conocer su forma de hacer gestalt, ya fuese invitándola a venir a Madrid o viajando a Chile.

Qué bueno, pues ahí vi algunos libros y conocí algunas experiencias. En la Universidad, recuerdo que quería ir a uno de los talleres con Adriana Schnake, y un profesor del cual yo era ayudante y que hacía clases de psicoterapia humanista, me dijo: «Ten cuidado, porque allá te derriban las defensas y no te las vuelven a armar». Como que era peligroso [risas]. Después, hice la formación de tres años en gestalt y mi puerta de entrada fue un trabajo de polaridades muy intenso y bueno. Adriana Schnake estaba dirigiendo. Nos pidió que nos presentáramos en medio minuto y luego que identificáramos cosas que nos molestaban de nuestros compañeros. Basándonos en eso, se construyeron personajes con las cosas que no nos gustaban y que nosotros no teníamos, y al día siguiente tuvimos que volver caracterizados con este personaje que habíamos construido.

Y más tarde has contribuido a la investigación sobre las polaridades y otros aspectos de la gestalt en colaboración con el Centro de Psicoterapia Gestalt de Chile...

Sí, puede decirse que lo último que he investigado, en el contexto de gestalt pura, ha sido el tema de las polaridades.

¿Puedes contarnos un poco más en que ha consistido este trabajo, así como las otras investigaciones que has realizado específicamente sobre terapia gestalt?

Lo que pasó fue que queríamos investigar empíricamente el método de la Nana Schnake para trabajar enfermedades físicas. Y ese método asume que si se ayuda al paciente a integrar los aspectos polares que están rechazados (y que son análogos al funcionamiento normal del órgano enfermo), eso puede ayudar a sanar a nivel físico. Entonces, nos pareció importante corroborar una hipótesis acerca de la relación entre la integración de polaridades y la recuperación de enfermedades, pero no teníamos ninguna buena forma de medir la integración de polaridades, y para un estudio empírico es necesario contar con algo así. Entonces, empezamos a estudiar el tema de forma teórica y a entrevistar a colegas expertos y fuimos desarrollando un instrumento para medir polaridades. El instrumento tiene dos partes: la primera es una entrevista estructurada para identificar un conflicto polar central y la segunda es una pauta de observación para medir el nivel de integración de un conflicto polar. Lo hemos usado para analizar casos de psicoterapia y hemos empezado a usarlo también



Adriana Schnake, una referencia en la gestalt

para estudiar el trabajo de enfermedades. Otras investigaciones a las que les dedicamos mucho tiempo fueron los Estudios de Caso con Análisis de Series Temporales (SCTS, por sus siglas en inglés). Se trataba de una metodología relativamente sencilla de aplicar para nosotros, que sirvió para evaluar la efectividad de la terapia. Decidimos usarla porque con pocos casos podíamos presentar evidencia que apoyara que la terapia gestalt es efectiva. Además, no solo sirve para ese fin instrumental, sino que da información muy útil sobre el proceso terapéutico y nos ha ayudado en la formación de terapeutas.

Toda esta actividad de investigación, entendemos que no ha sido académica formal, puesto que todavía no existen convenios entre las escuelas de gestalt en Chile y la Universidad. ¿Crees que sería interesante fortalecer esta vía?

Es cierto que se ha apoyado en mí como experto en la metodología, aunque yo me he desligado bastante y el material que presenté ha quedado para otros. Yo he estado para dudas bien puntuales. Un experto en metodología es valioso para el diseño, pero no para implementarlo. Los últimos años apenas he participado y se ha seguido haciendo investigación porque otras personas aprendieron cómo se hacía. Un convenio con la Universidad abre más puertas, permite acceder a más fondos y es posible que genere más publicaciones, pero también pone en juego algo que tiene que ver con la personalidad. Para muchos de nuestros colegas, y para mí, la parte burocrática es muy engorrosa. Tiene sus pros y sus contras. Tenemos que hacerlo de una manera que resulte compatible con nosotros, e incluso con nuestras neuras y nuestros rasgos de personalidad.

Trabajas entonces como investigador, docente y también como psicoterapeuta. ¿Cómo te surge la necesidad de investigar?

Al principio, cuando recién me había titulado como psicólogo, me interesaba investigar en general, no concretamente en el marco de la gestalt. Al principio era un terapeuta novato, principiante. Siempre que leía cosas de terapia de los autores que admiraba, deseaba llegar a trabajar como ellos, pero sabía que había algo que no hacía bien. Me hacía falta información sobre los errores que se cometen al hacer terapia. Y sobre la base de esta inquietud mía y de que tenía que hacer una tesis de Máster, me decidí a investigar sobre cuáles eran los errores de los terapeutas novatos como yo. Mi interés en la investigación en gestalt surgió a raíz de una reunión que nos pidió Otto Glanzner, terapeuta gestalt e investigador alemán. Él había llegado a Chile por motivos personales y quería contactar con gente de la gestalt. Ahí me contó la situación tan dramática que estaba viviendo la terapia gestalt en Alemania y, como instinto de supervivencia, vi que era imprescindible investigar. No queremos que esto desaparezca, ¿verdad? Por otro lado, creo que la investigación nos permite cuestionar los conocimientos que otros nos transmiten, para no creerlos sin más, es decir, para no introyectarlos. Este es el sentido de la investigación, para mí, aunque el gatillo haya sido la supervivencia.

Claro, fue en Alemania donde la terapia gestalt se vio por primera vez fuertemente cuestionada, con consecuencias importantes para la profesión. Hoy, esto se extiende hoy a otros países europeos, incluido España. Y cuando empiezas a investigar en terapia gestalt, ¿qué conflictos observas a la hora de adaptar a nuestra forma de hacer terapia el paradigma de investigación imperante?

Un problema que encontramos es la falta de instrumentos adecuados para medir lo que pretendemos estudiar en gestalt. Como comentaba antes, en la investigación sobre polaridades basada en el trabajo de Adriana Schnake con la enfermedad teníamos que mirar la integración de polaridades y qué es lo que aportaba para el trabajo con un órgano, pero no teníamos instrumentos para medir la integración. Investigué

y exploré muchísimos cuestionarios, pero ninguno apuntaba a lo que queríamos medir. Necesitábamos explorar una hipótesis teórica e investigar un mecanismo de cambio en psicoterapia y tuvimos que crear un instrumento que fuera coherente con la teoría, que tuviera un elemento fenomenológico, co-construido. Otras dificultades, que al final pudimos sortear, las generaban las metodologías tipo ECA —estudios controlados y aleatorizados— que nos presentaban desafíos prácticos (como dónde conseguir el número necesario de pacientes a cómo tener un *setting* terapéutico) y otros de principios, como el hecho de manualizar la terapia gestalt o clasificar a las personas de forma binaria, a decirles a los pacientes tienes este trastorno o no lo tienes. Todo esto quedaba muy alejado de la gestalt. Entonces, buscamos otra metodología con ciertas características: el estudio de casos de series temporales, que no nos generaba muchos problemas porque la terapia podía funcionar del modo en que lo hacía normalmente y no había que modificar nada ni intervenir en ella. Nos podíamos centrar en hacer un seguimiento a los problemas del paciente. Lógicamente, había que definir unos problemas de base iniciales, pero vimos que esto no generaba problemas sino que, al contrario, los pacientes mantenían un foco con lo que querían trabajar. Estaban energizados. Y no hay ningún argumento que diga que esto vaya en contra de la terapia gestalt. Bueno, quizás se podría decir que implica seguir la figura sin un fondo, pero este argumento es muy cuestionable. Por otro lado, encontramos una vía más acorde al enfoque gestáltico en la investigación cualitativa, que no tiene ninguna incompatibilidad con nuestra forma de trabajar. Esa fue otra manera de abordar esta tensión.

Entonces, ¿es posible hacer una investigación adaptada a nuestra manera de trabajar donde los y las terapeutas podemos tener libertad y no es necesario modificar nuestra intervención?

Efectivamente, lo que hacemos más que adaptar la terapia gestalt a la investigación, es que la terapia gestalt coexista con la investigación, tratando de no modificar nada. La sesión de terapia se mantiene igual, en una total coexistencia. En otros casos, el método de investigación y el de terapia incluso son equivalentes, por ejemplo en el caso de la entrevista fenomenológica.

El modelo de investigación científico pide que haya una manualización de la terapia para que se pueda evaluar la fidelidad al tratamiento, es decir, para que si aplicamos una intervención gestáltica, se pueda demostrar que efectivamente el terapeuta está aplicando gestalt y no otra cosa. Por eso, para cierto tipo de investigación, centrada en la efectividad del método, este aspecto se hace relevante. Pero no es posible manualizar la intervención gestáltica, porque perdería su sentido. De todos modos, hay otras formas indirectas de demostrar la fidelidad al tratamiento, como por ejemplo, justificando que la persona tiene formación en terapia gestalt y que recibe supervisión desde este enfoque o con la Escala de Fidelidad a la Terapia Gestalt de Fogarty, que tampoco modifica lo que se hace en terapia.

Se trataría entonces de compatibilizar la práctica clínica y la investigación.

Exacto, en mi caso, considero muy estimulante cambiar de actividad durante la semana, no dedicarme solamente a la psicoterapia, sino hacer cosas diferentes. Muchos colegas de la Universidad se han dedicado a la investigación durante décadas, pero tienen algunos casos, porque es necesario que no pierdan el sentido de la investigación. Y para la clínica es importante también estar informado de la investigación.

De hecho, un psicoterapeuta gestalt, además de usar su percepción y su presencia en el trabajo terapéutico, puede recibir información por la vía de cuestionarios o instrumentos validados que pase a sus pacientes sobre cómo ha ido la sesión, la sintomatología presente o cómo está funcionando el vínculo terapéutico. Es decir, que la investigación también puede aportar a la clínica y no solo al revés.

Efectivamente, establecer mecanismos de *feedback* constantes, regulares, y una evaluación de las sesiones, no tiene por qué justificarse únicamente en el contexto de una investigación; también es posible hacerlo con la intención de mejorar la práctica clínica. En este sentido, se ha investigado y se ha visto que es útil para mejorar los resultados de la psicoterapia, para prevenir que las personas empeoren o para evitar que abandonen prematuramente. Los terapeutas tenemos puntos ciegos, y a veces no percibimos que los pacientes empeoran. Y, muchas otras veces, los pacientes no dicen cosas que les dan problemas, pero estas sí aparecen cuando uno pasa un cuestionario fuera de la sesión misma.

Volviendo sobre este asunto de la supervivencia, ¿cuál es la situación de la terapia gestalt en Chile?

La situación actual en el ámbito de la psicoterapia no es crítica, porque en Chile tenemos un sistema desregulado. Eso sí, este escenario plantea desafíos significativos debido a la escasez de controles y la limitada exigencia de certificaciones profesionales. Históricamente, el sistema mostraba mayor robustez, aunque no estuvo exento de deficiencias que eventualmente condujeron a su colapso. En este contexto, diversas modalidades terapéuticas coexisten sin las restricciones adecuadas, incluidas aquellas cuya práctica podría ser cuestionable. Específicamente, la terapia gestalt y la terapia humanista han experimentado una reducción en su visibilidad y presencia en el espacio público en comparación con lo que sucedía hace dos décadas. Aunque existen múltiples programas de formación en esta disciplina, su impacto y reconocimiento social permanecen limitados. En este momento, por ejemplo, no hay ninguna formación en terapia gestalt asociada a un máster. Hubo una, hace unos años, pero por una serie de temas burocráticos, los colegas que lo llevaban decidieron separarse de la Universidad y mantenerlo en forma privada. Ahora tiene cierta oficialidad. En la Universidad sí que hay alguna formación que incorpora elementos de gestalt, pero el título que otorga no es de gestalt, sino de terapia humanista.

¿Y ha tenido algún tipo de influencia en este sentido que se haya comenzado a investigar en Chile sobre la terapia gestalt para demostrar su eficacia?

El impacto de la investigación aún no es plenamente observable, aunque hay un reconocimiento y agradecimiento evidente por parte de aquellos interesados en el campo. La realización de estos estudios me ha brindado la oportunidad de ingresar a la Universidad y he tenido el privilegio de capacitar a otros colegas y de contribuir a la preservación de la gestalt en el entorno académico. Un aspecto notablemente positivo de esta acción ha sido la creciente aceptación y apertura hacia la investigación en gestalt, sobre todo si comparamos el escenario actual con el que existía hace diez o veinte años. He observado una mayor disposición para adoptar un enfoque crítico y exploratorio, tanto en individuos atraídos por la gestalt como en el ámbito de las terapias humanistas en general.

El Centro de Psicoterapia Gestalt de Santiago, la escuela que dirigen ahora Marina Schnake y Antonio Martínez, donde te formaste, ha llevado a cabo un proceso importante para incluir la investigación en su formación gestáltica. ¿Cómo fue ese proceso? Conocer esta experiencia puede ser muy interesante para las escuelas españolas.

Lo que implementamos resultó ser exitoso y fácilmente replicable. El primer paso consistió en definir una metodología de investigación adecuada, diseñada para ser un recurso y no una carga adicional para los estudiantes que buscaban obtener su título. Dado el existente prejuicio hacia la investigación y la limitada capacidad de los estudiantes para asumir más responsabilidades, era fundamental que nuestra propuesta no representara un esfuerzo extra para ellos, especialmente considerando su falta de experiencia en metodología de investigación. En colaboración con colegas, desarrollamos una metodología exhaustiva, incluyendo todos los instrumentos necesarios y un manual de aplicación, para facilitar su implementación en un contexto terapéutico. Nuestro objetivo no era enseñarles sobre metodología de investigación per se, sino proporcionarles un diseño de investigación concreto. Les ofrecimos la opción de realizar una tesis teórica o una basada en investigación práctica. Para apoyarlos, creé un diseño de investigación y produje videos explicativos sobre los instrumentos a utilizar. Esta opción de investigación atrajo a varios estudiantes, quienes, sorprendentemente, completaron sus tesis incluso antes que aquellos que optaron por la modalidad teórica. Con el tiempo, el número de inscripciones aumentó anualmente, impulsado por las positivas experiencias compartidas por los participantes anteriores. Desde la perspectiva de los costes, la inversión por parte del centro de formación para implementar esta modalidad de tesis de investigación no superó la asociada a las tesis teóricas tradicionales. Se me compensó por el diseño de la investigación, y esto permitió a los estudiantes completar sus tesis exitosamente. Este enfoque resultó ser beneficioso tanto para el centro, interesado en fomentar la investigación y en que el alumnado finalizara sus proyectos de grado, como para los

estudiantes, quienes tuvieron la oportunidad de desarrollar trabajos finales tanto interesantes como prácticos.

¿Crees que el proceso podría reproducirse en nuestras escuelas?

Efectivamente, el único requisito esencial es contar con el apoyo de una persona que diseñe o que esté familiarizada con una metodología de investigación específica y que pueda preparar el material necesario, además de ofrecer supervisión en caso de surgir dudas.

Agradezco profundamente que hayas compartido tus pensamientos. Como cierre de nuestra conversación, quisiera solicitarte un resumen dirigido a quienes no están completamente versados en la investigación. Desde tu perspectiva, ¿cuál es la importancia de investigar y validar la efectividad de la terapia gestalt? ¿Qué aspectos consideras cruciales destacar?



Taller en el Instituto Esalen, años 70

Creo que la eficacia es solo una de las múltiples preguntas de investigación. Para mí, hay dos grandes razones fundamentales para hacer investigación en gestalt: por un lado, para sobrevivir como comunidad, como modelo teórico y como práctica. Por otro lado está la parte ética. Investigamos para saber si lo que hacemos realmente ayuda a las personas. Creo que esto es imprescindible como forma de asegurar la calidad de nuestro ejercicio profesional.



Pablo Herrera

Psicólogo y psicoterapeuta gestalt acreditado, formado en el Centro de Psicoterapia Gestalt de Santiago y Doctor en Investigación en Psicoterapia por la Universidad Católica de Chile y la Universidad de Heidelberg. Es profesor, supervisor clínico e investigador de la Universidad Católica de Chile, sede de Santiago. Sus principales temas de investigación son la terapia gestalt y las polaridades, la adherencia del paciente a los cambios de estilo de vida, el trabajo con el autosabotaje y la resistencia al cambio, y la reconsolidación de la memoria en las sesiones de psicoterapia.

El devenir de la investigación en psicoterapia gestalt en Europa.

Entrevista a Rosanna Biasi

Raquel Ayala Romera

La crisis y el cuestionamiento legal como modelo de intervención psicoterapéutica que la gestalt ha experimentado en varios países europeos han provocado, más allá de una inquietud inicial, un impulso significativo hacia el crecimiento en la comunidad gestáltica. Esta situación, lejos de limitarse a generar incertidumbres y frustraciones, ha actuado como un catalizador que ha energizado la comunidad. Ha fomentado el diálogo, fortalecido las redes y estimulado la colaboración entre fronteras, todo ello orientado hacia un propósito común. Dialogamos con Rosanna Biasi, presidenta de la Comisión de Investigación de la EAGT (Asociación Europea de Terapias Gestalt), sobre el panorama actual y el futuro de la investigación en gestalt en Europa.

¿Cómo ves el contexto de la investigación en terapia gestalt en estos momentos?

El interés en la investigación sobre la psicoterapia gestalt ha ido en aumento recientemente, con un número creciente de colegas presentando sus investigaciones en congresos especializados. La investigación no solo es esencial para otorgar a la psicoterapia gestalt el reconocimiento que merece entre las diversas metodologías psicoterapéuticas, sino también como medio para evitar el aislamiento. Nos permite interactuar, intercambiar y comparar nuestras experiencias con otros profesionales, entender más profundamente nuestra labor con los pacientes y discernir qué elementos del proceso terapéutico son eficaces. Adoptar una postura investigadora representa una actitud ética que promueve el diálogo entre teoría y práctica, enriqueciendo nuestra perspectiva con una visión más abierta y curiosa.

¿Cuál es la situación de la investigación en psicoterapia gestalt en los países europeos?

La situación de la investigación en psicoterapia gestalt en Europa no es homogénea y está marcada por diferencias en los requisitos legales para ejercer en cada país y por la presencia limitada de psicoterapeutas gestalt en entornos institucionales clave para la investigación, como las universidades. Muchos colegas desarrollan sus actividades de investigación de forma privada y esto conlleva considerables dificultades para poder realizar un proyecto. Investigar, de hecho, requiere redes, financiación y

tiempo, algo que un solo profesional no puede soportar por sí solo. Un grupo promovido por la Comisión de Investigación de la EAGT comenzó a recopilar información sobre la situación en los distintos países, contactando con las organizaciones nacionales de psicoterapeutas gestalt representados en la EAGT, y obtuvo algunas observaciones sobre el estado del arte de la investigación en psicoterapia gestalt. En los países que han respondido hasta la fecha al cuestionario surgen cuestiones críticas, como pocos comités de investigación en psicoterapia gestalt a nivel nacional y pocos contactos con universidades, excepto en los casos en los que un psicoterapeuta gestalt es también profesor universitario. De este modo, estos países demandan un sistema que favorezca la posibilidad de trabajar juntos (mantenerse conectados y compartir lo que ha funcionado y lo que ya se ha hecho) y que aliente a las organizaciones nacionales a fundar comités de investigación y de ética que ayuden específicamente a las personas que quieran hacer investigación a conocer la legislación pertinente, a aprobar proyectos y a tener un panorama más claro de quién hace o quiere hacer investigación.

¿Cuál es el papel de la investigación dentro de las escuelas de formación en terapia gestalt?

La Comisión de Investigación de la EAGT ha realizado un estudio que involucra a los Institutos de formación en psicoterapia gestalt. Según los 19 institutos que



Juntos en la investigación dentro de las escuelas de formación en terapia gestalt

respondieron al cuestionario, hacer investigación es útil para la práctica clínica y es importante formar a los estudiantes en investigación. También descubrimos que es necesario compartir herramientas y resultados obtenidos en áreas específicas de intervención. El 59 % de los institutos entrevistados efectúan actividades de investigación, aunque reportan falta de recursos humanos y económicos. Los institutos de formación también esperan la creación de proyectos de investigación conjuntos a través de una red de colegas que llevan a cabo investigaciones periódicamente.

En la práctica, ¿en qué países y cómo se ha introducido la investigación en las escuelas de formación de terapia gestalt? ¿Existe algún proyecto en el que las escuelas puedan inscribirse?

La enseñanza y la práctica de la investigación constituyen aspectos cruciales que los programas de formación en psicoterapia, acreditados por la EAGT, deben incluir. Actualmente, existen carencias en programas específicos para instruir en investigación dentro del campo de la psicoterapia gestalt, una laguna que ha sido ampliamente reconocida por la comunidad profesional. Los seminarios web surgieron como una iniciativa pionera para abordar esta necesidad, facilitando un espacio de intercambio entre colegas sobre las metodologías de investigación enseñadas en diferentes institutos y cómo se está implementando esta formación.

¿Cómo podríamos obtener una mayor visibilidad y reconocimiento en el panorama científico actual?

Para aumentar la visibilidad de nuestro enfoque, es crucial nuestra participación en proyectos de investigación internacionales y la presentación de nuestro trabajo en congresos globales, extendiéndonos más allá de los eventos específicos de psicoterapia gestalt. También es clave apoyar la publicación en revistas científicas de los resultados de las investigaciones realizadas hasta el momento, así como compartir entre la comunidad gestáltica el conocimiento sobre cuáles son las revistas científicas que están más dispuestas a publicar investigaciones realizadas según nuestro enfoque. Finalmente, aunque no menos importante, tener una mayor visibilidad dentro de la Asociación Europea de Psicoterapia ayudaría enormemente a nuestra proyección.

¿Cómo está apoyando la Comisión de Investigación de la EAGT la difusión de la investigación existente y la realización de nuevos proyectos?

Los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los miembros nacionales de la EAGT han confirmado la trayectoria de intervención que la comisión de investigación EAGT viene siguiendo desde hace años. En cuanto a la puesta en común de los resultados obtenidos, se ha creado una base de datos de investigaciones en psicoterapia gestalt publicadas hasta la fecha (proyecto también apoyado por la AETG). La

base de datos está en constante evolución y es accesible de forma gratuita para todos y todas (www.gestaltresearch.org). En el sitio web se encuentran, además de resúmenes o artículos de investigación en la EAGT, algunas herramientas de investigación y grabaciones de los seminarios web sobre docencia en investigación realizados hasta el momento. Los *webinars* sobre docencia en investigación surgieron a raíz de la necesidad de formar en investigación a futuros psicoterapeutas gestalt, dentro de sesiones de formación. En los programas acreditados por la EAGT hay una parte de docencia en investigación y la comisión de investigación de la EAGT elaboró un documento en mayo de 2021 con el apoyo del comité de Estándares de Formación y el comité de Competencias Profesionales y Estándares Cualitativos para definir los contenidos que ambos esperan adquirir en la formación, con diferentes niveles de competencia. Este documento también está disponible en la *web* de la base de datos.

Por otro lado, hemos intentado responder a la necesidad de conexión e investigación conjunta creando otra web, www.gestaltresearchnetwork.org, donde es posible discutir juntos proyectos de investigación, así como participar en grupos de discusión sobre docencia, investigación u otros temas, siempre relacionados con la investigación. Lamentablemente, esta herramienta aún no se utiliza mucho, a pesar de que tiene un enorme potencial.

¿Hay algún proyecto europeo de investigación en marcha y en el que se pueda participar?

La comisión de investigación de la EAGT está desarrollando un proyecto de investigación con la metodología de Estudio de Caso. El proyecto, denominado «Practitioners Case Study Research Project», está dirigido a todos los miembros de la



Home page www.gestaltresearchnetwork.org

EAGT (no es necesario ser investigadores) y tiene como objetivo trabajar en grupos (incluso homogéneos, por nacionalidad e idioma, si es útil) con el fin de elaborar un estudio de caso que también pueda ser candidato a publicación. Es suficiente con escribir a researchcommittee@eagt.org si se quiere participar. Los institutos de formación también están desarrollando un proyecto de investigación cualitativo/cuantitativo. Quienes deseen participar en él, pueden escribirle a la presidenta de la Cámara de Institutos de Formación, Margareta Mesic, al correo margareta.mesic@eagt.org.

Para concluir, ¿qué aspectos destacarías sobre la actualidad de la investigación en terapia gestalt?

Por un lado, señalaría que el interés por la investigación ha aumentado considerablemente entre los y las terapeutas gestalt. En segundo lugar, es compartido el pensamiento de que, para ser reconocidos, es importante documentar la validez de nuestro enfoque a nivel internacional con la investigación y que para ello es necesario establecer redes, aunar recursos y publicar en revistas científicas. También es fundamental formar nuevos psicoterapeutas gestalt apasionados y con aptitudes para la investigación, para que el público de personas que pueden apoyar la psicoterapia gestalt en el mundo se amplíe cada vez más.



Rosanna Biasi

Licenciada en psicología clínica y comunitaria, diploma de especialización en psicoterapia gestalt, maestría en «Neuropsicología de los trastornos cognitivos adquiridos» y curso de postgrado «Músico y Musicoterapia en Neurología». Antigua presidenta de la Sociedad Italiana de Psicoterapia Gestalt (SIPG) y presidenta actual del Comité de Investigación de la EAGT. Es ponente en congresos con temas como el self, neurociencia, psicopatología, sexualidad y discapacidad, teoría del campo o rehabilitación del daño cerebral adquirido. Es autora de publicaciones en investigación y rehabilitación neurológica. Trabaja como jefa del servicio de psicología en servicios residenciales para personas mayores y personas adultas con discapacidad. Trabaja también en la práctica privada como psicoterapeuta y es formadora en Gestalt Institute HCC–Italia y en programas internacionales en temas de trastorno de pánico, ansiedad y experiencias traumáticas.

Investigación

Formulación de casos en terapia gestalt

Veronika Šromová, MA

Universidad Masaryk-Brno, República Checa sromova.vera@seznam.cz

Dr. Jan Roubal

Universidad Masaryk-Brno, República Checa jan.roubal.cz@gmail.com

Traducido por Francisco Balanza Miura

Resumen

La *formulación de casos* es una herramienta terapéutica de uso frecuente que ayuda al terapeuta a desarrollar una mejor comprensión de la situación del cliente. Los conceptos básicos son estrategias que se aplican a la hora de ordenar la información sobre un cliente, la evaluación de la importancia de áreas específicas y la toma de medidas adecuadas en el proceso terapéutico. Aunque el área de la formulación de casos ha sido explorada en muchos otros enfoques terapéuticos, existe una falta de evidencia más profunda sobre su uso en el enfoque gestalt. Este artículo presenta un estudio de investigación cualitativa que utiliza la teoría fundamentada para analizar entrevistas con once terapeutas gestalt. El modelo de proceso resultante representa una conclusión teórica sobre los procedimientos de los terapeutas gestalt¹ en la formulación de los casos de los clientes. Los hallazgos de la investigación se discuten con los hallazgos existentes sobre el proceso de formulación de casos dentro de la terapia gestalt y otros enfoques terapéuticos. El modelo de formulación de casos puede ser útil para la práctica, la formación y la supervisión.

Palabras clave: formulación de casos, terapia gestalt, evaluación psicoterapéutica, relación terapéutica.

Una imagen holística que apoya el proceso de cambio

La formulación del caso es un proceso terapéutico de recopilación y conexión de información sobre el cliente. Esta información se presenta en diversas formas e intensidades y procede de distintas fuentes. Las nuevas aportaciones dan forma a la

¹ *Gestalt Review*, Vol.26, No.1,2022, DOI:10.5325/gestaltreview.26.1.0063. Copyright © 2022, Universidad Estatal de Pensilvania, University Park, PA

hipótesis primaria sobre rasgos específicos de la personalidad de los clientes y las situaciones en su complejidad (Westmeyer, 2003). La información se clasifica en un esquema de conexión que ayuda al terapeuta a captar todo el contexto y a iniciar con el cliente un viaje que tenga en cuenta sus necesidades individuales (Sperry, Gude-man y Blackwell, 2000). La formulación se convierte en un ancla que mantiene unidas las piezas de una estructura complicada y ayuda a organizar los factores clave y las fuentes causales de las dificultades de los clientes (Bergner, 1998).

Además de clasificar las dificultades de los clientes dentro del modelo psicológico de los trastornos mentales, la formulación de casos se centra en el contexto relacional específico, los acontecimientos vitales, las circunstancias sociales, el significado personal y la propia interpretación de los clientes de sus problemas (Johnstone, 2017). Esto lleva a los clientes a sentirse más competentes, a creer que se sentirán mejor y a un optimismo general en relación con el proceso de tratamiento (Berry, Barrowclough y Wearden, 2009). En las fases iniciales del tratamiento, la formulación del caso se considera una herramienta útil para crear una relación de alta calidad entre el terapeuta y el cliente (Boschen y Oei, 2008). Los propios clientes participan en la creación de la formulación coordinando las percepciones y conclusiones de los terapeutas. Esto puede reforzar la esperanza del cliente de que sus necesidades más vitales sean reveladas por el terapeuta (Rainforthe y Laurensen, 2014).

Existe una diferencia significativa entre la formulación de casos y el diagnóstico en psicoterapia. El diagnóstico utiliza un sistema preparado de antemano de categorías generales para vincular el tipo particular de sufrimiento de los clientes a un procedimiento de tratamiento exitoso. Aunque puede ser un punto de partida útil para orientar al terapeuta en la situación terapéutica, el diagnóstico clínico de uso común basado, por ejemplo, en los textos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (DSM-IV) y de la *Clasificación internacional de enfermedades*, décima revisión (CIE-10), no se centra en el contexto más profundo ni en las causas de los problemas del cliente (Shapiro, 1989). El uso de un diagnóstico de este tipo en psicoterapia puede incluso aumentar el riesgo de manualización de la psicoterapia y la consiguiente reducción del contacto auténtico entre el cliente y el terapeuta (Haynes y Williams, 2003). Por lo tanto, diferentes enfoques psicoterapéuticos han desarrollado sus propios sistemas de diagnóstico que se ajustan mejor a sus epistemologías específicas y son más sensibles a los microprocesos psicoterapéuticos. Muchos terapeutas gestalt, por ejemplo, han utilizado el «ciclo de la experiencia» como su modelo de diagnóstico de proceso (Melnick y Nevis, 1998). Para reducir los riesgos de generalización y manualización, el diagnóstico se percibe como un proceso de nombrar el significado emergente de la situación clínica compleja y cambiante y se mantiene descriptivo, fenomenológico y flexible en la terapia gestalt (Roubal, Gecele y Francesetti, 2013).

En este sentido, el diagnóstico y la formulación de casos pueden en parte solaparse; sin embargo, el concepto de formulación de casos aporta un importante valor añadido. Las tres fases principales de la formulación de un caso se distinguen explícitamente entre sí: *observación*, *conceptualización* y *deducción de pautas*. Darse

cuenta de las diferencias entre estos tres procesos permite basar las intervenciones del terapeuta en una comprensión compleja y profunda, que es al mismo tiempo flexible y única para cada situación psicoterapéutica específica. La formulación del caso puede considerarse, por tanto, como el vínculo entre un diagnóstico, un proceso y la experiencia terapéutica personal. Incluye información sobre los procedimientos y los procesos de pensamiento del terapeuta. Aporta los aspectos necesarios de flexibilidad, tiene en cuenta las diferencias individuales de cada cliente (Crowe, Carlyle y Farmar, 2008) y basa la comprensión del terapeuta específicamente en lo que se escucha o se ve (Roy-Choudry, 2003). Mantener un equilibrio entre las impresiones subjetivas del terapeuta y los datos clínicos es fundamental. La ausencia de uno de estos elementos resta valor al conjunto, impidiendo la formulación de conclusiones significativas y fundamentadas (Sim, Gwee y Bateman, 2005).

Según Johnstone y Dallos (2013), las formulaciones varían en función del enfoque psicoterapéutico y del país de origen. Los patrones básicos que distinguen las formulaciones son, por ejemplo, la valoración de la importancia de los factores individuales (sentimientos, pensamientos, comportamiento, etc.); el grado de atención que se presta a la reflexividad; la capacidad de los terapeutas para convertirse ellos mismos en fuentes de información; la contemplación de los procesos de pensamiento (Marsico, Ruggieri, y Salvatore, 2015); o si los terapeutas se encuentran en una posición experta más que colaborativa y priorizan la utilidad de la formulación por encima de su veracidad.

He aquí algunos ejemplos. En los enfoques psicodinámicos, la formulación del caso explica cómo y por qué se rompió el equilibrio del cliente, cómo se crearon los síntomas y los obstáculos, y qué los alimentó. La atención se centra en los contenidos inconscientes del cliente (Cabaniss *et al.*, 2013). En la terapia cognitiva, la formulación del caso contiene teorías cognitivas en el trasfondo de las dificultades emocionales. Las áreas importantes en la formulación del caso son la información relevante de la infancia del cliente, las introyecciones básicas problemáticas, las suposiciones o reglas condicionadas y las estrategias de compensación que el cliente utiliza cuando no tiene éxito en la resolución de problemas (Kuyken *et al.*, 2008). En la terapia centrada en la emoción, la formulación identifica los estados emocionales internos del cliente que ayudan a identificar las áreas problemáticas y conducen al terapeuta a construir la comprensión. Se presta atención a las dificultades emocionales esqueléticas del cliente (Eells, 2007).

En la terapia gestalt, la formulación del caso proporciona una imagen holística significativa y da directrices para apoyar el proceso de cambio. Una formulación de caso permite al terapeuta ver la información sobre el cliente y sobre el proceso terapéutico organizada en una imagen coherente: una imagen que interconecta de forma significativa varios tipos de información y muestra una dirección sugerida para seguir trabajando. La información se obtiene de varios recursos: de lo que el cliente refiere, de la observación del cliente, de la observación de la experiencia del terapeuta con respecto al cliente y de cómo se organiza la relación terapéutica «aquí y ahora» en la situación de terapia. La competencia del terapeuta reside en la capacidad



*Gary Yontef, psicólogo y discípulo
directo de F. Perls*

de ver el cuadro completo y dejar que las distintas partes formen un todo significativo. Los terapeutas utilizan no sólo su comprensión cognitiva, sino también sus percepciones intuitivas y sus metáforas. Corporalmente, sus sentidos perciben la información de la experiencia directa de estar con el cliente. Esta visión holística ofrece la posibilidad de conocer a los clientes como personas vivas en su complejidad y singularidad al mismo tiempo que ayuda a los terapeutas a ser sensibles a los aspectos específicos del proceso del cliente que hay que apoyar o cuestionar. Aquí, nos encontramos ante una tensión entre la formulación de casos y el enfoque humanístico fenomenológico de la terapia gestalt. Este enfoque re-

quiere que el terapeuta renuncie a ideas y juicios sobre el cliente y sobre lo que debería o no debería estar ocurriendo en la terapia (Clarkson, 2014). Este punto hace que el enfoque de la terapia gestalt y la formulación de casos sean específicos. La decisión de dirigir personalmente la situación y determinar su curso está, de manera paradójica, influido por un esfuerzo activo para suspender temporalmente las propias interpretaciones y preconceptos (Yontef, 1993).

La formulación de un caso muestra una posible dirección para seguir trabajando con el cliente. Las directrices se hacen visibles como una forma significativa de completar la imagen de la conceptualización del caso y apoyar su desarrollo posterior. Estas directrices informan a los terapeutas sobre qué hacer y cómo estar con el cliente. También les informan sobre lo que deben evitar y sobre aquello con lo que deben tener cuidado. Las directrices pueden ser de naturaleza paradójica, porque se basan en la teoría paradójica del cambio (Beisser, 1970) que presenta un concepto básico para la teoría del cambio de la terapia gestalt. Para los terapeutas, significa que intentar cambiar al cliente puede arreglar el patrón que llevó a los clientes a la terapia. Por otro lado, aceptar a los clientes tal y como son puede apoyar su cambio. De este modo, las directrices derivadas de la formulación de un caso pueden informar al terapeuta no sólo sobre lo que debe hacer, sino también sobre donde no debe presionar, donde no debe esforzarse demasiado y cuándo debe limitarse a dar apoyo y esperar a que aparezca lo que deba a aparecer. Los terapeutas gestálticos no se esfuerzan por ser agentes de cambio, sino que buscan ser agentes de cambio apoyando el proceso de crecimiento natural del cliente (Yontef, 2005). La formulación de casos puede ayudar a los terapeutas a ver de forma más diferenciada dónde se necesita ese apoyo y cómo puede introducirse en la relación terapéutica.

Sin embargo, los terapeutas gestalt no adoptan ni utilizan ampliamente el concepto de formulación de casos en su práctica. En comparación con la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los enfoques terapéuticos psicodinámicos, existe un número

notablemente menor de recursos disponibles para la formulación de casos en los enfoques centrados en el ser humano en general. La visión humanista tradicional considera a los clientes expertos en sus propias vidas. El terapeuta es visto entonces como alguien que crea un espacio seguro para el proceso de curación del cliente y no tiene el papel de determinar cómo deben desarrollarse las cosas (Cornelius-White, Motschnig-Pitrik, y Lux, 2013). Ver al cliente como un caso puede percibirse como una amenaza para la comprensión compleja de las dificultades de este (Kenofner, 2015). Originalmente, el concepto de formación de casos fue rechazado por los defensores del enfoque gestalt debido al riesgo de colocar al terapeuta en el papel de experto y, por lo tanto, de crear desequilibrios en la relación terapéutica (Eells, 2007). No obstante, por parte de los organismos oficiales y en relación con los aspectos éticos del trabajo psicoterapéutico, cada vez se exige más la capacidad de formular las dificultades de los clientes de forma precisa y eficaz (Simms, 2011).

En la práctica, los terapeutas gestalt utilizan con frecuencia para conceptualizar su trabajo algunos modelos teóricos como los estilos de contacto o el «ciclo de la experiencia». El desafío actual de la terapia gestalt es crear procedimientos de conceptualización que tengan en cuenta la singularidad de cada cliente al tiempo que ayudan a los terapeutas a crear un esquema de orientación. En comparación con los enfoques centrados en el síntoma o en la solución, la terapia gestalt, como enfoque centrado en el ser humano, utiliza la relación terapéutica con el cliente, incluyendo la propia experiencia del terapeuta, como una rica fuente de información. Desde esta perspectiva, la formulación del caso puede ser creada en cooperación formada por ambas partes, la del terapeuta y la del cliente (Čevelíček, Hytych y Roubal, 2013).

El presente estudio pretende apoyar la aplicación del concepto de formulación de casos en el enfoque actual de la terapia gestalt. El modelo resultante se basa en los datos obtenidos de los profesionales de la gestalt. Por lo tanto, no es un modelo prescriptivo que describa cómo debería hacerse la formulación de casos en la terapia gestalt; más bien, es un modelo descriptivo que capta cómo los terapeutas gestalt ya practican la formulación de casos en su trabajo diario.

Estudio de investigación: cómo utilizan los terapeutas gestalt la formulación de casos

Este trabajo se basa en un enfoque metodológico cualitativo con el uso del método de la teoría fundamentada (GTM). Se entrevistó a psicoterapeutas checos (psicólogos y psiquiatras) con formación psicoterapéutica en terapia gestalt mediante una entrevista semiestructurada. Participaron un total de once terapeutas gestalt checos, entre ellos seis mujeres y cinco hombres. Las edades de los participantes oscilaban entre 31 y 61 años ($M = 44,5$ años). La duración de la práctica psicoterapéutica oscilaba entre 4 y 32 años ($M = 15,3$ años).

Resultados

De todas las fases típicas de determinados terapeutas, se identificaron cinco fases clave y comunes. Estas describen el proceso de formulación de casos en terapia gestalt a partir de los datos obtenidos. Las categorías resultantes son (1) *Recopilación de información*, (2) *Conceptualización*, (3) *Formulación*, (4) *Valoración* y (5) *Tamiz situacional*. El final de este proceso es una acción terapéutica que no entra dentro del proceso de formulación del caso. Las fases se enumeran en el orden más frecuente; sin embargo, este orden no es invariable, y algunas fases pueden ocurrir en un orden diferente o —en algunos casos— de forma particular. Las fases individuales se representan en el modelo de proceso (Figura 1) y están representadas por una pregunta característica que los terapeutas pueden formular en un momento dado.

Veamos un ejemplo:

[Terapeuta Julián]: «Aquí tengo un cliente que vino a mí diciendo, en su primera frase que ha estado teniendo problemas durante mucho tiempo, que se ha estado sintiendo mal en el estómago, pero que no se encontró nada en el examen médico, por lo que cree que tiene algún tipo de trastorno psicosomático. Esa fue la primera frase [*Recopilación de información: ¿qué dice el cliente?*]. Luego, se fue desarrollando todo lo demás. Mi hipótesis en ese momento era que aquel era aparentemente un trastorno psicosomático. Pero ¿cuáles son los aspectos que desempeñan algún papel en dicho trastorno?, ¿cómo se relaciona esto con otros aspectos? [*Conceptualización*]. Habla del síntoma, pero no habla mucho de sí mismo [*Recopilación de información: ¿qué puedo percibir?*]. Entonces, ¿cómo experimenta las cosas? ¿Qué ocurre en su interior? ¿Qué le falta? [*Conceptualización, posible influencia de los constructos teóricos: principio de integridad*]. Lo resolví preguntándole qué me ofrecía el cliente y qué me faltaba a mí. Me ofrecía el síntoma, de modo que trabajé con el síntoma, que era el dolor de estómago. Me pregunté qué faltaba, qué representaba el estómago, qué era tan difícil. Llegué a la siguiente hipótesis: ¿Qué es tan difícil de digerir? [*Conceptualización*]. Así que todo era bastante abierto, y al final nos encontramos con cosas que ni siquiera sabía que desempeñaban un papel. En realidad, todo apoyaba una forma de trastorno psicosomático. A continuación, el cliente habló de la muerte de su padre y de cómo le afectó emocionalmente. Que todo empezó ahí, que tenía problemas con la alimentación y que todo era difícil [*Recopilación de información: ¿qué dice el cliente?*]. Y era muy visible que intentaba devaluar todo aquello; el estómago era el enemigo número uno. Quería deshacerse de él. Probó medicinas, cirugías, curanderos; probó de todo, pero nada le ayudó. Aparentemente, intentaba deshacerse de algo que llamaba la atención, algo que necesitaba ser visto y digerido [*Dando Forma*]. Y la clave de toda la terapia [*Enrutamiento*] era que trabajáramos realmente no en disolver algo, sino en ser capaces de ver qué había ahí [*Acción*]]».

Este ejemplo representa las fases del proceso de formulación de casos en terapia gestalt que se ha identificado mediante el análisis de datos. También podemos ver

una estrecha relación entre la recopilación de información y la fase de conceptualización. El proceso de retroalimentación entre estas fases es un elemento que sirve de puente hacia la tercera fase, la conformación.



Figura 1. El modelo de proceso de formulación de casos en terapia gestalt

Recopilación de información

Los terapeutas afirman que en las primeras fases es tan importante lo que se dice [Contenido], como la forma en que se comparten las aportaciones verbales y no verbales y el tipo de información que el terapeuta recibe de la comunicación continua con el cliente [Experiencia]. Las fuentes de información pueden dividirse en externas e internas. Centrarse en el entorno externo es, por ejemplo, escuchar los temas que plantea el cliente [¿Qué dice el cliente?] y utilizar los sentidos para trazar un mapa más detallado de la situación [¿Qué percibo?], como observar cómo el cliente comparte sus contenidos internos, incluyendo preguntas como [Terapeuta Magda]: «¿Huele bien o mal [risas]? ¿Qué aspecto tiene?». Mientras tanto, los terapeutas también se

fijan en sus propios procesos internos, que podrían denominarse fuentes internas de información. Son conscientes de qué sentimientos, pensamientos o tendencias surgen en su interior en presencia del cliente [¿Qué estoy experimentando?].

Un rasgo característico de esta fase es la alternancia de la atención entre las fuentes de información del contenido y de la experiencia.

[Terapeuta Vilem]: «Se trata de una especie de interacción entre cognición y emoción. Por un lado, escucho al cliente hablar sobre el contenido del problema y, por otro, por supuesto, veo cómo esa persona se relaciona conmigo. Así que, además de lo que dice, observo lo que hace».

Los terapeutas describen la recogida de información de distintas fuentes como un proceso entrelazado en el que a veces se presta más atención al seguimiento de la situación y, en otras ocasiones, al autoconocimiento. Uno de los terapeutas comparó este proceso con el principio gestalt de figura y fondo, que expresa la dinámica de percepción holística.

Contenido

¿Qué puedo oír? En el proceso de recopilación de información, la comunicación oral es una de las herramientas centrales para los terapeutas. Un rasgo característico de esta fase es la libertad y el espacio que se da al cliente para describir lo que le resulta pesado; es decir, se le da importancia a todo lo que se dice. También se presta atención a cómo el propio cliente entiende su historia y las hipótesis sobre su propia vida, incluida la necesidad explícita expresada («quiero que esto no sea así»). En el ámbito de la recopilación de información oral, los terapeutas no sólo trabajan con lo que dice el cliente, pues también se fijan en lo que no se dice. [Terapeuta Julián]: «Habla del síntoma, pero no habla mucho de sí mismo; entonces, ¿qué experimenta?».

Experiencia

Los terapeutas describieron como elementos esenciales de la observación la forma en que el cliente comunica la información verbal y el modo en que se produce el contacto entre cliente y terapeuta. [Terapeuta Vilem]: «¿Cómo estamos realmente en nuestra conversación?». Hay dos preguntas clave en esta fase: [«¿Qué veo?»], [«¿Qué percibo?»]. La categoría [«¿Qué veo?»] no se limita a la percepción visual, sino que se aplica en general a cómo se produce el contacto entre el terapeuta y el cliente. Los elementos que pueden controlarse en el ámbito de la comunicación no verbal difieren en las entrevistas. Los terapeutas a menudo enfatizan la importancia de prestar atención a los aspectos significativos y presentes en un momento dado. Dentro de la comunicación no verbal, aspectos como el ritmo y el tono de voz, el

contacto visual, la manera de dar la mano, la postura corporal, y las reacciones al llegar y al marcharse son considerados cruciales. Como parte de la exploración de dinámicas más profundas, los terapeutas gestálticos se enfocan en áreas específicas que la teoría de la terapia gestalt destaca, tales como las gestalt fijas, la movilización de la energía, y los ciclos de contacto. Además, se observan otras variables en el cliente, contribuyendo a una comprensión más completa de su experiencia.

[Terapeuta Magda]: «Cómo está presente, cómo me percibe, cómo me escucha, cómo se permite experimentar sentimientos, si sabe lo que necesita de mí hoy». En cuanto a la categoría «¿Qué percibo?», el terapeuta es una rica fuente de información sobre el cliente. Los terapeutas ven la importancia de observar sus sentimientos y lo que ocurre a nivel del cuerpo y la mente. [Terapeuta Julián]: «Intento relajarme y ver qué me llama la atención. El cuerpo, las emociones, los pensamientos. Y quizá algún tema. Eso es lo que observo; eso es una pista para mí». [Terapeuta Rudolf]: «Estoy observando mi reacción hacia el cliente. ¿Cómo soy en contacto con el cliente cuando nos sentamos aquí?» ¿Qué tipos de emociones son detectables en presencia de un cliente?

Las categorías antes mencionadas: [«¿Qué oigo?»], [«¿Qué veo?»] y [«¿Qué percibo?»] pueden complementar-se, pero también contradecirse. La información contradictoria procedente de distintas fuentes puede motivar al terapeuta a prestar más atención o a hacer más preguntas. La fase de observación no tiene lugar por sí sola. Los terapeutas analizan la información recogida mientras reciben otra información de la misma fuente o de otras. Este ciclo se desarrolla simultáneamente en varios niveles, y el proceso de recopilación de información y su continua conceptualización perfeccionan gradualmente la comprensión emergente. Este proceso suele ir acompañado de nuevas indagaciones y de la verificación de las conclusiones extraídas con el propio cliente.



Terapeuta recopilando información durante una sesión de terapia

Conceptualización

La conceptualización es un proceso que sigue a la recogida de información y que sólo implica los procesos cognitivos del terapeuta. Al analizar las entrevistas de la investigación, se observa que este proceso puede entenderse como un puente entre la información puramente sensorial y las propias interpretaciones y estrategias de análisis de la información que crean entre sí un esquema inicial de comprensión. Los terapeutas procesan la información adquirida a partir tanto de fuentes de contenido como de la experiencia: lo que oyen, lo que ven, lo que experimentan en presencia del cliente y lo que ocurre entre ambos. En otras palabras, aquí surgen las primeras hipótesis. [Terapeuta Nada]: «En realidad, cuando terminamos la sesión o durante esa sesión, creo mis hipótesis. Y hago esas hipótesis interpretando la realidad, evaluándola». Los terapeutas describieron algunas de las estrategias cognitivas habituales que utilizaban. La pregunta característica de la fase de conceptualización podría ser: «¿Cómo suelo procesar la información que he obtenido?». Diversos factores influyen en cómo se procesa la información. Los terapeutas mencionaron la duración de su experiencia práctica y la teórica, constructos de la terapia gestalt que en cierta medida determinan y conforman la percepción que el terapeuta tiene de fenómenos específicos. Los constructos citados con más frecuencia fueron, por ejemplo, la *teoría del campo*, los *estilos de contacto* y el *principio del holismo*, cada uno de los cuales ayuda específicamente al terapeuta a formar un esquema de comprensión. [Terapeuta Zoltan]: «Con este cliente siempre somos listos, seguimos pensando en la “cabeza”, y cuando pregunto por el cuerpo no obtengo ninguna respuesta, quizá hambre, sí, pero no tengo nada más». En la siguiente fase, la información sobre «lo que falta» [terapeuta Julián] se convierte en una guía para rellenar los espacios en blanco de la historia (teniendo en cuenta la seguridad de la situación), y se centra en los componentes que faltan en la experiencia emocional o el comportamiento del cliente.

La conceptualización de la información puede adoptar diversas formas. Una herramienta muy utilizada para interpretar la información es la metáfora. Dado que en esta fase sólo estamos en la «cabeza» del terapeuta, el lenguaje metafórico pretende crear interpretaciones imaginativas que faciliten la comprensión de la situación en su complejidad. [Terapeuta Nada]: «Cuando me dice algo, imagino una metáfora de cómo me afecta, como ‘ella habla como un ratón y yo soy como un gato’. Entonces puedo pensar que estoy más en una polaridad de dominación (terapeuta) y sumisión (cliente)». Una forma común de conceptualización mencionada en las entrevistas fue encontrar causalidad en las dificultades del cliente. [Terapeuta Julián]: «Si un cliente se comporta de esa manera, probablemente eso conduzca al problema. El cliente me ofrece información, y yo intento ponerla en relación y entender cómo puede estar relacionada dicha información con lo que el cliente ha venido a resolver, qué papel desempeña y qué tipo de influencia tiene. Luego, trabajo con todo eso, lo exploro más de cerca».

Los terapeutas también se refirieron en sus entrevistas a la cantidad de experiencia implicada en el proceso de formulación del caso. Señalaron que enfrentarse a

determinados temas crea ciertos esquemas temáticos que pueden activarse en situaciones similares y ser útiles para abordar casos presentes. Sin embargo, también hicieron hincapié en las precauciones que se deben tomar a la hora de integrar una información previa en una situación terapéutica presente [Terapeuta Milena]: «Es necesario preguntar una y otra vez, no pensar que ya lo sé todo, porque puedo equivocarme, por supuesto». Con una mayor conciencia, las situaciones que antes se percibían como perturbadoras o amenazadoras se convierten en oportunidades en el proceso terapéutico. Los terapeutas señalaron que, además de proporcionar antecedentes informativos, la toma de conciencia puede convertirse en un factor importante para la percepción de la propia competencia.

Darle forma

Los terapeutas describieron con frecuencia la comprensión inicial como un simple esquema o frase que resume cómo perciben un aspecto clave de la historia del cliente y por qué consideran clave un determinado aspecto, sea cual sea. Más tarde, al integrar y verificar otra información obtenida, el esquema se somete a una prueba que puede apoyar, refutar o dar más forma a la comprensión. He aquí un enfoque para verificar las conclusiones con el cliente. [Terapeuta Svatava]: «*La circunstancia en la que propongo una idea que considero apropiada y, al presentarla al cliente, este la rechaza, podría indicar que efectivamente dicha idea no se ajusta a lo que el cliente requiere en ese momento, o que no logra percibirla como necesaria*». En este caso, el proceso vuelve a la recopilación de información complementaria, la conceptualización adicional y la validación de nuevas conclusiones. Tras la conceptualización de la información recopilada, se da forma a la comprensión. En este contexto, el paso de conformación puede entenderse como un requisito previo para identificar procedimientos terapéuticos útiles. [Terapeuta Magda]: «En el momento en que sé dónde está la fuente de un problema, me resulta mucho más fácil ir a algún sitio con el cliente. O bien lo compruebo con el cliente, pruebo cómo responde a algunas de mis preguntas, o bien voy directamente por el camino que ha surgido allí».

Enrutamiento

En la fase de enrutamiento, los terapeutas tienen la capacidad de identificar con mayor claridad el mejor curso de acción a seguir: determinando qué acciones o palabras son apropiadas o inapropiadas, incluyendo la posibilidad de optar por el silencio cuando sea pertinente. Este proceso implica desarrollar ideas para intervenciones que se basen en una comprensión profunda de las circunstancias y dificultades del cliente, así como en la creencia de que estas intervenciones pueden facilitar un cambio hacia la satisfacción de las necesidades explícitas o implícitas del cliente. [Terapeuta Rudolf]: «Después de un periodo de exploración, si he logrado entender bien

al cliente y su situación, empiezo a probar lo que podríamos hacer juntos. Esto es posible porque hemos atravesado todo un proceso donde intento comprenderlo y él me orienta a través de su historia. Entonces, en algún punto, basándome en lo que ya conozco de él, empiezo a considerar qué sería beneficioso explorar o cuál debería ser el siguiente paso».

Tamiz situacional

Los terapeutas señalaron que no todas las ideas de intervención son necesariamente adecuadas para la práctica en el momento en que surgen. La exposición del cliente a determinados aspectos podrían incidir de forma inadecuada en una zona sensible, lo que en algunos casos provocaría la resistencia del cliente, o incluso la pérdida de confianza. Los terapeutas pueden concebir un plan perfecto, pero antes de implementarlo con el cliente, es crucial evaluar la idoneidad del contexto. Esto implica consideraciones tanto de seguridad como de la calidad de la relación terapéutica, así como determinar si la intervención propuesta resultará lo suficientemente estimulante. [Terapeuta Vilem]: «Si le dijera al cliente en la primera reunión que su problema está relacionado con cómo se relaciona con la gente o cómo se trata a sí mismo, este podría decirme: ‘No me importa en absoluto, sólo quiero sentirme bien’». La fase de la terapia, el estado de ánimo actual y la configuración general de la personalidad del cliente también desempeñan un papel. El tamiz situacional también se aplica por parte del cliente, incluso en las primeras fases de la terapia. [Terapeuta Milena]: «Creo que en el primer contacto o al principio la gente puede aportar lo que cree que es importante, pero también lo que cree que es aceptable para el terapeuta». Los clientes revelan temas personales importantes en función del riesgo percibido de rechazo por parte del terapeuta.

Debate

La formulación del caso es un proceso diseñado para facilitar a los terapeutas la comprensión del cliente y la identificación de sus necesidades, tanto explícitas como implícitas. Este proceso permite que los terapeutas se conviertan en guías efectivos para el cliente a lo largo de su trayectoria terapéutica. Las fases identificadas a través del análisis de datos utilizando la teoría fundamentada incluyen: *Recopilación de información*, *Conceptualización*, *Conformación*, *Enrutamiento* y *Tamiz situacional*. Lejos de concluir con la intervención, este proceso a menudo regresa a su punto de partida, evidenciando su naturaleza cíclica y evolutiva. La mayoría de los terapeutas concuerdan en que la formulación de un caso es un proceso dinámico que se repite y se adapta continuamente. [Terapeuta Rudolf]: «Lo describiría como un círculo que gira una y otra vez. El proceso terapéutico puede cambiar y luego vuelve a comenzar; es algo que ocurre en todas partes». Describieron el proceso

como una estructura flexible que se modifica a lo largo de la cooperación. [Terapeuta Justyna]: «Siempre lo reconstruyo [la formulación del caso, la comprensión] en cada sesión. Claro que tengo bases sobre las cuales construir, pero lo recreo cada vez».

En cierta medida, la naturaleza de la formulación del caso depende siempre del trasfondo teórico seguido por el terapeuta (Eells y Lombart, 2003), y de lo que esta teoría considera como variables clave en el surgimiento de los problemas de los clientes (Cabaniss *et al.*, 2013). El enfoque fenomenológico de la terapia gestalt no planifica con antelación estrategias detalladas, sino que apoya el ajuste creativo en la situación terapéutica actual. Esto no significa que un terapeuta gestalt sea ingenuo acerca de las formas en evolución para apoyar tipos específicos de sufrimiento, sino más bien que permanece abierto y curioso acerca de la singularidad de la situación actual del paciente específico y del camino peculiar e irrepetible de la terapia. Por lo general, no existe una definición explícita de objetivos, logros o estrategias terapéuticas específicas. Por otro lado, el enfoque de la TCC, como muchos otros enfoques psicoterapéuticos, habla de la necesidad de identificar el problema predominante en la formulación del caso lo antes posible, así como los síntomas del cliente (Kenofor, 2015). El terapeuta asume el papel de experto y pretende eliminar los síntomas del cliente mediante la práctica de conductas de aprendizaje, el entrenamiento del cliente y el aumento de su autosuficiencia. Los terapeutas gestalt entrevistados, por el contrario, señalaron que el no saber es una parte natural del proceso terapéutico, que la preconcepción no es necesaria en las fases iniciales. La comprensión se crea paso a paso en contacto con el cliente, a un ritmo natural. A diferencia de un enfoque más centrado en estrategias orientadas al problema (Nezu, Nezu y Perri, 1989) y en el síntoma en sí (Persons, 2008), los terapeutas de nuestra investigación no pretenden principalmente eliminar las dificultades, sino integrarlas en el contexto general de la vida del cliente y reforzar la conciencia de sus propios problemas. En la mayoría de los casos, el cliente determina cómo se desarrollará la terapia y qué tema se abordará. El problema se considera una invitación al crecimiento; su «mera» eliminación priva al cliente de la oportunidad de cambiar y desarrollarse (Kenofor, 2015). Una vez más, la autonomía del cliente se considera importante para participar no solo en el proceso de formulación del caso, sino en la situación terapéutica general.

Un terapeuta gestalt cuida de que la dirección terapéutica esté co-creada en el encuentro terapéutico. Esto significa que los objetivos pueden ser aceptados, pero no tragados por el paciente o el terapeuta: ambos participan en la creación del contrato, estableciendo límites y posibilidades. El terapeuta está continuamente contratando con el cliente y ajustando el enfoque a las necesidades reales del cliente y a su propia capacidad y recursos. La terapia gestalt está abierta a la integración de elementos procedentes de otras bases terapéuticas o científicas, a menos que ello suponga una violación de sus principios rectores (Rosenberg y Merete, 2005). Con un énfasis en el respeto por la singularidad del cliente y la consideración del contexto general, la terapia gestalt proporciona una alternativa de formulación de caso saludable a la objetivación potencialmente dañina del cliente, y ofrece una estructura para facilitar el proceso de comprensión.



La terapeuta ajusta el enfoque del análisis a las necesidades del cliente

Implicaciones para la práctica

Los resultados de este trabajo podrían conducir a reforzar la formación en las habilidades necesarias para la formulación de casos, por ejemplo, en la formación psicoterapéutica (Ingram, 2006). Añadir la formulación de casos a la formación psicológica y psicoterapéutica abre un espacio de cooperación, disminuye la incertidumbre en los terapeutas emergentes y apoya el uso eficaz de las autorrespuestas y las reacciones a los clientes en el proceso de formulación de casos (Eells *et al.*, 2005). La intención formativa aquí es que el terapeuta desarrolle y adquiera su propio sistema de formulación, basándolo en sus preferencias personales y terapéuticas. El modelo de proceso de formulación de casos muestra las principales áreas en las que los terapeutas centran su atención en contacto con el cliente. Para la formación en terapia gestalt, esta información podría ser útil como guía para prestar especial atención a estas áreas y vincularlas a la creación de formulaciones de casos.

Además, este trabajo puede aportar un beneficio potencial a la práctica, la educación y la supervisión de la psicoterapia. Una estructura clara de procesos para ordenar la información sobre el cliente puede ser una herramienta útil para aumentar la eficacia de la terapia (Eells, 2007). En la práctica, el modelo de formulación puede utilizarse como una vía intermedia entre la terapia manual y el pensamiento

asociativo y completamente desestructurado sobre los clientes. El modelo también puede ser útil para los terapeutas principiantes (y otros terapeutas) como «compañero» a la hora de dar forma a la presentación de un caso en la supervisión; como se ha mencionado anteriormente, puede servir como punto de referencia para reducir la incertidumbre.

Conclusiones: pautas para el principio paradójico del cambio

Los fenómenos observados se conceptualizan en un tipo de imagen significativa, logrado únicamente a través de un pensamiento intencionado sobre el paciente y el proceso terapéutico, preguntándose: «¿Cómo entiendo el fenómeno observado?». El terapeuta a menudo percibe esto de manera holística, manifestándose en la observación del cliente y del proceso terapéutico desde una distancia que permite que los detalles se difuminen y emerja la forma principal. Para la conceptualización de los fenómenos observados suelen aplicarse tres perspectivas:

- a. La primera perspectiva se centra en el cliente y su forma de funcionar, y trata de captar su manera característica de estar en el mundo. El terapeuta no se esfuerza por deducirlo, sino que permanece abierto a la esencia de lo que es. Dicha esencia puede expresarse mediante frases que caractericen los patrones fijos del cliente como: «Siempre dejo que los demás vayan primero» o «no me doy cuenta de mis límites hasta que mi cuerpo me impide seguir». La esencia también puede expresarse mediante un dibujo o alguna otra práctica artística. Esta perspectiva utiliza el método fenomenológico (Yontef, 1993; Crocker, 2005). El terapeuta explora la realidad fenomenológica del cliente de una forma «infantil» de preguntarse y descubrir, sin evaluarla.
- b. La segunda perspectiva se centra en la relación cliente-terapeuta: ¿Dónde nos encontramos ahora? Esta perspectiva se basa en la idea de la co-creación dialógica (Jacobs, 1995; Yontef, 2005): ¿Cómo hemos llegado a este punto de la terapia? ¿Cómo ha contribuido cada uno de nosotros a que nos encontremos de esta manera? El terapeuta imagina el proceso terapéutico como un viaje común durante el cual acompaña al cliente.
- c. La tercera perspectiva se centra en el proceso de cambio en la situación terapéutica que se basa en la teoría de campo (Roubal, 2019): ¿Qué necesita la situación? El terapeuta no se esfuerza por cambiar la situación aquí y ahora, sino que se deja llevar por el flujo de la situación. Cada una de las formas de conceptualizar descritas ofrece unas pautas concretas.

Una vez más, los terapeutas no se esfuerzan por inventar las pautas, sino que permanecen abiertos a las que les parecen un método significativo de realización. La

distinción básica implica apoyo y desafío, ambos presentes en el trabajo del terapeuta. En el proceso terapéutico, el apoyo y el desafío desempeñan roles dinámicos, pudiendo uno ser más prominente mientras que el otro permanece en segundo plano, aunque estas posiciones pueden intercambiarse a lo largo de la terapia. A través de la formulación del caso, se proporcionan directrices claras a los terapeutas sobre cuándo y dónde ofrecer apoyo y cuándo y dónde presentar desafíos. En la terapia gestalt, el aspecto relacional es fundamental para la conceptualización de casos. Al describir los patrones de comportamiento de los clientes, los terapeutas se incluyen a sí mismos, empleando su propia conciencia como una fuente de información indispensable sobre el rol del otro en dichos patrones. Por ejemplo, si el terapeuta describe la forma de relacionarse del cliente con la frase: «el cliente siempre espera mi consejo», puede preguntarse cómo contribuye él mismo a este patrón relacional: «Y me hace sentir bien ser el terapeuta más listo del lugar». Se puede aplicar la siguiente pauta: «¿Qué pasaría si yo, como terapeuta, me atreviera a ser un «terapeuta estúpido?»».

Las directrices que surgen de la organización significativa de los fenómenos observados pretenden que los terapeutas sean más sensibles a aspectos específicos de su contacto con los clientes. Estas directrices no pretenden ser formas prescritas de trabajar. De hecho, una vez que los terapeutas las hacen explícitas para sí mismos, las «olvidan» y dejan que pasen a un segundo plano. Después, vuelven al flujo siempre cambiante del «aquí y ahora» del contacto con el cliente; ahora, sin embargo, se apoyan en la sensibilidad de fondo desarrollada por las directrices de formulación de casos.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por la Fundación Checa para la Ciencia con la subvención GA18-08512S. Los autores agradecen a Susan L. Fischer su trabajo editorial, especialmente con las referencias.

Referencias bibliográficas

- Beisser, A. (1970). La teoría paradójica del cambio. En J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt Therapy Now* (pp. 77-80). Harper & Row.
- Bergner, R. (1998). Características de las FC clínicas óptimas: The Linchpin Concept. *American Journal of Psychotherapy*, 52(3), 287-300.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2009). A pilot study investigating the use of psychological formulations to modify psychiatric staff perceptions of service users with psychosis. *Psicoterapia Cognitiva y Conductual*, 37 (1), 39-48.
- Boschen, M. J., & Oei, T. P. S. (2008). Un marco de CF cognitivo-conductual para la planificación del tratamiento en los trastornos de ansiedad. *Depresión y Ansiedad*, 25, 811-823.

- Cabaniss, D., Cherry, S., Douglas, C. J., Graver, R., & Schwartz, A. R. (2013). *Formulación psicodinámica*. Wiley-Blackwell.
- Čevelíček, M., Hytych, R., & Roubal, J. (2013). Představení vybraných modelů psychoterapeutické formulace případu. *Československá Psychologie*, 57 (5), 447-460.
- Clarkson, P. (2014). *Gestalt Counseling in Action* (4th ed.). Sage.
- Cornelius-White, J., Motschnig-Pitrik, R., & Lux, M. (2013). *Manual interdisciplinario del enfoque centrado en la persona: Investigación y Teoría*. Springer.
- Crocker, S. (2005). Fenomenología, existencialismo y pensamiento oriental. En S. Toman & A. Woldt (Eds.), *Gestalt Therapy: History, Theory, and Practice* (pp. 65-80). Sage Publications.
- Crowe, M., Carlyle, D., & Farmar, R. (2008). Formulación clínica para la práctica de enfermería en salud mental. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 800-807.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 579-589.
- Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2003). Formulación de casos y conceptos de tratamiento entre terapeutas cognitivo-conductuales y psicodinámicos novatos, experimentados y expertos. *Psychotherapy Research*, 13, 187-204.
- Haynes, S. N., & Williams, A. E. (2003). Formulación de casos y diseño de programas de tratamiento conductual. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 164-174.
- Ingram, B. L. (2006). *Formulaciones de casos clínicos: Adaptación del plan de tratamiento integrador al cliente*. John Wiley & Sons.
- Jacobs, L. (1995). El diálogo en la teoría y la terapia gestálticas. En R. Hycner & L. Jacobs (Eds.), *The Healing Relationship in Gestalt Therapy* (pp. 51-84). The Gestalt Journal Press.
- Johnstone, L. (2017). La formulación psicológica como alternativa al diagnóstico psiquiátrico. *Journal of Humanistic Psychology*, 58 (1), 30-46.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2013). *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People's Problems*. Routledge.
- Kenofer, B. (2015). Desarrollando la conceptualización de casos Gestalt. *Gestalt Review*, 19 (2), 110-132.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2008). *Conceptualización colaborativa de casos*. The Guilford Press.
- Marsico, G., Ruggieri, A., & Salvatore, S. (2015). *Reflexivity and Psychology*. Information Age Publishing.
- Melnick, J., & Nevis, S. M. (1998). Diagnosis in the here and now: A Gestalt Therapy approach. En L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of Experiential Psychotherapy* (pp. 428-450). The Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving Therapy for Depression: Theory, Research, and Clinical Guidelines*. Wiley.
- Persons, J. B. (2008). *A Case Formulation Approach to Cognitive-Behavioral Therapy*. Guilford Press.
- Rainforth, M., & Laurensen, M. (2014). A review of the literature on case formulation to inform mental health practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(3), 203-213.
- Rosenberg, N., & Mørch, M. M. (Eds.). (2005). Cognitive therapy. En *Cognitive Therapy: Models and Methods* (pp. 17-45). Hans Reitzels Forlag.
- Roubal, J. (Enero de 2019). Theory of change. En G. Francesetti, C. Vázquez Bandín, & E. Reed (Eds.), *Obsessive-Compulsive Experiences: A Gestalt Therapy Perspective* (pp. 9-20). Los Libros del CTP.
- Roubal, J., Gecele, M., & Francesetti, G. (2013). Gestalt therapy approach to diagnosis. En G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Eds.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (pp. 79-106). Franco Angeli.

- Roy-Choudhury, S. (2003). What is this thing called psychotherapy? *Clinical Psychology*, 29, 7-11.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
- Sim, K., Gwee, K. P., & Bateman, A. (2005). Case formulation in psychotherapy: Revitalizing its utility as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 26 (3), 289-292.
- Simms, J. (2011). Case formulation within a person-centered framework: An uncomfortable fit? *Counselling Psychology Review*, 26, 24-36.
- Sperry, L., Gudeman, J., & Blackwell, B. (2000). *Psychiatric Case Formulations*. American Psychiatric Association.
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 210-216.
- Yontef, G. (1993). *Awareness, Dialogue, and Process: Essays on Gestalt Therapy*. The Gestalt Journal Press.
- Yontef, G. (2005). Theory of change in Gestalt therapy. En A. Woldt & S. M. Toman (Eds.), *Gestalt Therapy: History, Theory, and Practice* (pp. 81-100). Sage Publications.



Veronika Šromová

Psicóloga especializada en el trabajo con niños y jóvenes en enfoque sistémico, estudiante de una escuela de terapia gestalt. Actualmente trabaja en proyectos internacionales en una ONG, Youth Matters Now, centrada en la prevención primaria y secundaria en salud mental juvenil y en la formación de profesores. Coordinadora de una formación internacional de teatro gestalt.



Jan Roubal

Profesor asociado en la Universidad Masaryk-Brno, República Checa, donde también trabaja en el Centro de Investigación en Psicoterapia. Es psicoterapeuta y psiquiatra, así como formador y supervisor de psicoterapia a nivel internacional. Fundó la formación en integración psicoterapéutica y la formación en terapia gestalt en la República Checa. Ha coeditado tres libros: Current Psychotherapy, Gestalt therapy in Clinical Practice, From Psychopathology to the Aesthetics of Contact, y Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy.



Francisco Balanza Miura (traductor)

Psicólogo y consultor. Licenciado por la Universidad de Northampton y la Universidad Oxford Brookes. Módulos de Especialidad en Psicología Clínica y Forense (Syllabus Británico). Masters en Gestión Internacional en la Universidad Oxford Brookes. Formado en Psicoterapia Gestalt (Enfoque Humanista). Doctorando en Psicología rama del Aprendizaje y Neurociencia. Terapeuta, conferenciante y divulgador.

Trastorno de pánico: ¿ataque de miedo o ataque agudo de soledad?

Convergencias entre la perspectiva de la neurociencia afectiva y la perspectiva fenomenológico-gestáltica

Gianni Francesetti, Antonio Alcaro, Michele Settani

Resumen

Existe un consenso entre los científicos en considerar los ataques de pánico (AP) como una respuesta de miedo exagerado por una activación intensa de la amígdala y la red neuronal del miedo. Las directrices actuales para el tratamiento (por ejemplo, las del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica, NICE, 2011) que están basadas en este punto de vista, no consiguen resultados satisfactorios: uno de cada tres pacientes tratados reportan persistentes ataques de pánico (AP) y otros síntomas del trastorno de pánico (TP), y muchos metaanálisis reportan la alta probabilidad de recaída. En este ensayo revisaremos los hallazgos desde la neurociencia afectiva y las ideas desde la perspectiva fenomenológico-gestáltica, cuestionando la relación entre el TP y la activación de la red neuronal del miedo. Proponemos una hipótesis alternativa sobre la etiología del TP según la cual este está principalmente conectado con el sistema del pánico y se activa en situaciones de separación de un apoyo afectivo y una sobreexposición al entorno. Desde nuestro punto de vista, el AP puede ser comprendido como un ataque agudo de soledad que no es adecuadamente reconocido por el paciente debido a la intervención de un componente disociativo que hace imposible integrar todas las respuestas neurofisiológicas activadas por el sistema cerebral pánico/ separación en una sensación emocional coherente. Esta perspectiva puede explicar muchas evidencias que, de otra manera, se mantienen como elementos aislados y carentes de un encuadre comprensible: por ejemplo, la asociación con la agorafobia, el inicio del ataque durante la adolescencia y la vida del adulto joven, la necesidad de ser acompañado, la conexión con la falta de aire y otras anomalías respiratorias, la eficacia de los antidepresivos y la falta de activación del eje hipotálamico-pituitario-adrenal (HPA). Discutimos los pasos futuros para probar esta hipótesis y las consecuencias de un tratamiento psicoterapéutico.

Palabras clave: trastorno de pánico, neurociencia afectiva, perspectiva fenomenológico-gestáltica, terapia gestalt.

Introducción

Según el DSM-V (American Psychological Association –APA–, 2009), el trastorno de pánico (TP) se caracteriza por ataques recurrentes de pánico, por la posterior preocupación en torno a dichos ataques y por una compleja reorganización comportamental en torno a estas preocupaciones. El DSM-V define un ataque de pánico (AP) como un período discreto de intenso miedo o malestar que alcanza su clímax rápidamente, junto con un incremento paroxístico en una fuerte excitación autonómica. Los ataques de pánico son acompañados generalmente por diferentes síntomas somáticos como palpitaciones, latidos fuertes, aceleración del latido cardíaco, sensación de dificultad para respirar, ahogamiento (falta de aire), sudoración, temblores o agitación, náuseas, malestar abdominal, sensación de asfixia o dolor en el pecho, vértigo, inestabilidad, sensación de mareo y/o desmayos. Además, los AP también están acompañados de síntomas psíquicos, como la despersonalización (estar separado de uno mismo), la desrealización (sensaciones de irrealidad), el miedo a morir y el miedo a perder el control o a volverse loco. Como consecuencia de estos síntomas, el pánico a menudo se caracteriza por una sensación de muerte o catástrofe inminentes y por una sensación de urgente necesidad de distanciarse.

La prevalencia de por vida del TP en la población es alto (De Jonge *et al.*, 2016; por ejemplo, es de 4,7% en Estados Unidos, 1,9 en Europa del Este) y los pacientes con AP típicamente experimentan incapacidad laboral, tasas de desempleo altas, buscan tratamiento médico más frecuentemente y tienen más hospitalizaciones que la gente sin TP (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish y Klerman, 1989). Las guías para el tratamiento por la mayoría de los institutos de salud del mundo entero (NICE, 2011) están basados en los tratamientos farmacológicos o psicológicos o combinaciones de ambos. Las opciones de tratamientos recomendados tienen una significativa base de evidencia: la terapia psicológica, la medicación y la autoayuda han mostrado todas ellas que son efectivas. Con respecto al tratamiento farmacológico, las medicaciones elegidas son los antidepresivos, incluso cuando la APA propone las benzodiazepinas como medicación complementaria en situaciones específicas (APA, 2009). En concreto, en numerosos ensayos controlados aleatorios, la APA recomienda el empleo de un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS), un anti-depresivo tricíclico (TCA) o la terapia cognitivo-conductual (TCC) como el tratamiento inicial para el trastorno de pánico.

Con respecto a los metaanálisis de los enfoques psicológicos, se observa que, aunque la TCC muestra una gran base de evidencia, otros enfoques también han mostrado efectos positivos significativos a plazo corto (terapias psicodinámicas) (APA, 2009; Furukawa, Watanabe y Churchill, 2006).

A pesar de la disponibilidad de las guías que indican la eficacia de los tratamientos farmacológicos, psicológicos y combinados, alrededor de uno de cada tres pacientes con trastorno de pánico reportan persistentes ataques de pánico y otros síntomas del trastorno de pánico después del tratamiento, y muchos metaanálisis están de acuerdo en resaltar la alta probabilidad de recaída en pacientes tratados utilizando tanto

medicación como a través de intervenciones psicosociales, o con enfoques combinados de medicación y terapia (Betelaan *et al.*, 2017; Nardi *et al.*, 2016). Estos insatisfactorios resultados con respecto a la estabilidad de los efectos de la terapia indican la necesidad de más investigaciones teóricas en la etiología del trastorno, que a su vez pudiera llevar al desarrollo de enfoques terapéuticos más eficaces, especialmente a largo plazo. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es presentar hallazgos convergentes sobre el origen del TP y un tratamiento que proviene de dos campos diferentes, la neurociencia afectiva y el enfoque fenomenológico-gestáltico, y proponer una hipótesis alternativa sobre la etiología del TP y un posible tratamiento eficaz.¹

La neurociencia afectiva es una disciplina fundada por Jaak Panksepp (1998) que actualmente es muy popular entre los psicólogos clínicos y psiquiatras por su comprensión de la psicopatología humana y por su desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas para los trastornos mentales (Panksepp, 2004; Panksepp y Biven, 2012). Combinando las investigaciones experimentales de animales y humanos, Panksepp y sus colaboradores identificaron la existencia de siete sistemas emocionales básicos en el cerebro de los mamíferos que juegan un papel central en la organización de la personalidad humana (Davis y Panksepp, 2011; Panksepp y Biven, 2012; Montag *et al.*, 2016).

El enfoque fenomenológico de la psicopatología explora cuidadosamente la experiencia subjetiva del paciente, las formas en las que surge y se forma (Jaspers, 1963; Minkowski, 1927; Binswanger, 1963; Borgna, 1988; Francesetti, Gecele y Roubal, 2013; Zahavi, 2018). La psicoterapia gestáltica es un enfoque fenomenológico que explora los procesos de las experiencias como surgen en el encuentro terapéutico. Se centra en la experiencia subjetiva, tanto del paciente como del terapeuta, y en los procesos de co-creación en la situación terapéutica. La terapia gestalt es un enfoque experiencial, existencial y relacional que valora los procesos corporizados mutuos de la correulación afectiva entre el paciente y el terapeuta (Perls, Hefferline y Goodman, 1951; Jacobs y Hycner, 2009; Philippson, 2009; Spagnuolo Lobb, 2013; Robine, 2016; Bloom, 2009; Bloom, 2019; Francesetti, 2019a; 2019b; Francesetti y Griffero, 2019). Tanto la neurociencia afectiva como el enfoque fenomenológico-gestáltico comparten la relevancia dada a la experiencia subjetiva y, más específicamente a las sensaciones emocionales, que son consideradas el núcleo fundamental de todos los procesos mentales (Alcaro, Carta y Panksepp, 2017). Además, como vamos a mostrar brevemente en las páginas siguientes, también comparten un punto de vista común sobre el TP que difiere de la perspectiva dominante, dando a la experiencia emocional de ser abandonado/dejado solo un papel central en la manifestación y la etiología de los AP.

1 La primera idea de escribir este artículo surgió en octubre de 2016, durante la Conferencia de la FIAP (Federación Italiana de Asociaciones de Psicoterapia). En esa ocasión, Jaak Panksepp y el autor discutieron sus perspectivas sobre el trastorno de pánico y decidieron desarrollar más sus convergencias. Lamentablemente, Panksepp falleció en abril de 2017, por lo que ya no podíamos escribir este artículo juntos, pero la inspiración proviene de ese primer encuentro. Queremos agradecer su contribución a este trabajo, y expresarle nuestro agradecimiento.

¿Es el pánico un intenso ataque de miedo?

Los enfoques actuales, habitualmente consideran los ataques de pánico como una exagerada e inapropiada respuesta de miedo (Clark, 1986; Casey, Oei y Newcombe, 2004) desencadenada por una intensa activación de la amígdala y relacionada con la red cerebral del miedo² (McNally, Otto, Yap, Pollack, & Hornig, 1999; Windmann, 1998; Gorman, Kent, Sullivan, & Coplan, 2000; LeDoux, 2015; Hamm *et al.*, 2016). Según esta perspectiva, las intervenciones psicoterapéuticas actuales (especialmente la TCC) tienen como objetivo reducir la sensibilidad al miedo (y la ansiedad) del paciente, mediante procedimientos de descondicionamiento, corrigiendo pensamientos desadaptativos, mejorando la autoestima, etc. (Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000; Gallagher *et al.*, 2013; Yang, Kircher y Straube, 2014).

Sin embargo, aunque los tratamientos psicoterapéuticos que se centran exclusivamente en la desensibilización al miedo son muy efectivos para corregir rápidamente alguna manifestación secundaria del TP, como el aumento en espiral de la ansiedad después del primer episodio, no garantizan buenos resultados a largo plazo (Bakker, 2001; Durham *et al.*, 2005). Además, desde el trabajo de Donald Klein a principios de los años sesenta, es bien sabido que los agentes ansiolíticos de tipo benzodiacepínico (Librium, Valium, etc.) tienen poco efecto sobre la incidencia del pánico, mientras que los antidepresivos son más efectivos para sofocar dichos ataques (Klein y Fink, 1962). Estas evidencias ponen en tela de juicio la convicción de que el pánico sea simplemente una reacción de miedo excesiva e incontrolada.

Otras dudas provienen de la evidencia de que los ataques de pánico difieren de la respuesta de emergencia de miedo de Cannon (Cannon, 1920) y del Síndrome de alarma general de Selye (Selye, 1956) en dos aspectos psicofisiológicos importantes.

En primer lugar, el pánico se caracteriza por la prominencia de una intensa falta de aire, que rara vez ocurre en un agudo miedo iniciado por un peligro externo (Klein, 1993; Preter & Klein, 1998). Además, al contrario del miedo, el pánico se acompaña de la falta (posiblemente por supresión) de la activación hipotalámica-pituitaria-adrenal (HPA). En efecto, la taquicardia y otras formas de activación psicofisiológica durante el pánico se producen por abstinencia vagal (parasimpática) en lugar de por excitación simpática (Preter y Klein, 2008).

Según los hallazgos obtenidos a través de un análisis fenomenológico-gestáltico (Francesetti, 2007; Francesetti *et al.*, 2013), al explorar la experiencia de los pacientes se observa que, aunque el miedo es un elemento abrumador y dominante en sus

2 Siendo el circuito cerebral más estudiado del cerebro de los mamíferos, el sistema del miedo se encuentra localizado principalmente en la amígdala central y lateral, el hipotálamo medial y el periaqueductal dorsal gris, y utiliza el glutamato, la colecistoquinina, factor liberador de la corticotropina y el diazepam inhibidor de la unión como los principales neurotransmisores/neuromoduladores de sus red intrínseca (Panksepp y Biven, 2012; LeDoux, 2015). También es bien sabido que tanto las intervenciones farmacológicas como las psicoterapéuticas reducen la ansiedad, las fobias y otros síntomas dependientes del miedo, reduciendo la excitabilidad neural dentro del sistema cerebral del miedo.

narrativas, no constituye el primer fenómeno en un ataque agudo. En realidad, el instante inicial del ataque se caracteriza por una vivencia auténtica de estar muriendo o perdiendo la razón, la cual es experimentada como una incomodidad física. Es justo después de este momento cuando emerge el miedo a la muerte o el temor a enloquecer. Después del primer ataque, estos temores —y el miedo a otros ataques—, se convierten en la narrativa principal. Pero los pacientes dicen que durante el ataque la experiencia es en realidad morir o volverse loco, y luego se aterrorizan con esto. Como evidencia de esta secuencia, podemos observar que los pacientes acuden a la sala de emergencias o al médico general para tratar la sintomatología física aguda y no a un psicólogo para buscar ayuda por su miedo. En esta perspectiva, el miedo es el mayor evento abrumador en la fenomenología del trastorno de pánico, pero es secundario a la experiencia de morir o volverse loco, emergiendo como una incomodidad corporal en el ataque de pánico. Esta observación fenomenológica está en línea con la literatura que indica que el *awareness* interoceptivo es central en estos pacientes (Craig, 2003): detectan continuamente la variabilidad de cada situación de acuerdo con un sistema de orientación centrado en el cuerpo (Lorenzini y Sassaroli, 1987; Guidano, 1991; Arciero y Bondolfi, 2009). Estos pacientes pueden mentalizar el miedo, reconocerlo y expresarlo, pero no pueden mentalizar las señales corporales que indican la falta de mediación afectiva en una situación de sobreexposición (Fonagy y Target, 1997). No pueden mentalizar estas señales corporales como sensaciones relacionadas con la necesidad de que otro entre en una co-regulación afectiva de este fuerte malestar (Shore, 2003). Estos sentimientos no se mentalizan como soledad al principio y surgen solo como tales durante el proceso de la terapia.³ Considerar el trastorno de pánico como una experiencia clínica compleja que implica una soledad no mentalizada es la tesis de este artículo, que está respaldado por algunas investigaciones y hallazgos clínicos y puede orientar las intervenciones terapéuticas con esta población.

El pánico y la experiencia de sobreexponerse sin mediación afectiva

La etimología de «pánico» remite a Pan, el dios mitad hombre y mitad cabra de la mitología griega. Según la tradición griega, Pan vive en lugares salvajes y bosques y causa terror al viajero solitario. También es responsable de las pesadillas que despiertan a los durmientes durante la noche. Su historia es muy interesante: la madre de Pan, cuando estaba embarazada, fue sola al bosque para dar a luz a su bebé. Pero cuando lo hizo, y estaba a punto de tomarlo en sus brazos, vio que era un monstruo, mitad bebé y mitad cabra. Aterrorizada, se escapó y dejó al recién nacido. Pan quedó

3 Una investigación fenomenológica requiere una exploración intersubjetiva que no solo pretende describir lo que ya está presente como una primera narrativa, sino también apoyar el surgimiento de lo que está implícito en la experiencia considerada. De hecho, por definición, un fenómeno es lo que aparece cuando nos quedamos, hacemos una pausa y esperamos cerca de él (Giorgi, 2009).



Pan, dios mitad hombre y mitad cabra de la mitología griega

solo en el bosque, expuesto al mundo sin la mediación necesaria de su madre y de un refugio (*Himno homérico 19 a Pan*).

El vínculo que establece la mitología entre el terror y la soledad tiene sorprendentes similitudes con la evidencia clínica y epidemiológica. En su estudio clínico con agorafóbicos hospitalizados, Klein y Flink (1962) mostraron que los pacientes que padecían TP informaron ansiedad grave por separación temprana, que a menudo impedía la asistencia escolar en la infancia. Este resultado fue replicado por estudios longitudinales específicos de los mismos individuos, que confirmaron la relación entre el TP (y la agorafobia) y el trastorno de ansiedad por separación infantil (TAS) (Klein 1993, 1995; Kossowsky *et al.*, 2013). Además, estudios recientes de gemelos también demostraron una diátesis genética común para el trastorno de ansiedad por separación infantil y el

inicio de los ataques de pánico en adultos (Robertson-Nay *et al.*, 2012).

Desde el trabajo de Klein y Fink, la hipótesis de una conexión entre el TP y la angustia de separación recibió cierta atención y finalmente fue confirmada por estudios de investigación sucesivos (por ejemplo, Raskin, Peeke, Dickman y Pinsker, 1982; Rizq, 2002). Los estudios epidemiológicos muestran que el inicio del trastorno de pánico tiene lugar desde la adolescencia hasta los 35 años (DSM-V). Esta fase de la vida se caracteriza por los procesos de separación de la pertenencia familiar, el movimiento hacia el mundo y hacia una autonomía cada vez mayor. Además, el inicio del TP en adultos a menudo va precedido de una separación, pérdida, duelo u otros acontecimientos que implican una separación emocional o física de una figura significativa⁴ (Roy-Byrne, Geraci y Uhde, 1986; Jacobs *et al.*, 1990; Faravelli y Pallanti, 1989; Kaunonen, Paivi, Paunonen y Erjanti, 2000; Klein, 1993; Venturello, Barzega, Maina y Bogetto, 2002; Milrod, Leon y Shear, 2004).

La exploración fenomenológico-gestáltica confirma que al comienzo del trastorno de pánico generalmente hay un paso significativo de separación, que los pacientes generalmente subestiman: «Fui a la universidad y dejé a mi grupo de amigos»; «me mudé a trabajar a otra ciudad y mi novia terminó la relación conmigo»; «obtuve un nuevo y mejor puesto en la empresa y me fui a vivir solo»; «terminé la universidad,

⁴ También se ha demostrado que la presencia de la ansiedad por separación en adultos influye en la severidad de los síntomas de pánico y las alteraciones en la calidad de vida (Pini *et al.*, 2014).

empecé a trabajar y mi hermana se fue a estudiar al extranjero». Cuando se exploran estos cambios, encontramos la experiencia de sentirnos más expuestos al mundo, fuera del entorno familiar, con menos mediación ofrecida por las pertenencias y relaciones anteriores. El duelo parece ser una condición de vulnerabilidad al trastorno de pánico cuando la persona perdida ha sido significativa en el proceso de mediación entre el paciente y su entorno. Un paciente dice: «Mi abuela murió un año antes del primer ataque de pánico. No le presté atención a ese detalle, pues ya estaba viviendo bastante lejos de ella, ella tenía su vida y yo tenía la mía. Pero ahora entiendo algo diferente: crecí con ella, ya que mis padres estaban divorciados y estaban ocupados en el trabajo. Ella fue mi protección en mi vida. Ahora puedo sentir el dolor y la tristeza, la extraño muchísimo».

La conexión entre el pánico y la soledad de la sobreexposición al entorno da sentido a por lo menos a cuatro elementos del trastorno que de otro modo podrían ser difíciles de entender: la experiencia de asfixia, la agorafobia, la dificultad de estar solo (expresado también por la necesidad de estar acompañado y las limitaciones en los movimientos) y el momento del inicio. El primer elemento se discutirá en el siguiente párrafo, ya que está directamente conectado con las vías neurológicas implicadas en el pánico. El segundo, la agorafobia (del griego, *agorà*: cuadrado, y *phobia*: miedo), se asocia muy a menudo con el pánico: estar en medio de un cuadrado es la situación icónica de estar sobreexpuesto al mundo sin suficiente mediación. El tercero, la necesidad de estar acompañado, en algún momento es tan fuerte que hace que sea imposible salir de casa de forma autónoma, es la expresión de la necesidad de una mediación entre el paciente y el mundo para no estar solo y sobreexpuesto. El cuarto elemento es el momento de inicio del TP: la adolescencia y la vida adulta. Esta fase se caracteriza por un movimiento de separación del contexto familiar más seguro hacia el mundo exterior, con el riesgo de sentirse sobreexpuesto al entorno (el movimiento de *Oikos* a *Polis*, Francesetti, 2007; Francesetti *et al.*, 2013).

Los modelos cognitivos también han sugerido que el TP está relacionada con un conflicto entre dos tendencias opuestas: la necesidad de proximidad afectiva y el rechazo a estar limitado dentro de vínculos duraderos (Lorenzini y Sassaroli, 1987; Guidano, 1991; Macaurelle, 2003). De acuerdo con esta idea, el inicio del TP a veces está relacionado con el comienzo de un matrimonio, lo que indica que un cambio de vida tan importante puede activar la ansiedad de estar limitado (Macaurelle, 2003). Sin embargo, es plausible que el matrimonio también implique la experiencia de la separación de los lazos familiares anteriores, así como de un estilo de vida centrado en la autonomía y la libertad individual (véase el párrafo 5). Además, la investigación fenomenológica revela que la reticencia a limitarse dentro de vínculos duraderos suele estar mejor representada en los pensamientos conscientes de los pacientes, mientras que la ansiedad de la soledad suele subestimarse o descuidarse por completo (párrafo 5). Esta evidencia indica que los síntomas del TP, especialmente los síntomas corporales, pueden representar una forma alternativa (somática) de expresar una experiencia emocional rechazada, que juega un papel central en el conflicto subjetivo real.

La interpretación del pánico meramente como un episodio de miedo omite varios elementos clínicos cruciales. Sería más adecuado describir el trastorno de pánico como una complejidad clínica que emerge de la vivencia de estar excesivamente expuesto al mundo, careciendo de un soporte relacional adecuado que ofrezca mediación. El miedo surge justo después de la experiencia inmediata de sentir que se está muriendo o perdiendo la cordura, en un contexto de sobreexposición, y es impulsado principalmente por el temor a la recurrencia del ataque agudo. Las sensaciones de morir o enloquecer representan dos situaciones existenciales de desapego radical del sentido de pertenencia a la comunidad humana.

Basándonos en estas reflexiones, sugerimos conceptualizar el trastorno del pánico más como una manifestación de ansiedad por separación que como un temor genérico, interpretándolo dentro de este contexto como una expresión aguda de soledad. A continuación, exploraremos ciertos hallazgos neurológicos para posteriormente vincularlos con experiencias clínicas.

El sistema pánico/separación

Los estudios neuroetológicos de Panksepp han descubierto la existencia de dos sistemas de alarma cerebrales diferenciados en mamíferos (Panksepp y Biven, 2012). El primero, el Sistema del Miedo, se activa frente a amenazas externas. El segundo, el Sistema de Pánico/Separación, se manifiesta intensamente ante la separación de figuras de apego o soportes sociales/afectivos significativos, similar a cuando los cachorros se distancian de su madre. Esta situación desencadena respuestas activas de protesta, que incluyen llanto en humanos y vocalizaciones de angustia en otros mamíferos (Nelson y Panksepp, 1988; Panksepp, 1998). La señal de alarma por separación funciona como un mecanismo biológico que incrementa la movilidad del infante, quien verifica constantemente la presencia de su madre y experimenta un intenso malestar al percibir su ausencia, buscando restablecer la cercanía a través del llanto.⁵ Sin embargo, ante la ausencia prolongada del cuidador, las llamadas de

5 Específicamente, se ha sugerido que la llamada de separación, destinada a mantener el contacto madre-descendencia, es la forma más antigua de comunicación de los mamíferos (Battaglia, 2015). La aparición de un impulso emocional de angustia de Pánico/Malestar de separación, junto con Cuidado/ Nutrición y Juego, ha marcado la aparición de los mamíferos a partir de los reptiles similares a los mamíferos, y ha llevado a la evolución de las habilidades sociales y cognitivas complejas, así como a la aparición de estructuras cerebrales distintivamente mamíferas de la corteza cingulada y la llamada división tálamo-cingular (MacLean, 1985; Panksepp, 1998). Como señaló Battaglia, «el advenimiento de una mayor masa celular cerebral —como la asociada con la aparición del *neopallium*— permitió a los paleomamíferos alcanzar una mayor plasticidad cerebral y ampliar la gama de capacidades de aprendizaje, que a su vez son los ingredientes básicos de la variación individual en el comportamiento. Sin embargo, todas las formas de aprendizaje requieren tiempo para practicar, ya que la práctica implica errores, y la corrección y consolidación de las habilidades recién adquiridas. En un niño en crecimiento, esto genera dependencia del cuidado de los padres para garantizar la seguridad, la alimentación y la protección. Por lo tanto, se puede

separación comienzan a disminuir gradualmente, y el infante entra en un estado de comportamiento inhibitorio caracterizado por el retiro y el aislamiento del entorno (Bowlby, 1969). Desde un punto de vista subjetivo, mientras que la primera fase (protesta) se asocia con un intenso malestar, la segunda fase (desesperación) se caracteriza por una profunda sensación de tristeza (Bowlby, 1969; Panksepp, 1998). El Sistema de Pánico/Separación se caracteriza por tener vías neuroanatómicas y neuroquímicas distintas del Sistema de Miedo. Si el Sistema de Miedo se centra en la amígdala, el hipotálamo medial y el gris periacueductal dorsal, el Sistema de Pánico se ubica principalmente dentro del cíngulo anterior, el núcleo del lecho de la estría terminal, el tálamo dorso-medial, el área preóptica y el periacueductal gris.⁶ Siendo los neuromoduladores la clave de las interacciones socio-afiliativas, los opioides endógenos, la oxitocina y la prolactina son los principales neuroquímicos del sistema de pánico (Panksepp y Biven, 2012; Nelson y Panksepp, 1998). En concreto, el sistema opioide endógeno parece indicar un papel principal, ya que los estudios en animales han revelado que la administración de opioides es el inhibidor más poderoso de las vocalizaciones de malestar provocadas por los cachorros jóvenes cuando se han separado de su madre (Nelson y Panksepp, 1988).

El sistema cerebral de Pánico/Separación controla una serie de respuestas neurofisiológicas y neuroendocrinas que modifican el estado interno del cuerpo, como la respiración, los latidos del corazón, la sensibilidad al dolor, etc. Este hecho puede explicar por qué los ataques de pánico se caracterizan por tener síntomas físicos, agudos e inexplicables que interrumpen la continuidad de la experiencia habitual y se experimentan como un acontecimiento catastrófico (morir o perder la cabeza).

De todos los muchos tipos de manifestaciones somáticas que caracterizan a los AP, las asociadas con la experiencia de falta de aire y asfixia son probablemente las más frecuentes e intensas. Curiosamente, las investigaciones fisiológicas revelaron que una característica prominente del ataque de pánico y la ansiedad relacionada con el pánico por debajo del umbral es la desregulación respiratoria y la respiración caótica, mientras que la falta de aire y los suspiros crónicos fuera del ataque agudo son características del pánico (Klein, 1993; Preter y Klein, 2008). Además, los

esperar que cuanto más amplia sea la variedad y la plasticidad del repertorio conductual en una especie, mayor será el tiempo necesario para aprender y practicar, y más prolongada será la dependencia del cuidado parental. [...] La extensión progresiva de un período de dependencia del cuidado materno que puede atribuirse a un cerebro cada vez más complejo y, por lo tanto, inmaduro, al nacer, probablemente preparó el terreno para el desarrollo y mantenimiento del SA como un elemento de regulación recíproca del vínculo entre la madre y el bebé y un moderador entre los ciclos de exploración del entorno, el aprendizaje y el regreso seguro a la madre por parte del niño» (de Battaglia, 2015).

- 6 En los circuitos cerebrales del pánico, el análisis de pacientes neurológicos demostró que las personas con lesiones de la amígdala muestran una marcada ausencia de miedo durante la exposición a estímulos que provocan miedo y no condicionan los estímulos aversivos. Sin embargo, muestran reacciones de pánico comunes cuando se exponen experimentalmente a condiciones anóxicas, lo que sugiere que el sistema de miedo amigdalocéntrico no es necesario para desencadenar un ataque de pánico (Feinstein *et al.*, 2013).



El trastorno de pánico es cada vez más frecuente

pacientes con trastorno de pánico muestran una reactividad excesiva a las condiciones hipercapnicas y/o hipóxicas ciegas⁷ (Griez, Colasanti, van Diest, Salamon y Schruers 2007; Esquivel, Schruers, Maddock Colasanti y Griez, 2010; Leibold *et al.*, 2013; Beck, Shipherd, & Read, 1999; Beck, Shipherd, y Ohtake, 2000). Todas esas pruebas sugirieron la hipótesis de que los ataques de pánico pueden interpretarse como una «señal de alarma de asfixia falsa» y que los pacientes con TP sufren de ansiedad por asfixia crónica (Klein, 1993).

La conexión entre el pánico y la asfixia recibió una confirmación importante por la evidencia de que una disfunción en el sistema opioide endógeno puede explicar las

7 .- De hecho, los estudios experimentales también han demostrado que el ataque de pánico puede ser incitado de manera confiable en entornos de laboratorio por desafíos químicos específicos, utilizando infusión intravenosa de lactato e inhalación de dióxido de carbono (Liebowitz *et al.*, 1984, Gorman *et al.*, 1984, Papp, Klein, Gorman, 1993; Klein, 1993). Sin embargo, mientras que los controles normales o los pacientes con otros trastornos de ansiedad rara vez muestran tal reactividad (es decir, progresan a un ataque de pánico completo), las concentraciones más altas de CO₂ inhalado son altamente aversivas y pueden producir sintomatología de pánico respiratorio de forma dependiente de la dosis (Griez *et al.*, 2007; Esquivel *et al.*, 2010; Leibold *et al.*, 2013). Beck y col. (1999; 2000) mostraron que los pacientes de pánico responden con un aumento de los síntomas de pánico no solo a la inhalación de CO₂, sino también a la hipoxia normocapnia. Esto hace posible integrar el trastorno de ansiedad por separación, la hipersensibilidad al CO₂ y al lactato, y una variedad de fenómenos respiratorios y patología con el trastorno de pánico.

anomalías respiratorias en pacientes con trastorno de pánico⁸ (Preter y Klein, 2008). Además, se ha demostrado que las separaciones y pérdidas (es decir, la muerte de los padres, la separación de los padres o el divorcio) afectan la funcionalidad del sistema opioide endógeno, y el déficit del sistema opioide puede explicar la ansiedad por separación, las anomalías respiratorias y el trastorno de pánico⁹ (Preter *et al.*, 2011).

Finalmente, la evidencia que muestra que el sistema opioide endógeno del cerebro co-regula la respiración y los comportamientos de Separación/ angustia se ajusta a la hipótesis neuroevolutiva formulada por Stephen Porges (2007; 2011), quien subrayó que la función de los nervios craneales y los músculos para expresar las vocalizaciones de angustia de separación evolucionó a partir de los arcos branquiales primitivos que extraen oxígeno del agua (Porges, 2007).

El pánico y la disociación

Si la asfixia y otros síntomas corporales de los ataques de pánico pueden explicarse por las respuestas neurofisiológicas inducidas por el sistema cerebral de pánico/separación, queda por explicar por qué los pacientes con TP no reconocen que sufren malestar de separación. De hecho, los pacientes con TP generalmente no informan sensaciones de malestar social ni afectivo, y no reconocen ninguna causa psicológica ni significados para sus ataques.

Para responder a esa pregunta, es importante tener en cuenta que existe una distinción entre el estado funcional de la emoción («el estado emocional») y su experiencia consciente («la experiencia de la emoción») (Adolphs, 2017). Incluso, aunque los estados emocionales, las experiencias y los conceptos emocionales generalmente tienen lugar juntos en humanos adultos sanos, también se pueden disociar. En nuestra opinión, este tipo de disociación podría estar presente en pacientes con TP, que podrían experimentar malestar de separación como un estado emocional,

8 .- De hecho, la infusión de naloxona (que va desde 0.5 mg / kg iniciales hasta un máximo de 2 mg / kg) seguida de lactato (N + L), causó incrementos significativos en el volumen corriente similar a los observados durante los ataques de pánico clínicos e inducidos por lactato en 8 de 12 sujetos normales, lo que respalda la hipótesis de que la deficiencia opioidérgica podría ser necesaria para que el lactato produzca un marcado aumento en el volumen corriente en sujetos normales (Sinha, Goetz y Klein, 2007). Además, «los sujetos normales, generalmente relativamente insensibles a los efectos del volumen corriente de la infusión de lactato, [...] que recibieron un tratamiento previo con antagonistas opioides, desarrollaron incrementos de volumen corriente y frecuencia respiratoria similares a los que ocurren en los ataques de pánico clínico espontáneo y en los pacientes de pánico que entran en pánico. durante las infusiones de lactato» (Preter *et al.*, 2011).

9 .- El papel del opioide endógeno en el trastorno de pánico y la alarma de asfixia recibe una confirmación en estudios con animales (Moreira *et al.*, 2013). Graeff (2012), al estudiar un modelo animal de trastorno de pánico, descubrió que la acción inhibitoria de la serotonina está relacionada con la activación de los opioides endógenos en el gris periacueductal (PAG). Schenberg y sus colegas (Schimitel *et al.*, 2012) sugieren que «[el PAG] alberga un sistema de alarma de sofocación sensible a la anoxia».

sin experimentarlo de manera consciente. En línea con este punto de vista, estudios experimentales recientes han demostrado que los pacientes con TP a menudo informan experiencias traumáticas infantiles (Zou *et al.*, 2016) que llevan a una forma patológica de disociación en la edad adulta (Majohr *et al.*, 2011). Como consecuencia, los pacientes adultos con TP tienden a ser alexitímicos y tienen dificultades para darse cuenta, reconocer, discriminar y expresar sensaciones emocionales (Cox, Swinson, Shulman y Bourdeau, 1995; Iancu, Dannon, Poreh, Lepkifker y Grunhaus. 2001; Marchesi, Fontò, Balista, Cimmino y Maggini, 2005; Cucchi *et al.*, 2012; Izci *et al.*, 2014). Además, también tienden a ser menos cooperativos y confiados con otras personas (Wachleski *et al.*, 2008; Izci *et al.*, 2014). También relacionado con este punto, vale la pena señalar que los hallazgos de la literatura apoyan la conexión entre la ansiedad por separación experimentada a temprana edad y el desarrollo de dificultades para reconocer (ser conscientes de) los estados afectivos (por ejemplo, Mason, Tyson, Jones y Potts, 2005; Joukamaa *et al.*, 2003) y que se ha encontrado que los rasgos alexitímicos son más pronunciados en individuos que informaron síntomas más graves de ansiedad por separación durante la infancia (Troisi, D'Argenio, Peracchio y Petti, 2001).

Conforme a la evidencia científica que tenemos disponible, la práctica clínica indica que los pacientes con trastorno de pánico (TP) suelen exhibir un estilo relacional marcadamente autónomo e independiente, mostrando poca disposición para solicitar ayuda o confiar en otros, y con limitada capacidad para comunicar sus necesidades afectivas (Francesetti, 2007; Francesetti *et al.*, 2013). Este patrón de relación contribuye a aumentar la dificultad del trastorno, dado que el paciente no se siente cómodo con la idea de necesitar ayuda y apoyo. Aceptar la necesidad de apoyo y proximidad resulta complicado, incluso cuando esta necesidad es intensa, lo que lleva a que las personas con trastorno de pánico frecuentemente adopten actitudes poco cooperativas.

Los pacientes con trastorno de pánico experimentan una disociación emocional y muestran tendencias alexitímicas. La sensación de una muerte inminente o un colapso puede interpretarse como la manifestación de una activación somática que supera la capacidad de manejo emocional del individuo (Strubbe y Vanheule, 2014), vivienciándose en un estado «no mentalizado» y de forma somatomorfa (Busch y Sandberg, 2014). De hecho, cuando el Sistema de Pánico/Separación desencadena una cascada de respuestas neurofisiológicas y neuroendocrinas que alteran la respiración, la frecuencia cardíaca, la sensibilidad al dolor, entre otros, la incapacidad de integrar estos cambios en un estado emocional subjetivo coherente y reconocible puede resultar en la vivencia de un colapso somático catastrófico e incomprensible.

Alguna evidencia clínica

Como se ha documentado anteriormente, la vivencia durante un ataque de pánico trasciende el simple temor a la muerte, constituyendo una percepción concreta de

estar enfrentándose a la misma. Dicha sensación genera un miedo profundo a fallecer, y las explicaciones médicas suelen recalcar que «es solo un temor, no estás en proceso de morir». No obstante, alcanzar la comprensión de que lo experimentado es meramente miedo, requiere habitualmente de un periodo de reflexión y ajuste por parte del paciente. Es en este instante cuando puede afirmarse: «Soy consciente de que no estoy muriendo, es simplemente un ataque de pánico, es temor, estoy seguro de ello». La adquisición de esta conciencia, el *awareness*, suele ocurrir posteriormente, proporcionando un significativo alivio clínico (Rovetto, 2003; Francesetti, 2007).

Volviendo a la terapia y a la exploración, gradualmente surge otra dimensión emocional: la sensación emocional de soledad (Meltzer *et al.*, 2013). Por lo general, estos sentimientos no son fácilmente accesibles y lleva algún tiempo antes de que podamos enfrentarlos. Frecuentemente, y por largos periodos, el paciente no percibe la soledad como un sentimiento significativo en su vida, siendo el terapeuta quien inicialmente identifica esta sensación de aislamiento sin lograr comprenderla completamente. La naturaleza de la soledad que el paciente empieza a reconocer de manera gradual es peculiarmente específica: se trata de sentirse desamparado y excesivamente expuesto al mundo, careciendo de una protección adecuada. Un paciente, profundamente impactado al tomar conciencia de esto, expresó: «He descubierto que el problema no es que tenga miedo de morir. El verdadero problema es que me siento tan solo que podría morir, y que siempre he estado solo en mi vida».

Por lo general, las emociones que surgen junto con el descubrimiento de la soledad son la tristeza y la ira: «Siento una tristeza que no sabía que tenía, no sé por qué estoy llorando, no ha pasado nada realmente grave»; «Ahora me doy cuenta de que siempre he estado sola, es triste, no sé cómo ha sido posible no sentirlo»; «Ahora recuerdo lo bien que me iba en la escuela. Era una niña pequeña pero nunca lloré cuando tuve que dejar a mis padres durante algunos días durante las actividades al aire libre. Muchos niños lloraban, pero yo nunca. Para mi maestra, yo era un modelo. Ahora, que recuerdo aquello, estoy llorando, es muy triste»; «¿Por qué tenía que ser tan buena? ¿Por qué no podría llorar como los demás? Por supuesto, no pude: mi madre habría estado aún más fría de lo normal y me habría humillado, y mi padre habría estado de acuerdo con ella. Ahora estoy muy enfadada». Un fenómeno crucial es que la aparición de la soledad es un paso difícil, que requiere tiempo y apoyo relacional: al principio de la terapia, la soledad no solo no se percibe, sino que existe una especie de distancia afectiva o reactividad hacia ella, como si fuera un área de experiencia disociada. Solo gradualmente y a través de una exploración terapéutica cuidadosa, el paciente puede sentirla, reconocerla, legitimarla y finalmente mentalizarla: «Nunca pensé que podría sentir ningún tipo de soledad, siempre he sido un punto de referencia para mis amigos, la persona en quien confiar. Hasta el pánico, era autónomo, pero después no podía moverme sin que alguien estuviera conmigo, pero aun así todavía no lo entendía. Ahora, finalmente, siento que necesito la cercanía y el abrazo de alguien. Me cuesta mucho admitir esto, aunque no sé por qué».

Conclusiones

Sobre la base de la investigación y las exploraciones clínicas, proponemos considerar el TP como una situación clínica compleja que surge de una experiencia de soledad disociada y no mentalizada, similar a la angustia de separación y caracterizada por una sobreexposición al mundo sin mediación afectiva. La señal de alarma desencadenada por el Sistema de Pánico/Separación no es subjetivamente reconocida ni mentalizada por los pacientes con TP y, en consecuencia, se expresa en forma somática. Las intervenciones psicoterapéuticas deberían ayudar gradualmente al paciente a aumentar su *awareness* del impulso emocional oculto expresado por los AP y reconocer la importancia de los límites relacionales y afectivos para su bienestar mental. Esta perspectiva tiene algunas implicaciones relevantes para la psicoterapia:

- Aunque el miedo es la emoción abrumadora y deslumbrante en la experiencia del paciente, los temas relacionados con la soledad y la sobreexposición al mundo deben ser considerados y explorados de forma gradual y cuidadosa. Dado que los sentimientos y emociones relacionados con este tema a menudo están disociados, el terapeuta puede ser el primero, durante un tiempo considerable, en sentirlos, reconocerlos y legitimarlos durante las sesiones.
- Aunque el inicio del TP generalmente se experimenta sin ninguna conexión con los acontecimientos de la vida, generalmente está conectado a los procesos de separación, generalmente un paso de la vida hacia una mayor autonomía (durante la adolescencia o la vida de los adultos jóvenes) o la pérdida de alguien relevante en la mediación entre el paciente y el mundo.
- Aunque los pacientes piden recuperar su autonomía rápidamente, deben recibir apoyo para avanzar hacia la experiencia de pertenencia relacional más que, o junto con, un movimiento hacia la independencia. La relación terapéutica puede ser una mediación afectiva entre el paciente y el mundo y la pertenencia terapéutica puede ser una de las experiencias más curativas para estos pacientes.

Podría sorprendernos que, a pesar de las numerosas evidencias en investigación y práctica clínica, el trastorno de pánico haya sido interpretado durante años principalmente como un episodio agudo de miedo, sin reconocer la experiencia de soledad que consideramos fundamental en este trastorno. Esta situación probablemente se deba a la disociación del paciente, que oculta la percepción de soledad y que igualmente puede influir en la percepción del terapeuta durante el encuentro terapéutico (Francesetti, 2015; 2019a; 2019c; Roubal, 2019; Stern, 2015). Asimismo, proponemos que este fenómeno podría estar relacionado con una disociación más general que caracteriza a nuestro entorno social. La soledad parece ser un aspecto central en nuestras sociedades occidentales, pero, aunque es un elemento fundamental, no está completamente asimilada en nuestra cultura (Lasch, 1978; Bauman, 2002; Cacioppo & Patrick, 2008; Rosa, 2010; Bollas, 2018). Frecuentemente, se percibe como una

experiencia propia de individuos que no están plenamente integrados en la sociedad, considerados como los perdedores.

El curioso olvido de la soledad en el TP podría ser el resultado de una presión individual (un sentimiento disociado en la biografía) y de una presión social (una necesidad disociada de vínculos íntimos y relacionales), en la que tanto el terapeuta como el paciente están profundamente involucrados.

Esta hipótesis es compatible con las investigaciones interculturales y epidemiológicas que han destacado la presencia de diferencias relevantes en las tasas de prevalencia del TP en diferentes países (por ejemplo, Kessler *et al.*, 2007), encontrando un vínculo positivo bastante fuerte entre valores sociales como la autonomía afectiva y las tasas y el riesgo vitales del TP (Heim, Wegmann y Maercker, 2017). El mito de Pan parece proporcionar un marco narrativo a una experiencia que expresa tanto una condición individual como social: una soledad disociada y la necesidad de un vínculo relacional. El miedo, en la perspectiva de la que hablamos, puede entenderse como la expresión de un ataque agudo de soledad.

Pasos futuros

Para profundizar en la comprensión de las conexiones entre la soledad no mentalizada y el trastorno de pánico (TP), se requieren estudios empíricos adicionales. Nuestro grupo de investigación se propone examinar la hipótesis de una relación causal entre la soledad no mentalizada y el TP, estudiando diversos fenómenos interconectados.

En primer lugar, buscamos determinar si existen diferencias significativas en los niveles de autonomía afectiva, conexión social y sentido de pertenencia entre individuos en distintas etapas del TP, es decir, antes del tratamiento, durante el proceso terapéutico y tras concluir la terapia. Además, nos interesa profundizar en el conocimiento sobre los antecedentes inmediatos al inicio del TP. Se sabe que el comienzo del TP frecuentemente sigue a eventos vitales como el duelo, la pérdida de una pareja o cambios significativos en los roles personales (Klauke, Deckert, Reif, Pauli y Domschke, 2010).

Pretendemos validar nuestra hipótesis sobre la conexión entre la soledad no mentalizada y el TP mediante un enfoque de métodos mixtos, combinando metodologías cualitativas y cuantitativas (análisis de encuestas y entrevistas semiestructuradas). Anticipamos que los individuos con TP reportarán una mayor incidencia de eventos vitales caracterizados por una posible sobreexposición al mundo en los meses o semanas previos a sus primeros episodios de pánico.

Considerar el TP ya sea como un episodio de miedo o como una manifestación de soledad negada tiene implicaciones significativas para el enfoque terapéutico. Esto abre una nueva dimensión en la comprensión del proceso terapéutico y podría potenciar la eficacia de la psicoterapia para esta población.

Referencias bibliográficas

- Adolphs, R. (2017). How should neuroscience study emotions? by distinguishing emotional states, concepts, and experiences. *Social Cognitive Affective Neurosci* 12(1):24–31. doi: 10.1093/scan/nsw153.
- Alcaro, A., Carta, S., & Panksepp, J. (2017). The affective core of the self: a neuro-archetypal perspective on the foundations of human (and animal) subjectivity. *Front Psychol* 8:1424. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01424.
- American Psychiatric Association (APA) (2009). Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. American Psychiatric Association. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf.
- Arciero G, Bondolfi G (2009). *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Wiley-Blackwell, Chichester UK.
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods S.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 283(19):2529-36.
- Balkom, A.J. (2017). Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *British Med J* 358: j3927.
- Bauman Z. (2002). *Liquid Modernity*. Cambridge, UK: Polity Press. [*Modernidad líquida*, México, Fondo de Cultura Económica, 2016].
- Beck J.G., Shipherd J.C., Read J. (1999). Response patterns to repeated CO2 inhalation in individuals with high anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 37(11):1073-89.
- Beck J.G., Shipherd J.C., Ohtake P. (2000). Do panic symptom profiles influence response to a hypoxic challenge in patients with panic disorder? A preliminary report. *Psychosom Med* 62(5):678-83.
- Binswanger, L. (1963). *Being in the World*. New York: Basic Books.
- Bloom D. (2009). The Phenomenological Method of Gestalt Therapy: Revisiting Husserl to Discover the Essence of Gestalt Therapy. *Gestalt Rev* 13(3):277-95.
- Bloom D. (2019). Afterword. Neither from the «Inside» Looking «Out» nor from the «Outside» Looking «In». In: Francesetti G., Griffero T., eds. *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Bollas, C. (2018). *Meaning and Melancholia. Life in the Age of Bewilderment*. London: Routledge.
- Borgna, E. (1988). *I conflitti del conoscere*. Milan: Feltrinelli.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss* (vol. 1) (2nd ed.). New York: Basic Books. [*Apego. El apego y la pérdida* (v. 1), B. Aires, Ed. Paidós, 1993].
- Busch F. N., & Sandberg L.S. (2014). Unmentalized aspects of panic and anxiety disorders. *Psychodynamic Psychiatry*. 42(2): 175-95. doi: 10.1521/pdps.2014.42.2.175.
- Cacioppo, J.T. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.
- Cannon, W.B. (1920). *Bodily Changes in Pain, Fear, Anger and Rage*. New York: Appleton and Co.
- Casey, L.M., Oei, T.P., & Newcombe, P.A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions. *Clin Psychol Rev* 24(5): 529-55.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 24(4): 461-70.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D., & Bourdeau D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 36(3):195-8.
- Craig, AD (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology* 13:500.
- Cucchi, M., Cavadini, D., Bottelli, V., Riccia, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). Alexithymia and anxiety sensitivity in populations at high risk for panic disorder. *Compr Psychiatry*. 53(6): 868-74. doi: 10.1016/j.comppsy. 2012.01.005.

- Davis, K.L., & Panksepp, J. (2011). The brain's emotional foundations of human personality and the affective neuroscience personality scales. *Neurosci Biobehav Rev* 35:1946–58. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.04.004.
- de Jonge, P., Roest, A.M., Lim, C.C., Florescu, S.E., Bromet, E.J., Stein, D.J., & Scott, K.M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depression and Anxiety* 33(12): 1155–77. doi:10.1002/da.22572.
- Esquivel, G., Schruers, K.R., Maddock, R.J., Colasanti, A., & Griez E.J. (2010). Acids in the brain: a factor in panic? *J Psychopharmacology* 24(5):639–47.
- Faravelli, C., & Pallanti, S. (1989). Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry* 146:622–6.
- Feinstein, J.S., Buzza, C., Hurlemann, R., Follmer, R.L., Dahdaleh, N.S., Coryell, W.H., Welsh, M.J., Tranel, D., Wemmie, J.A. (2013). Fear and panic in humans with bilateral amygdala damage. *Nat Neuroscience*. 16(3):270–2.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-organization. *Development and Psychopathology* 9(4):679–700.
- Francesetti G. (2007). *Panic Attacks and Postmodernity: Gestalt Therapy Between Clinical and Social Perspectives*. Milán: Franco Angeli, 2013. [*Ataques de pánico y postmodernidad*, Madrid, Editorial Asociación cultural Los libros del CTP, 2008].
- Francesetti G. (2015). From Individual Symptoms to Psychopathological Fields. Towards a Field Perspective on Clinical Human Suffering. *British Gestalt J* 24(1):5–19. [De la sintomatología individual a los campos psicopatológicos, en *Cuadernos Gestalt* nº7, pp. 4–23, 20015].
- Francesetti G. (2019a). The Field Perspective in Clinical Practice. Towards a Theory of Therapeutic Phronesis. In: Brownell P., ed. *Handbook for Theory, Research and Practice in Gestalt Therapy* (2nd ed.). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Francesetti G. (2019b). *Fundamentos de psicopatología fenomenológico-gestáltica: una introducción ligera*. Madrid: Editorial Asociación cultural Los libros del CTP, 2019.
- Francesetti G. (2019c). A Clinical exploration of Atmospheres: Towards a Field-based Clinical Practice. In: Francesetti G., Gecele M. and Roubal J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milan: FrancoAngeli; Siracuse: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ. Co. [Una exploración clínica de las atmósferas, en *Terapia Gestalt en la práctica clínica*, Madrid, Editorial Asociación cultural Los Libros del CTP, 2017].
- Francesetti G., Griffero T., eds. (2019). *Psychopathology and Atmospheres. Neither Inside nor Outside*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Furukawa, T., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. *British J Psychiatry* 188(4): 305–12. doi:10.1192/bjp.188.4.305.
- Gallagher, M.W., Payne, L.A., White, K.S., Shear, K.M., Woods, S.W., Gorman, J.M., & Barlow, D.H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: the unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 51(11):767–77. doi: 10.1016/j.brat.2013.09.001.
- Giorgi, A. (2009). *The Descriptive Phenomenological Method in Psychology*. Pittsburgh, PA Duquesne University Press.
- Gorman, J.M., Askanazi, J., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Stein, J., Kinney, J.M., & Klein, D.F. (1984). Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 141: 857–61.
- Gorman, J.M., Kent, J.M., Sullivan, G.M., & Coplan, J.D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry* 157(4):493–505.
- Graeff, F.G. (2012). New perspective on the pathophysiology of panic: merging serotonin and opioids in the periaqueductal gray. *Braz J Med Biol Res* 45(4): 366–75.
- Griez E.J., Colasanti A., van Diest R., Salamon E., Schruers K. (2007). Carbon dioxide inhalation induces dose-dependent and age-related negative affectivity. *PLoS One* 2(10): e987.

- Guidano V.F. (1991). *The Self in Process*. Guilford, New York.
- Hamm, A.O., Richter, J., Pané-Farré, C., Westphal, D., Wittchen, H.U., Vossbeck Elsebusch, A.N., & Kircher T. (2016). Panic disorder with agoraphobia from a behavioral neuroscience perspective: Applying the research principles formulated by the Research Domain Criteria (RDoC) initiative. *Psychophysio* 153(3): 312-22.
- Heim, E., Wegmann, I., & Maercker, A. (2017). Cultural values and the prevalence of mental disorders in 25 countries: A secondary data analysis. *Soc Sci Med* 189: 96-104.
- Iancu, I., Dannon, P.N., Poreh, A., LTPkifker, E., & Grunhaus L. (2001). Alexithymia and suicidality in panic disorder. *Compr Psychiatry* 42(6): 477-81.
- Izci, F., Gültekin, B.K., Saglam, S., Koc, M.I., Zincir, S.B., & Atmaca M. (2014). Temperament, character traits, and alexithymia in patients with panic disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 16; 10:879-85. doi: 10.2147/NDT.S62647.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *J Clin Psychiatry* 51:269-74.
- Jacobs, L., & Hycner, R., eds. (2009). *Relational Approaches in Gestalt Therapy*. New York: Gestalt Press.
- Jaspers K. (1963). *General Psychopathology* (trans. from German by J. Hoenig and M.W. Hamilton). Manchester: Manchester University Press. [*Psicopatología general*, México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2014].
- Joukamaa, M., Kokkonen, P., Veijola, J., Läksy, K., Karvonen, J.T., Jokelainen, J., & Järvelin, M.R. (2003). Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring: a prospective study. *Psychosomatic Med* 65(2):307-12.
- Kaunonen, M., Paivi, A.K., Paunonen, M., & Erjanti, H. (2000). Death in the Finnish family: experiences of spousal bereavement. *Int J Nurs Pract* 6: 127-34.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R.O.N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., & Kawakami N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6(3): 168.
- Klauke, B., Deckert, J., Reif, A., Pauli, P., & Domschke K. (2010). Life events in panic disorder—an update on «candidate stressors». *Depression and anxiety*. 27(8): 716-730.
- Klein D.F, Fink M. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 119: 432-8.
- Klein D.F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry* 50:306-17.
- Kosowsky, J., Pfaltz, M.C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C., & Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a metaanalysis. *Am J Psychiatry*. 170: 768-81.
- Lasch, C. (1978). *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York: Norton. [*La cultura del narcisismo*, Ed. Andrés Bello, 1995].
- LeDoux J.E. (2015). *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. New York, NY: Viking.
- Leibold N.K., Viechtbauer W., Goossens L., De Cort K., Griez E.J., Myin-Germeys I., Steinbusch H.W., van den Hove D.L., Schruers K.R. (2013). Carbon dioxide inhalation as a human experimental model of panic: the relationship between emotions and cardiovascular physiology. *Biol Psychol* 94(2):331-40.
- Liebowitz, M.R., Fyer A.J., Gorman J.M., Dillon D., Appleby I.L., Levy G., Anderson S., Levitt M., Palij M., Davies S.O., Klein D.F. (1984). Lactate provocation of panic attacks. I. Clinical and behavioral findings. *Archives of General Psychiatry*. 41: 764-770.
- Lorenzini R., & Sassaroli S. (1987). *La paura della paura*. NIS, Roma.
- Macaurelle, R. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 2003, DOI: 10.1016/S0272- 7358(02)00207-6.
- MacLean P.D. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Archives of General Psychiatry* 42: 405-17.

- Majohr, K.L., Leenen, K., Grabe, H.J., Jenewein, J., Nuñez, D.G., & Rufer M. (2011). Alexithymia and its relationship to dissociation in patients with panic disorder. *J Nervous Ment Dis* 199(10): 773-7. doi: 10.1097/NMD.0b013e31822fcbfb.
- Marchesi, C., Fontò, S., Balista, C., Cimmino, C., & Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychother Psychosom* 74(1): 56-60.
- Markowitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R., Lish, J.D., & Klerman, G.L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry* 46(11): 984-92.
- McNally, R.J., Otto, M.W., Yap, L., Pollack, M.H., & Hornig, C.D. (1999). Is panic disorder linked to cognitive avoidance of threatening information? *J Anxiety Disord* 13(4):335-48.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M.S., Jenkins, R., McManus, S., & Brugha, T.S. (2013). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(1):5-13.
- Milrod, B., Leon, A.C., & Shear, M.K. (2004). Can interpersonal loss precipitate panic disorder? *Am J Psychiatry* 161: 758-9.
- Minkowski, E. (1927). *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris : Collection de l'évolution psychiatrique ; Paris : PUF, 2013.
- Montag, C., Hahn, E., Reuter, M., Spinath, F.M., Davis, K., & PanksTPp, J. (2016). The role of nature and nurture for individual differences in primary emotional systems: evidence from a twin study. *PLoS ONE*. 11:e0151405. doi:10.1371/journal.pone.0151405.
- Moreira, F.A., Gobira, P.H., Viana, T.G., Vicente, M.A., Zangrossi, H., & Graeff, F.G. (2013). Modeling panic disorder in rodents. *Cell Tissue Res* 354(1): 119-25.
- Nardi, A., Amrein, R., Cardoso, A., Dias, G., Freire, R., & Machado, S. (2016). PS247. High relapse rate after efficacious ultra-long-term treatment of panic disorder with clonazepam or paroxetine. *Int J Neuropsychopharmacol* 19(1):90. doi:10.1093/ijnp/pyw043.247.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: Management. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG113>.
- Nelson, E.E., & Panksepp, J. (1998). Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neurosci Biobehav Rev* 22(3):437-52.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2004). *Textbook of Biological Psychiatry*. New York: Wiley.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotion*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
- Papp, L.A., Klein, D.F., & Gorman, J.M. (1993). Carbon dioxide hypersensitivity, hyperventilation, and panic disorder. *Am J Psychiatry* 150: 1149-57.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality*. Highland, NY: Gestalt Journal Press. [*Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Ferrol/Madrid, Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, colección Los Libros del CTP, 2002].
- Philippson, P. (2009). *The Emergent Self. An Existential-Gestalt Approach*. London: Karnac Books.
- Pini, S., Abelli, M., Troisi, A., Siracusano, A., Cassano, G.B., Shear, K.M., & Baldwin, D. (2014). The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord*. 28(8):741-6. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.010.
- Porges, S.W. (2007). The polyvagal perspective. *Biol Psychol*. 74(2) :116-43.
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-regulation*. New York, NY: W.W. Norton. [*La teoría polivagal*, Málaga, Ed. Pléyades, 2017].
- Preter, M., & Klein, D.F. (1998). Panic disorder and the suffocation false alarm theory: current state of knowledge and further implications for neurobiological theory testing. In: Bellodi L., Perna G., eds. *The Panic Respiration Connection*. Milan: MDM Medical Media.

- Preter, M., & Klein, D.F. (2008). Panic, suffocation false alarms, separation anxiety and endogenous opioids. *Prog Neuro psychopharmacology, Biology, Psychiatry* 32(3):603–12.
- Preter, M., Lee, S.H., Petkova, E., Vannucci, M., Kim, S., & Klein, D.F. (2011). Controlled cross-over study in normal subjects of naloxone-preceding-lactate infusions; respiratory and subjective responses: relationship to endogenous opioid system, suffocation false alarm theory and childhood parental loss. *Psychol Med* Feb 41(2):385–93.
- Raskin, M., Peeke, H.V., Dickman, W., & Pinsker, H. (1982). Panic and generalized anxiety disorders: Developmental antecedents and precipitants. *Archives of General Psychiatry* 39(6): 687-9.
- Rizq, R. (2002). Is there anybody there? A psychodynamic view of panic attack. *British Journal of Guidance and Counselling* 30(1): 81-92. doi: 10.1080/030698880220106537.
- Robine, J.-M., ed. (2016). *Self. A Polyphony of Contemporary Gestalt Therapists*. St. Romain-La-Virvée: L'Exprimerie. [*Self. Una sinfonía de Terapeutas gestálticos contemporáneos*, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2016].
- Rosa, H. (2010). *Acceleration and Alienation. Towards a Critical Theory of Late-Modern Temporality*. Aarhus: Aarhus University Press.
- Roubal, J. (2019). Surrender to Hope: The Therapist in the Depressed Situation. In: Francesetti G., Rovetto, F. (2003). *Panico*. Milan: McGraw-Hill.
- Roy-Byrne, P.P., Geraci, M., & Uhde, T.W. (1986). Life events and the onset of panic disorder. *Am J Psychiatry* 143: 1424– 1427.
- Shore, A.N. (2003), *Affect Regulation and Repair of the Self*, Northon & C. Sinha S.S., Goetz R.R., Klein D.F. (2007). Physiological and behavioral effects of naloxone and lactate in normal volunteers with relevance to the pathophysiology of panic disorder. *Psychiatry Res* 15; 149(1-3):309-14.
- Schimitel, F.G., De Almeida, G.M., Pitol, D.N., Armini, R.S., Tufik, S., & Schenberg, L.C. (2012). Evidence of a suffocation alarm system within the periaqueductal gray matter of the rat. *Neuroscience*, 200: 59–73.
- Spagnuolo Lobb, M. (2013). *The Now-for-Next in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society*. Milan: Franco Angeli. [*El Ahora-para-lo siguiente*, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2015].
- Stern, D.N. (2015). *Relational Freedom. Emergent Properties of the Interpersonal Field*. London and New York: Routledge.
- Strubbe, G., & Vanheule, S. (2014). The subject in an uproar: a Lacanian perspective on panic disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 62(2): 237-66. doi: 10.1177/0003065114527616.
- Venturello, S., Barzega, G., Maina, G., & Bogetto, F. (2002). Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder. *Compr Psychiatry* 43(1): 28-36.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J Nervous Ment Dis* 189(5),311-6.
- Yang, Y., Kircher, T., & Straube, B. (2014). The neural correlates of cognitive behavioral therapy: recent progress in the investigation of patients with panic disorder. *Behav Res Ther* 62: 88-96.
- Wachleski, C., Salum, G.A., Blaya, C., Kipper, L., Paludo, A., Salgado, A.P., & Manfro, G.G. (2008). Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Compr Psychiatry* 49(5): 476-81. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.03.003.
- Windmann S. (1998). Panic disorder from a monistic perspective: integrating neurobiological and psychological approaches. *J Anxiety Disord* 12(5): 485-507.
- Zahavi, D. (2018). *The Oxford Handbook of the History of Phenomenology*. Oxford: Oxford University Press.
- Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., Wang, J., & Zhou, B. (2016). Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *J Affective Disord* 206:133-9. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.027.



Gianni Francesetti

International Institute for Gestalt Therapy and Psychopathology (Ipsig). Psiquiatra, terapeuta gestalt y profesor adjunto de enfoque fenomenológico y existencial, Doctor en Psicología por Universidad de Torino (Italia), formador y supervisor internacional. Ha realizado numerosas publicaciones sobre psicoterapia y psicopatología, explorando enfoques originales para comprender el sufrimiento clínico desde un punto de vista fenomenológico y de terapia gestalt, y proponiendo nuevos modelos para enmarcar trastornos clínicos particulares. Es codirector del IPSiG - Instituto Internacional de Terapia Gestalt y Psicopatología y Presidente de Poiesis - Centro Clínico de Terapia Gestalt de Turín. Es codirector de la serie de libros Perspectivas psicopatológicas y psicoterapia gestalt (Fioriti).



Antonio Alcaro

Departamento de Psicología, Universidad de Turín. Psicólogo, psicoterapeuta e investigador en neurociencia. Tras doctorarse en psicobiología y psicofarmacología, colaboró con Jaak Panksepp en el estudio del impulso emocional de búsqueda y su implicación en la depresión y la adicción. En la actualidad, su investigación se centra en los fundamentos psico-neuro-evolutivos de la mente humana, con especial énfasis en las funciones afectivas y de imaginación-sueño.



Michele Settani

Es terapeuta gestalt y profesor asociado en la Universidad de Turín, Italia, donde enseña Testing y métodos de investigación en psicología clínica y técnicas de recopilación de datos. Ha enseñado métodos de investigación en psicoterapia en institutos de formación y escuelas de doctorado en Italia y en el extranjero. Sus intereses de investigación incluyen la medición de constructos psicológicos, el estudio de las competencias de los psicoterapeutas, los enfoques de aprendizaje automático para estudiar y predecir las características individuales basadas en rastros digitales en las redes sociales y la evaluación de la eficiencia y efectividad de los tratamientos psicológicos. Ha publicado más de 70 artículos en revistas de psicología de primer nivel. En la EAGT es miembro del Comité de Competencias Profesionales y Estándares Cualitativos y del Comité de Investigación.

Este artículo es la versión en español del texto en inglés «Panic Disorder: attack of fear or acute attack of solitude? Convergences between affective neuroscience and phenomenological-Gestalt», publicado en *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 2020; volume 23:77-87 y que ha sido traducido por Carmen Vázquez Bandín.

Eficacia de la terapia gestalt en un caso de abuso sexual en la infancia.

El callar de la infancia

Ana M. Núñez Remesal y Dr. Jesús García

Resumen

• *Introducción:* Los abusos sexuales en la infancia ocasionan un profundo daño psicológico y manifestaciones sintomáticas vinculadas al trauma. A pesar de que estos incidentes son objeto de estudio en la literatura científica, la evidencia sobre cómo la terapia gestalt contribuye a la elaboración del trauma es limitada. El propósito de este estudio es determinar si el enfoque gestáltico facilita dicha elaboración, evaluando los cambios en la resiliencia, la percepción del trauma, la sintomatología ansioso-depresiva y el cambio terapéutico.

Método: Se implementó la terapia gestalt a lo largo de 22 sesiones durante seis meses. Para el análisis cuantitativo, se emplearon dos instrumentos de medida para evaluar el efecto del tratamiento en el cambio terapéutico (CORE-SFA), la sintomatología asociada a la triada depresión-ansiedad-estrés (DASS21) y el trauma (PCL-C), utilizando índices de no solapamiento para verificar el nivel de cambio. El índice de cambio fiable de Jacobson y Truax (1991) se utilizó para determinar la significancia clínica, administrando escalas para el trauma (HTQ) y para la resiliencia (RS-14) antes y después del tratamiento. En cuanto al análisis cualitativo, se elaboró la Historia de Vida de McAdams en ambos momentos, analizándola según criterios de análisis temático.

Resultados: Los índices de no solapamiento evidenciaron cambios significativos en la sintomatología. El índice de cambio fiable reveló una mejora en la resiliencia. Aunque la puntuación general en la escala HTQ superó el umbral establecido, no alcanzó el índice de cambio fiable, aunque se observaron mejoras en tres de las dimensiones de contenido.

Discusión: La terapia gestalt demostró ser efectiva en este caso para reducir los pensamientos intrusivos relacionados con la experiencia traumática, incrementar la conciencia cognitiva y emocional sobre la experiencia de vida y promover una disminución de conductas evitativas y limitantes.

Palabras clave: abuso sexual, migración, trauma complejo, psicoterapia gestalt, resiliencia

Introducción

Se presenta el caso de Esperanza, mujer migrante de 17 años que sufrió violencia sexual en la infancia y a lo largo de su trayecto migratorio desde África occidental. La violencia sexual —según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)— se entiende como todo acto sexual, la tentativa de consumarlo, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones que utilizan la coacción de una persona frente a otra. La violencia sexual está causada por asimetrías de poder en la estructura social y constituye, por lo tanto, un problema de derechos humanos. Las mujeres son especialmente vulnerables (Kimy Kim, 2020) y la mujer migrante, por sus características propias, lo es aún más. Estas pueden sufrir violencia sexual tanto en su país de origen como durante el tránsito o en el país de destino (Tan y Kuschminder, 2022).

El impacto emocional de la violencia sexual en la infancia varía en función del momento del desarrollo en el que se da el episodio, la frecuencia, si la persona agresora es conocida o no y la naturaleza de la violencia. Así, cuando la violencia ejercida es muy grave y no existe un adecuado apoyo, la probabilidad de sufrir sintomatología relacionada con el trauma es mayor (Sarasua et al, 2012).



En las mujeres migrantes, no solo subyace el trauma debido a estos episodios, sino que la situación de vulnerabilidad de la que parten —por su propia historia de vida, las experiencias traumáticas del propio proceso migratorio, y el riesgo de caer en la práctica de sexo transaccional— hacen que puedan desarrollar un trauma complejo, el cual presenta unas características diferentes al trauma por estrés postraumático (Giorgio et al, 2016; Vallejo-Martin et al, 2021).

El trastorno de estrés postraumático complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia en los problemas de la regulación del afecto; la creencia de no tener valor, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático y las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento, según los criterios de la CIE-11 (WHO, 2018). Por tanto, el trauma no es sólo un acontecimiento que se produce en algún momento del pasado; también es la huella dejada por esta experiencia en la mente, el cerebro y el cuerpo, la cual tiene consecuencias permanentes sobre el modo en que el organismo humano logra sobrevivir en el presente (van der Kolk, 2014).

El deterioro en la esfera personal es una de las consecuencias del trastorno de estrés postraumático.

Desde esta óptica, la terapia gestalt (en adelante, TG), se presenta como un modelo idóneo de intervención que busca la integración de la experiencia en el conjunto de la vivencia de la persona (Yontef, 2009). La intervención se realiza sobre el campo relacional creado entre paciente y terapeuta, aumentando la conciencia y facilitando la autorregulación orgánica (Fogarty et al, 2016; Francesetti, 2015), desde el trabajo con la experiencia inmediata, el «darse cuenta» y la responsabilidad (Peñarubia, 2006).

La experiencia inmediata tiene que ver con el espacio terapéutico, pues es allí donde se produce un encuentro íntimo y se ponen en juego las vulnerabilidades, tanto del paciente como del terapeuta (Chu, 2017). En este campo fenomenológico, se ayuda a la asimilación del evento traumático y se reduce la sintomatología, creando un clima de confianza y seguridad que permite sostener la angustia del paciente y favorece la expresión espontánea. Entre ambos se produce una relación horizontal, pero no simétrica. Existe asimetría en tanto el terapeuta lleva más años trabajando su carácter, lo que le dota de capacidad para facilitar el «darse cuenta» del paciente. El paciente sabe de su experiencia y el terapeuta ayuda a la toma de conciencia de ello, a que se responsabilice ampliando a nuevos registros y capacidades que le generen bienestar sosteniéndose en lo que hay (Yontef, 2009).

En la TP, la presencia requiere una inmersión total en la relación terapéutica, utilizando todos nuestros sentidos —ver, escuchar, oler, saborear, sentir nuestro cuerpo

y respirar— en el «aquí y ahora» de la sesión terapéutica. Este enfoque promueve la activación de la transferencia y contratransferencia, revelando las dificultades para establecer contacto.

La práctica de centrarse en el momento presente, especialmente durante el trabajo con traumas, sirve como una herramienta fundamental para el anclaje. El proceso implica acompañar al paciente en su relato, proporcionándole un soporte que, eventualmente, le permitirá sostenerse por sí mismo y facilitar la integración de sus experiencias. Esto brinda al cliente la posibilidad de conectar con sus episodios traumáticos en el presente, beneficiándose de la presencia de un oyente atento, lo cual constituye una diferencia crucial. La atención cuidadosa a la sintomatología del paciente permite ajustar el ritmo de la terapia adecuadamente. El objetivo es permitir que el individuo narre su experiencia sin disociarse, lo cual es esencial para la integración de la experiencia y para ofrecer una nueva interpretación de esta, a través de una toma de conciencia que brinde perspectivas diferentes. Dicha toma de conciencia se enfoca en explorar, indagar y aceptar. Es un trabajo fenomenológico mediante el que se explora el «ciclo de la experiencia», sus fases y los mecanismos usados en cada una de ellas (Peñarrubia, 2006).

En la intervención en trauma, se abordan los distintos mecanismos que interrumpen el «ciclo de la experiencia», tales como proyecciones, introyectos y confluencias. Este enfoque busca expandir la conciencia del paciente mediante el diálogo y la experimentación creativa. La percepción y asunción de responsabilidad sobre estas gestalts es lo que cataliza el cambio.

El enfoque en la responsabilidad se relaciona directamente con la voluntad y el reconocimiento de las consecuencias naturales de nuestros actos, enfatizando la capacidad de responder a los eventos (Peñarrubia, 2006). A través del apoyo fenomenológico brindado por la presencia del terapeuta, el proceso terapéutico evoluciona hacia el autoapoyo. Esto se logra proporcionando, sesión tras sesión, un entorno seguro que permite al paciente reconstruir la confianza en los demás, en la relación terapéutica y, finalmente, en sí mismo. Este camino facilita un espacio donde la persona puede enfrentar y procesar sus traumas, promoviendo así una recuperación y crecimiento personal significativos.

Con sus peculiaridades teóricas y de método, la propuesta gestáltica del trabajo con el trauma va en la misma dirección de integración cognitivo-afectiva o de experiencia vital que se da en otros abordajes, como la terapia narrativa de exposición (Robjant *et al.*, 2017) o la terapia de integración del ciclo vital (Rajan *et al.*, 2022).

Objetivos

Se pretende comprobar el efecto de la TG en la intervención sobre la sintomatología asociada a la percepción del trauma sufrido y el bienestar subjetivo en un caso de violencia sexual en la infancia. Se parte de las siguientes hipótesis:

1. La sintomatología asociada a la percepción del trauma disminuirá como efecto del tratamiento.
2. El aumento en la resiliencia se asociará a un decremento de los síntomas y una mayor percepción de bienestar subjetivo y
3. La TG aumentará la resiliencia.

Metodología

Presentación del caso

Esperanza (nombre impostado), de 17 años, procedente de África Occidental, es la segunda de cuatro hermanos y hermanas. Durante su infancia y preadolescencia, deambuló entre su familia de origen y la familia extensa, abuela paterna y tía materna. Durante la parte de su infancia que pasó con su abuela, sufrió tocamientos por parte de su abuelo. En el hogar de su tía, fue sometida a maltratos por parte de esta, quien le negó afecto y la forzó a asumir las responsabilidades domésticas de forma abusiva, privándola además de su derecho a la educación, al impedirle asistir al colegio. Cuando ella tenía nueve años, su padre se fue de casa, dejando a su madre embarazada de su hermano. Ella pensaba que se había marchado para buscar una vida mejor para la familia, pero nunca volvió a verlo. Con esta edad sufrió una violación por un desconocido mientras volvía de camino a casa.. Cuando el violador la soltó, una vecina la vio y la ayudó a llegar hasta la casa. Estuvo desaparecida desde las doce de la mañana hasta las nueve de la noche y al llegar allí, nadie le preguntó qué le había pasado; lo que recibió fue una paliza por haberse perdido. «Nadie me buscó, nadie me echó de menos», dice Esperanza, quien calla los abusos sexuales, pues no siente el apoyo de su madre. Cuando tenía 16 años, su madre decidió iniciar un proyecto migratorio de manera irregular para llegar a Francia, donde ya se encontraba su hija mayor. En este viaje se lleva a Esperanza y a su hermana pequeña, que entonces tenía ocho años. El objetivo era conseguir una vida mejor. Parten en autobús hacia la capital de su país, donde pasan unos meses en casa de una tía, y desde allí cogen un avión hasta Marruecos y llegan a los campos de Nador. Esperanza pasa allí tres meses, durante los cuales sufrió un intento de abuso sexual por parte de un policía. Un abuso que finalmente no se llegó a consumir porque otro policía la defendió. A los tres meses, consigue salir ella sola en patera para España, pues su madre y su hermana no consiguen embarcar. No lleva pasaporte; solo lleva el teléfono móvil con el que después se comunicaría con su madre. Llega a España sola, después de seis meses de haber iniciado el viaje, y la policía la intercepta en la costa andaluza. Ella manifiesta que es menor de edad y la ingresan en un centro para menores migrantes. Esto le impide seguir su camino hacia Francia y la lleva a quedarse atrapada aquí, en España. Durante su estancia en España pasa de un centro a otro, hasta que finalmente la trasladan a un centro de acogida definitiva, en una ciudad de Andalucía.

La demanda de intervención psicológica parte de la propia institución, que detecta que la adolescente se encuentra nerviosa, tiene dificultades para relacionarse y actúa de manera exagerada y con miedo ante ruidos fuertes y voces de tono elevado. Durante la primera sesión, no hay una demanda clara de intervención por parte de Esperanza. La terapeuta observa niveles altos de ansiedad, confusión, desorientación y poca perspectiva de la realidad. Uno de los inconvenientes que aparecen es que la mujer no domina el idioma y tiene dificultades para la expresión oral.

Instrumentos de evaluación

Para la evaluación cuantitativa se utilizaron la versión española de la Escala CORE-SFA, que mide el cambio terapéutico a lo largo de las sesiones con una fiabilidad en el alfa de Cronbach (α) entre 0.75 y 0.90 (Feixas *et al.*, 2014); la Escala de Depresión, Ansiedad y estrés DASS21 (Bados *et al.*, 2005) para evaluar sintomatología, con valores alfa de Cronbach de 0,90 para la depresión, 0,86 para la ansiedad, 0,88 para el stress y 0,95 para el total de las tres subescalas; el Cuestionario de síntomas para el estrés postraumático (PCL-C) escala Civil (Miles *et al.*, 2008) para evaluar estrés postraumático, con una elevada consistencia interna mostrando un α de 0.94, 0.85 y 0.85 para las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente y 0.87 para el PCL-C total; la Escala de Resiliencia, con una adecuada consistencia interna de (α = 0.79) para valorar el grado de resiliencia individual (RS-14; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015) y, por último, la Escala de Trauma Harvard (HTQ), que valora la gravedad del daño traumático con una fiabilidad de (α = 0.96) para los síntomas traumáticos y que se usa como medida convergente de traumatización (Mollica *et al.*, 1992). A nivel cualitativo se utilizó la entrevista de historia de vida, (McAdams, 2007), adaptada al español (García-Martínez, 2012), como forma de obtener información sobre la experiencia vital de Esperanza. Dicha información se categoriza mediante procedimientos de análisis temático en las evaluaciones pre y postratamiento (Braun y Clarke, 2006).

Procedimiento de evaluación

Los instrumentos RS-14, HTQ y el análisis temático de la historia de vida se administran únicamente en las sesiones pre y postratamiento. Su potencia de cambio se valora utilizando criterios de Índice de Cambio Fiable (Jacobson y Truax, 1991). El análisis temático permite entender los contenidos cualitativos del cambio terapéutico al final del tratamiento.

Las escalas DASS21, PCL-C y CORE-SFA se administran en todas las sesiones, incluyendo dos evaluaciones pretratamiento; su potencia de cambio se valora mediante los índices de porcentaje de datos no solapados (PND, Scruggs y Mastropieri, 1998) y el índice de no solapamiento de todos los pares (NAP; Parker y Vannest,

2009). Las líneas base se establecen con los resultados de las dos sesiones pretratamiento y la sesión 1.

Procedimiento de intervención

Se trata de un estudio de caso, siguiendo un enfoque de evidencia basada en la práctica. Se realizaron 22 sesiones, que fueron grabadas, con intervalos entre siete y quince días; tres sesiones de pretratamiento, 16 sesiones de tratamiento y tres de seguimiento a los quince días, al mes y a los tres meses de la intervención. Se decide terminar el tratamiento de forma consensuada entre terapeuta y paciente por dos motivos: a) se observa por ambas partes una mejora en el bienestar psicológico y una disminución de sintomatología; b) Esperanza empieza a planificar un traslado de país. La sesión de seguimiento del tercer mes se realiza telefónicamente y con interrupciones en la comunicación por la cobertura telefónica. En los seguimientos se administra solo HTQ y RS14.

Formulación del caso y planteamiento terapéutico

La TG plantea que el funcionamiento de una persona se va ajustando de una manera creativa a las experiencias que se generan en la interacción con el ambiente. En el caso de Esperanza, se trata de una joven que no se sintió capaz de expresar la violación que sufrió a los nueve años. El bloqueo de esta expresión se dio al no sentir el apoyo de su madre. Lo primero que recibió al llegar a casa después de nueve horas desaparecida fue una paliza con una regla, que cerró la expresión de lo ocurrido y la dejó con la sensación de que no le importaba a nadie. Calló su angustia, miedo y dolor y realizó una retroflexión que la llevó a la culpa. Este callar en la infancia lo sostuvo hasta que llegó a terapia, siete años después, y pudo hablar por primera vez sobre la violación. La verbalización de lo sucedido comenzó a abrirse tras las primeras indagaciones, que se hicieron tomando como punto de partida lo que le ocurría en el presente con ciertas situaciones que vivía, como el acoso en el autobús por un hombre y las charlas de sexualidad en clase de formación. Esto le hacía sentirse nerviosa e incómoda, y en la indagación fenomenológica empezó a emerger la verbalización de los recuerdos traumáticos. Desde aquí se continuaron las sesiones con (1) ejercicios de expresión como el cambio de roles, juegos con la «silla vacía», expresión de los afectos verbalizando el enfado con el agresor, y a través de dibujos donde pudo reflejar la tristeza y confusión; (2) el trabajo con los introyectos en relación a la culpa y mandatos familiares; (3) la relación de apoyo que se creó en el proceso terapéutico como contraposición a lo vivido en su infancia, a través del abrazo terapéutico que surgió de manera espontánea al final de la sesión 14 y se instauró al finalizar el resto de sesiones, y (4) el uso del contacto con la respiración y con el cuerpo para sentir su propio apoyo, lo que le llevó a poder acompañar a su niña interior, donde situó la parte emocional dañada por

la violación. Este proceso terapéutico la llevó a expresarles lo que había vivido a su hermana y a su madre, a superar el temor a ser culpabilizada y a ser capaz de experimentar el apoyo y aceptación de su familia. Tras una serie de revelaciones, Esperanza se liberó de la mochila de la culpa y consiguió recuperar la energía y a disponer de ella en las situaciones actuales que estaba viviendo.

A lo largo de las sesiones, se observó cómo Esperanza iba pasando de sentirse apoyada en el contexto terapéutico a sentir su autoapoyo, hecho que la llevó a poder plantarse en sus pies y expresar lo callado, pasando de la confluencia con los intro-yectos maternos y culturales a su propia diferenciación.

Resultados del tratamiento

En la Tabla 1 se pueden ver los porcentajes de no solapamiento para los dos criterios empleados (PND y NAP) para la totalidad de los cuestionarios administrados en todas las sesiones. Se encuentran efectos grandes del tratamiento para CORE-SFA y PCL-C.

Tabla 1

Índices de no solapamiento. Porcentaje de pares no solapados

	PND	NAP
CORE-SFA	93,75***	94,44***
DASS21-Depresión	61,11*	83,33**
DASS21-Ansiedad	0	65,59**
DASS21-Estrés	0	66,66**
PCL-C	93,75***	97,22***

Nota. (I) PND, Porcentaje de pares no solapados. NAP No solapamiento de todos los pares

***Efecto grande, **Efecto Medio, *Efecto débil

No obstante, los indicadores clínicos del DASS21 solo dan tamaños del efecto medio para el criterio NAP. Cuando se usa el criterio PND el solapamiento es total tanto para ansiedad como para estrés, siendo, por tanto, el tratamiento completamente ineficaz. En el caso de la depresión, el criterio PND alcanza un tamaño del efecto moderado. El valor moderado o nulo en el caso del criterio PND se debe probablemente al efecto espurio de la primera administración en la línea base de estas pruebas que dieron valores muy próximos a la normalidad (7, 8 y 7 para depresión, ansiedad y estrés, respectivamente), muy alejados de los valores de gravedad clínica de las medias segunda y tercera de la línea base (12-18-16 y 12-17-18, respectivamente). Es posible que no se entendiera la tarea en la primera administración.

Los resultados del índice de cambio fiable para HTQ y RS14 en el postratamiento y en el seguimiento a los tres meses se encuentran en la tabla 2. Aunque hay una recuperación en el caso de RS14, no aparecen cambios significativos en HTQ. No obstante, cuando se estudian las variaciones de los distintos tipos de síntomas que lo componen, aparecen variaciones cuantitativamente importantes hacia la mejora en pensamientos intrusivos, evitación y alteraciones cognitivo-emocionales. Al no haber una factorización adecuada de esta prueba con muestras españolas, no es posible someter las variaciones de los tipos de síntomas a criterios de cambio fiable.

Tabla 2
Índices de cambio fiable para HTQ y RS14

	Post	Pre	Post-Pre ICF	ICF	Punto de corte
HTQ	2,05	2,42	-0,37	No supera	Supera
I	1.87	2,75			
E	1,33	2			
CE	1,86	2,36			
R	2,57	2,71			
D	2	2			
RS14	74	66	8	Supera	Supera

Nota. (I) Intrusismo, (E) Excitación, (CE) Alteración cognitivo-emocional, (R) Reactividad, (D) Despersonalización. Para el HTQ, ICF = 0,48 / PC = 2,56, para el RS14 ICF = 2,20, PC = 4,89



Creative Thinking, por Sergey Nivens

En la evaluación cualitativa mediante análisis temático de las historias de vida pre y post tratamiento, se identificaron mejoras significativas en tres áreas clave: a) incremento en la conciencia del propio campo experiencial, evidenciado por una transición de descripciones emocionales simples a expresiones más complejas y detalladas en la historia de vida (HV) post tratamiento; b) mayor conciencia del espacio vital, incluyendo el contexto histórico y cultural. Esto se refleja en el cuestionamiento de introyectos familiares y culturales previamente aceptados sin crítica, con un notable contraste entre la ausencia de interrogantes en la historia pre tratamiento y la emergencia de cuestionamientos post tratamiento, particularmente en relación con prácticas como el matrimonio forzado en su país; y c) un incremento en la responsabilidad personal hacia los propios objetivos de vida y la toma de decisiones frente a adversidades. La Tabla 3 ofrece ejemplos específicos de estos hallazgos.

Tabla 3

Análisis temático de las historias de vida pre y postratamiento

	Darse cuenta del estado emocional	Toma de conciencia de introyectos	Responsabilidad
HV pre	« <i>eso me da risa</i> », « <i>me ha dado mucho miedo</i> », suspiros como manifestación emocional	No se dan cuestionamientos respecto a los introyectos familiares.	<i>Su mejor futuro posible es: «con mi padre, con mi madre, mis hermanos, con la familia, es». Respecto al episodio de la violación, no quiere nombrarlo. «Eso ya lo sabes tú».</i>
HV post	« <i>Terminó discutiéndose, y yo estaba allí. Tenía mucho miedo así que corrí hasta él</i> », «... muy mal triste, porque siempre veía a mi padre discutir con mi madre». « <i>Y yo estaba tan contenta de ir con ella, pero esa fue peor decisión de mi vida ... siempre me pegaba...</i> » « <i>...Pero quería vengarme de su bebé... pobre bebé. Me da mucha pena hacer eso. Pero bueno, eso fue mi venganza</i> ».	« <i>Siempre he pensado, a mi madre le gusta mi padre o a ella le gustó o cómo se encontraron</i> ». « <i>¿Puedo preguntarle a mi madre si a ella le gustaba mi padre o como se encontraron o si fue un matrimonio como, arreglado o algo así?</i> ». « <i>Mi abuelo tenía dos mujeres</i> », « <i>yo creo que mi tía no quería casarse</i> ».	« <i>Mi mejor futuro posible es: mi vida, pues, mi familia, mi trabajo, mi casa, los estudios</i> ». « <i>una familia perfecta... que no haya discusión que todos sean felices</i> ». « <i>Trabajar y estudiar</i> ». Respecto al episodio de la violación: « <i>Ah, pues la violación es donde cambió todo</i> ».

Discusión

Como muestran los valores de los índices de no solapamiento, la sintomatología relacionada con el trauma se ve reducida de forma significativa en el caso de Esperanza, lo que sugiere un adecuado funcionamiento de la TG como reductora de la sintomatología traumática (Cohen, 2003).

Se observó un aumento en los niveles de resiliencia después del tratamiento, lo cual se alinea con la teoría de Connor (2006) que sugiere que la resiliencia puede ser un resultado de la recuperación de experiencias traumáticas. Esta mejora en la resiliencia, junto con la reducción de síntomas, indica que se lograron los objetivos establecidos y evidencia la eficacia de la terapia gestalt en la recuperación del trauma en este caso específico. Esta conclusión respalda las ideas de Cohen (2003) acerca del enfoque gestáltico en el tratamiento de traumas.

Sin embargo, las dos medidas utilizadas para evaluar el trauma (HTQ y PCL-C) no produjeron resultados consistentes, lo que complica la interpretación de los hallazgos. Es posible que la HTQ no sea la herramienta más apropiada para evaluar el trauma sexual, ya que fue diseñada principalmente para contextos de conflictos militares o tortura. La violencia sexual implica consideraciones culturales específicas que también deben ser tomadas en cuenta en su evaluación. Se han realizado esfuerzos para adaptar las herramientas de evaluación a estas especificidades, como lo demuestran los estudios de Patel *et al.* (2022).

Los cambios cualitativos reflejan un aumento en la conciencia del campo experiencial y contextual, lo cual está en consonancia con diversas terapias enfocadas en la integración en casos de trauma (Rajan *et al.*, 2022; Robjant *et al.*, 2017). Este aumento podría considerarse un elemento común a todos los enfoques terapéuticos



Manifestación contra el abuso sexual en Madrid. Foto: Isabel Infantes

en este campo (Sewell, 2003) y se alinea con los descubrimientos de Foa *et al.* (1995) sobre la reducción de la fragmentación narrativa y los índices de sintomatología tras una terapia de exposición.

Un enfoque experiencial y humanista, como el que propone la terapia gestalt (TG) para el tratamiento del trauma, puede ser particularmente apropiado. Existe evidencia que sugiere que la verbalización no facilita en igual medida la recuperación de víctimas de violencia sexual, ya que los factores socioculturales vinculados a este tipo de violencia pueden obstaculizar una expresión puramente verbal (Delker *et al.*, 2020).

Limitaciones y prospectiva

Aunque la TG se muestra efectiva en este caso, se necesitan más estudios empíricos en esta línea para demostrar que este enfoque es efectivo en los casos de trastorno de estrés postraumático complejo debido a situaciones de abusos sexuales, incluyendo la posibilidad de un estudio comparativo aleatorio que contraste la eficacia de la TG con otros tratamientos de tipo expositivo, que parecen ser los más utilizados en casos de estrés postraumático (Rothbaum y Schwartz, 2002).

Igualmente, se necesita mayor evidencia en el análisis de datos cualitativos de cambio y contenido narrativo para poder evaluar si la intervención terapéutica ha generado cambios externos de tipo conductual o narrativo independientes de las pruebas psicométricas. A este respecto, sería conveniente introducir categorías ya probadas en la investigación narrativa con el trauma, como son la «redención-contaminación» y la fragmentación (Delker *et al.*, 2020; Foa *et al.*, 1995), así como evaluar los contenidos narrativos de todas las sesiones y no solo los de inicio y final del tratamiento.

Asimismo, también se valorará en un futuro la adherencia de la intervención a los criterios de la TG utilizando la Escala de Fogarty, (Fogarty *et al.*, 2019) y la asociación con mejoras y fracasos en la intervención.

Referencias bibliográficas

- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Braun, V y Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Cohen, A. (2003). Gestalt Therapy and Post-Traumatic Stress Disorder: The Irony and the Challenge. *Gestalt Review*, 7, 42-55. DOI:10.5325/gestaltreview.7.1.0042.
- Connor K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 Suppl 2, 46-49.
- Chu, V. (2017). Problemaktualisierung in der Gestalttherapie. (Gestalt therapy as a means of actualizing problems). *Psychotherapeut*, 62(2), 92-97. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0166-z>.

- Delker, B. C., Salton, R., McLean, K. C., & Syed, M. (2020). Who has to tell their trauma story and how hard will it be? Influence of cultural stigma and narrative redemption on the storytelling of sexual violence. *PLoS one*, 15(6), e0234201. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234201>.
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 75-82.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., López-González, M. (2012). La versión española del CORE-OM. Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109 - 135.
- Francesetti, G. (2015). De la psicopatología individual a los campos psicopatológicos. *Cuadernos Gestalt*, 7, 4 - 23.
- Foa, E.B., Molnar, C. & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690 <https://doi.org/10.1007/BF02102894>.
- Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2016). What do Gestalt Therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal*, 25(1), 32-41.
- Fogarty, M., Bhar, S., & Theiler, S. (2019). Development and validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *Psychotherapy Research*, 30(4):495-509. doi:10.1080/10503307.2019.1571688.
- García Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Síntesis.
- Giorgio, M., Townsend, L., Zembe, Y., Guttmacher, S., Kapadia, F., Cheyip, M., & Mathews, C. (2016). Social Support, Sexual Violence, and Transactional Sex Among Female Transnational Migrants to South Africa. *American Journal of Public Health*, 106(6), 1123-1129. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303107>.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinically Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.402>.
- Kim, G., & Kim, M. (2020). The effectiveness of psychological interventions for women traumatized by sexual abuse: A systematic review and meta-analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(5), 385-394. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1677830>.
- McAdams, D. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100 - 122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>.
- Miles, J., Marshall, G., & Schell, T. (2008). Spanish and English Versions of the PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C): Testing for Differential Item Functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 369–376.
- Mollica, R., M.D, M.A.R, Caspi-Yavin, Y., M.A, M.P.H, . . . L.I.C.S.W. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Post-traumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Organización Panamericana de la Salud.
- Parker, R., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single case research: Non-Overlap of All Pairs (NAP). *Behaviour Therapy*, 40, 357-367.
- Patel, A. R., Newman, E., & Richardson, J. (2022). A pilot study adapting and validating the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) and PTSD checklist-5 (PCL-5) with Indian women from slums reporting gender-based violence. *BMC Women's Health*, 22(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01595-3>
- Peñarrubia, F. (2006). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Rajan, G., Wachtler, C., Lee, S., Wändell, P., Philips, B., Wahlström, L., Svedin, C. G., & Carlsson, A. C. (2022). A One-Session Treatment of PTSD After Single Sexual Assault Trauma. A Pilot Study of the WONSA MLI Project: A Randomized Controlled Trial. *Journal of interpersonal violence*, 37(9-10), NP6582–NP6603. <https://doi.org/10.1177/0886260520965973>.
- Robjant, K., Roberts, J., & Katona, C. (2017). Treating posttraumatic stress disorder in female victims

- of trafficking using narrative exposure therapy: A retrospective audit. *Frontiers in Psychiatry*, 8, Article 63. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00063>.
- Rothbaum, B. O., & Schwartz, A. C. (2002). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 56(1), 59–75. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.1.59>.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(40), 103-113.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., de Corral, P., & Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia psicológica*, 30(3), 7-18. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300002>.
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research. Issues and applications. *Behavior Modification*, 22(3), 221–242. <https://doi.org/10.1177/01454455980223001>.
- Sewell, K. (2003) An Approach to Post-Traumatic Stress. En F. Fransella (Ed.) *The Essential Practitioner's Handbook of Personal Construct Psychology*, pp. 223-231. John Wiley & Son.
- Tan, S.E. y Kuschminder, K. (2022). Migrant experiences of sexual and gender-based violence: a critical interpretative synthesis. *Global Health* 18, 68 <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00860-2>.
- Vallejo-Martín, M., Sánchez-Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094806>.
- van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. World Health Organization.
- Yontef, G. (2009). *Proceso y diálogo en psicoterapia Gestalt*. Cuatro Vientos.



Ana María Núñez Remesal

Psicóloga general sanitaria con formación especializada en psicoterapias humanistas, terapia gestalt, bioenergética, psicoanálisis y psicoterapia integrativa. Trabaja en el ámbito social interviniendo en trauma y salud psicológica de mujeres víctimas de Violencia de Género (en la pareja y en contextos de prostitución) y en consulta privada. Actualmente es estudiante de doctorado por la Universidad de Sevilla en la Línea de Clínica y Salud.



Jesús García

Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla. Doctor en Psicología. Terapeuta Didacta en Terapias Constructivistas. Psicólogo General Sanitario (homologado). Trabaja especialmente en el ámbito de la identidad entendido como sistema de significados y cómo los criterios de identidad constructivista afectan al cambio psicológico y a la evolución del proceso terapéutico.

Repercusión del confinamiento por COVID-19 en la presencia de terapeutas gestaltistas en España: un estudio descriptivo

Lorena Rodríguez-Campo, Antonio Gómez-Ceto,

José Luis Gil-Bermejo

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha afectado dramáticamente al campo de la salud mental y, desde una perspectiva gestáltica, emerge como figura que lo cambia todo. La capacidad de la persona terapeuta en esta nueva situación experiencial de estar en contacto con su vivencia personal y mantener un estado de presencia con el fin de que las personas acompañadas se sientan seguras, confiadas y en disposición para el trabajo a través de un entorno *online*, provoca la necesidad de conocer cómo se experimenta la presencia terapéutica en línea ante el contexto pandémico y durante el primer confinamiento, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas, situacionales y disposicionales, siendo este el objetivo de esta investigación. A partir de una encuesta, realizada a 353 psicoterapeutas gestalt de España, los principales resultados del análisis descriptivo muestran que se ha producido una reducción media de la presencia de la persona terapeuta de un 21,6%.

Palabras clave: presencia terapéutica, terapia *online*, COVID-19, confinamiento, características sociodemográficas, factores situacionales, elementos disposicionales.

Introducción

Las raíces de la presencia en la relación terapéutica se remontan a los primeros días de la psicoterapia (Geller, 2017b). Los aspectos de la presencia se destacaron en diferentes enfoques terapéuticos, como la atención flotante de Freud, el contacto de Perls (1969) y la relación Yo/Tú de Buber (1966), que ayudan a informar sobre la comprensión actual. May (1983) compartió esta perspectiva, señalando que el constructo de la presencia «se encuentra en terapeutas de diversas escuelas y diferentes creencias» (p.158).

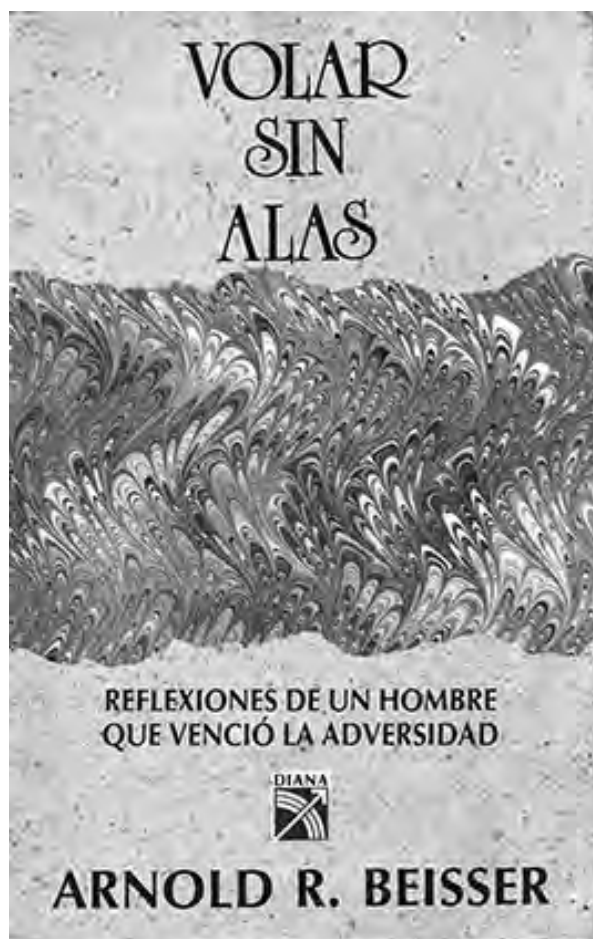
Desde la perspectiva de la psicoterapia gestalt, la noción de presencia ocupa un lugar central tanto en la teoría como en la práctica clínica de los profesionales cualificados. Según Chidiac y Denham-Vaughan (2018), la capacidad de los terapeutas para estar completamente con sus pacientes, participando en un intercambio recíproco de dar y recibir, encapsula el espíritu de la terapia. Esta presencia terapéutica no solo es fundamental para la práctica, sino que también es el catalizador desde el cual emerge el desarrollo de la presencia, como sostienen autores como Fogel (1993), Frank (2016), Stern (2003) y Spagnuolo-Lobb (2016). El enfocarse en la experiencia del momento presente, como señala Ramírez (2011), es crucial para este proceso. Perls *et al.*, (1951, 1954) subrayan que la calidad de la experiencia terapéutica depende de la habilidad de permanecer presente en el límite de contacto con el entorno, enfatizando el «aquí y ahora» como un indicador esencial de salud.

Para Laura Perls (1994), es esencial la presencia activa del terapeuta para proporcionar el apoyo necesario que permita a las personas movilizar sus emociones y explorar nuevas posibilidades de contacto, con el fin de reorganizar y redirigir su energía para hacer la vida más aceptable. Este proceso es tanto activo como receptivo, facilitando el descubrimiento, el crecimiento y el cambio en la experiencia vital (Perls, Hefferline & Goodman, 1951, 1972). Aquí, la interpretación no encuentra lugar, ya que el terapeuta, desde su presencia, enfoca en la expresión de lo que ocurre en el «aquí y ahora» (Naranjo, 1970), agudizando la conciencia, intensificando la atención y realzando el significado. Esta presencia añade una dimensión interpersonal al proceso, señalando las dificultades, corrigiendo errores de atención y distracciones (Fagan & Shepherd, 2014).

Poco a poco, se va desarrollando la Teoría paradójica del cambio (Beisser, 2014), que sugiere que el cambio ocurre cuando uno se acepta a sí mismo tal como es, y no al intentar convertirse en algo que no es. Este proceso se ve facilitado por momentos específicos en los que, en la persona acompañada, se produce una unión entre conciencia intensificada y expresión, lo que resulta en sentimientos profundos de presencia, claridad en la percepción, resonancia con la experiencia interior y la integridad de la personalidad (Polster, 2014).

Durante los inicios de la cuarentena por coronavirus, los terapeutas experimentaron una disminución significativa en el sentido de presencia, debido al cambio abrupto de las sesiones presenciales a las online, lo que les llevó a enfrentar presiones y ansiedades no solo por adaptarse al ámbito de trabajo virtual sino también por el contexto general (Frank, 2020). Esta situación contextual única subrayó la necesidad de entender mejor los procesos diádicos (Atzil-Slomin y Tschacher, 2020), incluyendo la influencia mutua y la co-regulación emocional entre el terapeuta y el cliente, durante un periodo caracterizado por un trauma global y colectivo (Spagnuolo, 2020; Taylor, 2020).

El objetivo de esta investigación es profundizar en la comprensión de la experiencia de presencia terapéutica por parte de la persona que acompaña, ante el contexto determinante de la relación, pandémico y de primer confinamiento, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas, situacionales y disposicionales.



El psiquiatra y gestaltista Arnold Beisser tuvo que lidiar con una enfermedad que lo dejó paralizado

Método

La investigación se ha planteado dentro del período de confinamiento por la pandemia de COVID-19 en España que decretó el gobierno español para limitar los contagios. El estado de alarma se produjo entre el 15 de marzo y el 21 de junio de 2020. El 22 de mayo, se procede al envío de una carta de presentación de la investigación a la Secretaría de la AETG, invitando a las personas asociadas a que cubran el cuestionario *online*.

Se diseña un estudio de tipo cuantitativo dado el interés en comprender el fenómeno presencia desde el punto de vista objetivo de observadores científicos mediante medidas controladas, buscando datos sólidos, fiables, comparables y repetibles, a través de la recogida de datos mediante cuestionario *online*, y aplicando, por una parte, el inventario de presencia terapéutica del terapeuta (TPI-T: *Therapeutic Presence Inventory*) validado por Geller, Greenberg, & Watson (2010),

que está compuesto de 21 ítems y se evalúa mediante una escala tipo Likert de 7 puntos.

Por otra parte, se tienen en cuenta las características sociodemográficas siguientes: edad, género, nivel de estudios, lugar de residencia, años de profesión, ámbito profesional de intervención y de carácter, siguiendo tanto el sistema de clasificación del eneagrama (en Naranjo, 2012) como la bioenergética de Reich y Lowen (en Albert, 2014). También se recogió información sobre el número de sesiones terapéuticas realizadas por los participantes y si estas han sido complementadas con apoyo terapéutico y de supervisión.

Finalmente, se analizan factores situacionales y disposicionales vinculados a la situación pandémica y de confinamiento a nivel familiar y de convivencia. Entre otras características, se establece el tipo de vivienda, el número de personas con las

que se convive, el disponer o no de un lugar tranquilo para realizar las sesiones, si se han producido pérdidas de personas significativas por la enfermedad, si se ha estado enfermo de COVID-19, si se ha tenido miedo a la muerte y si se ha temido por la reducción de la cartera de pacientes o del futuro económico de familiares.

Desde un enfoque descriptivo y teniendo en cuenta el objetivo principal de esta investigación, se plantea la siguiente hipótesis (H1): La presencia terapéutica de las personas terapeutas es significativamente diferente tras el comienzo de la pandemia.

Tal como se recoge en la Tabla 1, el proceso de recogida de datos comenzó el 22 de mayo y finalizó el 30 de junio, obteniéndose 353 encuestas. Se reclutaron profesionales de la Psicoterapia y de la Psicología a través de la AETG y a través de contactos telefónicos y de correo electrónico de compañeras de dichas personas asociadas. No se ofreció ningún incentivo y todas las personas participantes completaron todas las encuestas. Por tanto, el muestreo es no probabilístico de conveniencia siendo el universo poblacional los profesionales de la Psicología, Psicoterapia y Terapeutas Gestalt de España.

Tabla 1

Ficha técnica del estudio

Características	Encuesta
Universo	Psicólogos, psicoterapeutas y terapeutas gestalt
Ámbito geográfico	España
Tamaño muestral	353 encuestas válidas
Diseño muestral	Muestreo no probabilístico de conveniencia
Método recogida info	Encuesta online
Fecha del trabajo de campo	22 de mayo al 30 de junio de 2020

Resultados

Inicialmente, se realiza un análisis descriptivo de la información obtenida de las tres áreas o bloques de la encuesta mediante el *software* para análisis estadístico SPSS versión 23,0.

En cuanto a las principales características sociodemográficas de las personas participantes, encontramos que son personas que proporcionan servicios de apoyo mental y que han completado la formación en terapia gestalt ejerciendo sus funciones como psicólogos, psicoterapeutas o terapeutas en España. Con el ánimo de definir el perfil de las personas encuestadas, se recoge en la Tabla 2 que, del total de

individuos (n=353), un 71,1% eran mujeres. La edad media ha sido de 49 años, teniendo la persona más joven 27 años y la más mayor 70. De éstos, la mayor parte cuenta con algún tipo de estudios, fundamentalmente estudios universitarios (88,1%). En cuanto al lugar de residencia, principalmente viven en Cataluña (26,3%), en la Comunidad de Madrid (22,9%) y en Andalucía (17,3%).

La media de los años de profesión ha sido de 12,5 años, oscilando entre un año y 43. Los principales ámbitos de intervención en los que trabajan son: clínico (68,3%), social (33,4%) y educación (25,8%). Esta variable es de respuesta múltiple. El número medio de sesiones realizadas durante el confinamiento ha sido de 49. Y más de la mitad de la muestra son supervisados (53,8%) y están en proceso terapéutico (51%).

Tabla 2

Descripción de los participantes según características sociodemográficas

Variables	(%)
Edad	49
Género	
Mujer	71,1%
Hombre	28,3%
Otros	0,6%
Educación	
Sin estudios	4,0%
Estudios primarios	0,6%
Estudios secundarios	7,4%
Estudios universitarios	88,1%
Lugar de residencia	
Andalucía	17,3%
Aragón	3,4%
Cantabria	1,4%
Castilla-La Mancha	1,1%
Castilla y León	1,1%
Cataluña	26,3%
Comunidad de Madrid	22,9%
Comunidad Valenciana	6,2%
Extremadura	1,1%
Galicia	7,4%
Islas Baleares	3,7%
Islas Canarias	0,3%
Comunidad Foral de Navarra	1,1%
País Vasco	3,7%
Región de Murcia	2,3%
Otros	0,6%
Años de profesión	12,5

Ámbito profesional de intervención	
Clínico	68,3%
Educación	25,8%
Social	33,4%
Empresa	9,6%
Artístico	11,0%
Investigación	5,7%
Supervisión	14,2%
Otros	19,3%
Número de sesiones realizadas	49
El terapeuta en terapia	51,0%
El terapeuta en supervisión	53,8%
Carácter desde el Eneagrama	
E1	4,5%
E2	19,8%
E3	11,6%
E4	14,7%
E5	4,5%
E6	11,0%
E7	11,0%
E8	2,0%
E9	10,2%
NS/NC	10,5%
Instinto	
Conservación	22,9%
Sexual	18,4%
Social	20,7%
NS/NC	38,0%
Carácter desde la bioenergética	
Esquizoide	4,5%
Oral	14,7%
Masoquista	9,9%
Psicopático	22,7%
Rígido	37,4%
NS/NC	10,8%

Con respecto a las características situacionales y disposicionales, tal como se puede observar en la Tabla 3, en cuanto al tipo de vivienda, las personas encuestadas, mayoritariamente, residen en un piso (71,1%), siendo este de un tamaño superior a 70m² (47%). Esencialmente, conviven con otra persona (34,3%), aunque un 17.8% de las participantes no han convivido con nadie durante este período. Un 95.5% ha dispuesto de un lugar tranquilo para realizar las sesiones y, algo menos de la mitad de las encuestadas (46,2%) ya realizaba terapia online antes de este contexto pandémico.

Cabe resaltar, que casi un 12% de las participantes han sufrido pérdidas de personas significativas por el COVID-19. Tan sólo un 4,8% han estado enfermas de COVID-19 y un 21% han tenido algún síntoma. El 31,7% ha tenido miedo a la muerte, un 61,8% han temido por la reducción de la cartera de pacientes y casi un 40% teme por el futuro económico de sus familiares.

Tabla 3

Descripción de los participantes según características situacionales y disposicionales

Variables	(%)	
Tipo de vivienda		
Piso < 70m ²	24,1%	
Piso > 70m ²	47,0%	
Casa unifamiliar	15,3%	
Chalet adosado	8,8%	
Otros	4,8%	
Número de convivientes		
Solo	17,8%	
Con 1	34,3%	
Con 2	17,8%	1.8
Con 3	17,0%	
Con 4	10,5%	
Lugar tranquilo para sesiones		
Sí	95,5%	
No	4,5%	
Sesiones online previas al confinamiento		
Sí	46,2%	
No	53,8%	
Pérdida significativa		
Sí	11,6%	
No	88,4%	
Enfermo de COVID-19		
Sí	4,8%	
No	95,2%	
Síntomas de COVID-19		
Sí	21,0%	
No	79,0%	
Miedo a la muerte		
Sí	31,7%	
No	68,3%	

Reducción clientes	
Sí	61,8%
No	38,2%
Miedo futuro económico	
Sí	39,7%
No	60,3%

Finalmente, se procede al análisis inicial de la escala de medición de la presencia terapéutica (TPI-T). La Tabla 4 recoge los principales estadísticos descriptivos: media, moda y desviación típica, y se puede observar, como en general, los valores asignados a los distintos ítems alcanzan valores elevados, superiores a cinco o muy próximos. Hay que resaltar que los valores más utilizados han sido los más positivos, ya que la moda de casi todos los ítems es de 6 o 7 puntos, siendo la moda el valor del conjunto de datos que tiene una mayor frecuencia absoluta, es decir, el valor que más se repite de dicho conjunto. Las variables con medias y moda más altas son:

- Me sentí sinceramente interesado/a por la experiencia de mis clientes (media 5,99, moda 7)
- Sentí un profundo reconocimiento y respeto por mis clientes como persona (media 5,83, moda 7)
- He sido consciente de experimentar mi propio flujo interno, autoobservándome (media 5,81, moda 6)

La consistencia interna de la escala medida por el Alfa de Cronbach es elevada (0,793), situándose por encima de los valores recomendados de referencia. Este coeficiente mide la fiabilidad, es decir, si las preguntas de la escala o test están relacionadas entre sí.



Un balcón de Madrid en tiempos de pandemia. Foto de Jairo Vargas

Tabla 4

Presencia terapéutica (análisis descriptivo)

Variables	\bar{X}	M_o	σ
Consciente de experimentar mi propio flujo interno, auto observándome	5.81	6	1.245
Me he sentido cansado/a y aburrido/a	2.97	2	1.701
Me ha resultado difícil permanecer en la escucha	2.58	1	1.612
He sentido que la interacción entre mis clientes y yo era fluida y rítmica	5.26	6	1.494
El tiempo parecía extenderse	3.46	2	1.905
Me resultaba difícil concentrarme	2.76	2	1.679
Tan sumergido/a en la experiencia que perdí la noción del tiempo/espacio	3.24	1	1.968
Pude dejar de lado mis propias expectativas y preocupaciones para estar	5.31	6	1.634
Me sentí distante y desconectado/a de mis clientes	1.87	1	1.212
Sentí un profundo reconocimiento/respeto por mis clientes como persona	5.83	7	1.480
Atento/a y en sintonía con el tono y sutilezas de la experiencia del cliente	5.37	6	1.353
Estaba completamente en el momento presente durante las sesiones	5.31	6	1.451
Me sentí impaciente y crítico/a	2.25	2	1.347
Respuestas guiadas por sentimientos, palabras, imágenes e intuiciones	5.28	6	1.591
No podía esperar a que terminara la sesión	1.66	1	1.070
Hubo momentos de actuar diferente de lo que sentía por dentro	2.47	1	1.498
Completamente inmerso/a mientras permanecía centrado en mí	4.94	6	1.512
Mis pensamientos se alejaban de lo que sucedía en el presente	2.98	2	1.633
Sincronizado/a con mis clientes hasta poder sentir lo que estaba viviendo	4.70	6	1.578
Me sentí sinceramente interesado/a por la experiencia de mis clientes	5.99	7	1.312
Sentí una distancia o barrera emocional entre mis clientes y yo	1.92	1	1.260
Alfa de Cronbach: 0.793			

También se deduce que se ha producido una reducción media de la presencia de los terapeutas de un 21,6%, dato significativo (ver Tabla 5), pues indica una merma en la capacidad del terapeuta para llevar todo su ser al encuentro con el cliente y permanecer completamente en el momento presente. A pesar de ello, un 22,9% de las participantes considera que su presencia terapéutica no se ha visto alterada por el contexto pandémico, y este porcentaje aumenta hasta el 32,9% para aquellos que han sufrido una reducción del 5% o menos, lo que supone un tercio de las personas encuestadas. Más aún, el 65,7% de las personas participantes —dos tercios de la muestra— indican que su presencia terapéutica tan solo se ha visto reducida, como máximo, en un 20%, lo que les permite continuar con el servicio terapéutico online a pesar de las dificultades contextuales. Sin embargo, el 90,3% de la totalidad de los psicoterapeutas ha sentido que su presencia se reducía a menos de la mitad. Por todo ello, se acepta parcialmente la Hipótesis 1 (H1).

Tabla 5*Reducción de la presencia (análisis descriptivo)*

Variabes	(%)	% acumulado
Reducción experiencia de presencia		21.6
0%	22,9	22,9
➤ 0% a 5%	10,0	32,9
10%-20%	32,8	65,7
25%-50%	24,6	90,3
➤ 50%	9,7	100,0

H1	La presencia terapéutica de los terapeutas es significativamente diferente tras el comienzo de la pandemia	Se acepta parcialmente
----	--	------------------------

Discusión

La revisión teórica revela que la presencia terapéutica constituye un fenómeno fundamental y transteórico, esencial en la provisión de una psicoterapia efectiva (Colosimo y Pos, 2015). Dicho fenómeno, al ser un factor común a todos los modelos teóricos, se considera necesario para fomentar la seguridad, fortalecer la alianza terapéutica y aumentar la eficacia terapéutica (Dunn *et al.*, 2013; Geller, 2017a, 2017b; Geller & Greenberg, 2012; Geller *et al.*, 2010; Geller y Porges, 2014; Hayes & Vinca, 2011, 2017; Pos *et al.*, 2011; Rogers, 1980). Por ende, se sugiere que potenciar la presencia terapéutica contribuye a mejorar la calidad de los servicios de apoyo psicológico (Bouchard *et al.*, 2007).

En la psicoterapia gestalt, la presencia es considerada un elemento central de su teoría, ya que se ha sostenido por largo tiempo que los organismos se conectan y diferencian del entorno en el límite de contacto y que la calidad de nuestra experiencia está determinada por cómo se realiza ese contacto. En otras palabras, la calidad de la experiencia depende de la plenitud con la que uno se encuentra presente en el límite de contacto con el medio ambiente (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Además, en el límite de contacto se reconoce la existencia del otro, implicando una conciencia de las diferencias entre uno mismo y aquel otro. Esta es la vivencia del límite entre «yo y el otro», tal como lo describe Laura Perls (1994).

Los resultados de la investigación empírica sobre 353 terapeutas participantes indican una diferencia significativa en su presencia terapéutica tras el inicio de la pandemia, evidenciando una reducción media del 21,6% en su nivel de presencia. Los ítems con mejores puntuaciones en la escala de presencia, cuya consistencia interna ha sido validada, incluyen: (1) sentirse sinceramente interesado por la

experiencia de los clientes durante la sesión; (2) tener un profundo reconocimiento y respeto por los clientes como personas; y (3) ser consciente de experimentar el propio flujo interno y autoobservación.

Desde el punto de vista sociodemográfico, la mayoría de personas participantes son mujeres (71,1%), con una edad media de 49 años y nivel universitario (88,1%), principalmente residentes en Cataluña (26,3%) y Comunidad de Madrid (22,9%). En promedio, tienen 12,5 años de experiencia laboral, con una dedicación predominante al ámbito clínico (68,3%). Han realizado un promedio de 49 sesiones, y más de la mitad supervisa y participa en procesos terapéuticos. Casi una quinta parte pertenece al eneatispo E2, siendo el carácter rígido el más común, y la distribución por instinto es bastante homogénea.

En relación con los factores situacionales y disposicionales, es común que vivan en apartamentos (71,1%) de más de 70m² (47%) y, principalmente, convivan con otra persona (34,3%). La mayoría disponía de un espacio tranquilo para realizar las sesiones, y casi la mitad tenía experiencia previa en terapia online antes de la pandemia. Cerca del 12% ha experimentado pérdidas de personas significativas, aproximadamente un 5% ha padecido COVID-19, y un 20% ha tenido síntomas sin desarrollar la enfermedad. Casi un tercio ha sentido miedo a la muerte, dos tercios han temido por la disminución de su cartera de pacientes/clientes, y casi la mitad ha estado preocupada por el futuro económico de sus familiares.

Una de las conclusiones clave de nuestro estudio es la importancia de enfocar los programas de formación en psicoterapia gestalt en fortalecer la capacidad de presencia del terapeuta, la cual se encarna y se transmite a lo largo del proceso terapéutico. Es crucial que los terapeutas aprendan a mantenerse en esta actitud de presencia en el límite de contacto, ya sea este físico, emocional, cognitivo, relacional, espiritual, o una integración de todos estos aspectos. Esto invita al cliente a adentrarse más profundamente en la experiencia y el encuentro relacional, lo cual favorece un aumento del darse cuenta, expande la conciencia y promueve la sanación a través de la relación.

Se identifican varias limitaciones en el presente estudio. En primer lugar, el autoinforme tiene limitaciones para captar la profundidad y complejidad de las experiencias internas sutiles y co-creadas, dado que es una técnica de tipo cuantitativo. Habría sido interesante aplicar técnicas de tipo cualitativo como las entrevistas en profundidad *online* y/o el *focus group online*, con el fin de completar el objeto de estudio. Segundo, la utilización de un muestreo de conveniencia limita la capacidad de generalizar los resultados debido a la falta de aleatoriedad en la selección de participantes. A pesar de los esfuerzos por lograr una muestra geográfica y profesionalmente representativa a través del envío de encuestas personalizadas por correo electrónico a escuelas y profesionales de distintos ámbitos, esta limitación persiste. En tercer lugar, no se ha establecido un momento concreto en el que recoger los datos y se han cubierto de manera telemática, pudiendo producirse diferentes sesgos en la recogida de estos. Finalmente, no se ha tenido en cuenta la percepción del cliente y esto sería, algo para tener en cuenta como futura línea de investigación, dado que

existe el inventario (TPI-C: *Therapeutic Presence Inventory-Client*), siendo aconsejable también, el validar, tanto el cuestionario TPI-T, como el TPI-C, en población española. También se podría analizar la influencia del estilo personal del terapeuta en la presencia y/o conocer cómo evoluciona la actitud de presencia a través del proceso terapéutico en función de la alianza.

Referencias bibliográficas

- Albert, J. J. (2014). *Ternura y Agresividad. Carácter, Gestalt, bioenergética y Eneagrama*. Editorial La Llave.
- Atzil-Slomin, D., y Tschacher, W. (2020). Dynamic dyadic processes in psychotherapy: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 30(5), 555-557. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1662509>.
- Beisser, A. R. (2014). La teoría paradójica del cambio en J. Fagan y I. Sheperd (comps.). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 85-88). Editorial Amorrortu.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., y Riva, G. (2007, October). *Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behaviour therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconference source* [Paper presentation]. 10th Annual International Workshop on Presence Workshop on Presence, Barcelona (pp. 25-27). <https://ispr.info/presenceconferences/previous-conferences/proceedings/>.
- Buber, M. (1966). *Between man and man*. MacMillan.
- Chidiac, M.-A., & Denham-Vaughan, S. (2018). Presence for everyone: A dialogue. *Gestalt Review*, 22(1), 35-49. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.22.1.002135>.
- Colosimo, K. A., & Pos, A. E. (2015). A rational model of expressed therapeutic presence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 100-114. <https://dx.doi.org/10.1037/a0038879>.
- Dunn, R., Callahan, J. L., Swift, J. K., & Ivanovic, M. (2013). Effects on pre-session centering for therapists on session presence and effectiveness. *Psychotherapy Research*, 23(1), 78-85. <https://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.731713>.
- Fagan, J. & Shepherd, I. L. (2014). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Amorrortu.
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships*. The University of Chicago Press.
- Frank, R. (2016). Self in motion. In J. M. Robine (Ed.), *Self: A polyphony of contemporary gestalt therapists* (pp. 317-386). L'exprimerie.
- Frank, R. (2020). Developing Presence Online. *The Humanistic Psychologist*, 48(4), 369-372. <https://doi.org/10.1037/hum0000208>.
- Geller, S. M. (2017a). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. American Psychological Association.
- Geller, S. M. (2017b). History of therapeutic presence. In S. M. Geller, *A practical guide to cultivating therapeutic presence* (pp. 30-41). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000025-003>.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599-610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.495957>.
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192. <https://doi.org/10.1037/a0037511>.

- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2011). Therapist presence and its relationship to empathy, session, depth, and symptom reduction. *Proceedings from SPR'11: The 42nd Annual Meeting for Society for Psychotherapy Research*, Bern, Switzerland.
- Hayes, J. A., & Vinca, M. (2017). Therapist presence, absence, and extraordinary presence. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 85–99). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-006>.
- Webster, M. (1998). Blue suede shoes: The therapist's presence. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 19, 184-189.
- May, R. (1983). *The Discovery of being*. Norton.
- Naranjo, C. (1970). Present centeredness: Technique, prescription, and ideal. En J. Fagan & I. Shepard (Eds.), *Gestalt Therapy now*. Science and behaviour Books.
- Naranjo, C. (2012). *27 personajes en busca del ser. Experiencias de transformación a la luz del enea-grama*. Editorial La Llave.
- Perls, F.S., Hefferline, R.E. & Goodman, P. (1951, 1972). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. The Gestalt Journal Press.
- Perls, F. (1954). *El enfoque gestáltico*. Editorial Cuatro Vientos.
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Real People Press.
- Perls, L. (1994). *Viviendo en los límites*. Editorial Promolibro.
- Polster, E. (2014). La actividad sensorial en psicoterapia en J. Fagan & I. Sheperd (comps.). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 78-84). Editorial Amorrortu.
- Pos, A., Geller, S., y Oghene, J. (2011). Therapist presence, empathy, and the working alliance in experiential treatment for depression. *Proceedings from SPR'11: The 42nd Annual Meeting for Society for Psychotherapy Research*, Bern, Switzerland.
- Ramírez Calderón, I. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista a Claudio Naranjo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 287-296. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY10-1.TGPT>
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.
- Spagnuolo, M. (2016). Self as contact, contact as self: contribution to ground experience in gestalt therapy theory of self. In J. M. Robine (Ed.), *Self: A polyphony of contemporary gestalt therapists* (pp. 261-289). L'expresserie.
- Spagnuolo, M. (2020). Dialogues on Psychotherapy at the Time of Coronavirus: An Introduction. *The Humanistic Psychologist*, 48(4), 340-346. <http://doi.org/10.1037/hum0000210>.
- Stern, D. (2003). On the other side of the moon. In M. Spagnuolo Lobb & N. Amendt-Lyon (Eds.), *Creative license: The art of gestalt therapy* (pp. 21-35). Springer Wien.
- Taylor, M. (2020). Collective trauma and the relational field. *The Humanistic Psychologist*, 48(4), 382-388. <http://doi.org/10.1037/hum0000225>.



Lorena Rodríguez-Campo

Fundadora del Centro Presente (A Coruña). Doctora en Administración y Dirección de Empresas(2010). Terapeuta gestáltica y miembro titular de la AETG. Perteneciente a la Comisión de Investigación de la AETG y al Comité Científico de la Gestalt Conference 2023. Profesora del Departamento de Organización de Empresas y Marketing de la Universidad de Vigo (2005-2022) donde ha participado en más de treinta artículos publicados e indexados, veinte capítulos de libros y/o casos para libros y en más de cincuenta congresos nacionales e internacionales.



Antonio Gómez-Ceto

Psicoterapeuta. Miembro Didacta y Supervisor de la AETG y de la FEAP. Profesor. Educador Social. Formado en psicoterapia integrativa en el programa SAT dirigido por Claudio Naranjo. Formado en gestalt para el Desarrollo de Organizaciones y Sistemas por el Instituto Gestalt DO. Estudió y practicó Chamanismo, Budismo Tibetano y es estudiante y practicante de Dzogchen y otras vías no duales con diversos maestros de tradición, las cuales integra en su trabajo como psicoterapeuta.



José Luis Gil

Doctor en CC. Sociales y Educativas, Psicólogo Sanitario, Sociólogo y Trabajador Social. Psicoterapeuta gestáltico miembro titular de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG), y de la FEAP, director de psicodrama, terapeuta EMDR, programa SAT de Claudio Naranjo, constelaciones familiares sistémicas y terapia sistémica relacional, Máster en estudios de género e identidades. Trabajado durante más de 20 años en el acompañamiento a personas ante situaciones de vulnerabilidad psicológica y social, docente en diversas universidades públicas y privadas. Formador en Escuela de Psicoterapia Humanista El Olivo.

Acompañando la pérdida.

Evaluación de una intervención psicoterapéutica con enfoque gestalt para la elaboración del duelo

Marta O ‘Kelly Rasco

Resumen

El duelo es motivo habitual de demanda de atención psicológica en la población general. Este artículo presenta una parte de los resultados obtenidos en un estudio dirigido a examinar los efectos de una intervención psicoterapéutica humanista sobre una muestra de 26 dolientes. La intervención se enfoca principalmente sobre los aspectos emocionales que interfieren en la resolución del duelo. Se realizan mediciones pre y post tratamiento en relación con las conductas y sentimientos de la persona doliente. Los resultados arrojan mejoras clínica y estadísticamente significativas en las conductas y sentimientos del paciente, sugiriendo la posible eficacia de la intervención y la necesidad de desarrollar nuevas investigaciones que corroboren estos resultados.

Palabras clave: duelo, pérdida, duelo complicado, tratamiento duelo, psicoterapia duelo, psicoterapia humanista duelo.

Introducción

El duelo es un proceso natural y necesario en la aceptación de la pérdida de un ser querido, que generalmente se resuelve de manera natural y sin intervención alguna por parte del profesional sanitario. Sin embargo, existe un representativo porcentaje de casos en los que esta sintomatología se alarga en el tiempo o se ve agravada por otro tipo de trastorno de la salud mental, con la consiguiente deriva hacia un duelo complicado que puede implicar efectos adversos para la salud. Por otro lado, existe un número nada desdeñable de duelos que no pueden catalogarse como complicados y en los que los dolientes —principalmente las dolientes mujeres— buscan ayuda para superar de manera proactiva la pérdida de un ser querido. Aunque en estos casos se considera que el profesional de salud no debe intervenir *motu proprio*, el apoyo

psicológico se suele prestar a petición de la persona o los familiares (García-Campayo, 2012) con efectos muy positivos según algunas investigaciones. No obstante, las revisiones sistemáticas consultadas acerca de las intervenciones de acompañamiento al duelo muestran resultados contradictorios y en cualquier caso no definitivos a la hora de valorar sus efectos y determinar qué tipo de intervención es más eficaz (Efstathiou *et al.*, 2019). Por ello, distintos autores expresan la importancia de seguir aportando información relevante que permita desarrollar intervenciones eficaces, tanto para el tratamiento como para la prevención del duelo complicado (Romero, 2013), y que permitan dar respuesta a la demanda de las personas dolientes que acuden al sistema sanitario público o privado en busca de ayuda y acompañamiento psicoterapéutico.

Los enfoques humanistas de acompañamiento al duelo

La ausencia de evidencia científica, especialmente en el ámbito de los enfoques humanistas de la psicoterapia, acrecienta más aún la necesidad de investigar en este campo. Dentro de esta corriente encontramos diferentes metodologías específicas para la elaboración del duelo. Así, podemos referirnos a la desarrollada por Zurita y Chías (2014) y por Odriozola (1999), cuya propuesta ha servido de fundamento para este estudio.

En gestalt, se conceptualiza la pérdida como un desequilibrio en la autorregulación del campo organismo-entorno y el duelo como el camino hacia la restauración de dicho equilibrio. Como todo tiene un principio y un final, una apertura y un cierre, la persona sana se pone en contacto con el entorno para poder satisfacer una necesidad, tras lo cual puede retirarse. Sin embargo, en el caso del proceso de duelo no se produce una retirada natural, porque es la vida la que suele arrebatar al ser querido sin preguntar, produciéndose una situación de privación que genera normalmente frustración, dolor, tensión y desequilibrio personal (Vázquez, 2020).

Desde esta perspectiva, la conceptualización del duelo sostiene que las personas a menudo enfrentan situaciones dolorosas o frustrantes mediante el bloqueo o la represión de sus emociones y sentimientos, lo que las lleva a dejar de sentir. Este proceso de desconexión no solo aleja a las personas de sus emociones y sentimientos, sino también de las necesidades subyacentes. Como resultado, estas experiencias quedan codificadas en la memoria como asuntos inconclusos o no resueltos (Perls, 1951). Si la persona doliente no atraviesa las distintas fases del duelo, este puede quedar enquistado en forma de una situación inconclusa que tarde o temprano se abrirá paso para ser atendida. En cambio, si la persona realiza un proceso de elaboración del dolor por la pérdida, se facilita la resolución del conflicto que esta implica y se produce un crecimiento personal (Vázquez, 2020).

Greenberg y colaboradores (1996) destacan que los asuntos no resueltos suelen obstaculizar la capacidad de una persona para separarse y cerrar una relación. Esto

se debe a la acumulación de emociones no expresadas, tales como resentimientos, reproches del pasado, impotencia, frustraciones, culpa, dolor, y también sentimientos positivos como aprecio y amor. Esta acumulación de emociones crea un enganche emocional con la relación, incluso cuando la otra persona ya no está presente. Por tanto, la despedida se convierte en un elemento crucial para la resolución del duelo, ya que permite a la persona cerrar internamente la relación emocional (Magaña *et al.*, 2022; Greenberg *et al.*, 1996).

Según Greenberg *et al.* (1996), el resentimiento y la culpa son emociones comúnmente asociadas con el duelo y son indicativos de asuntos no resueltos. Estos asuntos inconclusos, relacionados con una persona significativa, quedan almacenados como recuerdos esquemáticos emocionales. Estos recuerdos se reactivan en situaciones que los evocan, por ejemplo, al pensar o imaginar a dicha persona. Para facilitar la resolución del duelo, es crucial que la persona en duelo pueda reexperimentar estos asuntos inconclusos con la persona que ya no está, permitiendo así la expresión de las emociones reprimidas y, consecuentemente, la realización de acciones que satisfagan sus necesidades emocionales pendientes.

Dentro de la perspectiva humanista, la *culpa* es vista como una emoción que emerge al actuar de manera contraria a nuestros valores fundamentales o al infligir daño a otra persona, lo que conduce al sentimiento de arrepentimiento (Yontef, 2005; Stroebe *et al.*, 2014). Esta experiencia engloba reflexiones y emociones afligidas



La técnica de la silla vacía ofrece a la persona doliente la posibilidad de resolver aquellos asuntos pendientes que impiden cerrar la relación

sobre comportamientos pasados hacia una persona importante, los cuales violan los principios morales del individuo. Esto se vincula con la presencia de asuntos inconclusos en la relación y con la idea de que se podrían haber elegido diferentes acciones. La habilidad de reconocer, sentir y verbalizar tanto el daño sufrido por parte de otros como el daño causado a ellos, y enfrentar estas realidades sin emitir juicio, promueve que el individuo que está lidiando con el dolor pueda asumir la libertad, responsabilidad y capacidad de perdonar a otros y de perdonarse a sí mismo, abriendo la puerta a la reconciliación y al crecimiento personal (Gabriel, 2015; Odriozola, 1999; Yontef, 2005).

En los enfoques humanistas, como la terapia gestalt, se utiliza la técnica de la «silla vacía» para explorar y abordar aspectos emocionales complejos. Peñarrubia (1998) señala que la «silla vacía» va más allá de ser simplemente una técnica, convirtiéndose en un espacio para la conciencia y la vivencia, y sirve como un lugar simbólico que representa a otra persona involucrada, lo que permite trabajar sobre conflictos no resueltos en la relación. El diálogo con este otro significativo, simbolizado por la «silla vacía», promueve un proceso de desbloqueo y expresión de emociones reprimidas. Esto facilita el acceso a información que antes no estaba disponible, permite la reestructuración de esquemas mentales y conduce al alivio y la recuperación del bienestar emocional (Greenberg *et al.*, 1996).

Método

Diseño

Se ha seguido un diseño cuantitativo, cuasiexperimental, de un solo grupo con pre-test y pos-test, es decir un único grupo muestral al que se le ha aplicado una medida antes y después de recibir la misma intervención, con objeto de estudiar sus efectos sobre los sentimientos actuales de la persona doliente respecto a la persona querida y ver si se producían (H_1 hipótesis alternativa) o no (hipótesis nula H_0) diferencias significativas en dichas puntuaciones.

Participantes

La población de estudio ha incluido personas mayores de 18 años que han vivido la pérdida de un ser querido. El tamaño de la muestra se ha establecido en 26 ($N=26$), y las personas participantes han sido identificadas dentro de la población general mediante muestreo no probabilístico de conveniencia accidental, a través de difusión por redes sociales, colegas de la profesión y asociaciones de profesionales. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión detallados en la tabla 1.

Tabla 1.**CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Criterios de inclusión	- Tener 18 años cumplidos
	- Al menos 2 meses desde la pérdida
Criterios de exclusión	- Pérdida de un hijo/hija
	- Demencia o deterioro cognitivo
	- Trastorno mental grave
	- Antecedentes de ideación suicida
	- Consumo de drogas

Fuente: Elaboración propia

La muestra fue distribuida en dos grupos para recibir la intervención en función de su disponibilidad de asistencia, mañana o tarde, descartándose otros criterios (tipo de pérdida por ejemplo), para que estas características quedaran distribuidas al azar entre los dos grupos.

Instrumentos

Se ha creado un cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos y características de la pérdida, con el propósito de recoger algunas variables sobre las personas dolientes incluidas en la muestra, así como otras representativas sobre el tipo de pérdida. Se detallan en la Tabla 2.

Para la medida de los efectos de la intervención, se ha utilizado la versión adaptada al castellano por García-García *et al.* (2005) del *Texas Revised Inventory of Grief* de Faschingbauer (1981), en adelante ITRD, que cuenta con dos variables reflejadas en sus dos escalas: la primera referida a la conducta y los sentimientos de la persona doliente en los momentos posteriores cercanos a la pérdida (8 ítems con puntuación entre 8 y 40 puntos), y la segunda referida a los sentimientos actuales (13 ítems con puntuación entre 13 y 65 puntos).

Esta segunda escala es la que se ha tomado como referencia para valorar los efectos de la intervención y observar si tras la misma se producían o no variaciones significativas en las puntuaciones, es decir, si estas aumentaban o disminuían. El formato de respuesta del cuestionario es tipo *Likert*, con cinco opciones valoradas del 1 al 5 que abarcan desde «completamente falsa» hasta «completamente verdadera».

Otra utilidad que presenta este cuestionario es que al sumar la puntuación de cada ítem, se pueden calcular los totales de cada una de las dos escalas y clasificar a las personas participantes en función de cuatro tipos de duelo: duelo resuelto, duelo agudo, duelo inhibido y duelo prolongado. En el caso de duelo por ruptura de pareja — y puesto que no existe una versión no fallecimiento de este— se ha utilizado una pauta *ad hoc* de este cuestionario. El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) presenta una fiabilidad consistente para la muestra seleccionada con un *Alfa de Cronbach*=919.

Tabla 2.
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA (N=26)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Edad	26	26	74	48,19	11,607
	N	Porcentaje			
Sexo					
Hombre	4	15,4			
Mujer	22	84,6			
Nivel de Estudios					
Formación Profesional	2	7,7			
Bachillerato/COU	1	3,8			
Diplomatura	2	7,7			
Grado/Licenciatura	15	57,7			
Máster	5	19,2			
Otro	1	3,8			
Estado Civil					
Soltero/a	11	42,3			
Conviviendo en pareja	1	3,8			
Casado/a	3	11,5			
Divorciado/a	4	15,4			
Viudo/a	5	19,2			
Otro	2	7,7			

Los instrumentos de medida se han aplicado de forma *online* mediante formularios de *Googleform* que se entregaron antes y después de la intervención. Antes de la administración de los citados cuestionarios, todas las personas dolientes participantes en la investigación firmaron un consentimiento informado, al igual que la autora del presente trabajo ha firmado también un documento de confidencialidad. La investigación ha contado con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), pues fue presentada en el marco del Máster de Psicología General Sanitaria.

Intervención de acompañamiento al duelo

La intervención humanista de acompañamiento al duelo, objeto del presente estudio, se ha fundamentado en lo expuesto en la introducción y ha consistido en tres sesiones presenciales grupales de cuatro horas de duración cada una. La tabla 3 resume los objetivos y las principales técnicas de la intervención utilizadas durante el procedimiento.

La intervención se ha complementado con trabajos realizados en casa previa y posteriormente a todas las sesiones, que han servido para reforzar los objetivos previstos en cada una de ellas y fortalecer la implicación activa de la persona en el proceso de elaboración del duelo.

Tabla3.
PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO AL DUELO CON ENFOQUE GESTALT

SESIÓN 1		
OBJETIVOS		TÉCNICAS
- Presentación del proceso y participantes		- Rueda de presentación
- Comprender el proceso de duelo		- Psicoeducación sobre el duelo
- Recuperar la historia de la relación		- Trabajo en parejas con las fotografías
- Trabajar sentimientos inconclusos		- Elaboración de listado de resentimientos
		- Silla vacía
SESIÓN 2		
OBJETIVOS		TÉCNICAS
- Trabajar los sentimientos de dolor-culpa y el perdón.		- Identificación de las culpas principales
- Aceptación y despedida		- Silla vacía
		-Visualización guiada y elaboración de la carta del legado
SESIÓN 3		
OBJETIVOS		TÉCNICAS
-Elaborar sentimientos de agradecimiento		- Rueda de agradecimientos
- Aceptación y despedida agradecida		- Visualización guiada
-Reconstrucción y significado de la pérdida		- Dibujo sobre el futuro de la relación

Fuente: Elaboración propia a partir de Odriozola, 1999

Análisis de datos

El análisis de los datos se ha realizado a través del programa SPSS 20. Se ha aplicado la prueba de normalidad para muestras inferiores a N=50 para estudiar la distribución de los datos (prueba de Shapiro-Wilks), obteniéndose que la distribución de la muestra es normal. Por tanto, para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre la media de las puntuaciones pre y post intervención, se ha utilizado la prueba t de Student para muestras relacionadas, y se establecido un valor de significación estadística en función del cual se ha aceptado ($p\leq0,05$) o rechazado ($p>0,05$) la hipótesis nula. En los casos en que se ha producido un cambio estadísticamente significativo, se ha estimado la magnitud de dicho cambio mediante el cálculo del tamaño del efecto.

Resultados

Veintiséis dolientes han participado en esta investigación, 84,6% mujeres (n=22) y 15,4% hombres (n=4), con una edad media de 49,78 años (DE 12,95) y la mayoría con nivel de estudios de Grado/Licenciatura (57,7%, n=15) y estado civil soltero/a (42,3%, n=11). En la tabla 4 se detallan las características relacionadas con la pérdida.

Tabla 4.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN VARIABLES RELACIONADAS CON LA PÉRDIDA.

	N	Mínimo	Máximo	Media
Tiempo desde la pérdida (meses)	26	0	60	12,35
	N	Porcentaje		
Tipo de duelo				
Fallecimiento	18	69,2		
Ruptura	8	30,8		
Relación				
Madre	5	19,2		
Padre	4	15,4		
Hermano/a	2	7,7		
Esposo/a	4	15,4		
Pareja (no casados)	1	3,8		
Ex pareja	1	3,8		
Abuelo/a	1	3,8		
Ex pareja (no fallecida)	8	30,8		
Causa de la pérdida				
Muerte natural inesperada	8	30,8		
Muerte natural esperada	10	38,5		
Problemas de comunicación y gestión de conflictos	5	19,2		
Infidelidad	1	3,8		
Otros	2	7,7		
Duelos anteriores				
Si	21	19,2		
No	5	80,8		
Despedida				
Si	16	38,5		
No	10	61,5		
Psicoterapia				
Psicoterapia actualmente	11	42,3		
Psicoterapia anteriormente	12	46,2		
Psicoterapia nunca	3	11,5		

En relación con la clasificación del duelo, como se mencionó previamente, el Índice de Respuesta al Duelo Traumático (IRDT) nos permite categorizar a cada individuo según su tipo de duelo, basándonos en las puntuaciones totales obtenidas

en sus dos escalas y empleando como referencia la mediana. Aquellos individuos que muestran bajos niveles de sintomatología tras la pérdida son identificados como personas que experimentan un duelo resuelto si mantienen bajos niveles de sintomatología en el momento presente, y como duelo inhibido si, por el contrario, exhiben altos niveles de sintomatología. En contraste, si una persona evidencia alta sintomatología en el momento de la pérdida, será clasificada como en duelo prolongado si persiste la alta sintomatología en el presente, o como duelo agudo si los niveles de sintomatología son bajos actualmente. Los datos referentes a estas clasificaciones se exponen en la tabla 5. Esta misma tabla también revela que, tras una intervención, se reduce de manera significativa la cantidad de personas en estado de duelo prolongado, mientras que aumenta el número de aquellos que logran superar el duelo.

Tabla 5.

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO.DISTRIBUCIÓN PRE/POST SEGÚN TIPO DE DUELO

	PRE INTERVENCIÓN		POST INTERVENCIÓN	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Duelo inhibido	2	7,69%	3	11,54%
Duelo agudo	8	30,77%	9	34,62%
Duelo prolongado	14	53,85%	9	34,62%
Duelo resuelto	2	7,69%	5	19,23%
Total*	26	100	26	100

Por otra parte, al comparar los resultados antes y después de la intervención, se observa que la terapia humanista reduce la sintomatología en los dolientes en el momento actual, pero la intensifica cuando estos se remontan al periodo de la pérdida. Esto significa que, después de la intervención, los individuos experimentan una mejora en su estado actual, mientras que la percepción de la pérdida se vuelve más traumática al evocar el instante del fallecimiento.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de aplicar la prueba t de Student para comparar las medias de las puntuaciones antes y después de la intervención en las conductas y sentimientos del doliente. en el momento de la pérdida, en el momento de la prueba y en ambas conjuntamente.

Tabla 6.

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO (ITRD). PRUEBA T DE STUDENT

			T	gl	Sig. (bilateral)
ITRD_pre/post_A	-1,731	4,22902	-2,087	25	0,047
ITRD_pre/post_B	7,538	8,89598	4,321	25	0,000
ITRD_pre/post_AB	5,808	10,47671	2,827	25	0,009

- a. Escala A = sentimientos y conductas del doliente en el momento de la pérdida
b. Escala B = sentimientos y conductas del doliente en el momento actual
c. AB= Cuestionario completo con el total de la escala A+ escala B

Estos resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre las medias pre/post en la escala de conductas y sentimientos de la persona doliente en el momento de la pérdida [$t(25)=-2,087, p<0,05$, con un tamaño del efecto pequeño, $d=0,409$], en la escala de conductas y sentimientos del doliente en el momento actual [$t(25)=4,321, p<0,001$, con un tamaño del efecto elevado, $d=0,84$] y en la comparativa entre las medias pre/post de ambas escalas [$t(25)=2,827, p<0,05$, con un tamaño del efecto medio $d=0,554$]. El signo negativo de t en la escala de conductas y sentimientos en el momento de la pérdida nos indica que la media de la intensidad de la sintomatología es mayor después de la intervención [$M=23,96, SD=5,53$ vs $M=25,69, SD=5,90$], mientras que la sintomatología se reduce tras recibir la intervención [$M=45,5, SD=10,45$ vs $M=37,96, SD=11,93$] tanto respecto a las conductas y sentimientos en el momento actual como a nivel global.

Tabla 7.

INVENTARIO TEXAS REVISADO DE DUELO (ITRD). DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE PRE/POST Y "d" DE COHEN

Escala	N	Media	Desviación estándar	Diferencia de medias	"d" de Cohen
TotalTRD_pre_A	26	23,961	5,53881	-1,731	0,409
TotalTRD_post_A	26	25,692	5,90437		
TotalTRD_pre_B	26	45,500	10,45849	7,538	0,840
TotalTRD_post_B	26	37,961	11,93811		
TotalTRD_pre_AB	26	69,461	13,54173	5,808	0,554
TotalTRD_post_AB	26	63,653	14,57654		

a. Escala A = sentimientos y conductas del doliente en el momento de la pérdida

b. Escala B = sentimientos y conductas del doliente en el momento actual

Discusión

La vivencia de un duelo significativo es una experiencia que suele transformar nuestro mundo externo e interno. Aunque las personas contamos con recursos para afrontar las pérdidas, la posibilidad de recibir un acompañamiento, una escucha y una ayuda que nos ayuden a elaborar todos los sentimientos, emociones y pensamientos que se generan durante el proceso de duelo contribuye no sólo a superar el dolor por la ausencia de la persona (o las personas) que han dejado de ser parte de nuestra vida (y a aprender de la pérdida), sino también a integrar los recuerdos de manera más profunda y consistente. En una sociedad tanatofóbica como la nuestra, donde existe rechazo al dolor, la muerte, la enfermedad o las rupturas, es necesario ofrecer espacios terapéuticos de escucha y acompañamiento a las personas dolientes que les permitan legitimar su sentir y realizar una buena despedida.

Los resultados presentados en el apartado anterior indican que la intervención psicoterapéutica grupal de acompañamiento al duelo con enfoque gestalt ha sido

eficaz para reducir la sintomatología relacionada con el duelo en el presente. Aunque en la evidencia científica hay datos contradictorios, estos resultados están en consonancia con lo que se plantea desde investigaciones que muestran que cuando las personas en duelo buscan acompañamiento psicoterapéutico la intervención puede facilitar una mejor adaptación a la pérdida (Schut, 2010, citado en Navarro, 2020) y corrobora lo demostrado en estudios anteriores, en los que intervenciones grupales con personas en duelo muestran resultados positivos (Quinney y Fouts, 2008; Vukalovich y Caltabiano, 2008; Raya *et al.*, 2013; Najjari *et al.*, 2017; Nameni *et al.*, 2017; Saadati *et al.*, 2017, citados en Navarro, 2020). Estos hallazgos, en cambio, se distancian de ciertas revisiones sobre la eficacia de las intervenciones en duelo, que no muestran que estas tengan efectos significativos (Allumbaugh y Hoyt, 1999; González *et al.*, 2001; Currier *et al.*, 2008; Forte *et al.*, 2004; Kato y Mann, 1999; Neimeyer y Currier, 2009; Wimpenny *et al.*, 2006; Wittouck *et al.*, 2011; Woof y Carter, 1997, citados en García *et al.*, 2014).

Es destacable el aumento que se produce en las puntuaciones de la escala que mide los sentimientos y conductas de la persona doliente en el momento de la pérdida, tras recibir la intervención. Este incremento se registra en estudios similares y podría tener que ver con el trabajo psicoterapéutico, de forma que más que indicar un empeoramiento del proceso puede ser signo de que se está asimilando el duelo (Espinosa, *et al.*, 2015).

Limitaciones

Es preciso tener en cuenta que el presente estudio adolece de limitaciones importantes que afectan a su validez externa y nos obligan a ser prudentes a la hora de extrapolar sus resultados a una población con características similares. Una de las más importantes tiene que ver con el tamaño de la muestra y el procedimiento de selección. El número de participantes de este estudio no es demasiado amplio ($n=26$), hay ausencia de aleatorización, y no se cuenta con un grupo control con quien comparar los resultados. La muestra no se ha reclutado entre la población diagnosticada con duelo complicado sino que se ha nutrido de personas que se percibían a sí mismas en un proceso de duelo y han decidido participar *motu proprio* al conocer la información sobre el estudio. Esto implica que el cambio acontecido tras la intervención podría atribuirse a la buena disposición de los y las participantes, que en su mayoría presentaban gran interés por mejorar y avanzar en su proceso de duelo. Por otro lado, parte de la muestra se encontraba recibiendo psicoterapia en el momento de la intervención, por lo que es muy posible que el trabajo terapéutico haya tenido alguna influencia en el trabajo de duelo.

Otra limitación importante del estudio tiene que ver con uno de los instrumentos utilizados. El *Inventario de Texas Revisado de Duelo* no cuenta con una versión validada y adaptada al castellano para los duelos por ruptura de pareja y, por tanto,



Los grupos de duelo se han convertido en un recurso terapéutico habitual

hemos tenido que utilizar una pauta *ad hoc* de este cuestionario para aplicarla en el caso de este tipo de duelo. Por otro lado, este instrumento, si bien ha sido validado para la población española, no se fundamenta de forma específica en la manera de entender el duelo en la psicoterapia humanista, con lo cual no ha facilitado la posibilidad de explorar el efecto de ciertos aspectos significativos de nuestro modelo de la intervención.

Prospectiva

El presente estudio arroja resultados que sugieren reflexiones sobre la posible eficacia de la intervención grupal objeto de investigación. Los estudios sobre este tipo de intervenciones en duelo con enfoque humanista son escasos y, como hemos descrito anteriormente, existen variables metodológicas que limitan la generalización de los datos. Aun siendo prudentes a la hora de interpretar estos resultados, estamos ante una intervención de acompañamiento al duelo de carácter grupal, que facilita la implicación activa de la persona en su proceso y que en tres sesiones genera ciertos efectos positivos. Nos encontramos, por tanto, ante una intervención con una eficiencia razonable que sería necesario continuar estudiando con investigaciones metodológicamente más consistentes, con diseño experimental, grupo de control y muestras

más amplias que permitan hacer inferencias y generalizaciones a la población general y un seguimiento a medio plazo que permita establecer si los cambios se mantienen más allá de la intervención (Navarro, 2020).

En cuanto a otras vías de investigación, contemplamos muy necesario observar los efectos de la intervención en aspectos específicos del duelo como, por ejemplo, la evolución del sentimiento de culpa de la persona doliente o el sentimiento de agradecimiento, utilizando o desarrollando nuevos cuestionarios que partan de una conceptualización interrelacional de estos sentimientos y que se ajusten mejor a la conceptualización del duelo propia de la psicoterapia gestalt. Finalmente, consideramos de interés para el futuro llevar a cabo estudios cualitativos que permitan realizar un análisis no sólo de la eficacia de la intervención sino también de cómo y en qué medida sus distintos elementos contribuyen a la resolución del proceso de duelo.

Conclusiones

La vivencia de un duelo por la pérdida de una persona significativa es uno de los motivos por los que las personas buscan apoyo y acompañamiento psicoterapéutico en el sistema sanitario público o privado. A pesar de la existencia de un amplio conjunto de dispositivos de escucha y atención al duelo, estos servicios son insuficientes, suelen estar saturados y funcionan con lista de espera. La comunidad científica tiene ante sí, por tanto, el reto de desarrollar intervenciones, no solamente eficaces sino también costo-efectivas, para el tratamiento y la prevención del duelo complicado. Hasta el momento, los resultados en este ámbito son contradictorios y poco definitivos. Aunque existen algunas evidencias a favor de ciertas intervenciones de orientación psicodinámica o cognitivo-conductual, estas no son concluyentes. Por otro lado, dentro de los enfoques humanistas de la psicoterapia, la escasez de evidencia científica acrecienta aún más la necesidad de investigar en este campo.

Los resultados del presente estudio indican que la intervención psicoterapéutica grupal de acompañamiento al duelo con enfoque gestalt ha sido efectiva para reducir la sintomatología relacionada con el duelo. Aun siendo prudentes a la hora de interpretar estos resultados, nos hallamos ante una intervención de acompañamiento al duelo de carácter grupal, relativamente corta en el tiempo, que facilita la implicación activa de la persona en su proceso de elaboración del duelo y genera ciertos efectos positivos. Para conocer el alcance real de esta intervención —y sus consecuencias— es imprescindible continuar desarrollando nuevas investigaciones, metodológicamente más consistentes, que permitan hacer inferencias y generalizaciones a la población general, así como determinar la estabilidad de los cambios más allá de la intervención.

Agradecimientos

Mi agradecimiento a Helena García-Llana, Idoia Gaminde, Patricia Estevan y Raquel Ayala, y muy especialmente a las personas que han participado en esta investigación, por su confianza y apertura para dejarme acompañarlas en el proceso de elaboración de su duelo, y por permitirme ser testigo de su dolor.

Referencias bibliográficas

- Efstathiou, N., Walker, W., Metcalfe, A. y Vanderspank-Wright, B. (2019). The state of bereavement support in adult intensive care: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Critical Care*, 50, 177-187. Recuperado de www.journals.elsevier.com/journal-of-critical-care.
- Espinosa, R.M., Campillo, M.J., Garriga, A. y Martín J.C. (2015). Psicoterapia grupal de duelo: experiencia de la psicología clínica en Atención Primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* [online], vol.35, n.126, 383-386.
- Gabriel, M. (9 de junio 2015). Sobre el sentimiento de culpa II. <https://www.miquelgabriel.com/sobre-el-sentimiento-de-culpa-ii/>.
- García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C. y Gaminde, I. (2004). Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 353-358. <https://doi.org/10.1157/13074293>.
- García-Campayo, J. (2012). Manejo del duelo en Atención Primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(2). Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Manejo_del_duelo_en_AP.pdf.
- Greenberg, L.S., Rice, L., Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Paidós.
- Magaña Loarte, M., Bermejo, J. C., Rodil, V. y Villaceros, M. (2022). Importancia de la despedida en el proceso de duelo. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 129-142. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>.
- Navarro, P. (2020). Intervención grupal online para la elaboración del duelo y recuperación del bienestar psicológico tras una ruptura amorosa. *Ciencia y Sociedad*, 45(4). <https://doi.org/10.22206/CYS.2020.V45I4.PP119-132>.
- Odriozola, C. (1999). *Trabajando el duelo*. Asociación Española de Terapia Gestalt. Recuperado de <https://docplayer.es/37498900-Trabajando-el-duelo-autor-carlos-odriozola-espinosa-de-los-monteros-asociacion-espanola-de-terapia-gestalt-a-e-t-g-mayo-1999.html>.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt, la vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Perls, F., Hefferline R., y Goodman, P. (1951). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. La Sociedad de Cultura Valle-Inclán
- Romero, V. (2013). Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas. *Psicooncología*, 10(2-3), 377-392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456.
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., y Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLoSOne*, 9(5), e96606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096606>.
- Tobin S. A. (1978). En Perls et al., (Eds), *Esto es Gestalt. Colección de artículos sobre terapia y estilos de vida gestáltico*. Cuatro Vientos.
- Vázquez, C. (2020). *Todos los días grises del año: Sobre el duelo y la muerte según la Terapia Gestalt*. Los libros del CTP.
- Yonteff, G. (2005). *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Cuatro Vientos.
- Zurita, J. y Chías, M. (2014). *El duelo terapéutico, la curación a través del duelo*. Niño Libre.



Marta O 'Kelly Rasco

Psicóloga general sanitaria y terapeuta gestalt. Dirige en la actualidad el Centro ELEUSIS de Orientación, Psicoterapia y Formación Gestalt y la Escuela de Formación en Terapia Gestalt ELEUSIS. Es miembro titular de la Asociación Española de Terapia Gestalt y coordinadora de la Comisión de Investigación. Docente colaboradora en varias escuelas de la AETG, Instructora de movimiento expresivo, terapia psicocorporal y transpersonal y axioterapeuta. Es también licenciada en derecho.
marta.okelly@centroeleusis.es

Alianza terapéutica y estilo personal del terapeuta en terapia gestalt

Sonia Ramírez Reinoso

Resumen

El presente estudio se centra en el estilo del terapeuta y la alianza terapéutica, es decir, en la relación entre terapeuta y paciente. Evalúa, en concreto, el estilo personal del terapeuta de enfoque gestalt, así como la alianza, mediante cuestionarios efectuados durante las primeras cinco sesiones del proceso terapéutico. El objetivo principal es analizar la relación entre el establecimiento de la alianza y el estilo del terapeuta en terapia gestalt. El objetivo específico es estudiar la existencia de características del estilo que correlacionan con el establecimiento de la alianza. Para ello, se concretan varias hipótesis. La investigación es cuantitativa, diseño no experimental longitudinal, de tipo correlacional. El método de muestreo es no probabilístico tipo intencional, conformado por 33 pacientes y 6 terapeutas. Los resultados confirman la existencia de características del estilo personal del terapeuta que correlacionan con el establecimiento de la alianza en terapia gestalt, en concreto, la función expresiva.

Palabras clave: alianza terapéutica, alianza de trabajo, estilo personal del terapeuta, relación terapéutica y gestalt.

Introducción

La presente investigación aborda un tema esencial en el terreno de la terapia, la alianza terapéutica (AT, en adelante), poniendo el foco en el estilo personal del terapeuta de enfoque gestalt. Distintas revisiones coinciden en destacar la relevancia de la AT, la cual resulta ser un buen predictor de los resultados psicoterapéuticos (Flückiger *et al.*, 2018). Por otro lado, la investigación empírica ha puesto en evidencia la importancia de las características del terapeuta en la determinación de los procesos y resultados de la psicoterapia, cuestionando incluso si este puede influir aún más que el mismo tratamiento (Vides-Porras *et al.*, 2012; Wampold, 2007). La AT en el resultado final de la psicoterapia es considerada de relevancia en el proceso psicoterapéutico, debido a que el gran porcentaje de clientes que acuden a terapia

están afectados o limitados en sus relaciones interpersonales (Horowitz, 1979). La relación que se desarrolla en el espacio terapéutico entre el paciente y el terapeuta permite al cliente realizar mejoras que posteriormente transmitirá a otros vínculos de su vida (Safran y Muran, 2006).

Con este estudio, a nivel práctico, se pretende comenzar a sentar las bases que definirán qué aspectos influyen en la relación terapéutica gestáltica. Por otro lado, a nivel teórico, el presente estudio realiza una aportación necesaria en el ámbito de la investigación en terapia gestalt, cuya eficacia ha estado en cuestionamiento debido a su débil recorrido en estudios científicos (Ayala-Romera, 2021).

En terapia gestalt (TG, en adelante), se dice que el terapeuta es su propio instrumento (Polster y Polster, 1991). Por esta importancia puesta en el terapeuta, el estudio del estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica cobra más relevancia en este enfoque terapéutico. La AT es especialmente importante en la TG porque permite al terapeuta ayudar al paciente a ver sus patrones de comportamiento y a realizar cambios (Yontef, 2014). Perls *et al.* (2002) analizan la importancia de la «relación terapeuta-cliente» en la terapia gestalt y argumentan que la relación entre terapeuta y cliente es un organismo vivo y que el terapeuta debe poder estar presente con el cliente en el «aquí y ahora» para ayudarlo a tomar conciencia de su propia experiencia y a realizar cambios en su vida.

Bordin (1979), por otro lado, define la alianza terapéutica como una elaboración entre el terapeuta y el cliente en la que estos trabajan juntos para lograr los objetivos terapéuticos. Su estudio se forma en el contexto del psicoanálisis y ya en este estudio se señala la importancia de probar la aplicabilidad de sus ideas a todas las variedades de terapia. Bordin identifica tres componentes principales en la AT: un acuerdo sobre objetivos, una asignación de tareas y el desarrollo de vínculos. En resumen, Bordin sostiene que la alianza terapéutica es un factor crucial en el proceso de cambio terapéutico. Afirma que una alianza sólida y positiva entre el terapeuta y el cliente facilita la colaboración, la comunicación abierta y la exploración profunda de los problemas. Esto, a su vez, aumenta la eficacia de la terapia y promueve resultados positivos.

En cuanto al *estilo terapéutico*, desde una perspectiva histórica, este concepto se ha desarrollado desde la década de los noventa principalmente por Beutler (1994) y Orlinsky (1999). Fernández Álvarez y García (1998) declararon un concepto diferente pero relacionado al anterior, llamado estilo personal del terapeuta (EPT, en adelante), que lo describe como el aspecto más distintivo de un profesional, vinculado a formas únicas de comunicación a través de una serie de roles que aportan una marca personal durante la práctica. Según Fernández-Álvarez *et al.* (2003), el EPT se compone de cinco funciones que fluctúan entre los siguientes polos de un continuo: atencional (amplio–focalizado), operativa (espontáneo–pautado), instruccional (flexibilidad–rigidez), expresiva (distancia–cercanía) y de involucración (menor grado–mayor grado).

En cuanto a estas dimensiones y en relación con el enfoque gestalt, la función atencional del EPT es fundamental para establecer una conexión y comprensión

profunda con el cliente. La habilidad de escuchar atenta y presente, hacer preguntas relevantes y dirigir la atención de manera activa hacia la experiencia del cliente favorece la creación de un espacio terapéutico seguro. Además, los terapeutas gestalt están entrenados en habilidades para percibir y comprender los aspectos somáticos y corporales de sus clientes y les pueden ayudar a generar una mayor exploración de las emociones y experiencias en el momento presente. El terapeuta de enfoque gestalt establece un marco y unos límites necesarios para el proceso terapéutico, lo cual se conecta con la función instruccional. La definición de un encuadre terapéutico proporciona una estructura que brinda seguridad y establece las bases para una AT sólida, si bien es cierto que en la terapia gestalt los terapeutas se muestran más bien flexibles y pueden ajustar su enfoque y estilo terapéutico según las circunstancias y los requisitos del cliente en el momento presente. En relación con la función expresiva, hay que decir que el terapeuta utiliza su propia expresión emocional de manera auténtica y genuina, para facilitar la conexión y el entendimiento empático con el cliente. Al mostrar una expresión emocional adecuada y sensible, se crea un ambiente seguro, donde el cliente se siente comprendido y validado, lo cual es esencial para el establecimiento de una AT efectiva. La empatía es un aspecto clave de este enfoque, pues la capacidad de comprender y experimentar emocionalmente el mundo interno del cliente es esencial en la terapia gestalt. La capacidad de expresar adecuadamente las propias emociones, cuando es relevante y terapéutico, también puede contribuir a establecer una conexión más profunda y auténtica con el cliente. La *función operativa* en terapeutas gestalt destaca la importancia de una elevada autoconciencia y la disposición para explorar y procesar sus propias cuestiones personales. Esto les permite diferenciar sus experiencias y prejuicios de las experiencias del cliente y brindar un espacio exento de juicio y crítica. Finalmente, la *función de involucración* refleja la autenticidad y genuinidad del terapeuta gestalt, propiciando una conexión sólida y significativa. Es importante reconocer que cada terapeuta tiene un estilo personal único y que la combinación de estas funciones varía según las características individuales del terapeuta.

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es analizar la relación entre el establecimiento de la alianza terapéutica (AT) y el estilo personal del terapeuta (EPT) en terapia gestalt (TG). El objetivo específico es estudiar la existencia de características en el EPT que correlacionan con el establecimiento de la AT y se concreta en: (1) analizar si el EPT varía en el tiempo y en función del terapeuta, (2) analizar si la AT varía en el tiempo y en función del terapeuta y (3) qué factores del EPT predicen mejor la AT.

Para dar respuesta al objetivo principal de la investigación se operativiza en las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1A = El EPT varía en el tiempo.
Hipótesis 1B = El EPT varía en función del terapeuta.
Hipótesis 2A = La AT varía en el tiempo.
Hipótesis 2B = La AT varía en función del terapeuta.
Hipótesis 3 = Las funciones atencional, instruccional y expresiva predicen la AT con más fuerza que las funciones operativa e involucrativa.

Marco metodológico

El estudio se basa en la recopilación y análisis de datos mediante cuestionarios de autorreporte y técnicas de análisis estadísticos. Se utiliza un diseño no experimental de corte longitudinal y se recopilan datos en diferentes momentos a lo largo del tiempo. La medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia que cuando es evaluada en la fase intermedia o final (Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symonds, 1991). Por este motivo, el procedimiento metodológico que se sigue en el estudio responde a la recogida de los datos a través de cuestionarios que se presentan durante las cinco primeras sesiones de inicio del proceso terapéutico.

El método de muestreo es no probabilístico, tipo intencional. Los participantes no se benefician directamente de este estudio y no existe riesgo esperado derivado de la participación.

Los sujetos siguen estos criterios de inclusión y exclusión concretos:

1. Pacientes que inician proceso terapéutico, con edades comprendidas entre 21 y 80 años, mujeres y hombres.
2. Psicólogos/as con habilitación sanitaria o clínica, que trabajen en consulta privada propia y tengan experiencia en el enfoque gestalt e inician terapia con nuevos pacientes que deseen participar en la investigación.

En el estudio participan un total de seis terapeutas de enfoque gestalt y 33 pacientes que inician proceso terapéutico con ellos. De la muestra de pacientes, 26 son mujeres y 7 son hombres, con una edad media de 35.1 años ($DE = 10.5$). En cuanto a los terapeutas, 4 son mujeres y 2 hombres, con una media de edad de 40.7 años ($DE = 10.7$). La media de años de experiencia terapéutica en terapia gestalt es de 8.17 años ($DE = 1.72$). Esta investigación cuenta con la aprobación del Comité Ético de la Universidad Internacional de la Rioja, a fecha del 19 de abril de 2023, entendiendo que el estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos.

A continuación, en la tabla 1, se indica la cronografía de cómo se administran los cuestionarios.

Tabla 1.
Cronografía de los cuestionarios

Participante	Instrumento	Sesión 0	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Terapeuta	Cuestionario de Datos Personales Terapeuta + Alta del paciente asociado	X					
Terapeuta	EPT-C		X		X		X
Paciente	Cuestionario de Datos Personales Paciente	X					
Paciente	WATOCI		X		X		X

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se evalúa con los siguientes instrumentos:
 Datos sociodemográficos del paciente y terapeuta: El cuestionario para el perfil de la muestra es de elaboración propia y recopila información básica sobre el paciente y el terapeuta.

Medida de la AT: WATOCI es el cuestionario que usa este estudio para la medida de la AT. La versión española del WAI-S fue elaborada y validada por Botella y Corbella (2004) a partir de una muestra de 102 pacientes (*Working Alliance Theory of Change Inventory*) [WATOCI]. Para saber más, Botella *et al.* 2011, analizan las características psicométricas del WATOCI. El WATOCI, utiliza una escala de 17 ítems de calificación tipo Likert (1 = nunca, 7 = siempre). El WATOCI proporciona una puntuación global de la calidad de alianza y tres puntuaciones sumadas de 3 subescalas de la versión corta del *Working Alliance Inventory* [WAI] (12 ítems, 4 ítems por cada subescala), desarrollado por Horvath y Greenberg (1989), y 5 ítems sobre el acuerdo de la Teoría del Cambio, que Duncan y Miller (1999) agregaron a la versión reducida del WAI, que es el *WAI Short Version*, [WAI-S], elaborada por Tracey y Koko-tovic (1989).

Medida del EPT: Para la medida del EPT se utiliza la versión adaptada y validada en España del *Cuestionario de Estilo Personal del Terapeuta* de Fernández-Álvarez *et al.*, (2003) por Prado *et al.* (2019), en adelante EPT-C. El cuestionario presenta unas propiedades psicométricas adecuadas y consta de 20 ítems agrupados en cinco funciones: Atencional (búsqueda de información), Operativa (intervenciones terapéuticas), Instruccional (establecimiento del encuadre terapéutico), Expresiva (grado de expresividad emocional) y de Involucración (compromiso).

Para el análisis de los datos se usa un programa de hoja de cálculos Excel. Se lleva a cabo una depuración de los datos para verificar posibles errores. Una vez revisados los datos, se recopilan y se analizan mediante el programa *Jamovi*, utilizando estadísticos descriptivos y correlacionales. Para el análisis de los resultados obtenidos, primero se realiza un análisis de fiabilidad para cada dimensión en cada uno de los tiempos estudiados y, después, un análisis de varianza para verificar las hipótesis H1

y H2. Se da importancia al tiempo 3 en el análisis de los datos, porque en el inicio del estudio exploratorios se muestra la evolución de la AT siendo más alta al alcanzar esta sesión. Por último, se realiza un análisis de regresión para la hipótesis H3, donde, se establece la Variable Dependiente como la AT en el tiempo 3 y las Variables Predictoras como las funciones del EPT en el tiempo 3.

Resultados

En el análisis de fiabilidad para cada dimensión, en cada uno de los tiempos estudiados, se obtienen resultados que muestran índices de fiabilidad con α de Cronbach adecuados para todas las dimensiones.

Tabla 2.
Índices de Fiabilidad de cada factor por tiempo

EPT-C	T1	T2	T3
Instruccional	0.56	0.445	0.452
Expresiva	0.704	0.824	0.885
Involucración	0.827	0.859	0.881
Atencional	0.715	0.680	0.607
Operativa	0.738	0.701	0.820
WATOCl			
Vínculo	0.927	0.922	0.817
Metas	0.785	0.748	0.831
Tareas	0.876	0.889	0.631
T. Cambio	0.656	0.639	0.859

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Para la hipótesis que dice que el estilo personal del terapeuta varía en el tiempo, se hace la prueba ANOVA de un factor con la variable creada EPT en todos los tiempos. Los resultados devuelven que la variable es significativa, con un valor $p<.001$, es decir, existe evidencia de variabilidad en las medias. Para la hipótesis que dice que el EPT varía en función del terapeuta, a través de la prueba post hoc, los resultados son que el EPT, en general, no muestra diferencias significativas en función de los terapeutas, al no obtener ningún valor p significativo en ninguna de las comparaciones. Además, teniendo en cuenta las dimensiones del EPT en el tiempo, los datos muestran los resultados del ANOVA para cada factor del EPT en el tiempo

3 (sesión 5), y resultan todos con una $p<.001$, lo que indica que hay diferencias significativas en el EPT en todos los factores.

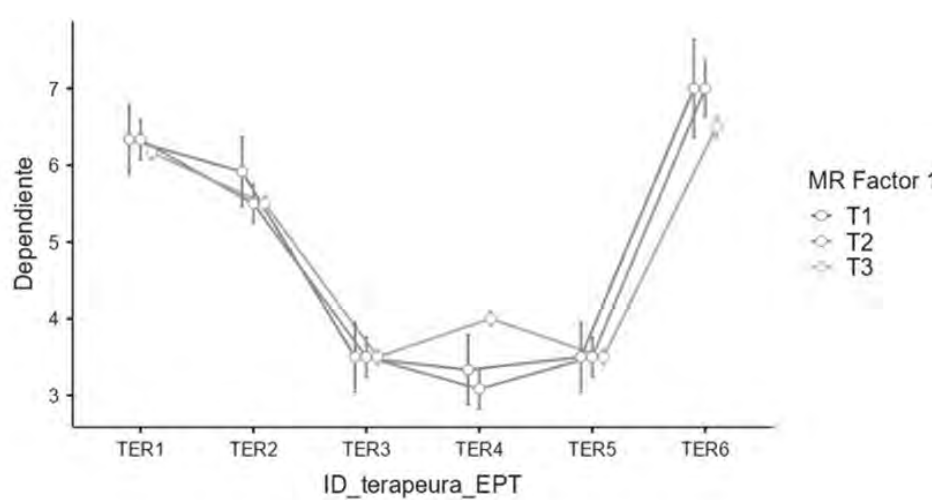
Tabla 3.
ANOVA - factores del EPT en tiempo 3

ANOVA de Un Factor (Fisher)				
	F	gl1	gl2	p
Instruccionalt3	756	5	27	< .001
Expresivat3	627	5	27	< .001
Involucraciont3	1951	5	27	< .001
Atencionalt3	203	5	27	< .001
Operativat3	183	5	27	< .001

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Por último, se afianzan estos resultados con los análisis descriptivos por grupo del EPT-C mediante la prueba t para muestras apareadas de W de Wilcoxon, para comparar las medias de dos grupos de datos cuando los datos se presentan como pares de valores. Es una prueba no paramétrica, lo que significa que no hace ninguna suposición sobre la distribución de los datos. Esto hace que la prueba sea más robusta que las pruebas paramétricas, que pueden ser sensibles a violaciones de las suposiciones. Los resultados indican que no hay variación significativa del EPT en el tiempo.

Figura 1.
EPT y tiempo



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Para probar la hipótesis que dice que la AT varía en el tiempo, se hizo una prueba de Welch porque las varianzas no eran homogéneas. Muestra como resultado un F de Welch de $p=0,011$. Es decir que la AT es significativa y existe evidencia de que las medias son diferentes. Para continuar con los resultados, la hipótesis que dice que la AT varía en función del terapeuta, se hizo la prueba post hoc. Los resultados de este análisis arrojan que existe diferencias en la AT general, en función de los terapeutas, en concreto entre el terapeuta 1 y el 6.

Tabla 4.
Prueba post hoc de Games-Howell – AT

		TER1	TER2	TER3	TER4	TER5	TER6
TER1	Diferencia de medias	—	0.201	0.441	1.080	0.1875	0.2743 *
	valor p	—	0.865	0.161	0.108	0.442	0.027
TER2	Diferencia de medias		—	0.240	0.878	-0.0139	0.0729
	valor p		—	0.884	0.248	1.000	0.997
TER3	Diferencia de medias			—	0.639	-0.2535	-0.1667
	valor p			—	0.495	0.646	0.844
TER4	Diferencia de medias				—	-0.8924	-0.8056
	valor p				—	0.200	0.260
TER5	Diferencia de medias					—	0.0868
	valor p					—	0.883
TER6	Diferencia de medias						—
	valor p						—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fuente: Elaboración propia, 2023.

También, se obtienen los resultados que indican cuándo es más fuerte la AT, mostrando que hay diferencias significativas en la AT en todos los factores, menos en «tarea».

Tabla 5.
ANOVA - factores de la AT en tiempo 3

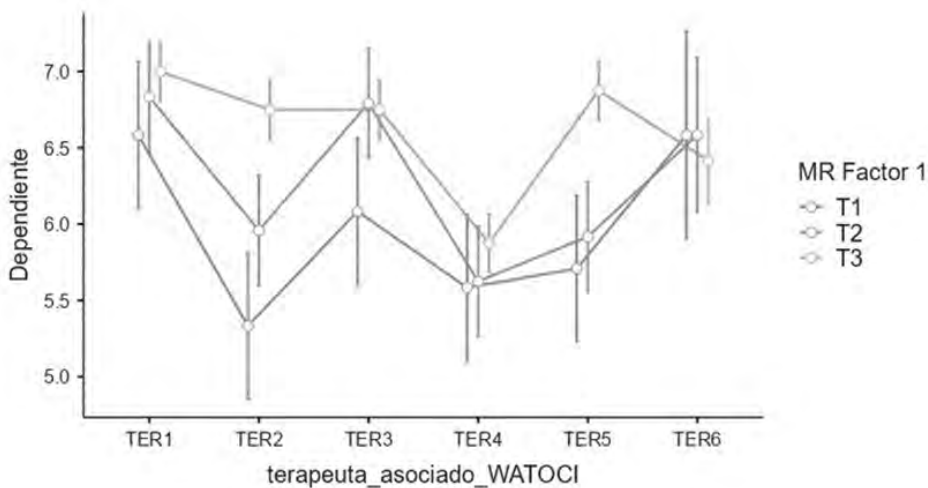
ANOVA de Un Factor (Fisher)				
	F	gl1	gl2	p
Vinculot3	4.44	5	27	0.004
Metast3	4.98	5	27	0.002
Tareat3	1.56	5	27	0.205
Cambiot3	2.87	5	27	0.033

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Las descriptivas de los factores del WATOCI por grupo, mediante la prueba t para muestras apareadas, muestran que aumenta claramente la AT en el tiempo y en función de los terapeutas, a pesar de que en el 6 no cambia tanto en contraste con el resto y, además, hay diferencias entre unos terapeutas y otros.

Figura 2.

AT y tiempo



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Para finalizar, en el análisis de regresión para la Hipótesis 3 los resultados muestran que, cumpliendo los supuestos de autocorrección, colinealidad y homocedasticidad, la F arroja un modelo significativo, $F(5,27) = 5,14, p=0,002$. El porcentaje de varianza explicado es de 39,3 %. En cuanto a los coeficientes del modelo, los que resultan significativos de los valores que predicen la AT es la función expresiva la única.

Tabla 6.

Coeficientes modelo de regresión

Predictor	Estimador	t	p
Constante	3.9974	2.632	0.014
Atencionalt3	-0.1715	-0.659	0.515
Instruccionalt3	0.1105	0.834	0.412
Involucraciont3	0.0693	0.450	0.656
Operativat3	0.1531	0.676	0.505
Expresivat3	0.2771	3.554	0.001
F (5,27)= 5.14, p=0,002			
R^2= 0.49			

Fuente: Elaboración propia, 2023.

Discusión

En relación con la hipótesis H1, el principal descubrimiento es que el EPT no varía en el tiempo ni en función del terapeuta. Que se mantengan sus estilos en el tiempo sin cambiar puede hablar de un claro estilo terapéutico en los enfoques que siguen los terapeutas gestalt. Esto último coincide con el estudio de Lozano-Martínez *et al.* (2018), donde se señalan acciones concretas vinculadas a la metodología gestalt. Esto puede hablar de un estilo terapéutico concreto y de algunas de las habilidades que se consideran fundamentales para el proceso terapéutico y son reconocidas como facilitadoras de la relación terapéutica.

En cuanto a la hipótesis H2, el principal resultado es que la AT varía en el tiempo y en función del terapeuta. Estos resultados demuestran la importancia que revisten las primeras sesiones en los tratamientos psicoterapéuticos gestálticos de cara a la construcción y consolidación de un vínculo terapéutico seguro y productivo. Con la comprobación de diferencias significativas en el tiempo sesión 1 y sesión 5, en cada uno de los factores de la AT se puede observar cómo la AT aumenta con las sesiones y en función del terapeuta. En las pruebas post hoc de alianza, la única diferencia significativa se da entre dos terapeutas (el 1 y el 6). Este resultado, remitiendo a los datos recogidos en el cuestionario del perfil del terapeuta, podría deberse a la diferencia en los años de experiencia de cada terapeuta, siendo nueve años de experiencia en el terapeuta 1 y cinco años en el 6. Además, los resultados son coherentes siendo mayor la alianza en el terapeuta más experimentado, comparando entre estos dos.

En tercer lugar, el principal descubrimiento para la hipótesis H3, es que la función expresiva es la única que predice, en este estudio, la AT. En el enfoque gestalt, la empatía es un aspecto clave, la capacidad de comprender y experimentar emocionalmente el mundo interno del cliente. Esto responde a que sea especialmente significativa en estos resultados. No se cumple la hipótesis para las funciones operativa e involucrativa, puesto que los resultados muestran que no predicen la AT. Es curioso el resultado sobre la no predicción de la función instruccional en la AT, puesto que existen estudios previos como el de Corbella *et al.* en 2009, que destacan en sus resultados que esta función es especialmente relevante para la AT. Esto lleva a poner el foco al estudio de si estas funciones pueden ser predictoras en función del enfoque terapéutico o de las características de los pacientes que llegan a este enfoque y no solo del terapeuta en sí. Reflexionando sobre la definición de la función instruccional —cómo el terapeuta establece el marco terapéutico y su actitud respecto a los límites de la terapia— y considerando la naturaleza del enfoque gestalt, desde una perspectiva humanista, la adaptación al cliente y a sus necesidades individuales es fundamental. Esto lleva a que los terapeutas gestálticos muestren flexibilidad y adaptabilidad, ajustando su enfoque y estilo terapéutico según las circunstancias y necesidades del cliente, en lugar de seguir un encuadre estructurado rígido, como podría sugerir la definición de la función instruccional. Esto podría diferir en otras corrientes terapéuticas que, por su metodología o enfoque teórico, se alinean más estrechamente con esta definición.

Las limitaciones de este estudio son las comunes a los diseños correlacionales no experimentales. Se tiene un menor conocimiento y control de las variables extrañas. Además, es importante mencionar que, aunque se puede estudiar la covariación, no se podrá demostrar causalidad con este tipo de diseño lo que limita el alcance de los resultados obtenidos. Sería positivo buscar maneras de aportar evidencias más sólidas acerca de la relación entre las variables observadas. Una alternativa cuasiexperimental podría aumentar la validez interna sin los compromisos éticos y de tiempo que supondría un diseño experimental. La muestra es limitada, aumentarla podría mejorar la calidad del estudio y la precisión de los resultados, así como aumentar la generalización de estos. También se debe considerar que un muestreo con múltiples fuentes de datos y la introducción de más variables sociodemográficas ayudaría a observar con más detalle un grupo más grande y heterogéneo de pacientes y terapeutas.

Algunos estudios interesantes que se están realizando a raíz de esta investigación son, entre otros, el estudio de la AT en relación con el abandono de la terapia gestalt, la influencia del número/frecuencia de sesiones en la AT en terapia gestalt y el estudio del impacto de la modalidad presencial u online en el establecimiento de la AT. Otro estudio interesante podría surgir si se tuviera en cuenta la *Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas* [EHPH] para estudiar la alianza y la posible relación entre este cuestionario y el cuestionario EPT-C.

Conclusiones

Es crucial mantener el interés científico en la terapia gestalt para promover la generación de estudios que respalden este enfoque terapéutico humanista. La investigación actual, junto con otras en curso, incentiva el desarrollo de nuevas investigaciones en esta dirección. Este estudio específico confirma la existencia de características en el Estilo Personal del Terapeuta (EPT) que se correlacionan con el establecimiento de una alianza terapéutica (AT) efectiva, destacando especialmente la función de expresividad, es decir, el grado en el que el terapeuta manifiesta la expresión de sus propias emociones y facilita la expresión emocional del paciente.

Para continuar enriqueciendo el corpus de evidencia científica en este ámbito, sería beneficioso replicar estudios similares, ampliando el número de sesiones evaluadas y explorando la relación entre la AT y la mejora sintomática percibida por el paciente.

Agradecimientos

Este estudio suma en el conocimiento y difusión de la terapia gestalt, aunando fuerzas al trabajo ya sembrado por la AETG y la Comisión de Investigación de la AETG,

la cual anima y apoya a este estudio, nombrando en especial la ayuda decisiva de las compañeras Araceli Déniz, Lorena Rodríguez, Marina Gutiérrez, Marta O' Kelly y Raquel Ayala.

Referencias bibliográficas

- Ayala – Romera, R. (2021). Revisión Sistemática sobre la eficacia de la terapia Gestalt (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Psicología de Málaga.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., y Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (229–269). John Wiley & Sons. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97069-006>.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.
- Botella, L., y Corbella, S. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory [WATOCI]. *Psicothema* 16, (4), 702-705. <https://psycnet.apa.org/record/2004-19992-024>.
- Botella, L., Corbella, S., Gómez, A. M., Herrero, O., y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S) [Psychometric properties of Spanish version of Working Alliance Inventory-Short (WAI-S)]. *Anales de Psicología*, 27(2), 298–301. <https://psycnet.apa.org/record/2011-11283-004>.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, G. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (2), 125-133. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921792003.pdf>.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(2), 169–187. <https://doi.org/10.1023/A:1009448200244>.
- Fernández-Álvarez, H.; García, F. S. y Schreb, E. (1998). The research program at AIGLE. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (3), 343-359. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199804\)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199804)54:3<343::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Q).
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Corbella, S. (2003). Assessment Questionnaire on the Personal Style of the Therapist PST-Q. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 116-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(1), 9-18. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>.
- Fogarty, M., Bhar, S., y Theiler, S. (2019). The gestalt therapy fidelity scale. In P. Brownell (Ed.), *Handbook for theory, research, and practice in gestalt therapy* (pp. 341–354). Cambridge Scholars Publishing. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1571688>.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 5–15. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.1.5>.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>.
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>.
- Lozano Martínez J.R.; Castro Valles A.; Vidaña Gaytán M.E.; González Valles M.N. (2018). Indicadores de fiabilidad de la escala de habilidades psicoterapéuticas humanistas (EHPH) en psicoterapeutas. *Psicología Iberoamericana*, vol. 26(2), 54-67. <https://doi.org/10.48102/pi.v26i2.23>.
- Norcross, J. C., Lambert, M. J., y Castonguay, L. G. (2011). Evidence-based therapy relationships. *Psychotherapy*, 48(1), 48-58. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>.
- Orlinsky, D. E., Ambuhl, H., Ronestad, M. H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. y Cierpka, M. (1999). Development of psychotherapists. Concepts, questions and methods of a collaborative international study. *PsychotherapResearch*, 9(2), 127-153. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.281>.
- Perls, F. S., Hefferline, R.F. y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento en la personalidad humana*. Los libros del CTP.
- Polster, E. y Polster, M. (1991). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, Soo Jeong, I., Félix Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C) [The person of the therapist: Spanish validation of the Personal Style of the Therapist Questionnaire (PST-Q)]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 24. 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>.
- Tracey, T. J., y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>.
- Vides Porras, A., Grazioso, M. D., y García de la Cadena, C. (2012). El Estilo Personal del Terapeuta Guatemalteco en el Interior del País. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(1), 33-43. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884004.pdf>.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>.
- Yontef, G.M. (2014). *Terapia Gestalt: un nuevo enfoque*. Prensa del Diario Gestalt.



Sonia Ramírez Reinoso

Psicóloga general sanitaria y terapeuta gestalt. Máster universitario en investigación en psicología por la Universidad Internacional de la Rioja. Directora del centro de Psicología Psintonía en Sevilla y perteneciente al equipo de JERA, escuela de Sevilla de terapia gestalt. Es miembro de la Comisión de investigación de la AETG y responsable del Grupo de trabajo Intervención e Investigación desde la Psicología Gestalt del Colegio de Psicología de Sevilla, adscrito al área profesional de clínica y de la salud.

Teoría

Validación interteórica de la terapia gestalt.

Explorando los aportes del enfoque enactivo de la cognición

Enara García Otero, PhD.

Resumen

Este artículo aborda la cuestión de la validación científica en el contexto de la terapia gestalt, destacando la importancia de establecer coherencia interteórica y conexiones con las ciencias cognitivas contemporáneas. Se enfatiza la necesidad de validar los mecanismos subyacentes a las intervenciones terapéuticas gestálticas y se propone que el «enfoque enactivo» puede proporcionar un marco teórico sólido para este propósito. Para ello, en primer lugar, se explora la relación histórica entre la terapia gestalt y el enfoque enactivo de la cognición. En segundo lugar, se establecen las similitudes conceptuales, incluyendo la importancia de la circularidad percepción-acción, el acople organismo-entorno, el papel central del cuerpo y la perspectiva intersubjetiva. En conjunto, este artículo ofrece una perspectiva breve pero integral sobre cómo el enfoque enactivo puede contribuir al proceso de validación científica de la terapia gestalt.

Palabras clave: validación interteórica, terapia gestalt, cognición enactiva, investigación, *embodiment*

Introducción

La cuestión de la validación científica de las intervenciones terapéuticas ha adquirido gran relevancia para la comunidad gestáltica. La decisión de incluir o no determinadas terapias en la categoría de pseudoterapias no debe subestimarse, ya que repercute directamente en el estatus científico, social y económico de la escuela terapéutica. A pesar de los esfuerzos continuos por parte de la psicología para distanciarse de compromisos metafísicos y antropológicos y abrazar, en cambio, métodos y principios alineados con las ciencias biomédicas, nos encontramos con la intrincada dificultad de verificar los mecanismos psíquicos que fundamentan las intervenciones clínicas.

Este proceso de validación se ve atravesado por dos problemas tradicionales de la filosofía de la ciencia: el problema de la demarcación, cuyo propósito es establecer

los criterios que permitan discernir entre prácticas científicas y no científicas o pseudocientíficas (Hermida, 2020), y el problema de la integración, que busca la posibilidad de una integración interteórica entre las teorías científicas y las prácticas terapéuticas (Fernández-Álvarez *et al.*, 2016; Norcross y Goldfried, 2005). Asimismo, es importante subrayar que la psicoterapia basada en la evidencia requiere de dos ejes de validación parcialmente independientes (David & Montgomery, 2011). Por un lado, se requiere la validación teórica que explica los mecanismos subyacentes al cambio psicológico, y por otro lado, se necesita la validación de la intervención terapéutica derivada de dicha teoría.

Para ilustrar esta última distinción, Marino Pérez Álvarez (2021) analiza el ejemplo de la *terapia de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular* (EMDR, por sus siglas en inglés), la cual ha demostrado ser efectiva para el trastorno de estrés postraumático (Bisson *et al.*, 2007; Rodenburg *et al.*, 2009). No obstante, los mecanismos subyacentes al funcionamiento del EMDR —incluyendo el papel de los movimientos oculares y el *modelo de procesamiento de información adaptativa* (Shapiro, 2007)— continúan siendo objeto de controversia (Herbert *et al.*, 2000). Esto resalta que, a menudo, resulta más sencillo determinar si una intervención es efectiva que explicar por qué lo es.

En relación con la validación de las intervenciones terapéuticas, de acuerdo con las directrices establecidas por la Asociación Americana de Psicología (APA), los estudios controlados y aleatorizados (ECA) se han convertido —junto con los estudios de caso— en el estándar de validación científica.¹ Respecto a la terapia gestalt, una reciente revisión sistemática de ECA pone de manifiesto que en la actualidad existe una escasa, aunque presente, evidencia acerca de la eficacia específica de las intervenciones gestálticas (Ayala, 2021). A esta evidencia se añaden los proyectos de investigación en curso de la EAGT y la IAAGT que buscan sistematizar una serie de estudios de caso para cumplir con los requisitos de la APA.

En cuanto a la validación de la teoría subyacente, existen diversas estrategias, desde el diseño de experimentos para determinar mecanismos causales subyacentes al cambio terapéutico, hasta la generación de modelos computacionales. Sin embargo, una estrategia fundamental consiste en la contrastación interteórica, es decir, la demostración de la coherencia de una determinada teoría con otras teorías científicamente aceptadas, para demostrar que está en línea con los consensos científicos y visiones antropológicas vigentes. En la empresa de la validación de la terapia gestalt, por lo tanto, será imprescindible determinar las relaciones que tiene con corrientes actuales en psicología, ciencias cognitivas y neurociencias.

El presente artículo se propone abordar el desafío de la validez interteórica en el contexto de la terapia gestalt, destacando las correspondencias existentes entre la terapia gestalt y el enfoque enactivo en ciencias cognitivas. Poniendo el foco en los antecedentes y vínculos históricos entre ambas teorías, se mostrarán sus relaciones conceptuales, entre ellas la visión organizacional de la vida, el *self* como «fenómeno

¹ Para examinar controversias, ver Norcross & Wampold, 2019 o Freire, 2006.

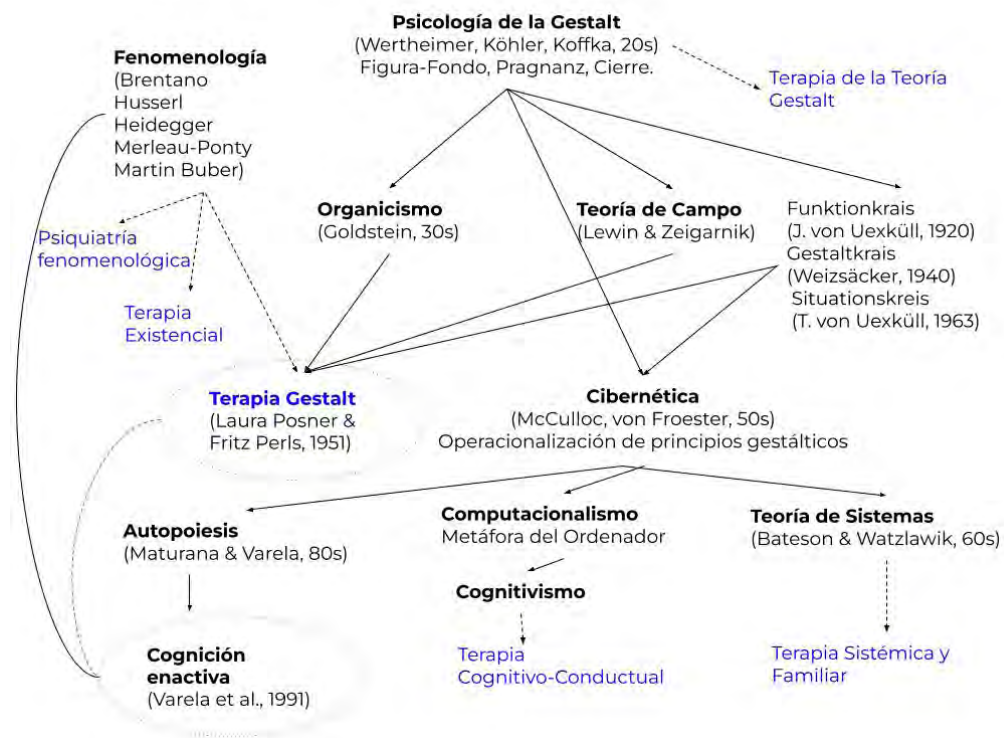
de campo organismo-entorno», el rol fundamental del cuerpo en lo mental y la perspectiva relacional, con el objetivo de mostrar cómo el enfoque enactivo de la cognición puede servir de fundamento heurístico para determinar los mecanismos de cambio terapéutico en terapia gestalt.

De la gestalt a la enacción. Una breve introducción histórica

Toda práctica terapéutica se sustenta en ciertos presupuestos sobre el funcionamiento de la mente humana. La terapia cognitivo-conductual tiene sus orígenes en la revolución cognitiva de los años noventa y el conductismo de Wundt; la terapia existencial, en la fenomenología existencial de Buber, Heidegger y Sartre; la terapia sistémica y familiar; en la cibernética y la teoría de sistemas de Watzlawick y Bateson (Figura 1). Conocer este origen teórico es relevante para entender los presupuestos antropológicos sobre los cuales se fundamentan los mecanismos de cambio terapéutico.

Figura 1.

Desarrollo histórico de corrientes terapéuticas y sus orígenes en distintos enfoques de la cognición humana



Como bien es sabido, la terapia gestalt tiene su origen en la psicología de la gestalt, escuela de Frankfurt liderada por Wertheimer, Koller y Kofka, quienes introdujeron el pensamiento holista en el estudio de la percepción (Wulf, 1996). Sin embargo, desde sus orígenes, surge una controversia considerable en torno a la relación entre la terapia gestalt y la psicología de la gestalt, ya que ambas hicieron esfuerzos activos por distanciarse entre sí. Los psicólogos gestálticos rechazaron la inclusión de los terapeutas, alegando que Fritz y Laura Perls carecían de la formación adecuada y que tenían demasiada tendencia antiepistemológica y psicoanalítica. Por su parte, los terapeutas criticaron a los psicólogos gestálticos por estar aislados en laboratorios, por su énfasis excesivamente empirista y por su orientación excesivamente académica. En esta división entre teoría y práctica reside el origen del aislamiento actual de la terapia gestalt del ámbito académico y de la investigación.

A pesar de que algunos teóricos han argumentado que la utilización del término *gestalt* dentro del contexto de la terapia gestalt es meramente un incidente histórico (Henle, 1978), existen numerosos conceptos fundamentales compartidos (Barlow, 1981). Entre estos conceptos se incluyen la interacción dinámica figura-fondo, la noción de homeostasis y regulación organísmica, la ley de Pragnanz o principio de la simplicidad en la gestalt, el concepto de cierre y la tendencia de la figura incompleta hacia su completitud, la atención dirigida a la conciencia presente, y la concepción del awareness. Por otro lado, tanto Fritz como Laura Perls estudiaron en Frankfurt bajo la tutela de Kurt Goldstein, psicólogo de la gestalt que comenzó a desarrollar el pensamiento organicista, la teoría de la regulación de las necesidades y la noción de la relación organismo-entorno como un locus de la neurosis, conceptos que serán incorporados en los fundamentos de la terapia gestalt. Además, es importante destacar que ciertos conceptos, como el *Gestaltkreis* («el ciclo de la gestalt», en alemán), ya eran empleados por neurólogos como Viktor von Weizsäcker para explicar la circularidad existente entre la percepción y la acción en la regulación del organismo (De Luca Picione, 2023), lo cual puede considerarse como precursor del *ciclo de la experiencia gestáltica* tal como se entiende en la actualidad (Augustyn, 2023). Esta continuidad evidencia que la discrepancia entre la psicología y la terapia gestalt no se halla en diferencias filosóficas o conceptuales, sino más bien en los contextos de aplicación específicos, véase, la investigación básica y el ámbito clínico, que imponen demandas diversas. Por lo tanto, aunque la psicología de la gestalt no abarca las perspicacias de la actitud terapéutica, representó un paso crucial en la evolución de esta escuela terapéutica y en el desarrollo de su teoría de cambio terapéutico (Emerson & Smith, 1974).

No obstante, en los años cincuenta, la psicología de la gestalt experimentó una disminución en su prestigio como corriente central en psicología debido a su carácter más descriptivo que explicativo. En este contexto, la revolución computacional condujo al surgimiento de la cibernética como un intento de operacionalizar y formalizar algunos de los principios de la gestálticos, como la ley de Pragnanz o la ley del cierre, a través de dos conceptos fundamentales: información y retroalimentación (Leupnitz & Tulkin, 1980; Schneider, 2011). La cibernética, a su vez, dio origen a

tres disciplinas subsiguientes (Figura 1). En primer lugar, la teoría de sistemas desarrollada en la década de 1960 por Bateson y Watzlawick, que posteriormente condujo al desarrollo de la terapia familiar y sistémica. En segundo lugar, el surgimiento del cognitivismo y el enfoque computacional, que allanaron el camino para la terapia cognitivo-conductual. Por último, la teoría autopoietica de Maturana y Varela y el enfoque corporeizado y enactivo subsiguiente, los cuales emergieron como revitalización del enfoque organísmico de la mente.

Este breve análisis histórico resalta la continuidad de la terapia gestalt con la psicología de la gestalt y sus conexiones con el desarrollo posterior de diversas corrientes en ciencias cognitivas, especialmente con el enfoque enactivo. Este vínculo histórico conlleva grandes similitudes entre ambas teorías, las cuales analizaremos con más detalle a continuación.

La cognición enactiva y la terapia gestalt

El enfoque enactivo se fundamenta en diversas fuentes teóricas, que van desde la perspectiva organizacional en biología hasta la fenomenología, al mismo tiempo que utiliza herramientas formales de la teoría de sistemas dinámicos y los sistemas complejos (Varela *et al.*, 1991/2017). Se inscribe en el marco de las llamadas ciencias cognitivas 4E (*embodied, embedded, extended, enacted*, Newen *et al.*, 2018) y surge como respuesta a ciertos presupuestos de la psicología cognitiva y computacional (como la metáfora computacional, el representacionalismo y el individualismo) y aboga por una visión más holística, integradora y centrada en la agencia del individuo (Di Paolo & Thompson, 2014).

El enfoque enactivo define la cognición como *sense-making*, véase, como interacción dinámica y evaluativa entre el organismo vivo y su entorno que genera un mundo con significado. La cognición no se limita al procesamiento de información abstracta o a la simple representación interna del entorno exterior, sino que se trata de un proceso emergente de la interacción corporeizada del individuo con su entorno. Se trata, por lo tanto, de un proceso evaluativo, afectivo y corporeizado que responde a las necesidades organísmicas y a la regulación de la interacción organismo-entorno, salvaguardando así, la autonomía del individuo.

Un principio heurístico enactivo es la tesis de la continuidad vida-mente, que postula que los mismos principios dinámicos que constituyen los sistemas vivos (como la autopoiesis, adaptabilidad, clausura operacional o precariedad) pueden aplicarse sistemáticamente al estudio de la cognición (Thompson, 2010). De esta manera, se vuelve a las perspectivas organísmicas de Goldstein o Jonas —que ponen el foco en la interacción adaptativa del organismo vivo con su entorno— y se promueve una perspectiva naturalizada pero no reduccionista de la mente. Este enfoque relacional comprende el campo organismo-entorno como una unidad de análisis donde el cuerpo y las emociones juegan un papel fundamental en la cognición.



Interacción adaptativa del organismo vivo con su entorno

En esta línea, la adaptabilidad del organismo no es un mero ajuste a un entorno preestablecido, sino que implica una manipulación activa del entorno, es decir, una regulación activa de la interacción (Di Paolo, 2005). En otras palabras, contempla tanto la actividad como la pasividad en el campo organismo-entorno, aunque en relación asimétrica, salvaguardando, así, la agencialidad del individuo (Barandiaran *et al.*, 2009). Esta concepción del organismo adaptativo puede verse como operacionalización del ajuste creativo gestáltico y funda las bases para una concepción del *self* como fenómeno de contacto (Perls *et al.*, 1951), es decir, como un proceso autopoietico, dinámico, interactivo e integrador. El *self* se describe como un proceso emergente que opera a nivel relacional e interactivo, como integrador de los actos regulativos del organismo (Varela, 1991). Lo que la teoría enactiva proporciona es un modelo en el cual podemos operacionalizar estos procesos, es decir, una forma de describir formalmente la actividad y el comportamiento del organismo de manera que se alinea con ciertos principios gestálticos (Portele, 1989).

Otro aspecto central en el enfoque enactivo es la circularidad entre percepción y acción (Di Paolo *et al.*, 2017). Superando el modelo lineal tradicional de la cognición, se postula que la cognición se lleva a cabo a través de una interacción dinámica y recíproca entre la percepción y la acción. Esta perspectiva nos permite comprender la noción de *Gestaltum*, que se refiere a la formación de configuraciones o patrones significativos en la conciencia, como una reorientación fundamental en la relación entre el organismo y su entorno (Perls *et al.*, 1951). Además, en el enfoque enactivo, se reconoce la importancia fundamental del cuerpo en la comprensión de la mente (Gallagher & Bower, 2014). Esto no solo se debe a la consideración de la naturaleza

afectiva de la cognición, sino también al énfasis en que no es posible comprender el pensamiento de manera adecuada sin tomar en cuenta la experiencia del cuerpo vivido. Así mismo, el cuerpo se concibe como un proceso continuo y abierto de equilibración de patrones de comportamiento y esquemas sensoriomotores. En este proceso, se integran tanto las necesidades de regulación orgánica como los patrones de relaciones interpersonales.

Una distinción relevante para la terapia gestalt es la que se establece entre el esquema y la imagen corporales (Gallagher, 1986). El término «esquema corporal» hace referencia a la sensación prerreflexiva del cuerpo en movimiento, lo que incluye la percepción de la postura y la propiocepción. En contraste, la «imagen corporal» se refiere a la representación interna y reflexiva del cuerpo; aquella, por ejemplo, que surge cuando, durante una meditación, evocamos mentalmente las diferentes partes del cuerpo. Esta distinción se manifiesta en diferentes enfoques del trabajo corporal dentro del marco de la terapia gestalt, específicamente en la distinción entre el enfoque orgánico y el enfoque sistémico (Carbajal, 2011; Peñarubia, 1998).

Por un lado, el enfoque sistémico se caracteriza por su énfasis en una perspectiva físico-simbólica del cuerpo, es decir, en la imagen corporal. Pone atención a aspectos caracterológicos del cuerpo y la relación parte-todo, partiendo del supuesto de que cada parte del cuerpo guarda una relación establecida con el organismo en su totalidad (Carbajal, 2011). En este enfoque, el cuerpo se concibe como un objeto proyectivo desde el cual se puede desarrollar la experiencia del paciente. Un ejemplo ilustrativo es el trabajo terapéutico de diálogo con los órganos corporales realizado por Adriana Schnake (1995).

Por otro lado, el enfoque orgánico se centra en la vivencia del cuerpo, especialmente en la «conciencia prerreflexiva» del cuerpo, es decir, en el esquema corporal. En este enfoque, se presta atención a la capacidad del cuerpo como agente en el proceso de energización del ciclo de contacto, tal como lo propone Kepner (2011). Además, se consideran los patrones sensoriomotores adquiridos desde la infancia en relación con los cuidadores, como ha señalado Ruella Frank (2013). La autora describe cómo construimos nuestro yo a partir de los movimientos fundamentales y las tendencias de movimiento que los seres humanos adquirimos durante el primer año de vida, en relación con las figuras parentales. Estos movimientos fundamentales sirven como mecanismos de autorregulación que regulan las relaciones interpersonales a lo largo de la vida.

La perspectiva sensorimotora enactiva y su concepción de la mente encarnada proporcionan un fundamento teórico para explicar los mecanismos de cambio terapéutico del trabajo corporal gestáltico (García, 2022; Maiese, 2022). Los hábitos sensoriomotores constituyen la estructura fundamental metaestable que facilita la organización flexible del comportamiento, en respuesta a circunstancias cambiantes y la adquisición de nuevas capacidades (Di Paolo *et al.*, 2017). El cuerpo sensoriomotor se define como un proceso en curso y abierto de equilibración de patrones de comportamiento, proporcionando una explicación de cómo los procesos de desa-

rollo de la equilibración piagetiana estabilizan ciertos patrones relacionales habituales en el individuo.

En relación con los patrones relacionales, otro aspecto relevante del enfoque enactivo de la cognición es su constitución relacional e intersubjetiva, la cual nos permite articular la perspectiva relacional gestáltica. La perspectiva relacional (o de campo) en la terapia gestalt entiende el comportamiento de un individuo como constituido por la situación más amplia a la que pertenece (Francesetti & Roubal, 2020; Jacobs & Hycner, 2010; Parlett, 1997). Basándose en la teoría de campo de Lewin (1951), se postula que existe una influencia mutua entre el comportamiento de los individuos y el campo relacional que generan, siendo así el comportamiento individual el resultado de la interacción dinámica de factores interrelacionados. Según la perspectiva del campo, el sufrimiento mental tiene un componente marcadamente relacional (Francesetti *et al.*, 2013). En un sentido amplio, los problemas se entienden como dificultades propias de un determinado campo, mientras que las soluciones son respuestas emanadas de ese mismo ámbito. En el contexto de la terapia gestalt, este campo se concibe como un espacio fenomenológico, el cual se explora y experimenta mediante un conocimiento relacional estético. Esto implica una resonancia prerreflexiva e interafectiva con la situación (Spagnuolo Lobb, 2018). En la teoría enactiva, la formación del campo relacional se describe como un proceso de creación de sentido participativo (*participatory sense-making*; De Jaegher & Di Paolo, 2007). Esta teoría describe cómo las personas coordinan sus actividades intencionales y no intencionales en su interacción, lo que les permite construir conjuntamente un sentido del entorno y de los demás. Esto genera una dimensión relacional autónoma que no está determinada por las intenciones individuales y puede adquirir cierta autonomía. Las autonomías individuales y relacionales no deben verse como polos opuestos, sino más bien como interpenetrantes y, en cierto sentido, mutuamente constituyentes. Según el enfoque enactivo, la tensión entre las normatividades interactivas e individuales es constitutiva de la naturaleza intersubjetiva de los seres humanos (Di Paolo *et al.*, 2018).

Lo relevante aquí es que estas dinámicas relacionales son medibles y empíricamente estudiables y han demostrado tener gran repercusión en psicoterapia (Praszkie & Nowak, 2023). El entorno terapéutico puede entenderse como un «sistema diádico» en el cual el cliente y el terapeuta se modulan mutuamente en niveles tanto reflexivos como prerreflexivos (García, 2021). De hecho, la búsqueda de sentido participativa ha sido operacionalizada en términos de la coordinación intencional (movimientos, miradas y habla) así como de la coordinación de variables fisiológicas (pulso, actividad electrodérmica y patrones de respiración) (García *et al.*, 2022). Esta coordinación interpersonal se modula momento a momento, dando lugar a un contacto empático implícito e intuitivo que sienta las bases de la alianza terapéutica (Koole & Tschacher, 2016). Como consecuencia, la coordinación de estas variables entre cliente y terapeuta se correlaciona con la efectividad del proceso terapéutico (Ramseyer & Tschacher, 2011) y puede servir para operacionalizar fenómenos de campo en procesos gestálticos.

Conclusión

El mensaje fundamental que deseo transmitir es la importancia de establecer una coherencia interteórica y de conectar la terapia gestalt con tradiciones de investigación actuales. Es fundamental retomar la cuestión de la validación de los mecanismos y buscar en las teorías contemporáneas de la cognición evidencias de la validez de los presupuestos teóricos de la práctica gestáltica. El enfoque enactivo puede servir de soporte teórico a este respecto, ya que comparten principios como la relación organismo-entorno, el self como fenómeno de la frontera contacto, el énfasis en la importancia del cuerpo y el enfoque relacional, entre otras. Así mismo, es importante reconocer que no se trata de subsumir una teoría en otra, sino de establecer conexiones significativas.

Por último, este acercamiento a la heurística enactiva puede tener ciertas implicaciones en el desarrollo de metodologías de investigación propias. En primer lugar, el estudio de la experiencia subjetiva toma un papel fundamental en el estudio de la cognición enactiva, abogando por métodos cualitativos y neurofenomenológicos, donde la descripción de mecanismos cognitivos y la experiencia subjetiva se informan mutuamente. Además, en el ámbito del estudio de la psicoterapia, se aboga por diseños de análisis en segunda persona, donde se contemplan los procesos sistémicos que dan lugar entre cliente, terapeuta e investigador/a. Esta heurística es afín a los principios gestálticos y puede servir en un futuro para desarrollar diseños de investigación propios que vayan más allá de las metodologías de validación propuestas por la APA y que proporcionen un marco teórico sólido para la investigación gestáltica.

Referencias bibliográficas

- Augustyn, P. (2023). Funktionskreis, Gestaltkreis, and Situationskreis in the context of integrated medicine. *Semiotica*, (0).
- Ayala, R. (2021). *Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia Gestalt*. TFM. Máster en Psicología General Sanitaria. Universidad de Málaga.
- Barandiaran, X. E., Di Paolo, E., & Rohde, M. (2009). Defining agency: Individuality, normativity, asymmetry, and spatio-temporality in action. *Adaptive Behavior*, 17(5), 367-386.
- Barlow, A. R. (1981). Gestalt-antecedent influence or historical accident. *The Gestalt Journal*, 4(2), 35-54.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.
- Carbajal, L. (2011). *Del organismo al cuerpo – Gestalt Corporal* (1ª ed.). Barcelona: Comanegra.
- David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 89-99.
- De Luca Picione, R. (2023). Viktor von Weizsäcker's Gestaltkreis theory. The dynamic and subjective relationship of perception and movement. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 1-11.

- De Jaegher, H., & Di Paolo, E. A. (2007). Participatory sense-making: An enactive approach to social cognition. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 6, 485-507.
- Di Paolo, E. A. (2005). Autopoiesis, adaptivity, teleology, agency. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 4(4), 429-452.
- Di Paolo, E. A., Buhrmann, T., & Barandiaran, X. (2017). *Sensorimotor life: An enactive proposal*. Oxford University Press.
- Di Paolo, E. A., Cuffari, E. C., & De Jaegher, H. (2018). *Linguistic bodies: The continuity between life and language*. MIT press.
- Di Paolo, E. A., & Thompson, E. (2014). The enactive approach. *The Routledge handbook of embodied cognition*, 68-78.
- Emerson, P., & Smith, E. W. (1974). Contributions of Gestalt psychology to Gestalt therapy. *The Counseling Psychologist*, 4(4), 8-12.
- Fernández-Álvarez, H., Consoli, A. J., & Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820.
- Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J. (2013). Gestalt therapy approach to psychopathology. Gestalt Therapy in Clinical Practice. In Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (Eds.). *Psychopathology to the Aesthetics of Contact*, pp. 59-76.
- Francesetti, G., & Roubal, J. (2020). Field theory in contemporary gestalt therapy, part 1: Modulating the therapist's presence in clinical practice. *Gestalt Review*, 24(2), 113-136.
- Frank, R. (2013). *Body of awareness: A somatic and developmental approach to psychotherapy*. Taylor & Francis.
- Freire, E. S. (2006). Randomized controlled clinical trial in psychotherapy research: An epistemological controversy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(3), 323-335.
- Gallagher, S. (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *The Journal of mind and behavior*, 541-554.
- Gallagher, S. A., & Bower, M. (2014). Making enactivism even more embodied. *Avant*, 5(2), 232-247.
- García, E. (2021). Participatory sense-making in therapeutic interventions. *Journal of Humanistic Psychology*, 00221678211000210.
- García, E. (2022). *Participatory sense-making in psychotherapy*. PhD Thesis in Philosophy. University of the Basque Country.
- García, E., Di Paolo, E. A., & De Jaegher, H. (2022). Embodiment in online psychotherapy: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(1), 191-211.
- Henle, M. (1978). Gestalt psychology and Gestalt therapy. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 14(1), 23-32.
- Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., T O'Donohue, W., Rosen, G. M., & Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical psychology review*, 20(8), 945-971.
- Hermida, J. R. F. (2020). The demarcation problem. Science, Psychology, and Psychotherapy. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 163-173.
- Jacobs, L., & Hycner, R. (2010). *Relational approaches in Gestalt therapy*. Gestalt Press.
- Keper, J. I. (2011). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. Editorial El Manual Moderno.
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in psychology*, 7, 862.
- Leupnitz, D. A., & Tulkin, S. (1980). The cybernetic epistemology of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(2), 153.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers* (Edited by Dorwin Cartwright.).
- Maiese, M. (2022). *Autonomy, Enactivism, and Mental Disorder: A Philosophical Account*. Taylor & Francis.

- Newen, A., De Bruin, L., & Gallagher, S. (Eds.). (2018). *The Oxford handbook of 4E cognition*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: The tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391.
- Parlett, M. (1997). The unified field in practice. *Gestalt Review*, 1(1), 16-33.
- Pérez Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: más allá de la corriente principal*. Alianza Editorial.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Gestalt Journal Press.
- Portele, G. (1989). Gestalt psychology, Gestalt therapy and the theory of autopoiesis. In *Self-Organization in Psychotherapy: Demarcations of a New Perspective* (pp. 48-71). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Praszkier, R., & Nowak, A. (2023). In and out of sync: An example of gestalt therapy. *Trends in Psychology*, 31(1), 75-88.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 284.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(7), 599-606.
- Schnake, A. (1995). *Los diálogos del cuerpo: un enfoque holístico de la salud y la enfermedad*. Cuatro vientos.
- Schneider, A. (2011). Symbolic interactionism: From Gestalt to cybernetics. In D. Chadee (Ed.), *Theories in social psychology* (pp. 250-279). Wiley Blackwell.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR practice and Research*, 1(2), 68-87.
- Spagnuolo Lobb, M. (2018). Aesthetic relational knowledge of the field: A revised concept of awareness in Gestalt therapy and contemporary psychiatry. *Gestalt Review*, 22(1), 50-68.
- Thompson, E. (2010). *Mind in life: Biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Harvard University Press.
- Varela, F. J. (1991). Organism: A meshwork of selfless selves. In *Organism and the Origins of Self* (pp. 79-107). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991/2017). *The embodied mind, revised edition: Cognitive science and human experience*. MIT press.
- Wulf, R. (1996). *The historical roots of Gestalt therapy theory*. Gestalt Dialogue: Newsletter for the Integrative Gestalt Centre.



Enara García

Filósofa y científica cognitiva, con formación en terapia gestalt. Actualmente es investigadora postdoctoral del departamento de filosofía en la Universidad de Granada. En 2022 defendió su tesis doctoral sobre El sentido participativo en relaciones terapéuticas en la Universidad del País Vasco. Su investigación se centra en el ámbito de las teorías de la cognición encarnada y la salud mental, con un énfasis específico en los enfoques de la cognición enactiva dentro de la psicoterapia. Trabaja en construir puentes entre avances en ciencias cognitivas y la práctica terapéutica.

La sabiduría de los sueños a través de la terapia gestalt

Irene Poza Rodríguez

Resumen

En la década de los sesenta del siglo xx nació la corriente psicoterapéutica gestáltica dentro de lo que se denomina la psicología humanista. Dicha línea fue creada por el médico alemán Friedrich Salomon Perls (Fritz Perls), quien dedicó su trayectoria profesional a la difusión de esta terapia. En este artículo, se analizará una de las técnicas gestálticas características en la terapia gestalt: el trabajo con los sueños. En este contexto, el trabajo con los sueños supone un material para el proceso terapéutico en diversas situaciones relevantes que el paciente aborda en terapia. El objetivo de esta técnica consiste en clarificar el mensaje existencial que el sueño tiene en forma metafórica, con el objetivo de comprender e integrar el significado que aportan los diferentes elementos que aparecen en los sueños, atendiendo a la toma de conciencia por parte del paciente. En este artículo se desarrollan la historia y la técnica del trabajo con los sueños, así como su procedimiento y sus aplicaciones.

Palabras clave: psicoterapia gestalt, trabajo con sueños, mensaje existencial, metáfora terapéutica

Introducción

Dentro del ámbito de la terapia gestalt, los sueños son un recurso valioso para el trabajo terapéutico, pues ofrecen una vía para explorar áreas de conflicto y conductas disruptivas que afectan el funcionamiento óptimo del individuo. La naturaleza espontánea del material onírico lo convierte en un medio particularmente revelador de las circunstancias actuales y específicas a las que se enfrenta el individuo (Martín, 2009). En este contexto, Ayala y Rodríguez-Naranjo (2020) destacan las contribuciones de Claudio Naranjo. Al referirse a la metodología terapéutica y la postura de Fritz Perls, Naranjo subraya la importancia de considerar el panorama completo, prestando atención tanto al contexto como a los elementos que emergen. Estos aspectos son cruciales para la interpretación de sueños en la terapia gestalt.

La modalidad terapéutica gestáltica se basa en un enfoque integrador y no analítico, en el que cualquier tipo de interpretación podría ser contraproducente. Según la perspectiva de Perls, el sueño se interpreta como una extensión de la persona, abarcando vacíos, necesidades no atendidas, aspectos rechazados y dilemas sin resolver (Quiroz y Yano, 2004). Antes de proceder al trabajo terapéutico con sueños, resulta esencial proporcionar una descripción general de la naturaleza de los sueños y de su significado histórico, además de exponer sus implicaciones clínicas.

Antecedentes históricos de la interpretación de los sueños

La historia de la interpretación onírica se remonta a unos tres mil años atrás. Con fines didácticos, se acostumbra a clasificarla en «no psicológica» y «psicológica». Dentro de la primera categoría se incluyen todas las teorías que consideran el sueño como un mensaje, revelación de hechos y de fuerzas a quien sueña, que es el caso que en este trabajo nos ocupa. Las interpretaciones psicológicas se inician con Hipócrates, quien hace referencia en su tratado médico a la relación existente entre los sueños y las enfermedades, tema al que le dedica un capítulo completo (Castanedo, 2008).

Los sueños han despertado un gran interés entre chamanes, brujos, hechiceros, etc. La fascinación ancestral por los sueños y su uso en prácticas de curación y profecía subraya la búsqueda constante de la humanidad por entender el subconsciente y la necesidad de explorar la conexión entre el mundo onírico y la realidad espiritual o física. Desde tiempos inmemoriales, el significado de los sueños ha capturado la curiosidad humana, siendo inicialmente percibidos como mensajes divinos. Este interés se remonta al menos al siglo XVIII a.C., con registros en la tradición china que destacan cómo Confucio extraía sabiduría de los sueños (Ginger y Ginger, 1993). Durante la era helénica, la práctica de la incubación en 420 templos evidenciaba el papel esencial de los sueños en la curación y el autoconocimiento. El rito consistía en dormir sobre pieles de animales sacrificados dentro de templos decorados con serpientes y pétalos de flores, buscando inducir sueños curativos o proféticos. Este enfoque terapéutico no era exclusivo de Grecia, sino que también se encontraba en Egipto, Asiria, Mesopotamia y entre los judíos, lo que muestra un patrón cultural transhistórico en el que los sueños se consideraban una ventana hacia el autoconocimiento y la divinidad (Santana y Yano, 2014).

En épocas más recientes, el psicoanálisis utilizó los sueños como parte de su proceso de tratamiento psicoanalítico. Freud comenzó su investigación utilizando sus sueños propios, arriesgándose a que toda la comunidad científica lo tachara de loco (Castanedo, 2008). Para Freud, el sueño ya no es un mensaje transcendente que llega de lo alto, sino un mensaje inmanente que proviene del inconsciente. Su descubrimiento del mecanismo de los sueños en un restaurante de Viena le pareció tan importante que hasta pensó en poner una placa conmemorativa con esta inscripción: «En esta casa le fue revelado al doctor Sigmund Freud el secreto de los sueños el 24 de



Cubierta de la edición original en alemán de La interpretación de los sueños, de Sigmund Freud

julio de 1895». Sin embargo, los seiscientos ejemplares de la primera edición de su obra fundamental *La interpretación de los sueños*, simbólicamente editada a principios de siglo, en el año 1900 (y, actualmente, traducida a la mayor parte de las lenguas) tardaron ocho años en venderse (Ginger y Ginger, 1993).

Fue a finales del decenio 1959-69 cuando resurgió el interés por el estudio de la conciencia y, en especial, por los estados alterados de la misma que provocan los sueños, meditación (budismo, zen, yoga), hipnosis, e incluso drogas como el LSD. Durante el día, estamos sometidos a una desbordante percepción de información que al dormir podemos integrar, asimilar y sintetizar gracias al sueño. Los sueños y las pesadillas recurrentes y repetitivas —ser perseguidos, no aprobar una asignatura, caer al vacío— representan conflictos actuales que la persona no ha resuelto, asuntos inconclusos. Desde luego, no representan copia exacta de acontecimientos traumáticos, sino que repiten un tema traumático de forma metafórica (Castanedo, 2008).

Breves aspectos clínicos de los sueños

En la persona se diferencian tres estados: vigilia, sueño profundo y sueño. El sueño está marcado por una intensa actividad cortico frontal derecha (los dos tercios de neuronas de la corteza derecha se ponen en movimiento, mientras que la comunicación callosa con el hemisferio izquierdo está muy reducida, casi bloqueada) bajo el control del sistema límbico (el cual administra principalmente las emociones y la memoria) y el hipotálamo. Los globos oculares están animados por un movimiento rápido permanente durante el sueño (ese es también su signo de reconocimiento clásico en el electroencefalograma o EEG). Se ha demostrado que la mirada bajo los párpados sigue la escena del sueño que se está desarrollando (Picat, 1984).

Ginger y Ginger (1993) afirman que todos soñamos, incluidos los fetos desde el séptimo mes de gestación, es decir, antes de poder almacenar percepciones visuales. Soñamos aproximadamente 100 minutos al día, repartidos en cuatro o cinco períodos de duración creciente a lo largo de la noche. El acto de soñar parece ser indispensable

para la supervivencia, incluso más que el sueño profundo, aunque no todos soñamos durante tanto tiempo.

Los sueños están frecuentemente vinculados con la psicopatología, y no existe ninguna patología asociada específicamente con la incapacidad de soñar o recordar sueños (Castanedo, 2008; Ginger y Ginger, 1993). Las personas deprimidas suelen tener sueños con contenidos masoquistas, una necesidad de dependencia y pensamientos e ideas de autoderrota. Aquellas con depresión endógena experimentan sueños más frecuentes e intensos. Los sueños de personas con esquizofrenia reflejan sentimientos de soledad, falta de contacto humano, peligro, incompetencia y desesperanza (Dement, 1955). En periodos de crisis, dado que durante el día ya han experimentado mucho delirio (etimológicamente, «sueño» significa «delirio» o «vagabundeo»), sus sueños tienden a normalizarse y reducirse en cantidad. Los sueños de individuos histriónicos se caracterizan por una baja inhibición de impulsos, exhibicionismo y comportamiento agresivo sexual. Las personas que padecen psicosis depresiva sueñan con tristeza y pérdida de autoestima. Los sujetos paranoicos sueñan con ser víctimas de abusos injustificados y planifican contraataques. Los psicópatas sueñan con participar en actividades sociales prohibidas (Langs, 1966). Las personas con adicción al alcohol, en su fase aguda, pueden llegar a suprimir el sueño a tal punto que, para compensar su déficit de sueños, experimentan crisis de *delirium tremens*. Muchos de estos sueños, en forma de pesadillas, están expresando partes de nuestra personalidad y aspectos de nosotros mismos que nos resultan desagradables. Las pesadillas reflejan situaciones y sentimientos de momentos coyunturales y de encrucijadas existenciales en la vida del soñador (Martín, 2009).

Siguiendo a Vela-Bueno (1991), el sueño presenta las siguientes funciones:

- Restauración del cerebro y otros mecanismos corporales.
- Protección del organismo.
- Conservación de la energía.
- Adaptación y supervivencia.
- Estimulación del sistema nervioso.
- Satisfacción de un instinto.
- Reprogramación de la información.
- Fijación de los aprendizajes.
- Regulación de la motivación.
- Restauración de las energías.

Los trastornos de sueño constituyen uno de los problemas más relevantes en las sociedades occidentales. La importancia de una buena calidad del sueño no solamente es un factor determinante para la salud, sino que es propiciadora de una buena calidad de vida. En un estudio llevado a cabo sobre la calidad subjetiva del sueño, sobre una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres y 132 varones) de la Facultad de Psicología de Granada por medio del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, se evaluaron los efectos del consumo de alcohol, cafeína y tabaco sobre la

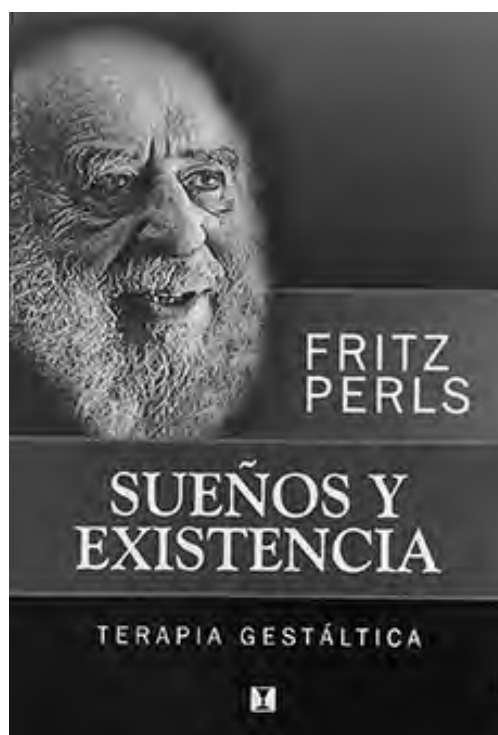
calidad del sueño. El índice de Calidad del Sueño de Pittsburg proporciona una puntuación global en la calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, alteraciones del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño y alteraciones del sueño. Los resultados encontrados muestran que aproximadamente un 30% de la muestra presenta una mala calidad del sueño, una excesiva latencia y una pobre eficacia del sueño; no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ningún componente, a excepción del consumo de hipnóticos, donde las mujeres presentaron una mayor puntuación. La ausencia de diferencias en la calidad del sueño entre hombres y mujeres podría estar relacionada con la amplia franja de edad de la muestra, que abarca de los 20 a los 93 años. En las mujeres, se observa que la calidad del sueño disminuye con el avance de la edad (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002).

El trabajo con los sueños en terapia gestalt

Según Perls (1974), el sueño es una representación de nuestra existencia en el momento en que se manifiesta, constituido por partes de la personalidad del soñador que deben, si no lo están, ponerse en contacto a través de la terapia. Primero, se re-

quiere devolver a la imaginación el sueño con toda su realidad vital, utilizando completamente el tiempo presente. Luego, se escenifica el sueño y el paciente se identifica con todas sus partes para integrar los conflictos y hacer propias aquellas características que por considerarlas negativas tienden a ser proyectadas al exterior. Retomando el trabajo terapéutico con los sueños en el contexto de la terapia gestalt, se aprecia que Perls se dedicó en sus últimos años de vida a trabajar más con los sueños que con ningún otro proceso psicológico del individuo. En 1974, dicho autor escribió su libro *Sueños y Existencia*, en el que presentó el material de casetes de sus talleres sobre sueños, grabados durante el tiempo en que residió en California (Castanedo, 2008).

El sueño constituye una entidad completa en sí misma, donde conviven tanto el mensaje como las evitaciones a comprender dicho mensaje. Una característica distintiva de la gestalt es este flujo constante



*Sueños y existencia, de Fritz Perls.
Edición de Cuatro Vientos (2012)*

y permanente entre el cuerpo y los pensamientos; entre la realidad inmediata del «aquí y ahora» y las fantasías que surgen al revivir «situaciones inacabadas» o bloqueos provocados por diversos mecanismos. Se observa que el psicoanálisis se enfoca principalmente en el dominio de la fantasía generada por el cliente, la cual raramente se confronta con la realidad; en contraste, el conductismo se centra en los síntomas manifestados en la vida cotidiana. La gestalt, por su parte, navega entre estos dos extremos, facilitando el tránsito hacia lo imaginario (sueño, sueño dirigido, ensueño, metáfora o creatividad), buscando constantemente puntos de conexión con la realidad social concreta que compartimos y en la que estamos inmersos.

Todos los elementos diferenciados del sueño son fragmentos de la personalidad y, dado que nuestro objetivo es convertirnos en personas integradas y sanas, es esencial reunir estos fragmentos del sueño. Por ello, es necesario reasumir la posesión de estos elementos proyectados y fragmentados de nuestra personalidad para recuperar así el potencial oculto del sueño.

En terapia gestalt, no interpretamos los sueños. En lugar de analizar, de hacer una autopsia del sueño, queremos traerlo a la vida. La manera de llegar a eso es revivir el sueño como si se estuviera produciendo en el momento presente. En lugar de contarlo como si fuera una historia pasada, se trata de ponerlo en acción, de interpretarlo en el presente, para que se convierta en una parte de nosotros mismos, para que se esté verdaderamente implicado. La mayor parte de las técnicas tradicionales de la gestalt pueden aplicarse al trabajo de un sueño: trabajo de polaridades, toma de responsabilidad, experimentación del contacto-retirada, etc. Y, desde luego, el terapeuta debe señalar —como de costumbre— los mecanismos de evitación o de ruptura del contacto (Peñarrubia, 1998).

Siguiendo a Schnake (2001): «Si admitimos que todo lo que ocurre en nuestros sueños tiene que ver con nosotros y que los personajes, objetos, sonidos o colores son aspectos de nosotros mismos no reconocidos y con honestidad tratamos de enfrentarnos a ellos, descubriremos mucho de nosotros mismos» (p. 142).

Sueños recurrentes

Los sueños son el espejo de nuestra vida en estado de vigilia. Desde la época de Freud, quien creía que los sueños revelaban deseos reprimidos, hasta las perspectivas contemporáneas que ven en los sueños una ventana para descubrir los conflictos del soñante en su vida diaria, comprendemos que los sueños reflejan nuestras experiencias despiertas. Independientemente de la orientación terapéutica, trabajar con los sueños en terapia ayuda a las personas a comprender y dar sentido a los eventos diarios, aprendiendo de patrones y pensamientos recurrentes que se desarrollan a lo largo de sus historias de vida. Observamos que los sueños perturbadores o pesadillas suelen estar vinculados con situaciones estresantes o desconcertantes experimentadas durante el día.

A través de los sueños, nos conectamos con experiencias sensoriales intensamente emocionales. La visión es el sentido predominante en la mayoría de los sueños, seguido por experiencias auditivas, táctiles, olfativas y gustativas en menor medida. Las emociones son memorables en los sueños porque pueden abarcar desde la ira y el miedo hasta el dolor y el placer, y su intensidad puede incluso despertarnos.

Los sueños siguen las mismas leyes y principios que rigen la terapia gestalt. Este tipo de trabajo le enseña a la persona a enfrentar situaciones existenciales que se le presentan como emergentes. y de esa experiencia que provoca en su momento actual en su «aquí y ahora» se busca que pueda integrar esos hechos en su vida. En los sueños, al igual que en la vigilia, nos damos de bruces una y otra vez con aquellas partes de la personalidad que rechazamos, con aquellos conflictos que evitamos, etc. Mediante el trabajo de revivir los sueños en terapia en momento presente, podemos observar cada parte de los sueños como partes de la personalidad que, al ser conscientes de ellas, podemos comenzar a manejar. Bastide (1972) lamenta que al igual que existen tantas biografías del hombre diurno, no existan biografías del hombre nocturno.

Ceballos (2019) reconoce que las explicaciones que encontramos sobre el sueño en la terapia gestalt no han evolucionado más allá de los pensamientos del propio Perls, quien confirió a los sueños las siguientes cualidades, de las cuales deducimos que el organismo recurrentemente tiene la necesidad de hacer tales ajustes.

- Compensatoria y/o adaptativa.
- Resolución de problemas.
- Comunicativa.

Y ahora, adentrándonos un paso más en la explicación que la terapia gestalt les otorga a los sueños recurrentes, Perls utilizó la explicación científica mediante el efecto Zeigarnik, que propone el principio o factor de cierre promulgado por Wertheimer y que postula que las personas recuerdan mejor las tareas incompletas que las tareas completas, lo que alude a las situaciones inconclusas (Montealegre, 2003). El padre de la terapia gestalt encontró en esta ley la explicación que resuelve la función de la necesidad de resolver aspectos en los sueños, además de utilizar este concepto para justificar la repetición de los sueños recurrentes. Estas son las palabras que nos dejó Perls (1973-1981) al respecto:

Los sueños [recurrentes son los] más importantes y aquí adopto una postura completamente diferente de Freud. Freud vio la repetición compulsiva, tener que repetir algo una y otra vez, y concluyó que esta era la función del instinto de muerte. Creo que estos sueños repetitivos son un intento de llegar a una solución, de llegar a un cierre. Tenemos que eliminar el obstáculo para que la persona pueda terminar la situación, cerrar la gestalt y luego continuar con el desarrollo. Y puedes estar seguro de que, si hay un sueño repetitivo, un tema existencial muy importante está en juego (p. 186).

Aunque en terapia gestalt se trabaja con todo tipo de sueños, Perls proponía que detrás de pesadillas y sueños repetitivos estaba el intento de cierre de una gestalt en la vida de una persona.

Crocker (2014) sugiere que, en los sueños repetitivos y en ciertos casos, estos apuntan a la asimilación de situaciones complejas no resueltas que persisten en la vida del individuo como situaciones inconclusas. En dichas escenas, también pueden darse procesos de empatía, donde se produce una identificación con elementos presentes en los sueños. Estos procesos permiten vislumbrar determinados introyectos del soñante (Olmedo y Montes, 2009).

Martín (2009) nos ilustra acerca de los pasos a seguir en el trabajo con sueños:

1. En primer lugar, se pide a la persona que relate el sueño en primera persona y en tiempo presente y que distribuya en la sala de trabajo las escenas y elementos que aparecen en él.
2. Una vez que el soñante ha elegido los elementos más significativos, se le pide que represente con todo su cuerpo uno de los elementos que nos parezca relevante. Esta localización de los elementos en el cuerpo nos aporta información muy valiosa, ya que se refiere a proyecciones de partes de su personalidad. Es un modelo en el que queda implicado todo el cuerpo a través de las sensaciones que se producen a medida que va cambiando por los diferentes objetos o de un rol a otro. Forma parte del conjunto de los procesos de la persona, permitiendo estos cambios que la persona se dé cuenta al entrar en lo emocional y desvincularse de lo intelectual.
3. Después de representados varios elementos, se escoge el más indicativo y se continúa el trabajo mediante la *silla vacía*, donde el trabajo con polaridades puede ser de gran ayuda para que la persona se dé cuenta de las creencias que le estén ocasionando conflicto.
4. Podemos seguir escogiendo otros elementos y seguir trabajándolos.
5. A partir de aquí, el soñante puede comenzar a construir una escena a través de los diferentes diálogos que ha vivido. También se indica finalizar el sueño si lo dejó inconcluso al despertar.
- 6.- Frecuentemente, los sueños traen a la conciencia asuntos pendientes que el soñante no es capaz de afrontar y que, casi siempre, son emociones de amor y odio entrelazados y no expresados. Una vez que el soñante ha expresado todos esos sentimientos negativos pueden aflorar los sentimientos positivos.
7. Una vez puestas palabras a todos los sentimientos y a lo que quedó pendiente le pedimos al soñante que se despidiera de ese personaje o de esos elementos y los deje ir. Con esto se concluye el trabajo, que está bien hecho en la medida de que el soñante no deje por decir nada de lo que ha sentido.

Del trabajo personal con los sueños se observan diferentes características y podemos obtener múltiples beneficios (Martín, 2006).

- Respecto a algunas características de los sueños:
- Se recuerdan mejor cuando aún no estamos muy despiertos.
- El significado está en función de las características y del momento vital del soñante.
- Se sueña entre cuatro y cinco veces cada noche. La falta de recuerdo se debe a la falta de atención o a la ausencia de conflictos emergentes significativos.
- En los sueños predominan las impresiones visuales.
- Los sueños aparecen en colores, pero en algunas personas con menor sensibilidad visual pueden aparecer en blanco y negro.
- Los sueños recurrentes son el síntoma de un asunto pendiente.
- Las pesadillas suelen aparecer en momentos de crisis.
- Los sueños aparecen en el feto antes del nacimiento.
- Hay personas que pueden influir en la producción de sus sueños, agregando o eliminando elementos.
- Los sueños son la parte más simbólica que aparece en el ser humano.
- Si privamos de soñar a una persona despertándola, aparecerán perturbaciones emocionales.
- Entre gemelos univitelinos se dan casos de tener el mismo sueño a la vez.

Respecto a los beneficios de soñar

- Nos muestra una nueva visión de lo que hacemos o vivimos.
- Nos recuerdan nuestras necesidades.
- Nos avisan cuando comenzamos a tener conflictos.
- Nos comunican de manera interna el valor que tienen para nosotros determinadas personas o situaciones.
- A veces, nos indican una forma de actuar más coherente que la que estamos actuando.

De lo expuesto, podemos inferir que los sueños, en cuya intervención no está presente la conciencia, son elementos que nos aportan mucha información sobre nosotros mismos y que dicha información es actual y perteneciente al presente. Los sueños son las proyecciones de nuestras vivencias, de nuestra personalidad y de nuestros asuntos no resueltos. La comprensión de los sueños mediante el trabajo terapéutico nos permite conocernos mejor y caminar hacia la solución de asuntos pendientes así como de las propias necesidades para una vida saludable (Martín, 2009).

De Casso relata que su primer encuentro con los sueños fue a través del psicoanálisis junguiano en la década de los 70, experimentándolo como parte de su proceso personal. Destaca la importancia que esta terapia otorga a lo simbólico y a lo arquetípico, elementos centrales en el libro de Jung *Energética psíquica y esencia del sueño* (1928), obra de vital relevancia en el estudio de los sueños.

El trabajo con los sueños es siempre sorprendente y solo requiere estar presente (de Casso, 2003): «los sueños son el camino real de los aspectos alienados o de los agujeros de la personalidad» (p. 399). Se entiende por «agujero de personalidad» aquella parte o faceta de la persona que está difuminada y que no se ha desarrollado. Hablamos, por ejemplo, de la confianza para validar lo que uno siente como real y fiarse de las propias sensaciones; un proceso que es tan natural en los niños y que como adultos a menudo perdemos.

Perls (1974) afirmó:

«El sueño es una excelente oportunidad para encontrar los huecos en la personalidad. Aparecen como vacíos, como espacios huecos, y al acercarse surge la confusión y el nerviosismo. La experiencia aterradora, la anticipación: si me acerco a esto, habrá una catástrofe, seré una nada. Ya he hablado acerca de la filosofía de la nada. Este es el impasse, donde evitamos, donde surge la fobia. De repente, se sienten somnolientos o recuerdan que tienen algo muy importante que hacer. Si trabajan en sus sueños, es mejor hacerlo con alguien que pueda señalarles dónde están evitando. Entender un sueño significa darse cuenta de cuándo están evitando lo obvio. El único peligro es que la otra persona pueda intervenir demasiado pronto y decirles qué les está ocurriendo, en lugar de darles la oportunidad de descubrirlo por sí mismos» (p. 82).

La particularidad en su enfoque, a diferencia de otros gestaltistas, fue que de Casso utilizaba fragmentos de varios sueños. Esto concuerda con la idea de que detrás de los sueños está la manera de funcionar de la persona y su aprendizaje a partir de ellos. Por tanto, solicitar varios sueños es similar a complementar para ilustrar. Perls no exploraba los sueños hasta sus últimas consecuencias; a menudo, introducía como innovación en su trabajo la pregunta: «¿Y dónde aprendió esto que experimenta en el sueño?». Perls no seguía la técnica de rastrear el síntoma hasta encontrar la gestalt oculta.

Pedro de Casso (2003), tras un profundo estudio de la obra de Perls, intuyó que en sus últimos años se centraba más en demostrar la utilidad de la gestalt que en hacer terapia. Sabemos que Perls ya trabajaba con sueños en los años cincuenta, cuando vivía con su esposa en Nueva York, incorporando elementos del psicodrama de Moreno. Perls adquirió un conocimiento derivado de su trabajo en talleres, que iba más allá de las interpretaciones psicoanalíticas que había aprendido.

Por definición, el trabajo con sueños se construye sobre la marcha. Siguiendo el procedimiento descrito por Perls (1974), no significa que al escuchar el relato de un sueño, uno se sienta orientado desde el inicio; más bien, al principio se experimenta desconcierto. Sin embargo, luego viene la segunda fase: revivir el sueño y escenificarlo. Es crucial hacerle entender a la persona que en ese momento no está narrando el sueño, sino reviviéndolo. Es común que entonces surjan matices y nuevos elementos, que permiten formular alguna hipótesis sobre cómo trabajar el sueño, como podría ser la elección de contraponer dos personajes, la personificación de elementos presentes en el sueño como una casa o un muro.

En el caso de pesadillas o sueños angustiosos, tales como ser perseguido por una entidad amenazante o caer por un abismo, en los que la persona se despierta antes de que ocurra lo temido, dos técnicas resultan reveladoras: una es continuar el sueño, permitiéndose impactar contra el fondo en la caída o ser alcanzado por la figura amenazante. Casi siempre descubro que lo temido se disuelve; es decir, no ocurre la catástrofe temida, no se recibe daño, y la sensación de peligro desaparece. La otra técnica, especialmente útil en pesadillas de persecución, consiste en personificar al personaje amenazante. Esto lleva a vivir la situación desde la otra polaridad, descubriendo que, por lo general, el personaje amenazante no tiene intenciones negativas hacia el soñante, no busca hacerle daño o simplemente era parte de un juego. Además, incorporar la fuerza de esa figura percibida como peligrosa libera a la persona de sentirse una víctima amenazada.

De Casso (2003), en su trabajo, avanza más allá de Perls. Este autor explora escenas de la infancia almacenadas en la memoria del soñante que pueden abordarse como si fuesen sueños, particularmente en lo que respecta a la relación con los padres. Esto permite al soñante revivir estas escenas, pero cambiando la perspectiva con la que quedaron impresas en su memoria. Adoptar el papel de su padre o su madre hacia sí mismo, comprendiendo sus verdaderas motivaciones, es decir, experimentarlas desde la perspectiva del otro.

La actitud terapéutica en el trabajo con sueños implica estar plenamente presente y en sintonía con lo que acontece, confiando en las impresiones que surgen, sin someterlas a ningún tipo de interpretación interna. Sin embargo, esto no significa que todos los sueños sean susceptibles de ser trabajados.

Freud (1900) fue pionero en la investigación científica del mundo de los sueños, recopilando material que reflejaba el anhelo intemporal de comprender los sueños. Intentó encontrar paralelismos con los símbolos, contemplando esta posibilidad sin descartarla por completo, pero insistiendo en que los sueños están relacionados con la personalidad del soñador, aspecto en el que verdaderamente innovó. Freud fue el primero en establecer leyes en el análisis de los sueños, que comenzó estudiando en sus propias experiencias oníricas. Su enfoque era interpretativo y analítico, acercándose a la decodificación de los sueños a través de las asociaciones y estableciendo principios como la condensación y el desplazamiento. Otro concepto significativo en su teoría es el de la censura, refiriéndose a la supresión de elementos de la vida considerados muy amenazantes (Quiroz y Yano, 2004). Para Freud, los sueños son fundamentalmente realizaciones de deseos. Sin embargo, él mismo reconoció que esta teoría no siempre era aplicable, especialmente en el caso de las pesadillas, debido a su enfoque científico, causal y lineal.

De acuerdo con De Casso (2003), Jung relata en su autobiografía varias historias sobre una paciente con la que Freud tuvo una relación compleja, marcada por un fuerte rechazo hacia algo que, no obstante, representaba un deseo para él: el mundo de lo misterioso. Jung, interesado en la alquimia, estudió culturas y rituales primitivos, así como la creación de *mandalas* como herramientas para la concentración interna. A diferencia de Freud, Jung se enfocó en el proceso de individuación de la

persona, es decir, en el proceso mediante el cual la persona se distingue «energética, psíquica y esencialmente del sueño». En la primera parte de su obra, Jung desarrolla la teoría de la libido, concebida como una fuerza independiente y más amplia que la libido sexual de la teoría freudiana, viéndola como la energía vital. Más adelante, Jung sugiere que las distintas partes del sueño pueden estar vinculadas a la personalidad del soñante.

Así, en el trabajo con sueños emergen numerosos datos psicobiográficos del consultante, similar a lo que ocurre con otras técnicas gestálticas. Estas sirven como fuente de autoconocimiento y de identificación de barreras al desarrollo personal (Poza, Calés y Escarbajal, 2023). Sansinenea (2001) describe dos maneras de caer en la trampa con los padres: replicar su comportamiento o hacer lo contrario. En ambos casos, el referente interno no se encuentra en uno mismo. Al trabajar con escenas oníricas relacionadas con los padres, el objetivo es reconectar con la referencia interna propia.

Para concluir, Fromm sostiene que el lenguaje oculto de los sueños es comprensible para toda la humanidad, pues se basa en el lenguaje universal de los símbolos, dominado inconscientemente por todos. Los sueños, por tanto, nos permiten hablar de aquello que en ocasiones no podemos expresar, desvelando e incluso revelando aspectos de nuestra propia existencia (Quiroz y Yano, 2004).

Conclusión

A lo largo de estas páginas he expuesto y analizado los antecedentes del mundo de los sueños en psicoterapia y la contribución de Perls sobre el uso terapéutico de los sueños en la práctica de la terapia gestalt. Cabe destacar que el estilo perlsiano subraya las relaciones entre los distintos elementos que emergen en el sueño y que la indagación fenomenológica se ha convertido en su metodología hasta la actualidad. Así, podemos señalar que el sueño es una actualización metafórica que el soñante guarda de sus diversas situaciones y vivencias. En el trabajo, tanto terapeuta como paciente adquieren la consciencia del significado existencial del sueño que trae el consultante. De lo cual se desprende que dicho material resulta de ayuda en el trabajo terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Ayala Romera, R. y Rodríguez-Naranjo, M. C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y terapia Gestalt: Factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>.
- Castanedo, C. (2008). *Sueños en Terapia Gestalt*. Manual Moderno.
- Carrillo, P. y Montes, B. (2009). Evolución conceptual de la Empatía. *Iniciación a la Investigación*, (4).

- Ceballos, D. (2019). *La teoría del sueño de F.S. Perls: evolución, problemas teóricos y prácticos*. Manuscrito presentado para su publicación.
- De Casso, P. (2003). *Gestalt. Terapia de autenticidad*. Kairós.
- Dement, W. C. (1955). Dream recalls and eyes movements during sleep in schizophrenics and normals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 122, 263-269.
- Ginger, S. & Ginger, A.. (1993). *La gestalt. Una terapia de contacto*. Manual moderno.
- Freud, S. (1900). *Interpretación de los Sueños*. Obras Completas (vol. III.) Biblioteca Nueva.
- Marc, E. (1987). *Le procesuss de changement en thérapies*. Retz.
- Martín, A. (2006). *Manual práctico de Psicoterapia Gestalt*. Descleé de Borouwer.
- Martín, A. (2009). *Los sueños en Psicoterapia Gestalt*. Descleé de Brouwer.
- Martín, A. (2013). *El Oficio que habitamos*. Descleé de Borouwer.
- Montealegre, R. (2003). La memoria: operaciones y métodos mnemotécnicos. *Revista colombiana de psicología*, (12), 99-107
- Langs, R. J. (1966). Manifest dreams from three clinical groups. *Archives of General Psychiatry*, 14, 643-643
- Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C., & Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental*, 25(6), 35-43.
- Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt. La vía del vacío fértil*. Alianza Editorial.
- Perls, F. (1974). *Sueños y Existencia*. Cuatro Vientos.
- Picat, J. (1984). *Le rêve et ses fonctions*. Masson.
- Poza, I., Calés, J. M., & Arrieta, M. D. E. (2023). Silla Vacía: La Realidad Proyectada. *Revista de psicoterapia*, 34(124), 165-174.
- Sansinenea, P. (2001). *Desaprobación Parental Percibida (LIPHE del FIRO), autoestima y personalidad*. Universidad del País Vasco. Tesis Doctoral.
- Santana, D. D. S., y Yano, L. P. (2014). Experimentos en terapia Gestalt: los sueños como recurso integrador. *Revista do NUFEN*, 6(2), 91-101.
- Schnake, A. (2001). *La Voz del Síntoma*. Cuatro Vientos.
- Vela-Bueno, A (1991). *Insomnio y trastornos del ritmo vigilia-sueño*. Síntesis.



Irene Poza Rodríguez

Licenciada en psicología, ejerce como directora adjunta de Psicoterapia Gestalt en la UNED y colabora en el Instituto de Psicoterapia Re-encuentro. Además, es vocal de la junta directiva de la AETG.

Armonías del *self*:

Una mirada sobre la interocepción en la terapia gestalt

Iván Moyano

Resumen

Este artículo se centra en la importancia de la interocepción dentro de la terapia gestalt y destaca su papel en la autorregulación emocional y la formación del *self*. La interocepción, definida como la percepción consciente de señales fisiológicas internas, se identifica como un aspecto subestimado en la literatura gestáltica. Este trabajo propone que la interocepción es esencial para enriquecer tanto la comprensión como la práctica de la terapia gestalt.

Además, se investiga cómo la interocepción influye en los procesos emocionales y su función en la teoría gestáltica del *self*. El análisis ofrece una nueva perspectiva para integrar la interocepción en el marco teórico y práctico de la terapia gestalt, sugiriendo un camino prometedor para futuras investigaciones y aplicaciones clínicas.

Palabras clave: terapia gestalt, interocepción, autorregulación emocional, teoría del *self*, percepción fisiológica, procesos emocionales, ajuste creativo.

Introducción

Desde su fundación en la década de 1940 por Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman, la terapia gestalt ha experimentado una evolución significativa en múltiples dimensiones: teóricas, prácticas y empíricas (Bowman y Nevis, 2014). Su relevancia inicial se consolidó con la publicación de *Ego, Hunger, and Aggression* de Fritz Perls en 1947.

Posteriormente, en la década de 1950, la terapia se institucionalizó a través de la creación de los primeros centros de formación especializados en este enfoque. Su consolidación se fortaleció aún más con la aparición del libro *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, que ha servido como un manual seminal para la práctica de esta modalidad terapéutica hasta la actualidad.

Durante las décadas de 1960 y 1970, la terapia gestalt experimentó una notable expansión y diversificación, demostrando una capacidad única para integrarse con otros enfoques terapéuticos, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia de

aceptación y compromiso.¹ Esta versatilidad ha ampliado su aplicabilidad en diversos contextos clínicos. En el ámbito de la investigación empírica, estudios recientes han corroborado la eficacia de la terapia gestalt en el tratamiento de trastornos psicológicos como la ansiedad (Herrera, Mstibovskyi, Roubal y Brownell, 2018) y la depresión² (Ali y Cerkez, 2020; Shariat *et al.*, 2020) fortaleciendo así su posición en la comunidad científica.

No obstante, a pesar de su creciente reconocimiento, la terapia gestalt sigue siendo un campo relativamente joven y, por ende, ofrece un terreno fértil para la exploración académica y la innovación clínica. Este artículo tiene como objetivo fomentar un diálogo académico en torno a aspectos teóricos menos explorados en la literatura en español sobre terapia gestalt, tales como la teoría del *self*, la interocepción y la sensibilidad interoceptiva. A pesar de la riqueza conceptual de estos temas, la literatura académica en español sigue siendo notablemente escasa.

Al focalizar nuestra atención en estas áreas, aspiramos a enriquecer la base teórica de la terapia gestalt y a abrir nuevas vías de investigación que mejoren la práctica terapéutica. Si la terapia gestalt es un método basado en la experiencia, conceptos como la propiocepción e interocepción deberían ser incluidos y estudiados en su teoría y práctica.

¿Qué es la interocepción?

La interocepción es un concepto que ha ganado prominencia en la literatura científica y clínica en los últimos años, y su relevancia en el contexto de la terapia gestalt no puede ser subestimada. Desde la biología y según el modelo *Insula Hierarchical Modular Adaptive Interoception Control* (IMAC) propuesto por Alan S. R. Fermin, Karl Friston y Shigeto Yamawaki, la interocepción se define como el proceso mediante el cual el cuerpo envía información visceral a través de estructuras cerebrales profundas hacia la corteza cerebral, específicamente a la corteza insular (Fermin, Friston y Yamawaki, 2021). Este enfoque biológico se alinea con el trabajo de Craig (2002), quien detalla un sistema neural aferente en primates y humanos que representa todos los aspectos de la condición fisiológica del cuerpo físico, proporcionando así una base para las emociones subjetivas y la autoconciencia. Esta corteza, organizada en módulos jerárquicos, es la principal región cortical que recibe aferencias interoceptivas y contiene mapas topográficos viscerales. Los módulos de la ínsula están especializados para representaciones interoceptivas de orden superior, que se reclutan de manera dependiente del contexto para apoyar el comportamiento adaptativo (Fermin, Friston y Yamawaki, 2021).

1 Podemos ver los factores de convergencia entre la terapia de aceptación y compromiso y la terapia gestalt en Ayala y Rodríguez (2020).

2 Ansiedad y depresión y estrés.

Además de esta perspectiva biológica, es crucial reconocer la complejidad inherente de la interocepción. Como señalan Suksasilp y Garfinkel (2022), la interocepción puede evaluarse en múltiples dimensiones, tanto dentro de un solo eje corporal (como el cardíaco) como en varios ejes (como el gastrointestinal). Esta perspectiva multidimensional añade una capa adicional de complejidad a nuestra comprensión de la interocepción y su papel en la terapia gestalt.

Desde una perspectiva más psicológica, la interocepción también ha sido objeto de un estudio detallado. Según Price y Hooven (2018), la interocepción se refiere a la percepción de sensaciones provenientes del interior del cuerpo. Esto incluye las relacionadas con el funcionamiento de órganos internos como el ritmo cardíaco, la respiración y la saciedad, así como la actividad del sistema nervioso autónomo relacionada con las emociones. Es importante destacar que gran parte de estas percepciones permanecen inconscientes; lo que llega a la conciencia interoceptiva implica el procesamiento de estas sensaciones internas para que estén disponibles para la conciencia consciente (Price & Hooven, 2018).

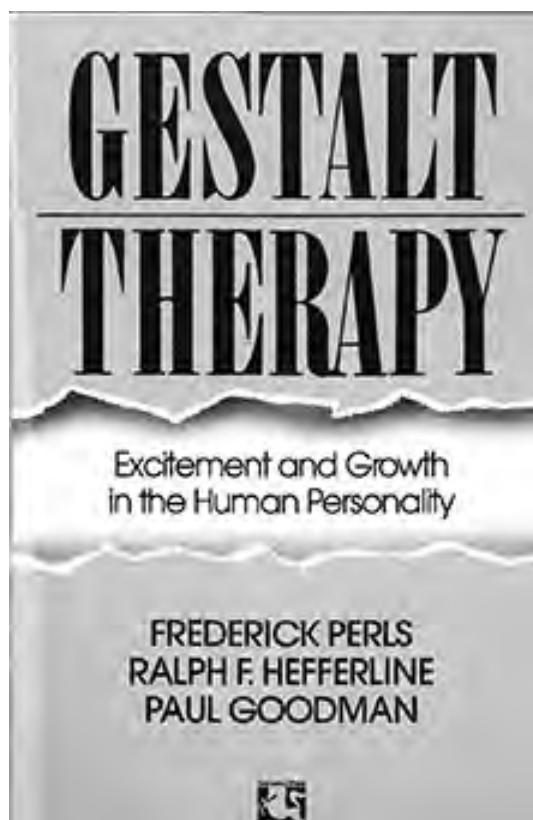
Además, Price y Hooven (2018) argumentan que la interocepción puede considerarse como un precursor e incluso un modelo para la respuesta emocional. Las sensaciones del cuerpo subyacen en la mayoría de nuestras emociones, especialmente aquellas que son más intensas y fundamentales para la supervivencia. La interocepción tiene un papel en la supervivencia, apoyando una respuesta regulada a sensaciones relacionadas con la integridad corporal (por ejemplo, sensaciones de hambre, temperatura y dolor) así como a sensaciones emocionales dirigidas a la integración social (por ejemplo, la «emoción positiva», afecto e intimidad) y la supervivencia física (por ejemplo, miedo y enojo/agresión). La conciencia interoceptiva, definida como la capacidad de identificar, acceder, comprender y responder adecuadamente a los patrones de sensaciones internas, es crucial en este contexto (Price & Hooven, 2018).

Es interesante ver cómo se desarrollan nuevas metodologías terapéuticas que aplican la conciencia interoceptiva, como el MABT (Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT)³ (Price, Thomson y Hooven, 2019) basado en conceptos que la terapia gestalt incluye desde sus orígenes.

La interocepción como pilar fundamental en la terapia gestalt

En el marco de la terapia gestalt, la interocepción se convierte en un pilar fundamental para entender cómo las personas se conectan con su experiencia interna y, por ende, cómo se relacionan con el mundo que les rodea. La conciencia interoceptiva permite a las personas reconocer y entender sus propias necesidades, emociones y respuestas

3 <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/08897077.2018.1488335> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871619300894>



Cubierta en inglés del célebre *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Edición de Souvenir Press (2005)

fisiológicas, lo que a su vez facilita una mayor autenticidad y congruencia en su interacción con el entorno. Al igual que la terapia gestalt pone un fuerte énfasis en la conciencia del «aquí y ahora», la interocepción ofrece una ventana hacia la comprensión de la experiencia inmediata desde una perspectiva biológica y emocional.

Para entender de qué forma caben la interocepción y la conciencia interoceptiva dentro de la teoría de la terapia gestalt, analizaremos cómo influyen esos términos en el concepto de «ajuste creativo». El proceso de ajuste creativo en la terapia gestalt es un fenómeno multifacético que abarca una secuencia de etapas, desde el pre-contacto, donde el individuo se prepara para la interacción con su entorno; hasta el post-contacto, que implica la asimilación y crecimiento posterior a la interacción. Según *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, este proceso es una interacción dinámica entre el organismo y su entorno, donde las estructuras parciales del *self* (como el *yo*, el *ello* y la

personalidad) desempeñan un papel crucial en la adaptación y formación del individuo. Estas estructuras facilitan la identificación y alienación de las posibilidades durante el contacto, limitando y potenciando la interacción en curso. Por lo tanto, la interocepción y la conciencia interoceptiva no son meramente procesos sensoriales; también son componentes vitales que facilitan una autorregulación emocional más consciente y adaptativa durante el ajuste creativo.

Contacto y frontera

Todo comienza en la frontera de contacto entre el organismo y su entorno, un espacio no sólo de interacción sino también de ajuste creativo. Siguiendo a F. Perls *et al.*, «todo contacto es un ajuste creativo del organismo y el entorno» (1951). Aquí es donde se experimentan las emociones, en una estructura unificada que involucra tanto al organismo como al entorno en un proceso de adaptación continua. Este

concepto amplía nuestra comprensión de la interocepción al destacar cómo la frontera de contacto sirve como un espacio dinámico para la interacción emocional.

Figura y fondo

En este paso, la emoción emerge como una figura contra un fondo, que es el campo organismo/entorno, en un proceso continuo que se conoce como el ciclo de formación de la gestalt. Este ciclo requiere un ajuste creativo, donde la figura es la emoción misma y el fondo podría incluir otros factores como pensamientos, otras emociones y el entorno físico. Este mecanismo de figura/fondo es crucial para entender cómo las emociones se forman y se experimentan en el contexto de la interocepción.

Excitación y realidad

La formación de esta figura/fondo es un proceso emocionante y lleno de preocupación, que se equilibra mediante un ajuste creativo. Lo que no es preocupante o presente para uno, no es psicológicamente real. Las personas viven sólo en relación y deben equilibrar la adaptación a las demandas de la situación con la creación de algo nuevo según sus propios intereses individuales. Por lo tanto, la emoción se convierte en una parte integral de la realidad del individuo. Este aspecto resalta la importancia de la conciencia emocional en la construcción de nuestra realidad psicológica.

Tensiones fisiológicas

Las emociones unifican ciertas tensiones fisiológicas con situaciones ambientales. Estas tensiones podrían incluir cambios en la frecuencia cardíaca, la respiración y otros indicadores fisiológicos. La interocepción, por lo tanto, no sólo es un proceso cognitivo sino también un fenómeno fisiológico que tiene implicaciones directas en cómo experimentamos nuestras emociones.

Conciencia y acción

Finalmente, la emoción culmina en una conciencia que puede llevar a la acción, un proceso que también requiere un ajuste creativo. Esta acción es una respuesta a las necesidades del organismo en relación con su entorno. El ajuste creativo refleja un equilibrio entre cambiar el entorno y adaptarse a las condiciones actuales, lo que implica una negociación continua y recíproca entre el yo y el entorno. Aquí, la interocepción y la acción se entrelazan, mostrando cómo nuestra conciencia emocional puede llevar a respuestas adaptativas o desadaptativas dependiendo de la situación.

La interocepción como función del self

El self, el sistema de contactos, siempre integra funciones perceptivo-propioceptivas, funciones motoras-musculares y necesidades orgánicas. Está consciente y orienta, agrede y manipula, y siente emocionalmente la adecuación del entorno y el organismo. (Perls *et al.*, 1951).

Tras abordar la importancia de la interocepción en el self dentro del marco de la terapia gestalt, este apartado se centra en cómo el self es protagonista en la experiencia subjetiva.

En el contexto de la terapia gestalt, el concepto de self se define como un sistema integrado por contactos que unen funciones perceptivas y propioceptivas, capacidades motoras y musculares, y necesidades biológicas (Perls *et al.*, 1951). Esta concepción nos invita a profundizar en el entendimiento de las funciones perceptivas y propioceptivas, así como a examinar detalladamente cómo estas contribuyen al funcionamiento del self. Dicho enfoque holístico enfatiza el papel crucial de la propiocepción y la interocepción como elementos esenciales en el desarrollo y operación del self.

Esta conceptualización implica que el self trasciende el rol de un simple receptor pasivo de experiencias, actuando en su lugar como un agente activo y creativo en la formación de la experiencia subjetiva. Este papel activo se manifiesta en dos formas clave: la *identificación* y la *alienación* de las posibilidades que emergen en el campo de la experiencia.

Identificación interoceptiva

La identificación, en el contexto del self, se refiere al proceso mediante el cual este reconoce y se apropia de ciertas posibilidades, integrándolas en su estructura de significado y acción. En términos de interocepción, esto podría manifestarse como la capacidad del self para reconocer y responder a señales internas del cuerpo, como el hambre, el dolor o las emociones. Esta «identificación interoceptiva» permite al self tomar decisiones más informadas y adaptativas en respuesta a sus necesidades y estados internos.

Alienación interoceptiva

Por otro lado, la alienación implica un distanciamiento o exclusión de ciertas posibilidades que se consideran irrelevantes o contraproducentes para el objetivo o estado actual del self. En el ámbito de la interocepción, esto podría traducirse en la capacidad del self para ignorar o minimizar ciertas señales internas que no son

pertinentes o que podrían ser perjudiciales en un momento dado. Por ejemplo, la capacidad para ignorar el dolor durante una situación de emergencia.

Explorando el self relacional

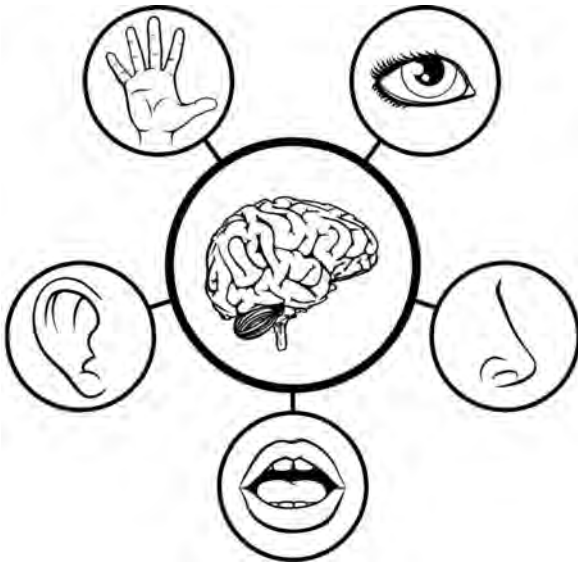
Para enriquecer nuestra comprensión de la interocepción en la terapia gestalt, es crucial considerar perspectivas adicionales sobre el self. Ruella Frank y Labarre (2011) nos ofrecen una visión fenomenológica del self como un proceso dinámico en constante ajuste creativo. Destacan la importancia de la cenestesia —la conciencia sensorial de nuestros movimientos— en este ajuste (Labarre & Frank, 2011). Introducen también el concepto de resonancia cenestésica, que podría verse como una forma de interocepción compartida (Labarre & Frank, 2011). Este enfoque sugiere que la interocepción no es solo intrínseca al self individual, sino también fundamental en la intersubjetividad. Así, la interocepción y la cenestesia forman un continuo que abarca desde la percepción interna del cuerpo hasta la percepción compartida en un contexto relacional. Esta visión nos permite ver la interocepción como una función multifacética del self que trasciende la mera percepción interna del cuerpo (Labarre & Frank, 2011).

El rol de la interocepción en la autorregulación emocional

Imaginemos que nuestro cuerpo es como una orquesta, donde cada instrumento representa un sistema sensorial diferente. La interocepción sería en este modelo el director de la orquesta que coordina y sintoniza cada instrumento para crear una melodía emocional coherente. La conciencia interoceptiva actuaría como el compositor, que no solo crea la partitura, sino que también está atento a cada detalle, desde el tono hasta el ritmo, asegurando que la música fluya de manera armoniosa. El self, en este escenario, sería el público para el cual se realiza la música. Este self no es un espectador pasivo; más bien, es un oyente activo que experimenta la música, la interpreta y, en última instancia, la integra en su propia narrativa emocional aplaudiendo con más o menos intensidad, levantándose de su asiento o cruzándose de brazos. Este acto de integración y experiencia es lo que la teoría de la gestalt describe al self como un sistema de contactos presentes y un agente de crecimiento.

Este proceso de coordinación y sintonización es análogo al ajuste creativo de la teoría de la gestalt, un acto de integración que involucra múltiples dimensiones de la conciencia y la percepción.

Para comprender más profundamente cómo la interocepción y la conciencia interoceptiva actúan como mediadores en la relación entre el organismo y su entorno, podemos recurrir a investigaciones recientes en neurofisiología y filosofía de la mente. Según un artículo que explora el concepto de Merleau-Ponty sobre el inconsciente



La interocepción es el octavo sentido que nos ofrece información sobre el estado interno de nuestro cuerpo

en la percepción, la interocepción es fundamental para la autorregulación y la neurofisiología del cuerpo humano (Fogel, 2013).

En este sentido, la interocepción no solo actúa como un mediador, sino que también es una parte integral de la autoconciencia y la autorregulación del organismo.

Este enfoque multidimensional de la conciencia interoceptiva añade una capa de complejidad a la teoría de la gestalt, sugiriendo que el ajuste creativo es un acto de integración que involucra múltiples dimensiones de la conciencia y la percepción.

Cómo la interocepción y la conciencia interoceptiva contribuyen específicamente a la autorregulación emocional

Hemos explorado la interocepción y la conciencia interoceptiva como conceptos fundamentales para la terapia gestalt, especialmente en su relación con el self. El objetivo de este capítulo es profundizar en cómo estos dos conceptos contribuyen específicamente a la autorregulación emocional.

La autorregulación emocional es un proceso mediante el cual las personas modulan sus respuestas emocionales, lo cual les permite interactuar de manera efectiva con su entorno. En el contexto de la terapia gestalt, este proceso es crucial para el ajuste creativo del individuo. La autorregulación emocional no es un proceso aislado, sino que está intrínsecamente vinculada con la interocepción y la conciencia interoceptiva. Estos conceptos no solo actúan como precursores de la respuesta emocional, sino que también ofrecen una vía para la autorregulación emocional más efectiva y consciente (Price & Hooven, 2018).

A continuación, exploraremos cómo la interocepción y la conciencia interoceptiva se entrelazan con la autorregulación emocional en un ciclo continuo de ajuste creativo.

La terapia gestalt postula que la autorregulación emocional es un subproducto de un sistema más amplio de ajuste creativo, que es la capacidad de la persona para adaptarse de manera flexible a las demandas cambiantes del entorno (Perls

et al., 1951). En este marco, la interocepción actúa como un sistema de alerta temprana, proporcionando datos sensoriales crudos que informan sobre el estado interno del cuerpo. Estos datos son luego procesados por la conciencia interoceptiva, que los traduce en emociones y sensaciones que pueden ser entendidas y actuadas (Price & Hooven, 2018).

A continuación, enunciaremos los pasos del proceso de interocepción:

Paso 1: Interocepción como punto de partida

La primera etapa en la generación de una emoción es la interocepción, que se define como la percepción de las señales internas del cuerpo, como el ritmo cardíaco y la respiración (Price & Hooven, 2018). Este proceso es fundamental para el self, ya que permite un contacto más consciente y adaptativo con el entorno.

Paso 2: Conciencia interoceptiva

La conciencia interoceptiva es el siguiente paso y se refiere a la «capacidad de identificar, acceder, comprender y responder adecuadamente a los patrones de sensaciones internas» (Price & Hooven, 2018). Aquí, el self actúa como un agente activo, reconociendo y respondiendo a estas señales internas.

Paso 3: El rol del self en la identificación y alienación

El self no es un mero receptor pasivo de experiencias. Actúa como un agente activo y creativo, identificando y alienando ciertas posibilidades que emergen en el campo de la experiencia. Este papel activo del self es crucial para la generación de emociones.

Paso 4: Interrupciones neuróticas

Es importante tener en cuenta que el self también está sujeto a mecanismos neuróticos de interrupción como la confluencia, la introyección, la proyección y la retroflexión (Perls *et al.*, 1951). Estas interrupciones pueden afectar la generación y expresión de emociones.

Paso 5: Emoción como resultado

Finalmente, la emoción emerge como un resultado de este complejo interjuego entre la interocepción, la conciencia interoceptiva y el self. En este sentido, la emoción no es un evento aislado, sino un proceso dinámico que involucra múltiples aspectos del self.

Conclusiones

Este artículo ha explorado la interocepción como un concepto clave en la terapia gestalt, destacando su papel en la autorregulación emocional y en la construcción del

self. La interacción dinámica entre el organismo y su entorno, un pilar de la gestalt, se ve enriquecida por una comprensión más profunda de la interocepción, que actúa como precursor de la respuesta emocional.

Es imprescindible resaltar la necesidad de generar más teoría y contenido académico sobre la terapia gestalt en español. A medida que esta crece, es crucial que la base teórica se amplíe para los nuevos estudiantes e investigadores en el ámbito hispanohablante. Esto no sólo contribuirá al enriquecimiento académico sino que también facilitará la accesibilidad de esta modalidad terapéutica en contextos educativos y clínicos.

El diálogo entre la terapia gestalt y la neurociencia ofrece un terreno fértil para la investigación y la validación científica. Por ejemplo, estudios recientes (Cole, 2018; Stoica y Depue, 2020) en neurociencia han examinado cómo la actividad neuronal se correlaciona con la conciencia interoceptiva, lo cual podría ser un complemento invaluable para las prácticas de terapia gestalt. Este tipo de colaboraciones interdisciplinarias no solo enriquecen la base teórica de la terapia gestalt sino que también le confieren un mayor reconocimiento académico y científico.

Al acercarnos a disciplinas científicas como la neurociencia, se abren posibilidades para el desarrollo de instrumentos de medición que pueden ayudarnos a desentrañar los misterios de la generación de «la experiencia humana». Estos instrumentos podrían incluir desde escalas de autoinforme hasta técnicas de neuroimagen, que permitirían una evaluación más objetiva de los procesos terapéuticos y de los cambios en la conciencia interoceptiva.

Referencias bibliográficas

- Ali, N. y Cerkez, Y. (2020). The Effects of Group Counseling with Gestalt Therapy in Reducing Depression, Anxiety and Stress among Traumatized People. *Revista de cercetare si Interventie Sociala*, 71, 343-359.
- Ayala, R. y Rodríguez, M.C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y Terapia Gestalt: factores de convergencia. *Revista de psicoterapia*, 31(116), 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>.
- Bowman, C. E., & Nevis, E. C. (2014). The History and Development of Gestalt Therapy. In *SAGE Publications*, Inc. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452225661.n1>.
- Cole, P. (2018). Trauma Therapy and Clinical Practice: Neuroscience, Gestalt, and the Body. *The Pennsylvania State University Press*. <http://dx.doi.org/10.5325/gestaltreview.20.1.0090>.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655-666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>.
- Fermin, A. S. R., Friston, K., & Yamawaki, S. (2021). Insula Hierarchical Modular Adaptive Interoception Control (IMAC). *Journal of Neuroscience*, 41(12), 2589-2601.
- Fogel, A. (2013). Merleau-Ponty's Concept of the Unconscious in Perception and the Attempt to Model Cognitive Information Processing in Cognitive Science and AI. *Humana.Mente, Journal of Philosophical Studies*.
- Grabbe, L., Higgins, M., Jordan, D., Noxsel, L., Gibson, B., & Murphy, J. (2020). The Community Resiliency Model®: a Pilot of an Interoception Intervention to Increase the Emotional

- Self-Regulation of Women in Addiction Treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI:10.1007/s11469-019-00189-9.
- Herrera, P., Mstibovskiy, I., Roubal, J. y Philip Brownell (2018). Investigando la terapia Gestalt para la ansiedad en dispositivos basados en la práctica: un diseño experimental de caso único. *Revista argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 321-352. DOI:10.24205/03276716.2018.1066.
- Labarre, F., & Frank, R. (2011). First year of the rest of your life, the: Movement, development, and psychotherapeutic change. *Routledge*.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. *Julian Press*.
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Frontiers in Psychology*, 9, 798.
- Shariat, A. *et al.* (2020). The Effectiveness of Gestalt Therapy on Depression, Self-Differentiation, Integrative Self-Knowledge, and Positive Psychological Characteristics in the Elderly. *Aging Psychology*, 6(3), 249-267. DOI: 10.22126/jap.2020.5573.1456.
- Stoica, T., & Depue, B.E. (2020). Shared Characteristics of Intrinsic Connectivity Networks Underlying Interoceptive Awareness and Empathy. *Cold Spring Harbor Laboratory*. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.04.30.070490>.
- Suksasilp, C., & Garfinkel, S. (2022). Towards a comprehensive assessment of interoception in a multi-dimensional framework. *Biological Psychology*, <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2022.108262>.



Iván Vladimir Moyano Pérez

Formado en terapia gestalt en Institut Gestalt (Barcelona) y entrenado en Developmental Somatic Psychotherapy en C.S.S. (New York).

Clase social y psicoterapia

Jose Luis Gil

Resumen

El propósito del presente artículo es indagar cómo el origen y la clase social influyen en la psicoterapia, particularmente dentro del ámbito de la gestalt. Partimos de la idea de que una conciencia de clase nos da una visión global más realista de lo que pasa en la sociedad, aportándonos una experiencia propia que se abre a la visión crítica, uno de los medios necesarios para fomentar y ser motor de cambio, en el contexto psicoterapéutico. Para ello presentamos este artículo científico, a modo de revisión sistemática de bibliografía que aborda esta temática, para poder culminar en una serie de conclusiones sobre la importancia que puede tener trabajar desde una perspectiva que aborde la conciencia de clase social dentro de la psicoterapia gestalt.

Palabras clave: revisión sistemática bibliográfica, conciencia de clase social, psicoterapia gestalt.

Introducción

La salud mental es el equivalente social de los ritos mágicos para la persona autónoma en el contexto actual de la posmodernidad (Ehrenberg, 2017). En la actualidad, la aplicación de la psicoterapia va más allá de la psicopatología clásica, y cada vez son más numerosos los temas que aparecen en ella y que tienen relación con el tipo de sociedad en la que vivimos y en torno a factores como la precariedad laboral, la insatisfacción vital, el individualismo, la competitividad, el consumo, el abuso o la carencia de emociones, etc. (Morgan, 2019). Por otra parte, el espacio de la psicoterapia, de manera institucional, sigue estando destinado a un grupo poblacional muy concreto y con un estatus socioeconómico determinado (Paquin *et al.*, 2019).

Delimitando nuestro objeto de estudio en torno a las variables *psicoterapia* y *clase social*, formulamos la siguiente pregunta de investigación (o hipótesis): ¿Cómo la indagación sobre la clase social influye positivamente en el proceso psicoterapéutico? Concretamente, reforzando la alianza terapéutica, observando ciertos malestares individuales que pueden ser causa de malestares sociales y fomentando una visión crítica sobre la realidad personal y social que promueva un cambio en la per-

sona, tres aspectos que resultan de gran importancia para el proceso psicoterapéutico. Cuando hablamos de indagación sobre la clase social, entendemos que debe de ser mutua, tanto para el/la terapeuta como para el/la paciente. Desde un espacio relacional, dicha indagación tiene que estar motivada primeramente por parte de quien ejerce como terapeuta. Para ello nos vamos a basar en una investigación cualitativa de revisión sistemática, a través de bibliografía científica sobre la temática.

El abordaje del análisis de la clase social dentro de la psicoterapia gestalt resulta de suma importancia, pues asume una perspectiva que transversalmente está presente en todas y cada una de las personas, y especialmente se pone en juego en la relación terapeuta-paciente, desde una fenomenología propia del ser, teniendo en cuenta que el contexto terapéutico es un entorno de encuentro desde lo genuino del ser (Ryan, 2018).

El origen social o de clase social (en el presente texto emplearé ambos conceptos como sinónimos) y su relación con la psicoterapia ha sido estudiado desde una perspectiva crítica hacia la sociedad occidental, como podemos ver ya en los escritos de Freud (1971), que desarrolló el concepto de «malestar en la cultura». Entre otros grandes psicoanalistas, Fromm (2011) refleja, en uno de sus primeros artículos, cómo el malestar económico de la persona se puede convertir en una motivación ideológica que pasa a la acción social a través de movimientos sociales, sindicales o cualquier otro grupo con características comunes de aspecto solidario entre sus participantes. Otro de los psicoanalistas importantes para el contexto humanista, Wilhelm Reich, en su obra *Psicología de las masas del fascismo* (1933), hace una crítica directa a la psicología norteamericana y europea de su época, calificándola como burguesa, teniendo en cuenta el lugar que ocupa el saber de los psicoterapéuticos (hombres de clase social media-alta) y observando cómo ciertas conductas sociales reivindicativas (manifestaciones, huelgas, protestas sociales, etc.) pueden ser analizadas por la psicología de masas y desde la óptica de quienes ocupan ese poder como actos viscerales, impulsivos e improductivos. Posteriormente, en la escuela de Frankfurt, autores como Marcuse en *Eros y Civilización* (1955) reflejan cómo nuestra identidad o autoconcepto se construye en base a deseos mediatizados por la sociedad y por el sistema de consumo en torno a estándares idealizados que, en caso de no ser alcanzados, devienen en un estigma.

Una vez revisados, a nivel muy general, los orígenes bibliográficos y autorías relacionadas con la psicoterapia y la clase social o la influencia de la sociedad sobre la clase social, vamos a pasar a definir el concepto de clase social.

Originalmente, este concepto surge de la tradición marxista. Marx, basándose en su interpretación dialéctica de Hegel (que distingue entre personas oprimidas y opresoras, reflejando la polaridad hegeliana), desarrolló el concepto de clase social. Realizó un análisis de cómo la economía y el poder han influenciado diversas sociedades a lo largo de la historia, demostrando cómo la estructura económica determina y estratifica las clases y las relaciones sociales (Cammack, 2020). Sin embargo, más allá de esta visión histórico-estructural ampliamente reconocida, nos centraremos en la dimensión filosófica del marxismo, donde Marx explora la ontología del ser humano y

examina el impacto del trabajo en nuestras vidas en términos de autorrealización, identidad y autoestima, tanto a nivel personal como comunitario o social (Feenberg, 2014). Este enfoque ha sido adoptado por diversas autoridades psicoanalíticas de orientación marxista (Laclau & Reiter-McIntosh, 1987; Hochschild, 1998; Dowling, 2020; Garlitz & Zompetti, 2023).

El claro carácter individualista que se imprime a la identidad en la era posmoderna occidental fomenta la desaparición de la conciencia de clase de manera objetiva (si lo medimos por parámetros económicos) e identitaria, surgiendo otras nuevas perspectivas de conciencia de clase subjetiva que van más allá de cuestiones económicas o materiales y nombradas desde otros aspectos más concretos, como el estilo de vida, la forma de vestir, de hablar, el tipo de ocio, la educación recibida, el lugar o tipo de residencia y el tipo de consumo realizado. Nos identificamos como clase de consumo incluso antes que como clase social, ya que nos gusta más mostrar nuestro estilo de vida que nuestro origen de vida (Gil, 2018). Esto hace que el propio consumo y la tenencia de ciertos objetos materiales se inscriban como parte de una identidad benefactora de nuestra autoestima en la construcción del self psicológico (Isaksen & Roper, 2012; Consiglio & van Osselaer, 2022). Por otra parte, las redes sociales van tomando cada vez más protagonismo en la vida de las personas, estimulando la comparación y exponiendo a las personas consumidoras (entendiendo como personas consumidoras desde un posible uso de redes sociales que asume un coste para la obtención de un beneficio) mostrándonos para que nos vean en línea facetas de nuestra identidad deseables, o simplemente lo bien que nos va en la vida (Gonzales & Hancock, 2011; Gil, 2020; Goor *et al.*, 2020). Con la llegada de la psicología positiva, y los continuos mensajes de «por muy mal que te vaya todo es un aprendizaje o tienes que sonreír», sacrificamos nuestras últimas esperanzas de liberación (Gil, 2020) detrás de una fachada irracional que ahoga nuestro malestar colectivo (Han, 2017, 2020).

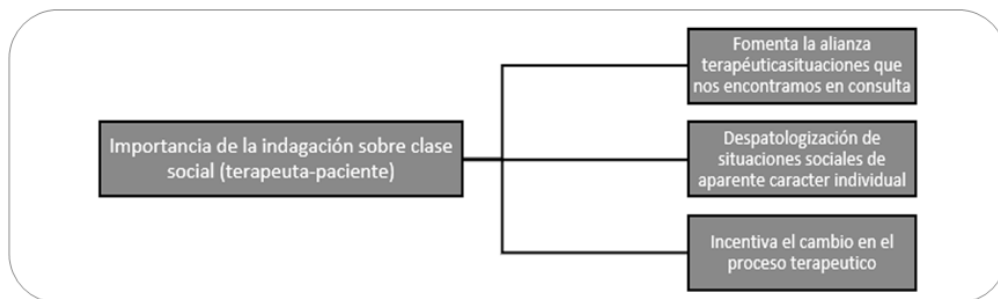
La práctica de la psicoterapia en la sociedad actual, en muchos de sus aspectos, se desvincula del concepto de clase social, adaptándose a las características del sistema económico neoliberal (McEvoy *et al.*, 2021). Esto se refleja en su naturaleza de profesión liberal, donde los psicoterapeutas actúan como profesionales independientes, gestionando sus propios horarios y tarifas, operando individualmente desde espacios privados y formando relaciones profesionales a través del intercambio económico. Otros factores que influyen son la orientación política, el contexto patriarcal dominante, y por supuesto una serie de factores subjetivos sobre los cuales pueden influir más o menos toda una serie de prácticas y discursos de la sociedad dominante (Foucault, 1970).

Nos planteamos la siguiente hipótesis de partida o pregunta de investigación: ¿la indagación de la clase social por parte del terapeuta, en la relación terapéutica, mejora el proceso de psicoterapia? Teniendo en cuenta que nos estamos refiriendo a un contexto gestáltico y entendiendo la mejora en el proceso de psicoterapia como un concepto complejo totalmente subjetivo, donde añadiremos una serie de variables dependientes (ver Figura 1), como la alianza terapéutica, la despatologización de muchas

situaciones que nos encontramos en consulta y la posibilidad de incentivar el cambio en el proceso en la relación paciente terapeuta. La elección de estos componentes que influyen dentro del proceso terapéutico y concepto de mejora, son aspectos sobre los cuales se indagará en las lecturas que realizaremos en el presente artículo.

Figura 1

Hipótesis y variables del estudio



Metodología

Cuando pensamos en una investigación en el área de la salud, humanidades o en ciencias sociales, solemos pensar en el contraste de datos estadísticos respecto a un colectivo o población concreta. En este caso, rompemos los tópicos presentando una investigación de carácter cualitativo en torno a un estado de la cuestión de un aspecto concreto, por medio de una revisión sistemática. Una revisión sistemática consiste en una búsqueda y revisión bibliográfica, que de manera explícita, emplee una serie de pasos, sistematizados, con el fin de sintetizar y recopilar hallazgos aparecidos en investigaciones y estudios anteriores relacionados con la materia, que abordan el tema o la pregunta que se está investigando. A diferencia de una revisión bibliográfica, la revisión sistemática sigue una metodología concreta, siendo más precisa y específica en la temática que aborda (Higgins, *et al.*, 2019).

Tomando la guía PRISMA actualizada a 2020 (Page, *et al.*, 2021), documento de carácter internacional elaborado para establecer las bases y procedimientos de elaboración de estudios científicos de revisión sistemática y metaanálisis en materia de salud (Urrútia&Bonfill, 2010), se realizó una revisión sistemática relativa a nuestro ámbito de estudio.

Se emplearon las siguientes bases de datos: Google académico, Scopus, The Gestalt Psychotherapy Research Database, Crossref, Mendeley, Elicit y Physiotherapy Evidence Database, empleando la siguiente ecuación de búsqueda: «social class psychotherapy or psychology» («clase social, psicoterapia o psicología») y/o «society problems and psychotherapy or psychology» («problemática social, psicoterapia o psicología»), en castellano, francés, portugués e inglés. También se usaron los

siguientes mapas de redes: Connecterpapers, ResearchRabit y LitMaps para relacionar artículos científicos con la temática. Tanto los buscadores de referencias como los mapas de redes nos permitieron seleccionar aquellas fuentes secundarias de mayor relevancia (siguiendo como criterios de relevancia el impacto de publicación en revista científica y el número de citaciones de dichas fuentes).

Una vez seleccionados los artículos, se procedió al registro del título y resumen, solamente en el caso de aquellos que abordaban nuestro tema de estudio se procedía a su lectura crítica y extracción de datos, de los cuales se seleccionaron finalmente 20 artículos, que hacían referencia al tema concreto que estábamos buscando, concretamente el criterio de elegibilidad correspondió a si abordaba o no el aspecto de la clase social en la psicoterapia desde la perspectiva de la/del terapeuta, en torno a las tres variables seleccionadas con anterioridad (ver Figura 1).

El análisis de texto y de discurso cualitativo de los textos, se realiza a través del software libre ATLAS.ti, herramienta informática que facilitó la comparación de textos, a través de palabras clave y desarrollo de las ideas o aspectos clave comunes abordados respecto a nuestra temática.

Resultados y discusión

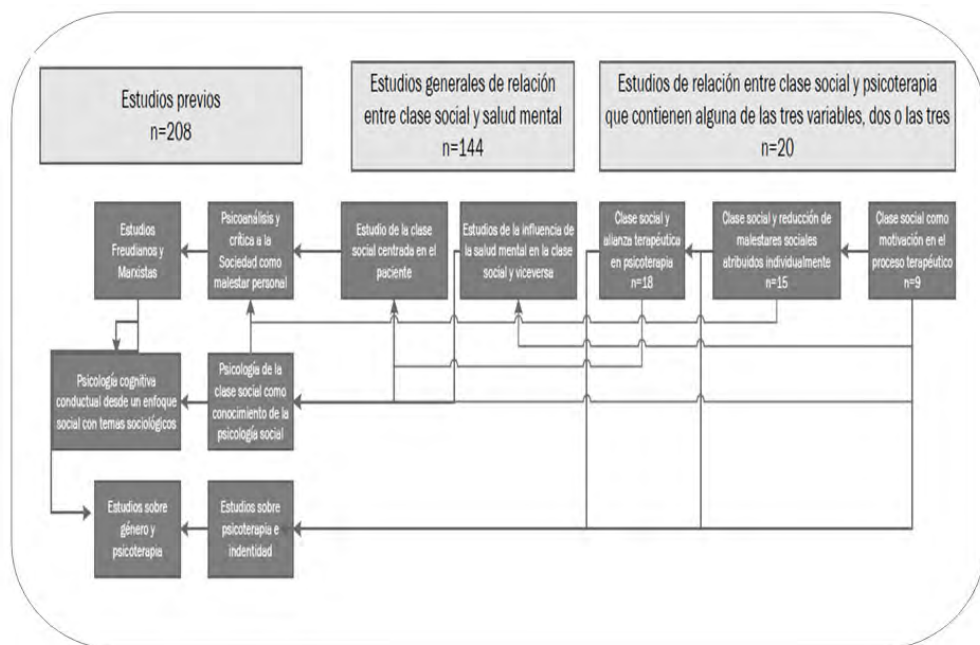
Considerando la estructura del apartado de resultados y discusión, donde el primero presenta los hallazgos de la investigación y el segundo los compara con estudios previos, se opta por integrar ambas secciones. De esta manera, se resaltan los aspectos más significativos de los artículos revisados y se ofrece una síntesis de estos (Vera, 2009). A continuación, se presentan los descubrimientos agrupados por temas. Para organizar de manera eficaz el trabajo realizado, se utiliza un diagrama de flujo que muestra las temáticas identificadas, así como sus interconexiones. Además, se ha llevado un registro del número de casos o referencias en los que se menciona cada tema clave ($n=$), tal como se muestra en la figura 2.

La psicología de la clase social forma parte de los contenidos de la psicología social, haciendo referencia a la comprensión de cómo la clase social afecta a la persona, en su emoción, cognición y comportamiento (Argyle, 1994; Manstead, 2018), estando relacionado con estudios de personalidad e identidad, motivación, trauma y satisfacción vital, entre otros (Kraus & Stephens, 2012; Muldoon, *et al.*, 2019; Belmi, *et al.*, 2020), siendo complicado encontrar fuentes bibliográficas relacionadas con la psicoterapia (Liu, 2002; Liu, *et al.*, 2004).

En la actualidad se entiende la psicoterapia asumiendo la influencia bidireccional entre psicoterapia y sociedad (Woolfolk & Murphy, 2004). Desde este posicionamiento, un aspecto muy común encontrado es la relación entre la clase social y la salud mental, en el sentido de que muchos problemas que repercuten en la salud mental están interrelacionados con la clase social (Srole *et al.*, 1963; Wender *et al.*, 1974; Starfield *et al.*, 2002; Liu, 2002; Liu, *et al.*, 2004).

Figura 2

Diagrama de flujo con las temáticas trabajadas



La poca investigación encontrada en la revisión sistemática en relación con la psicoterapia y la clase social proviene mayoritariamente del ámbito anglosajón. Por otra parte, la tendencia a investigar sobre clase social ha sido tradicionalmente de corte psicoanalítica, y desde una visión neomarxista (Layton, 2020).

En muchas ocasiones, ha sido analizada junto otros aspectos identitarios, como puede ser el género, raza, sexo, edad, etc. (Abel, 2018; Joiner *et al.*, 2022). Desde esta perspectiva interseccional, la clase social puede ser estudiada, en el contexto actual, llamado de lentes múltiples, donde las diferentes características de una persona forman agrupaciones de diferentes miradas como objeto de estudio (Liu, 2002).

La mayor parte de las investigaciones encontradas en este trabajo tienen que ver con la clase social del/ la paciente en relación con su proceso psicoterapéutico (e.g. Delgadillo, 2018), así como con los orígenes de los colectivos en situación de inclusión social, siendo estas investigaciones mayormente de carácter cualitativo (Trott & Reeves, 2018). La Asociación Americana de Psicología (APA) reconoce que las personas con un nivel socioeconómico más bajo pueden tener una mayor prevalencia de trastornos mentales, siendo menos probable que reciban tratamiento y que puedan continuar el mismo en caso de comenzar (Saegert, *et al.*, 2007).

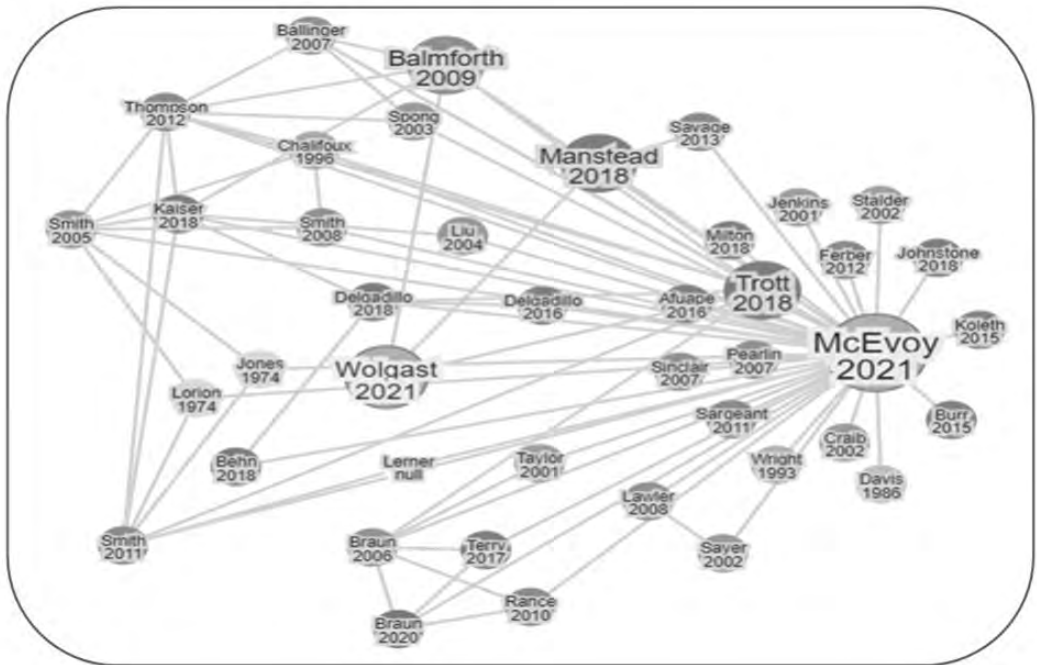
En las sociedades occidentales actuales, se observa una creciente disminución en la atención que se presta a la salud mental de la población desde el ámbito de las políticas públicas de salud. Esta situación se convierte en una cuestión de clase social, donde solo aquellos que pueden costearse el tratamiento tienen acceso al

espacio terapéutico. De manera general, la atención terapéutica queda reservada para la población que puede permitírselo de manera privada, mientras que la asistencia a la ciudadanía con menos recursos adopta un enfoque asistencialista. Este enfoque prioriza las necesidades materiales sobre el bienestar mental (Kugelmass, 2016). Quizás, podríamos inferir una falta de conciencia política en la psicoterapia (Kearney, 1996), o incluso el riesgo de que aquellos que hemos experimentado una movilidad social ascendente olvidemos mirar hacia atrás. Esto último implica reconocer nuestros orígenes y una parte esencial de nuestra identidad.

La importancia de esta revisión sistemática de bibliografía reside en nuestra hipótesis de partida, que es que la indagación de la clase social por parte del/a terapeuta, en la relación terapéutica, mejora el proceso de psicoterapia. Analizaremos la llamada mejora en el proceso de psicoterapia atendiendo a tres variables que forman parte de nuestra hipótesis: la alianza terapéutica, la despatologización de muchas situaciones que nos encontramos en consulta (y que aunque aparentemente son temas individuales, terminan siendo cuestiones de malestar social o contextual motivados por la propia clase social) y la conciencia de clase como visión identitaria crítica de motor de cambio y motivación personal para nuestros pacientes.

En la figura 3, aparecen las relaciones entre la bibliografía encontrada sobre clase social y psicoterapia. A modo de esferas, se muestran las autorías sobre el tema, siendo las esferas de mayor tamaño las que reciben más citaciones en su conjunto.

Figura 3
Relación de referencias más relevantes sobre psicoterapia y clase social



Wolgast *et al.* (2021) nos muestran en un artículo muy reciente cómo el conocimiento de la clase social en la relación terapeuta-paciente produce una mejora en la alianza y proceso terapéutico, siendo primeramente la autoindagación en el conocimiento sobre la clase social por parte del/a terapeuta y posteriormente trabajando la sobre dicho conocimiento de clase sobre el/la paciente, una manera muy genuina de construir el vínculo terapéutico (Kearney, 1996; McLeod, 2003). De hecho, se han encontrado estudios que hablan de una peor alianza terapéutica cuanto más difiere el estatus socioeconómico entre paciente y terapeuta (Behn *et al.*, 2018).

Si tenemos en cuenta la perspectiva de la clase social en psicoterapia, observaremos cómo muchos males y malestares culturales se experimentan desde los propios contextos socioculturales donde nos movemos.

Como apunta Han (2017), somos nosotros y nosotras mismas las que cada vez nos imponemos ideales del logro y la exigencia idealizados, más allá de la mirada de un otro jerárquicamente superior, reformulando el paradigma panóptico foucaultiano, donde no hay nadie que me vigila ni somete, sino que soy yo quien me encargo de hacerlo desde mi autoexigencia (Gil, 2020).

En el día a día, muchos de los asuntos que se tratan en terapia están relacionados con este tipo de malestares sociales, y muchos contextos de estos malestares se generan en espacios productivos donde el sistema neocapitalista aporta mayoritariamente las normas del juego. Nivel de competitividad, expectativas, logro, motivación, exigencia, éxito, etc., son aspectos que juegan directamente con el estatus o la clase social (Smail, 2018).

El estudio de la clase social es una de las claves para trabajar la despatologización de muchos malestares estructurales de la sociedad, que parecen ser causas personales llevadas a terapia (Trott & Reeves, 2018). Cuando una persona critica o señala problemas en el sistema, este a menudo responde marcándola con estigmas de exclusión y no adecuación, castigando así a quienes no se ajustan a sus normas predeterminadas.

No obstante, el problema real podría residir en que el sistema o la sociedad no están diseñados para apoyar un estilo de vida saludable y adecuado para el bienestar de las personas.

Un trabajo terapéutico que contempla la clase social no solamente fomenta una mayor visión crítica sobre la sociedad y alienta al cambio social de muchas situaciones estructurales de desigualdad (Trott & Reeves, 2018) sino que parte también promueve una mayor responsabilidad y efectividad en el proceso terapéutico (Pilgrim, 1997, 2006; Ballinger & Wright, 2007; McEvoy *et al.*, 2021), tanto del paciente como de la persona que toma el papel de terapeuta (Bromley, 1983; Skeggs, 1997, 2004).

De esta manera, se da mayor coherencia y ética al proceso, así como una comprensión más completa y plena de la realidad y del entorno, humanizando la sociedad y democratizando en cierta medida la psicoterapia (Liu, 2002; Proctor, 2002; Spong & Hollanders, 2003; Ballinger & Wright, 2007; Wolgast *et al.*, 2021; McEvoy *et al.*, 2021).

Conclusiones

El estudio de la clase social en psicología, y en particular en psicoterapia, tiene sus raíces en el psicoanálisis bajo una perspectiva marxista o crítica. Este enfoque fue luego adoptado y desarrollado por la psicología social. Desde mediados de los años noventa, se observa un creciente interés en este tema, con referencias que han ido aumentando con el tiempo. Hoy en día, la tendencia en el estudio de la clase social se observa principalmente en contextos psicoterapéuticos cognitivos conductuales y, de forma progresiva, en otros enfoques que han evolucionado a partir de planteamientos clásicos, como los sistémicos, contextuales, de tercera generación o nuevos enfoques psicodinámicos. Sin embargo, no se encuentran referentes específicos dentro de la psicoterapia gestalt que aborden directamente la clase social.

Respecto al contenido de las fuentes consultadas, la mayor parte tiene que ver con la clase social del/a paciente en un contexto con la relación de ayuda, así como los orígenes de los colectivos en situación de inclusión social, siendo estas fuentes de carácter cualitativo, correspondiendo a un enfoque multidisciplinar, dentro de contextos de carácter psicosocial, donde los profesionales mayoritariamente son del ámbito del trabajo y o educación social.

Por una parte, hemos visto la importancia para nuestra propia identidad que tiene el conocimiento de nuestra clase social, como seres pertenecientes a un contexto, en este caso neoliberal, fruto de las sociedades actuales posmodernas. Por otra parte, la importancia respecto a nuestros orígenes familiares, geográficos y vinculares, que nos definen en el «aquí y ahora».

Retomando nuestra pregunta de investigación sobre si la indagación de la clase social por parte del/a terapeuta, en la relación terapéutica, mejora el proceso de psicoterapia, encontramos contradicciones y debilidades metodológicas respecto a lo que se refiere el concepto de mejoría en el proceso de psicoterapia, ya que no existe un concepto de mejoría objetiva y medible cuantitativamente, ni se ha estructurado un proceso metodológico cualitativo, como sería el caso para establecer qué es la mejora en el proceso psicoterapéutico, a través del estudio de casos u opiniones expertas en la materia, como podríamos hacer en futuras líneas de investigación en el ámbito de la gestalt.

A través de la revisión y análisis de la literatura, hemos confirmado cómo el estudio de la clase social influye significativamente en los aspectos señalados en nuestra hipótesis, los cuales son cruciales para un proceso terapéutico efectivo. Asimismo, el enfoque gestáltico se enriquece tanto en contenido como en forma al abordar temas tan fundamentales como la clase social, así como los orígenes familiares y personales. Incorporar la perspectiva de clase social en la terapia mejora la alianza terapéutica y fomenta una mayor conciencia personal. Esta conciencia permite identificar malestares de índole social, estructuralmente arraigados, que a menudo asumimos como propios o por los que nos sentimos indebidamente responsables, facilitando así un proceso de despatologización sin eludir la responsabilidad sobre estos asuntos. Al reconocer que estas cuestiones sociales no son meramente individuales,

se promueve un cambio hacia una perspectiva social y comunitaria respecto a los malestares globales. Esto contribuye a una mayor responsabilidad personal y colectiva.

Referencias bibliográficas

- Abel, E. (2018). Race, class, and psychoanalysis? Opening questions. In *Feminism and Philosophy* (pp. 508-525). Routledge.
- Argyle, M. (1994). *The psychology of social class*. Psychology Press.
- Ballinger, L., & Wright, J. (2007). 'Does class count?' Social class and counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 157-163.
- Balmforth, J. (2009). 'The weight of class': clients' experiences of how perceived differences in social class between counsellor and client affect the therapeutic relationship. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 375-386.
- Baron, R. A. (1990). Environmentally induced positive affect: its impact on self efficacy, task performance, negotiation, and conflict 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(5), 368-384.
- Behn, A., Davanzo, A., & Errázuriz, P. (2018). Client and therapist match on gender, age, and income: Does match within the therapeutic dyad predict early growth in the therapeutic alliance? *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1403– 1421.
- Belmi, P., Neale, M. A., Reiff, D., & Ulfe, R. (2020). The social advantage of miscalibrated individuals: The relationship between social class and overconfidence and its implications for class-based inequality. *Journal of personality and social psychology*, 118(2), 254.
- Bromley, E. (1983). *Social Class & Psychotherapy*. In D. Pilgrim (Ed.).
- Cammack, P. (2020). Marx on social reproduction. *Historical Materialism*, 28(2), 76-106.
- Consiglio, I., & van Osselaer, S. M. (2022). The effects of consumption on self-esteem. *Current Opinion in Psychology*, 101341.
- *Delgadillo, J. (2018). Worlds apart: Social inequalities and psychological care. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 111-113.
- Dowling, W. C. (2020). *Jameson, Althusser, Marx (RLE Marxism): An Introduction to 'The Political Unconscious'*. Routledge.
- Ehrenberg, A. (2017). *What We Talk About When We Talk About Mental Health: Towards an Anthropology of Adversity in Individualistic Society*. In: Neckel, S., Schaffner, A., Wagner, G. (eds) *Burnout, Fatigue, Exhaustion*. Palgrave Macmillan, Cham. 153-171. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_7
- Feenberg, A. (2014). *The philosophy of praxis: Marx, Lukács and the Frankfurt School*. Verso Books.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Tusquets.
- Freud, S. (1971). *Abstracts of the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 21). National Institute of Mental Health.
- Fromm, E. (2011). Die psychoanalytische Charakterologie und ihre Bedeutung für die Sozialpsychologie. *Zeitschrift für Sozialforschung* 1, 253-277
- Garlitz, D., y Zompetti, J. (2023). Critical Theory as Postmarxism: The Frankfurt school and beyond. *Educational Philosophy and Theory*, 55(2), 141-148.
- *Gass, C. S. (1984). Therapeutic influence as a function of therapist attire and the seating arrangement in an initial interview. *Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 52-57.
- Gil, J.L. (2018). La sororidad en la intervención social. *Revista de Terapia Gestalt*, 284- 291.
- Gil, J.L. (2020). *Diferencias digitales entre adolescentes onubenses: identificación, sexismo y amor romántico*. [Tesis Doctoral, Universidad de Huelva]. <http://hdl.handle.net/10272/19327>

- Goor, D., Ordabayeva, N., Keinan, A., y Crener, S. (2020). The impostor syndrome from luxury consumption. *Journal of Consumer Research*, 46(6), 1031-1051.
- Han, B. C. (2017). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Han, B. C. (2020). *La desaparición de los rituales: una topología del presente*. Herder Editorial.
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons.
- Hochschild, A. R. (1998). The sociology of emotion as a way of seeing. Emotions in social life: *Critical themes and contemporary issues*, 3-15.
- Isaksen, K. J., & Roper, S. (2012). The Commodification of Self-Esteem: Branding and British Teenagers. *Psychology & Marketing*, 29(3), 117-135.
- * Joiner, T. E., Robison, M., Robertson, L., Keel, P., Daurio, A. M., Mehra, L. M., & Millender, E. (2022). Ethnoracial status, intersectionality with gender, and psychotherapy utilization, retention, and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.90(10), 837–849. <https://doi.org/10.1037/ccp0000726>
- * Kearney, A. (1996). *Counselling, Class & Politics: Undeclared Influences in Therapy*. PCCS Books.
- Kraus, M. W., & Stephens, N. M. (2012). A road map for an emerging psychology of social class. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(9), 642-656.
- Kugelmass, H. (2016). «Sorry, I'm Not Accepting New Patients». *Journal of Health and Social Behavior*, 57(2), 168–183
- Laclau, E., & Reiter-McIntosh, A. G. (1987). Psychoanalysis and Marxism. *Critical Inquiry*, 13(2), 330-333.
- Layton, L. (2020). *Toward a social psychoanalysis: Culture, character, and normative unconscious processes*. Routledge.
- * Liu, W. M. (2002). The social class-related experiences of men: Integrating theory and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 355–360.
- * Liu, W.M., Ali, S. R., Soleck, G., Hopps, J., Dunston, K., &Pickett, T., Jr. (2004). Using social class in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 3–18.
- Marcuse, H. (1955). *Eros and civilization*. Beacon.
- * Manstead, A. S. (2018). The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 57(2), 267-291.
- * McEvoy, C., Clarke, V., & Thomas, Z. (2021). 'Rarely discussed but always present': Exploring therapists' accounts of the relationship between social class, mental health and therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(2), 324-334.
- McLeod, J. (2003). *An Introduction to Counselling*. OU Press.
- * Morgan, D. (2019). Psychosis and the desire for externalisation in the individual psyche and neoliberal society. *British journal of psychotherapy*, 35 (3), 384-398.
- * Muldoon, O. T., Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Kearns, M., &Jetten, J. (2019). The social psychology of responses to trauma: Social identity pathways associated with divergent traumatic responses. *European Review of Social Psychology*, 30(1), 311-348.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.
- * Paquin, J. D., Tao, K. W., &Budge, S. L. (2019). Toward a psychotherapy science for all: Conducting ethical and socially just research. *Psychotherapy*, 56(4), 491.
- Pilgrim, D. (1997). *Psychotherapy and Society*. Sage.
- Pilgrim, D. (2006). Social class. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *The Sage Handbook of Counselling and Psychotherapy*. Sage.
- Proctor, G. (2002). *The Dynamics of Power in Counselling and Psychotherapy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Ryan, J. (2018). «Class is in you»: An exploration of some social class issues in psychotherapeutic work. In *Thinking space* (pp. 127-146). Routledge.

- Saegert, S. C., Adler, N. E., Bullock, H. E., Cauce, A. M., Liu, W. M., & Wyche, K. F. (2007). Report of the APA task force on socioeconomic status. *Washington, DC: American Psychological Association.*
- Skeggs, B. (1997). *Formations of Class and Gender.* Sage.
- Skeggs, B. (2004). *Class, Self, Culture.* Routledge.
- Smail, D. (2018). *The origins of unhappiness: A new understanding of personal distress.* Routledge.
- * Spong, S., & Hollanders, H. (2003). Cognitive therapy and social power. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3, 216-222.
- Srole, L., Langner, T. S., & Michael, S. (1963). *Life stress and mental health: The Midtown Manhattan Study.* Free Press of Glencoe
- * Starfield, B., Riley, A.W., Witt, W. P., & Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiological Community Health*, 56, 354-361.
- * Trott, A., & Reeves, A. (2018). Social class and the therapeutic relationship: The perspective of therapists as clients. A qualitative study using a questionnaire survey. *Counselling and Psychotherapy research*, 18(2), 166-177.
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Vera, O. (2009). Cómo escribir artículos de revisión. *Revista médica la paz*, 15(1), 63-69.
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Kety, S. S., Schulsinger, F., & Welner, J. (1974). Cross-fostering: A research strategy for clarifying the role of genetic and experiential factors in the aetiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 30, 121-128.
- * Wolgast, M., Despotovski, D., Olsson, J. L., & Wolgast, S. (2021). Socioeconomic status and the therapeutic alliance: An empirical investigation using structural equation modelling. *Journal of Clinical Psychology*, 78(6), 1058-1073.
- Woolfolk, R. L. y Murphy, D. (2004). Axiological foundations of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 168-191.



José Luis Gil

Doctor en ciencias sociales y educativas, psicólogo sanitario, sociólogo y trabajador social, psicoterapeuta gestáltico miembro titular de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG), y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), director de psicodrama, terapeuta EMDR, formado en psicoterapia integrativa y eneagrama en el programa SAT de Claudio Naranjo, constelaciones familiares sistémicas y terapia sistémica relacional, Máster Universitario en estudios de género, identidades y ciudadanía y diplomado en salud mental en situaciones de violencia política y catástrofes naturales. Ha trabajado durante más de veinte años en el acompañamiento a personas ante situaciones de vulnerabilidad psicológica y social, es docente en diversas universidades públicas, actualmente se dedica a la formación e investigación en el ámbito de las relaciones humanas.

¿Y tú, cómo lo piensas?

Teoría del self para *dummies*, frikis y otros

Carmen Vázquez Bandín

La Humanidad no es solamente, para cada uno de nosotros, el tallo que sostiene, une, conserva... es la «flecha» que corona las cimas del porvenir. Es necesario que el Hombre crea en la Humanidad más que en sí mismo.

P. TEILHARD DE CHARDIN

Resumen

La *teoría del self* de nuestra teoría de la terapia gestalt es, a mi modo de ver, revolucionaria y muy actual ya que, aunque fue propuesta por nuestros fundadores en 1951, sus planteamientos son acordes con los principales descubrimientos científicos que indican que no somos individuos aislados, que la vida siempre está formada por el binomio «yo-mundo» y que debemos contar, no solo con el individuo, con lo social para poder entender las formas de sufrimiento humano y para poder ayudar a paliar este sufrimiento.

Mi propósito, en este artículo, es explicar que la vida y la experiencia tiene lugar en el «entre» (del individuo y su entorno), que en terapia gestalt llamamos «proceso-de-contacto» desde una perspectiva distinta, como una metáfora. Y que es en este «entre» del psicoterapeuta y el paciente donde se evidencia el sufrimiento y donde tiene lugar la transformación, la salud y el crecimiento. Cada individuo es único, y vivir supone, de manera holística, celebrar la Vida. Uniendo nuestras experiencias individuales, tenemos el potencial de crear una melodía excepcional que podría transformar nuestro mundo y el planeta en el que vivimos.

Introducción

Quienes me conocen, saben que cuando descubrí y me tomé en serio nuestro libro fundador, *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana* (PHG, a partir de ahora), me fascinó de tal manera lo que encontré en él que no solo lo traduje al español sino que me volví una entusiasta defensora de nuestra teoría, que estimuló mi forma de pensar y de hacer psicoterapia, me impulsó la necesidad

de escribir sobre nuestro enfoque, y que sigue estimulándome a entender y desentrañar cada una de las frases y de sus propuestas para aprender a llevarlas a la práctica terapéutica.

También leo, oigo y traduzco las propuestas de muchos colegas sobre la teoría y aplicación de nuestro método y, a veces, me vienen a la cabeza dos reflexiones. Una es sobre una de las frases del libro de Perls, Heferline y Goodman que considero la más fundamental de todo el libro, que citaré inmediatamente, y en base a la cual, en mi opinión, está desarrollada en el resto de sus páginas. La frase es la siguiente: «Hablamos del organismo en contacto con su entorno, pero el contacto es la realidad más simple e inmediata». La segunda frase tiene que ver con el concepto holístico de nuestro enfoque; en el cual el PHG se refiere a las «dicotomías neuróticas» que hacen que hayamos perdido, a nivel social e individual, la idea de que somos seres holísticos. Sobre estos conceptos y algunos otros relacionados con la teoría del self, ya he escrito en otras ocasiones desde una perspectiva psicológica. A esos artículos remito al lector si es la primera vez que se acerca a mi manera de entender la teoría del self de la terapia gestalt.

Mi propósito en este artículo es explicar mi punto de vista desde una perspectiva distinta, tomando siempre como base la teoría propuesta en nuestro libro seminal que, después de todo, es nuestra brújula para orientarnos sobre cómo pensar y llevar a la práctica la terapia gestalt propuesta por sus fundadores. Aunque ya advierto que los planteamientos, esta vez, van a ser peculiares y contarán con un punto de partida poco usual en nuestros escritos gestálticos.

En cualquier caso, este artículo se puede tomar como una metáfora, como un relato de la «nueva era» sobre el proceso-de-contacto y la teoría gestáltica, sin tratar de valorar su veracidad científica (aunque la tiene).

Para hacer más sencillo el entendimiento de lo que busco compartir, en este artículo me centraré en ejemplos que provienen de la psicoterapia o, de manera más amplia, de interacciones humanas. En otras palabras, tanto al «organismo» como al



Somos seres holísticos

«entorno» los abordaré como seres humanos, con el «paciente» identificado como «O» y el «terapeuta» como «E», o a una persona A como «O» y a una persona B como «E». Aunque los puntos que quiero discutir son igualmente válidos para casos de grupos, o incluso cuando consideramos a «E» como el conjunto de objetos inanimados, mi enfoque se mantendrá en las interacciones entre personas para evitar complejidades innecesarias.

De lo universal a lo particular: el universo y la energía

El teorema de Bell demuestra que cualquier modelo de realidad, ya sea ordinario o contextual, debe estar conectado con influencias que no respetan el límite de la velocidad óptica. Si el teorema de Bell es válido, vivimos en una realidad superluminal (que rebasa la velocidad de la luz). El descubrimiento de Bell de la necesaria no-localización de la realidad profunda es el logro más importante en la investigación de la realidad desde la formulación de la teoría cuántica.

NICK HERBERT, *Reality Quantum*

En los estudios recientes de neuropsicólogos y neurocientíficos, parece cada vez más claro que el cerebro humano es el que construye la realidad y los objetos materiales. Esto parece estar en consonancia con los planteamientos de algunos físicos cuánticos y filósofos de la ciencia, que hacen afirmaciones y demuestran realidades hasta hace poco impensables, como que el universo es energía y que esta energía es consciente y amorosa (E. Laszlo, 1990); que el universo es un holograma (D. Bohm, 1970); que nuestro cerebro construye matemáticamente la realidad¹ (K.H. Pribram, 1966); que existe una «resonancia mórfica» gracias a los campos morfogenéticos (R. Sheldrake, 1981) y que la realidad es un «proceso creativo e interconectado»² (F. Capra, 1966). Podría seguir nombrando a otros muchos científicos para poner de relieve que, en este siglo XXI, parece que la metafísica y la ciencia están llegando a puntos coincidentes y que la psicología y la psicoterapia necesitan incluir en sus paradigmas estos nuevos descubrimientos.

En las últimas décadas, también, la teoría de cuerdas ha aparecido como uno de los candidatos más prometedores para ser una teoría microscópica de la realidad y es infinitamente más ambiciosa que todas las demás, pues pretende ser una descripción

-
- 1 Nuestro cerebro construye matemáticamente la realidad interpretando frecuencias que vienen de otra dimensión, dominio de realidad significativa, primariamente arquetípica, que trasciende el tiempo y el espacio. El cerebro es un holograma interpretando un universo holográfico.
 - 2 Postula la necesidad de alcanzar una nueva comprensión del universo que nos rodea como un todo en el que, para comprender sus partes, es necesario estudiar su interrelación con el resto de los fenómenos, pues su visión está basada en que la naturaleza de la realidad es un proceso creativo e interconectado.



Figura 1. Ejemplo de imagen «normal» y en código binario¹

completa, unificada y consistente de la estructura fundamental de nuestro universo. (Por esta razón, ocasionalmente se le otorga el arrogante título de la «teoría de todo»).

La idea esencial de la teoría de cuerdas es la siguiente: todas las diversas partículas «fundamentales» del modelo estándar del universo son, en realidad, solo manifestaciones diferentes de un objeto básico: una cuerda. ¿Cómo puede ser esto? Según la física newtoniana, podríamos imaginarnos que un electrón, por ejemplo, es un «puntito» sin estructura interna alguna. Un punto no puede hacer nada más que moverse. Pero, si la teoría de cuerdas fuera correcta, utilizando un «microscopio» muy potente nos daríamos cuenta de que el electrón no es en realidad un punto sino un pequeño lazo, una cuerditita. Una cuerda puede hacer algo, además de moverse: puede oscilar de diferentes maneras. Si oscila de cierta manera, entonces, desde lejos, incapaces de discernir que se trata realmente de una cuerda, vemos un electrón, un puntito. Pero si oscila de otra manera, entonces vemos un fotón, o un quark, o cualquier otra de las partículas del modelo estándar. De manera que, si la teoría de cuerdas es correcta, ¡el mundo entero está hecho solo de cuerdas! Y estas cuerdas son energía en movimiento y vibración constante, que es información.

Sin hablar de todas las consecuencias que este descubrimiento implica, como los mundos paralelos, la «teoría del doble», etc., podríamos decir, con Pribram y Bohm, que el universo es un océano fluyente y caleidoscópico de energía, vibración e información. Esto nos llevaría a hablar de un «orden implicado» y de un «orden explicado». En el orden implicado, la información se encuentra en forma de ondas de interferencia (energía que vibra), y se puede manifestar en un orden explicado en forma de partícula (materia). El cerebro vendría a ser la interfaz entre ambos. La información le llega a través de la percepción de los sentidos y es traducida por el cerebro. Dicho en términos más coloquiales: al cerebro nos llega un código binario, que es el «lenguaje» de la energía. Luego, nuestro cerebro lo «traduce» en objetos materiales (incluidos los seres vivos).

¹ Agradezco a Sonsoles Lázaro todos los gráficos de este artículo.

Volviendo a la teoría de la terapia gestalt: el contacto como objeto de nuestra atención

El mundo del «entre-dos» existe en la estrecha cresta donde el tú y el yo se encuentran, más allá de la subjetividad y de la objetividad.

M. BUBER

Cuando Perls y Goodman sostienen que el contacto «es la realidad más simple e inmediata», están haciendo, en mi opinión, una declaración de principios sobre el objeto de nuestro enfoque. Hablan del *organismo* y de su *entorno*, pero es el contacto, como la interacción entre O y E, lo que debería llamar nuestra atención y en donde deberían centrarse nuestras reflexiones y aplicaciones. Este contacto, aunque no está muy especificado en esta frase, parece, por lo tanto, el resultado final de la interacción entre organismo y entorno y podríamos identificarlo como el «contacto final» u objetivo del proceso de contacto o *contacting*, que es a lo que atendemos en la psicoterapia gestáltica. Es el proceso-de-contacto, la frontera-contacto, el «entre» que conecta el organismo y su entorno, el self-en-acción, el objetivo de la terapia gestalt, y como esto no es observable directamente a través de los sentidos (orden implícito), vemos cómo trabaja el self, vemos cómo va afectando a O y a E este proceso que culmina con una sintonización entre ambos. No tiene sentido, por lo tanto, hablar de organismo o paciente, ni de entorno o terapeuta como entidades separadas. Ni tiene sentido ningún tipo de diagnóstico individualista asignando una etiqueta psicopatológica atribuida, exclusivamente, al paciente. En todo caso, y siempre de forma temporal, ya que una de las formas de pensar la psicopatología en términos de terapia gestalt es la rigidez y la falta de flexibilidad, tendríamos que decir que, durante la sesión, hay momentos obsesivos, o depresivos, psicóticos, etc. y que si se mantienen a lo largo de una sesión o sesión tras sesión es la dificultad que tiene un terapeuta determinado con un paciente determinado para apoyar que el proceso de contacto fluya y tenga lugar un ajuste creativo que disuelva la rigidez del momento. Y esto es nuestro concepto de ética intrínseca. Lo que atendemos en una sesión, sesión tras sesión, repito, es al «entre» (PHG, 2002; Bin Kimura, 2000; Robine, J.M, 1999; Spagnuolo Lobb, 2000, 2013; Francesetti, 2013; Vázquez Bandín, 2008, 2010).³ lo que está ocurriendo entre el paciente y el terapeuta. Esto es, el objeto de nuestro enfoque y de nuestra forma de hacer terapia es el proceso-de-contacto, cómo está teniendo lugar la experiencia en el aquí-y-ahora, momento-a-momento. Nuestra labor como terapeutas es estar con los cinco sentidos, presentes, creando junto con el paciente y de un modo improvisado, espontáneo y natural (voz media), cada momento de nuestro encuentro y apoyar cada momento para que el proceso de contacto

3 Ver Vázquez Bandín, C. (2013): «A la vez quieto y en marcha. Los criterios estéticos de la terapia gestalt o la ética emergente», en *Cuadernos Gestalt* nº5, 2014 y *Sin ti no puedo ser yo. Pensando según la Terapia Gestalt*, Madrid, Ed. Asociación cultural Los Libros del CTP, 2014, capítulo 15.

tenga lugar. El terapeuta apoya el proceso-de-contacto atendiendo a dicho proceso y a sus posibles interrupciones, que pueden provenir tanto del paciente como del terapeuta, en un ir-y-venir de la atención, de un modo fenomenológico, de uno mismo al paciente y viceversa, ocupándose de que la excitación (que también podríamos llamar *vibración*) reverbere con nitidez, brillo, fuerza, gracia, intensidad, etc. (nuestros criterios estéticos para el diagnóstico intrínseco) en uno y en otro para la co-creación de la figura.⁴ Podríamos decir, por lo tanto, que nuestro método es una fenomenología aplicada al «entre», al proceso-de-contacto que no les corresponde ni solo al paciente ni solamente al terapeuta, sino al «entre» vibracional» que se da entre ambos en la construcción de la experiencia de cada aquí-y-ahora. A través del orden explícito atendemos al orden implícito. Si estamos hablando de atender al «entre vibracional» que es lo que produce reacciones y resonancias de sintonización entre O y E, que es lo que podemos observar, esto hace que este concepto central de nuestra teoría no solo pueda basarse en la psicología de la gestalt, en la filosofía fenomenológica, en el pragmatismo americano y en la teoría de las neuronas espejo, sino también en la física cuántica como he dicho en algunas ocasiones.⁵

Ampliando la perspectiva de nuestra concepción

Matrix nos rodea, está por todas partes. Incluso ahora, en esta misma habitación.

Puedes verla si miras por la ventana, o al encender la televisión.

Puedes sentirla cuando vas a trabajar, [...] Es el mundo que ha sido puesto ante tus ojos para ocultarte la verdad.

Matrix, 1996

Los fundamentos de nuestra teoría del self podrían expandirse para ser considerados desde una perspectiva más amplia que la meramente terapéutica, alineándose siempre con nuestro marco de referencia principal, la terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana. Esto implica extender nuestra visión antropológica para abarcar aspectos más generales de la humanidad. Esta aproximación no se origina en el individuo, la relación o el contacto, sino que explora lo que precede a estos conceptos. Las cuestiones que plantea son de naturaleza más audaz y filosófica: ¿cómo adquiere el individuo, el ser humano, conciencia de su propia individualidad? La respuesta inicial parece directa: a través del proceso-de-contacto. No obstante, la pregunta subsiguiente presenta mayor complejidad: ¿Qué existía antes de la

4 VerVázquez Bandín, C.(2013): *Ibid*; Bloom, D. (2009); Spagnuolo Lobb, M. (2013); Francesetti, G.(2013): «El diagnóstico y la psicopatología», en *Cuadernos Gestalt* nº 4, 2014.

5 Vázquez Bandín, C.: «El self, ¿onda o partícula?», en *Borradores para la vida*, Madrid, Ed. Sociedad de cultura Valle-Inclán, colección Los Libros del CTP, 2008, capítulo15.

individualidad del ser?⁶ La respuesta sugiere que lo que precede a la individualidad es un «átomo» que forma parte de la humanidad y energía del universo. Individuo, fragmento de una matriz llamada humanidad y energía del universo al mismo tiempo.

En mi opinión, el proceso-de-contacto explica cómo se forma la realidad y la individualidad y son el resultado, no el a priori, del proceso-de-contacto. Recordemos que «en el principio era el ello de la situación», la confluencia de fondo, la niebla, el *no ser*, el caos, la indiferenciación. El orden implícito de la energía vibrante.

Tenemos, así, tres momentos o posibilidades del mismo fenómeno llamado «individuo» o «ser humano»: energía vibrante que compone el universo, parte integrante de algo más global llamado humanidad y, finalmente, ser humano específico.

Si consideramos la premisa de que el tiempo no existe en un sentido absoluto, es posible admitir la simultaneidad de las tres posibilidades mencionadas. Para facilitar su comprensión, las abordaré de manera secuencial, hablando de un antes y un después, comenzando por la dimensión más etérea hasta llegar a la más tangible. Iniciaré con la idea de que somos energía que vibra. A continuación, avanzaré hacia una dimensión más específica, la de los «campos morfogénicos», que se refiere a la matriz humana. Finalmente, concluiré con la explicación más concreta, la del individuo.

En el principio la confluencia del fondo, el Uno

Si quieres hacer un pastel de manzana desde el principio, entonces tienes que crear el Universo.

C. SAGAN

Según los principios de la física newtoniana o el entendimiento común predominante, solemos concebir la realidad material como una colección de objetos separados entre sí. No obstante, la física moderna está revolucionando nuestra percepción conceptual del universo físico, promoviendo la visión de un todo interconectado. Este cambio paradigmático, impulsado por los avances en la teoría cuántica, está empezando a forjar una nueva comprensión de la realidad en la que la separación aparente entre los objetos materiales es una ilusión; en esencia, nada existe en aislamiento del resto. Este conocimiento emergente revela que, aunque la experiencia de separación entre objetos materiales pueda sentirse auténtica, en última instancia, no refleja la verdadera naturaleza del universo.

6 *Antes* es un adverbio que hace referencia al tiempo y lo secuencializa. En realidad es «al mismo tiempo», simultáneamente como parte del orden implícito y explícito.

Considera, por un momento, lo que estás observando realmente cuando percibes un objeto físico. Considera. Por ejemplo, este artículo que están leyendo y las palabras que tus ojos ven en la página. Lo que estás viendo desde el exterior no es lo que existe directamente ni está donde parece. Estás percibiendo un borrón holográfico de patrones de frecuencias que están siendo traducidos a un patrón de estimulación neural que, a su vez, es experimentado como el objeto externo. De hecho, el proceso de determinar que el objeto existe exteriormente solo se produce en la interpretación que hace la mente de la estimulación neural, como hemos visto antes. ¿No se parece esta descripción a la descripción del proceso-de-contacto de nuestra teoría? Cuando miramos hacia las estrellas, se ve la luz que fue emitida hace millones o quizás miles de millones de años. No estamos viendo directamente lo que está ahí, sino un patrón de estimulación neural creado por nuestra interpretación de la luz. Lo mismo se aplica a todos los sentidos físicos.⁷

En definitiva, lo que ves, oyes, degustas, tocas y hueles son patrones de estimulación neuronal que se corresponden en cierto modo con lo que está ahí, pero que siguen sin ser realmente *eso*. Las frecuencias que se traducen en estimulación neural carecen, por dentro y por fuera, de color, gusto o textura. Las cualidades que experimentamos a través de la percepción sensorial son creadas por la mente y representan un orden explícito o realidad secundaria. Pero ¿nosotros y nuestro cerebro no serán también una co-creación simultánea cuando cocreamos la realidad material? Nuestra realidad material no es más que una versión filtrada de la unidad final que lo conecta todo. Esta versión filtrada crea separación porque solo perciben secuencias de bits y fragmentos del conjunto. Si nos fuese posible eliminar ese filtro, experimentaríamos la realidad directamente como un patrón de interferencia en el que toda la información estaría distribuida de manera no localizada. Reiteramos que no hay que olvidar que nosotros somos ese patrón. Tus manos, este artículo, los árboles que se ven por la ventana, nuestro sistema solar, todo el universo; todo es una aparente extensión de todo lo demás, sin solución de continuidad. Todo es una sola cosa. Si esto es cierto, no puede existir la realidad objetiva, porque el observador, el proceso de observar y lo observado se convierten en la misma cosa.

¿Cómo aplicamos todo esto al ser humano? ¿No es este el estado del que hablan los místicos, el estado que tratan de buscar quienes meditan? ¿No hablan de la *disolución* en el Uno, en lo absoluto? Esta búsqueda de unidad refleja la idea de que existen distintos estados o niveles de conciencia que, de manera hipotética, podríamos describir en términos de «frecuencias vibratorias». Así, el primer estado —lo *invisible*— sería concebido como energía vibrando a 1000 ciclos por segundo; un reino de pura potencialidad y conexión. El segundo estado, correspondiente a los campos morfogenéticos, representa una energía más densificada, vibrando a 500 ciclos por segundo, que actúa como matriz organizativa para la materia. Finalmente, el estado de la materia, el mundo tangible de objetos e individuos se manifestaría

7 Ver más adelante el punto 3 del libro de R. Sheldrake: *La presencia del pasado. Resonancia mórfica y hábitos de la Naturaleza*, Barcelona, Editorial Kairós, 1990.

con esta misma energía aún más condensada, vibrando a 100 ciclos por segundo. Nuestra teoría del self sugiere que es el proceso-de-contacto el que facilita la transición del segundo al tercer estado, destacando la interacción entre los *campos morfogenéticos* y la manifestación material. (Por el momento no tengo una explicación para el paso del primer estado al segundo; pienso que deberíamos de recuperar la consciencia de humanidad para poder ser conscientes de este paso).

El paso de la energía del Uno a la matriz relacional llamada humanidad

¿Qué es «real»? ¿De qué modo definirías lo «real»? Si te refieres a lo que puedes sentir, a lo que puedes oler, a lo que puedes saborear y ver, entonces el término «real» son señales eléctricas interpretadas por tú cerebro. Este es el mundo que tú conoces.

Matrix, 1996

Existen en la naturaleza *campos morfogenéticos* a los que Sheldrake define como «estructuras organizativas invisibles que moldean o dan forma a tales cosas como los cristales, las plantas y los animales y que también tienen un efecto organizador en la conducta». Estos campos podríamos también llamarlos *matrices*, es decir, frecuencias vibratorias que determinarían unas características específicas a determinados conjuntos. Creo que todos podemos recordar las presentaciones de las tres películas *Matrix* y sus columnas de unos y ceros verdes bajando por la pantalla. Cada una de estas series forma un conjunto diferente.



Figura 2. Ejemplo de una formación de moléculas

Siguiendo esta línea de pensamiento, podríamos concebir que los seres humanos emergen como una densificación vibratoria —fruto de un descenso en la frecuencia vibratoria hasta los 500 ciclos por segundo— desde la unidad del Uno hacia la conformación de un campo morfogenético específico, al que denominamos Humanidad. Este campo se presenta como una matriz relacional, diversificándose desde el Uno en múltiples y variados campos o matrices más específicas, tales como los campos morfogenéticos de la flora y la fauna, entre los cuales se encuentra el correspondiente a la Humanidad. Anterior a la individualidad de cada ser humano se sitúa el tejido relacio-

nal que enlaza y configura la Humanidad, la cual es simultáneamente creada por y creadora de los seres humanos.

Si Dios —o un observador extraterrestre— examinase el planeta Tierra desde esta perspectiva ampliada, lo primero que captaría sería la presencia de una matriz vibracional perteneciente a un campo morfogenético denominado humanidad. Esta visión no diferiría demasiado de la apariencia que presenta una molécula bajo el microscopio, sugiriendo una estructura intrincada y unificada a la vez. Las figuras 4 y 5 ilustran ejemplos de cómo se verían dichas moléculas, ofreciendo una representación visual de cómo la complejidad

y la interconexión definen no solo la estructura física a nivel microscópico, sino también la organización y relación entre seres vivos a una escala mucho mayor.⁸

La diferencia con estas representaciones radica en que la matriz humana estaría constituida por millones y millones de «bolitas» o átomos, cada uno de ellos interconectado a su vez con incontables otros. Esta configuración se traduciría en una figura tridimensional compuesta por infinitas bolitas interconectadas entre sí. A cada una de estas «bolitas/átomos» podríamos considerarla como un ser humano individual. De manera similar a cómo un cuerpo humano está compuesto por millones de células interconectadas. Esta matriz humana es un campo en el que sus fuerzas están en continuo movimiento creando, constante y temporalmente, infinitas formas debido a sus infinitas constantes interacciones.

En términos ideales, lo que vería, oiría, sentiría, tocaría nuestro extraterrestre, nuestro Dios, sería un cuadro de infinita belleza y armonía, una sinfonía perfectamente orquestada, un tapiz lleno de matices, un juego de luces intenso y siempre cambiante que respondería al brillo, fuerza, intensidad de la vibración, luz, sonido, gracia, armonía, etc. de cada una de estas bolitas o seres humanos, intercambiando sus peculiaridades y singularidades; cada una de las bolitas es única. A pesar de que cada «bolita» es única e irreplicable, todas comparten ciertas cualidades comunes, inherentes a su condición humana. Estas características comunes derivan de su «equipamiento de serie» como seres humanos, incluyendo:

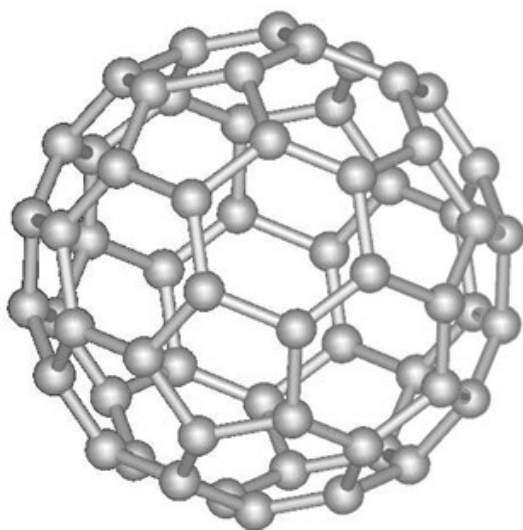


Figura 3. *Otro ejemplo de una formación de moléculas*

8 Agradezco a Susana Fernández que no solo me descubrió estas imágenes cuando yo trataba de explicar la *matriz relacional humana* según mi forma de entender la terapia gestalt sino que ha hecho todas las «figuras moleculares» de este artículo.

- Cada una tiene un color único y específico
- Cada una de ellas tiene una forma peculiar y única
- Cada una de ellas emite una vibración o sonido único y específico
- Cada una de ellas posee una luz y un brillo únicos y específicos
- Cada una de ellas está interconectada, por un tubito o proceso-de-contacto a todas con las que se relaciona temporal y constantemente
- Cada una de ellas tiene una gracia y armonía especial y única, etc.

¿Qué es lo que contemplaría Dios o el extraterrestre? Un mosaico constantemente lleno de vida, luz, color, intensidad, brillo, fuerza, gracia que deleitaría sus sentidos (si los tuviera) y que en terapia gestalt llamamos *criterios estéticos*.

Sin embargo, en el contexto actual, surge la pregunta: ¿Dios o el observador extraterrestre disfrutarían realmente de este espectáculo, o se entristecerían al contemplar una matriz parcialmente opacada, carente de colores vivos, sin formas definidas, y desprovista de una vibración armoniosa, entre otras posibles alteraciones? Esta situación podría equipararse, en términos de la terapia gestalt, a lo que se denomina neurosis: una interrupción en la interconexión constante y dinámica, esencial para la vida emocional de los seres humanos.

La interrupción de una sola de las bolitas en cualquiera de sus posibles iteraciones afectaría a la totalidad de la matriz, y la fuerza y armonía de una sola de las bolitas afectaría también, a su vez, a la totalidad de la matriz.

Esta es la propuesta en forma de metáfora (no tan metafórica) que hacen nuestros fundadores cuando explican la teoría del self y nos dan las claves del proceso de contacto y su concepto de la naturaleza del ser humano así como sus criterios de salud y enfermedad. Lo importante para el crecimiento y bienestar no solamente de cada uno de los individuos sino para la humanidad entera, son las interconexiones o procesos de contacto en cada «aquí y ahora» de nuestras vidas.

El análisis de estas interconexiones, del entre, nos lleva a acercarnos a un nivel menos sutil de la energía al proceso de contacto o self en acción, que no podemos ver salvo por sus repercusiones en los organismos humanos. Esto hace que la terapia gestalt sea una terapia de lo fenomenológico: de cómo afecta O (organismo) a su entorno E, y viceversa, ya que se afectan mutuamente, en un proceso de intercambio de vibraciones y resonancias.

El «entre» que nos co-crea y crea nuestra realidad y nuestra individualidad

Lo semejante influye a lo semejante, y viceversa.
R. SHELDRAKE

Si nos enfocamos en este «entre» vibracional, en este proceso, podríamos notar que no ocurre de manera lineal, sino que sigue una secuencia con etapas específicas,

donde las dos características principales son la «resonancia» vibracional que incrementa su frecuencia a medida que se produce una sincronización de la energía entre O y E (me limitaré a un ejemplo de solo dos personas, pero, como ya mencioné, esto se puede aplicar a cualquier proceso de contacto) hasta alcanzar una sincronización total que, en terapia gestalt, llamamos contacto final.

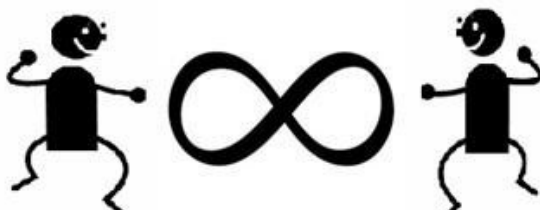


Figura 4. *En el encuentro auténtico, la energía de cada uno va aumentando la intensidad de frecuencia resonando y sincronizándose entre sí hasta la sincronización plena*

Esto es reconocido por neurocientíficos (Rizzolatti, 1996; Gallese, 2003), además de filósofos como Buber, la psiquiatría fenomenológica, y otros, indicando que existe una «resonancia» entre individuos. Esto se debe entender como un binomio indisoluble de O/E donde hay un intercambio progresivo y continuo de vibraciones y resonancias que sintoniza tanto a O como a E hasta la completa sincronización o encuentro total. Es decir, A percibe a B, que resuena y «responde» a su vez. A vibra «respondiendo» a B, y así sucesivamente, en un proceso de sintonización mutua y espontánea, en voz media. Este enfoque resalta la importancia de la conexión y la interacción en el desarrollo de las relaciones humanas y en la terapia, mostrando cómo las personas pueden influenciarse y resonar mutuamente de formas que fomentan la comprensión mutua y la armonía. La terapia gestalt, al enfocarse en este proceso de contacto y resonancia, proporciona un marco para indagar y enriquecer la calidad de nuestras relaciones y nuestro bienestar emocional.

Si dibujamos este despliegue en una curva de Gauss y entendiendo que se refiere siempre a una interacción entre O y E en el que reverberan, la curva sería como sigue:

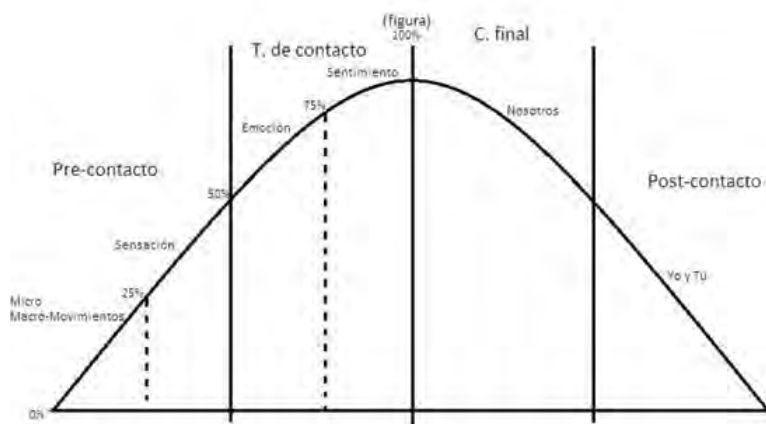


Figura 5. *Curva de resonancia entre O y E en su despliegue que da la sensación de ser «un» individuo*

En este proceso, la excitación, energía o vibración a causa de la resonancia con el otro va ganando intensidad y, por lo tanto el organismo, humano va aumentando su vibración y su sutileza gracias al proceso del self en acción con el otro. Este proceso transforma al animal humano en ser humano e individuo que pertenece a la matriz humana. Le eleva de la tierra y le convierte en un «animal especial» entre los animales. Le hace cocreador de su realidad, del mundo y del planeta. Gracias a este proceso, el animal humano amplía su *awareness*⁹ que comparte con todos los seres vivos en *consciousness*;¹⁰ le da la habilidad de poder contemplarse a sí mismo como si fuera un otro; nos permite concebir y crear el concepto de tiempo; nos hace *filósofos* y científicos. Este proceso se inicia con la intencionalidad de contacto que habita a cada organismo humano para transformarse en ser humano. Y pasa, como sabemos, por el pre-contacto, la toma de contacto, hasta llegar al contacto final que es la meta de este proceso para terminar con el post-contacto que, en esta separación posterior o despedida, después de la vivencia del *nosotros*, nos brinda la posibilidad de la individualidad. Y esta individualidad vuelve a tener diferentes tramos o fenómenos, que desembocan en diferentes planos del individuo rompiendo aún más su sensación de unidad y de holismo, y que nos ha llevado social y culturalmente a las «dicotomías neuróticas»¹¹ como falsas divisiones dentro de un ser humano.

Siempre y en todas partes, resonando: la intencionalidad

En su esencia, la consciencia es relacional, y solo puede surgir allí donde se encuentran, por lo menos, dos personas.

D. ZOHAR, 1990

No es este el sitio ni el momento para hacer un exhaustivo estudio histórico de la «intencionalidad», concepto que en los recientes avances de la teoría de la terapia gestalt se ha convertido en una característica incuestionable del contacto (Robine, J. M., 2013; Spagnuolo-Lobb, M., 2013; Francesetti, G., 2012).

Es interesante decir que la palabra viene del latín *in-tendere*, «tender hacia». Desde un punto de vista fenomenológico, se puede decir que gracias a la intencionalidad, un sujeto es capaz de conocer el entorno que lo circunda y, por lo tanto, el mundo, y que además tiende naturalmente hacia ella y, al mismo tiempo, al propio yo, no como objeto sino en cuanto sujeto, como una parte activa e implicada en dicho proceso.

Este tema ha sido tratado de manera muy distinta en diversas épocas y ámbitos filosóficos, desde la antigua Grecia. Sin embargo, como tema de estudio, la

9 Conocimiento inmediato e implícito del campo.

10 Conocimiento reflexivo y lógico. «Loque se llama consciousness parece ser un tipo especial de Awareness» (PHG, pág.8).

11 PHGII, 2, 5, pág.22-25.

intencionalidad es un concepto moderno. Brentano, Husserl, Heidegger, Stein y Merleau-Ponty son filósofos que pueden ampliarnos el concepto y los matices de la intencionalidad cuando queremos comprenderla y utilizarla en nuestra teoría de la terapia gestalt. Pero en este apartado mi interés se centra en buscar su correlación con la física cuántica y con el reciente descubrimiento de las neuronas espejo. Sí podemos resumir diciendo que, en condiciones óptimas, el contacto tiende siempre hacia el otro de forma espontánea.

Pero podemos seguir explicándolo en términos energéticos, apelando a otro aspecto de las hipótesis de Sheldrake: su concepto de resonancia morfogenética que postula que estructuras similares pueden estar en comunicación a través del tiempo y del espacio a través de los campos morfogenéticos. Sheldrake habla no solo de que la información pasaría de una generación a otra de individuos (que no es el aspecto de su teoría de la que hablaríamos en este apartado), sino de que esto ocurre también el presente, entre individuos. Sin ir tan lejos como nos propone este científico, la resonancia morfogenética coincide con la intencionalidad que tiende inevitablemente al contacto. El mismo Sheldrake, en una entrevista concedida a R. A. Wilson, dice:

Admito que mi teoría es similar a ciertas cosas en la tradición hermética, pero no veo nada malo en ello. El concepto de Newton de la gravedad como acción a distancia, se asemeja mucho a la tradición astrológica hermética; sabemos que leyó tratados herméticos acerca de la influencia de la luna y los planetas en la Tierra y que esto lo animó a pensar acerca del campo invisible al que llamó gravedad. Puede haber eslabones similares entre el hermetismo y lo que yo estoy diciendo acerca de los campos morfogenéticos, pero cuando digo que «lo semejante influye en lo semejante» no quiero decir algo tan barroco como eso. Estoy hablando de cosas que en verdad son semejantes como ratas que se influyen entre sí (como en los experimentos ya mencionados), o como cristales influyéndose entre sí. Lo que llamamos las leyes de la naturaleza pueden ser solamente un hábito, un automatismo. La idea radical de mi obra es que todo no está fijado y fijo por leyes eternas. De hecho, los campos morfogenéticos reciben un continuo *feedback* (retroalimentación), de manera que estos campos están siendo continuamente modificados. No es un proceso en una sola dirección desde formas fijas hasta los fenómenos, sino un proceso en dos direcciones (ida y vuelta) de cambio constante y en desarrollo.¹²

La teoría de Sheldrake implica un proceso en voz media, ni activo ni pasivo, y espontáneo en el que, a través de la resonancia morfogenética, el campo Humanidad crearía a los seres humanos y estos a su vez, en un baile constante de figuras y fondos, crearían la matriz humana.

12 En <http://www.seif-filosofos.com/cunanievaciencia.html>

Del «entre» de la intencionalidad a la individualidad: la unidad cuerpo-mente-el otro

La relación es mutua. Mi Tú me afecta como Yo le afecto a él.

M. BUBER, 1923

En este apartado nos vamos a centrar en el despliegue del plano «individuo». A saber cómo un ser humano tiene consciencia de sí mismo y de sus diferentes *planos* (o niveles) como «animal humano social», siempre gracias a la existencia del otro.

En primer lugar, necesitaríamos tener en cuenta el cuerpo (Leib) como organismo vivo y holístico. Como las cuerdas de un violín, una guitarra o un piano, sin que nadie las toque, cada ser humano vibraría en el vacío. Y eso significaría no-ser. Ya hemos visto que antes de la individualidad, la intencionalidad nos «conecta» con los otros, con el mundo. Y hemos visto cómo tiene lugar esto. Pero además de «vibrar» y «resonar». ¹³ Gracias a un otro, necesitamos «sonar». Para resonar hace falta sonar, hacer que el sonido se oiga. Hacer vibrar una cuerda es una de las formas más antiguas de producir un tono musical. Pero una cuerda que vibra por sí sola, no «suenan». Necesita una caja de resonancia —o caja armónica— que transmita esas vibraciones, que las amplifique (esta función la hace nuestro cuerpo). Eso significa resonar: reforzar o prolongar un sonido por vibración sincrónica. Cuanto más resonante el instrumento, más nítido, claro y sostenido el sonido, y menor el ruido. Como las cuerdas, cuando dos o más personas sienten que están presentes el uno para el otro, «suenan» y «resuenan» (proceso de contacto), y el efecto positivo se sostiene, permanece (función personalidad). Cuanto más resonantes son las personas, más fuerte es el efecto. Porque el adhesivo que une a la gente y compromete entre sí y con la organización, es la intencionalidad de contacto y el proceso de contacto. Y la forma en que los individuos se usan en el proceso de contacto unos con otros contribuye a crear lo que ya hemos nombrado como la «realidad colectiva llamada Humanidad», una enorme caja de resonancia que creamos y que nos crea constantemente. Después de eso tiene lugar el paso de lo fisiológico a lo psicológico. ¹⁴

La mención del trabajo de William James en el libro de Perls, Hefferline y Goodman (PHG) subraya su rol crucial en la formación del concepto de proceso de contacto en la terapia gestalt. Es la psicología de James la que proporciona el marco teórico para explorar la noción del ser humano como un «individuo en contacto». Durante mi formación en psicología, conceptos como motivación, consciencia y percepción parecían temas aislados, repartidos en diferentes capítulos o áreas de

13 Resonancia: Cuando un objeto empieza a vibrar por la influencia de otro, decimos que han entrado en resonancia. Una forma de poner de manifiesto este fenómeno consiste en tomar dos diapasones capaces de emitir un sonido de la misma frecuencia y colocados próximos el uno del otro, cuando hacemos vibrar uno, el otro emite, de manera espontánea, el mismo sonido, debido a que las ondas sonoras generadas por el primero presionan a través del aire al segundo.

14 PHG, 2002.

estudio. Sin embargo, con el tiempo y a través del enfoque del PHG y la terapia gestalt, he llegado a la comprensión de que estos conceptos no están separados, sino que forman parte de una secuencia dentro de un único proceso, el cual se caracteriza por un constante nivel de conciencia (*awareness*) y de excitación o vibración.

Los avances propuestos por Tegmark (2013) refuerzan mi teoría de que todo es energía, excitación y vibración. Así, el ser humano se presenta como un ente holístico, unificado, aunque con distintos niveles de vibración que crean la ilusión de estar compuesto por diversos elementos, variando estos según el nivel de conciencia del individuo.

Partiendo de los postulados de W. James y de nuestra teoría base, propongo que es posible identificar en el individuo diferentes dimensiones o «estados de la materia» (o de vibración), así como procesos (es decir, incrementos progresivos de excitación) que se corresponden con los distintos estadios del proceso de contacto entre el organismo (O) y el entorno (E). Estos estadios, aunque enmarcados en términos psicológicos, deberían ser entendidos también como procesos de vibración progresiva, los cuales son:

Percepción -> Micro/macro movimientos

-> Sensación -> Emoción

-> Sentimiento (atributo funcional)

-> Significado -> Carencia

-> Necesidad -> Figura

-> Movimiento hacia

-> Orientación -> Manipulación

-> Cierre

¿Qué quiere decir esto? Que para que tenga lugar la percepción de sensaciones, la excitación, el nivel de vibración y resonancia tiene que haber pasado por una frecuencia *menor*, que es la que hace percibir los micro y macro movimientos. Y para ser conscientes de lo que sentimos (sentimiento), la excitación en aumento ha tenido que ser previamente micro/macro movimientos, sensación y emoción. El *awareness* está en donde se encuentra el nivel vibracional mayor que, en un proceso de contacto, va progresivamente subiendo, siempre en resonancia y simultaneidad con E.

Aparentemente, cada nivel vibracional va a ser percibido como «separado» y diferente al siguiente, y también separado de E con quien, necesariamente, entra en resonancia. Esto hace que cada aparente nivel tenga necesidades diferentes. La parte que va a ser vivida como «organismo» físico, necesitará cuidados materiales como comer, cuidar la piel, los músculos, ser tocado, acariciado, la salud física en general.

Del mismo modo que el ser humano, en su parte material (esto es, en su cuerpo) necesita alimentarse de comida y satisfacer otras necesidades, en su parte psicológica necesita alimentarse, nutrirse de contactos.

Volviendo a nuestra teoría gestáltica

Una teoría de campo

La complejidad de la relación/orden/desorden/organización surge cuando se constata empíricamente que los fenómenos desordenados son necesarios, en ciertos casos, para la producción de fenómenos organizados, los cuales contribuyen al incremento del orden.

E. MORIN, 2003

Podríamos decir «en el principio era el campo», aunque con Jean-Marie Robine podríamos ir más allá y decir «en el principio era el ello de la situación» y este «ello situacional» crea, temporalmente, el/un campo organismo/entorno en el que tiene lugar el contacto y, por lo tanto, la experiencia y la realidad. Un grupo de individuos o solamente dos pueden estar «a sus cosas», en el autobús, en su casa, en la sala de terapia, etc. En un momento dado (o no) «algo» hace que se miren, que destaquen del resto del grupo (o puede pasar entre todos los miembros del grupo). Ese «algo» inespecífico, al que podríamos llamar el «ello de la situación», ha creado un campo entre los individuos implicados, atraídos por ese algo. A través de la percepción se pone en marcha lo que conocemos en terapia gestalt como el proceso de contacto, el *self-en-acción* que crea y cocrea la realidad y, por ende, la matriz a la que podríamos llamar humanidad. Y a esta «atracción» la podemos llamar *intencionalidad* de contacto.¹⁵

El holismo relacional del binomio organismo/entorno

La consciencia es un estado de la materia, como lo sólido, lo líquido y lo gaseoso.

M. TEGMARK, 2013

Buber dice en su conocido libro *Yo y Tú*:¹⁶ «Las palabras fundamentales del lenguaje no son vocablos aislados, sino pares de vocablos. Una de estas palabras primordiales

15 Aunque podríamos dar varias definiciones de la palabra matriz, podemos ceñirnos a la que se emplea en informática y que hizo famosa la película *Matrix*. Según Wikipedia, «en programación, una matriz o vector es una zona de almacenamiento continuo, que contiene una serie de elementos del mismo tipo, los elementos de la matriz. Desde el punto de vista lógico una matriz se puede ver como un conjunto de elementos ordenados en fila (o filas y columnas si tuviera dos dimensiones). En principio, se puede considerar que todas las matrices son de una dimensión, la dimensión principal, pero los elementos de dicha fila pueden ser a su vez matrices (un proceso que puede ser recursivo), lo que nos permite hablar de la existencia de matrices multidimensionales».

16 Buber, M.: *Yo y Tú*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1994, pág. 7.

es el par de vocablos Yo-Tú. [...] Las palabras primordiales no significan cosas, sino que indican relaciones. [...] Cuando se dice Tú, se dice al mismo tiempo Yo del par verbal Yo-Tú».

Por lo tanto, del «ello de la situación» que crea «el campo organismo/entorno» podemos deducir, como paso siguiente de la construcción de la realidad, la frontera-contacto, el «entre» que es el lugar de la experiencia, el sitio en el que se cocrea la realidad. Este «entre» es anterior a la individualidad, al Yo-Tú que finaliza con la individuación Yo aparentemente separado de un Tú.

Si no podemos, por lo tanto, separar un Yo de un Tú ya que es un binomio implícito, el despliegue de este concepto fundamental se puede realizar en dos planos que van a crear la realidad. Uno de los planos alude al individuo y sea O, sea E; a este plano podríamos llamarle «indi-». El otro plano se refiere al proceso de contacto, y podríamos llamarle «inter». El primero crea la experiencia de individuo humano, el segundo crea la experiencia de la «pertenencia», del «entre». Y ambos se crean y co-crean recíprocamente.

El proceso-de-contacto

En la espera hay una vertiginosa aceleración y una enigmática anticipación del futuro que quema el presente y convierte en insignificantes sus momentos, porque toda la atención y la tensión se desplazan hacia adelante, febrilmente concentradas.

GALIMBERTI, 2009

Si en el ejemplo de las moléculas tomáramos la representación de una molécula diatómica, nos podría servir para explicar el proceso-de-contacto y su utilidad.

Imaginemos que en nuestra molécula diatómica, uno de los átomos es de color amarillo y el otro de color azul, representando al paciente y al terapeuta en el contexto organismo/entorno de una sesión de psicoterapia. Llamaremos «Amarillo» al paciente y «Azul» al terapeuta. Al formar un campo conjunto, por la intención de



Figura 6. Ejemplo de una molécula diatómica transformada en ejemplo de proceso-de-contacto

establecer contacto, sus vibraciones, o sea, sus movimientos tanto micro como macro, comienzan un proceso de sincronización ascendente. El fin y resultado de esta sincronización es la co-creación de una experiencia que, en términos cromáticos, resultaría en el color verde. Cada paso hacia esta sincronización es lo que en terapia gestalt denominamos proceso de contacto. Si consideramos que cada ser humano es único y especial, en términos de color, significaría que cada uno posee un color único y especial. En nuestro ejemplo, esto equivaldría a que este paciente específico posee un tono único de amarillo y el terapeuta un tono único de azul. Por lo tanto, mediante su sintonización o sincronización en el contacto final, pueden percibirse como verde. Es solo a través de este proceso de contacto específico en el «aquí y ahora» que pueden vivenciarse como verde, necesitándose mutuamente, y no a otro, para ser esa experiencia verde. Esta intencionalidad busca el encuentro y la sintonía, contribuyendo a crear armonía en la matriz vibracional denominada Humanidad y, al hacerlo, experimentar bienestar y plenitud (función de la personalidad) como resultado del encuentro. Siguiendo esta metáfora, la secuencia del proceso de contacto podría describirse de la siguiente manera:

- En el pre-contacto, o preparación para el contacto, la luz se activaría como si poseyéramos un sensor de «presencia»; y durante el pre-contacto esta luz, como si de un alógeno se tratara, va a ganar intensidad ante la presencia y las vibraciones del otro. Cuando dichos alógenos se encuentran, en ambos simultáneamente, ya que cada uno «estimula» el contacto en sí mismo y en el otro (a través de la excitación), tiene lugar la segunda etapa o toma de contacto. En esta etapa o fase de la secuencia somos conscientes a través del *awareness* de los micro y macro movimientos y, en la máxima intensidad de la luz, de las sensaciones. Es una etapa en la que estamos atentos a los aspectos corporales.
- En la toma de contacto, hay un paso de lo fisiológico a lo psicológico. El *awareness* atiende a las emociones y a los sentimientos. En términos de luz, tanto el amarillo como el azul empiezan a salir del individuo como si fuera un haz de luz, uno hacia el otro, en un interés genuino por alcanzarse.

En el momento en el que se encuentran tiene lugar el objeto, la meta de este despliegue: el contacto final o contacto pleno. Ambos haces de luz se encuentran en un equilibrio, sincronidad, simultaneidad y singularidad, mezclándose en un nuevo y único color que nutre y enriquece a ambos individuos. En esta sintonía y gracias al sentimiento que tiene un atributo funcional, la búsqueda de significado, el *awareness* se ralentiza dando lugar al *consciousness* que nos hace comprender la necesidad, el significado de ese encuentro (la figura). A esta unión temporal la llamamos experiencia y es el «sitio» en el que tiene lugar la realidad. Es en este encuentro pleno en el que nos sentimos plenamente humanos, Nutridos y «reales», tiene lugar el tiempo del «adiós», de la despedida, del post-contacto. Cada haz de luz, verde, vuelve al individuo u organismo, pleno y enriquecido por la experiencia para «guardar» esta (la mezcla de los colores) en la función personalidad.

Esto que estoy explicando de manera un tanto metafórica es lo que han puesto de relieve, como he dicho antes, en los últimos años, los neurocientíficos al hablar de las neuronas espejo y sus funciones.

Al respecto de esto, dice Margherita Spagnuolo:

Gallese (2003), desde una óptica neurocientífica, identifica en la base de una relación empática un proceso de «simulación encarnada», un mecanismo de naturaleza esencialmente motora, muy antiguo desde el punto de vista de la evolución humana, caracterizado por neuronas que se activarían simultáneamente entre los dos sujetos implicados en la relación y que actuarían inmediatamente antes de cada elaboración más estrictamente cognitiva. Lo que «reside» en nuestro cerebro es la capacidad de adaptarse creativamente al otro/entorno, intuyendo el movimiento relacional. Por lo tanto, no es solo una modalidad perceptiva subjetiva (como en el estudio de los psicólogos de la gestalt) la que está confirmada por el sistema espejo y por la teoría de la simulación encarnada, sino una habilidad adaptativa que debe, necesariamente, incluir al otro, el movimiento del otro, mediante un proceso espontáneo de ajuste creativo, un flujo continuo de movimientos adaptativos que para nosotros corresponden al hacerse del self en el contacto (cfr. Spagnuolo Lobb, 2013b, p. 90).

Y podemos encontrar otras muchas declaraciones similares a esta, que confirman el carácter vibracional e intencional del ser humano cuya necesidad de establecer contactos (desde el punto de vista gestáltico) es intrínseco a su naturaleza.

Las interrupciones del proceso-de-contacto: los ajustes creativos (creadores)

Si el sentido común es un conocimiento común, el individuo debería adquirirlo después de haber aprendido otras cosas para armonizar sus relaciones interpersonales. Se trata, por decirlo así, de la misma sensibilidad instintiva que el sentido común necesario en cada músico que quiere armonizar su ejecución con el conjunto de la orquesta durante un concierto.

B. KIMURA, 1988

Podríamos decir que nuestra realidad es algo que creamos en cada aquí-y-ahora de nuestra vida. En el presente está incluida toda nuestra vida anterior y el interés de la terapia gestalt no está en el pasado sino en el *next*, en el paso inmediatamente posterior al aquí-y-ahora, ya que es lo que va a conformar nuestro futuro. Como diría Perls: «No importa lo que han hecho de nosotros en el pasado sino lo que hacemos nosotros en el presente con lo que han hecho de nosotros en el pasado. Lo que importa es el ‘aquí y ahora’ para lo siguiente».

Esto no quiere decir que el pasado no esté afectando nuestro presente, ya que el presente es el conjunto de nuestro pasado en el que variables orgánicas y sociales, culturales y familiares han determinado nuestro modo de contacto en cada momento.

Como dice nuestro libro fundacional: «La relación entre organismo y entorno humano es, por supuesto, no sólo física sino también social y cultural».¹⁷

Cada uno de nosotros somos nuestra línea del tiempo y la línea del tiempo de la Humanidad. Cada paso que damos crea el futuro, la dirección hacia la que nos vamos a mover. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de «ajustes creativos» o creadores. Cada paso tiene un componente «ajustado» a nuestras potencialidades como humanos, y otra parte que va a «crear» literalmente quiénes somos y en quién nos estamos convirtiendo. Pero si todos los humanos nos dejáramos fluir en esta sintonización de vibraciones, el mundo sería el paraíso. Goodman nos recuerda:

Las oportunidades no necesitan ser tales que satisfagan a un hombre y le hagan feliz, pues ello sería el paraíso; las obligaciones no han de ser tales que el hombre no pueda cumplir con ellas, pues entonces sería el infierno. Basta con que el individuo tenga los medios simplemente factibles para su actividad y la consecución de sus objetivos, con lo cual pueda reconocer que el mundo es un mundo para él, a su medida, si es honesto.¹⁸

Entendida esta situación idílica, la realidad fenomenológica nos muestra otra cosa: el sufrimiento humano. Los miles de ajustes creativos que hemos hecho y que hacemos, en cada momento de nuestras vidas, para ajustarnos de la mejor manera a unos campos llenos de dificultades y «excentricidades».¹⁹ Esto se marca, especialmente, en los doce primeros años de vida en los que la repetición de los ajustes creativos «adaptativos» acaba convirtiéndolos en automatismos rígidos, fuera de la consciencia, que dan lugar a *patrones* o *estilos de contacto* que nos producen sufrimiento pues transformamos el aquí-y-ahora de cada situación presente en viejas situaciones para aplicar sin consciencia la vieja y obsoleta actuación.

Desde que nacemos, habilidades del *self* que nos permiten el proceso-de-contacto, como la confluencia de fondo, la confluencia de figura, la introyección, la proyección, la retroflexión y el egotismo, se convierten en herramientas para alterar el flujo de nuestras resonancias y vibraciones con el otro produciendo «cortocircuitos» y obstrucciones en el intercambio de energía y en la sincronización.

En nuestro modelo de la molécula diatómica, ilustrado en la figura 6, cada habilidad del *self* que se transforma en interrupción ocupa un lugar específico y cumple una función determinada. Si concebimos el proceso de contacto como una curva de

17 Perls, F.S., Hefferline, R. y Goodman, P. (1954): *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Ferrol/Madrid, Ed. Sociedad Cultural Valle-Inclán, colección Los Libros del CTP, 2002, pág. 7.

18 Goodman, P. (1956): *Problemas de la juventud en la sociedad organizada*, Barcelona, Ed. Península, 1971, pág. 155.

19 Cuando hablo de excentricidades no me estoy refiriendo a un comportamiento extraño o inusual de un individuo sino a que me estoy refiriendo más al concepto matemático que se refiere a un parámetro que determina la desviación de un elemento con respecto a su referencia.

vibración que incrementa su intensidad a medida que la resonancia se va sincronizando, cada interrupción es causada por una habilidad que logra detener o alterar dicho proceso. No resulta práctico intentar detener el flujo de un río caudaloso utilizando un tronco de árbol, ya que este será llevado por la corriente; sin embargo, ese mismo tronco puede ser eficaz para obstruir una carretera. De esta manera, en la molécula diatómica, las interrupciones funcionan de la siguiente forma:

- En la primera parte del pre-contacto (0%-25% de excitación), la confluencia de fondo estaría representada por la no activación del sensor que «enciende» la luz del proceso. La excitación se mantendría a mínimos y los micro y macro movimientos estarían amortiguados de modo que no resonarían en el otro. Los «sensores» de O y E no se activarían. La niebla, la confusión, la apatía, el sopor estarían en el «entre».
- En la segunda parte del pre-contacto (26%-50% de excitación), la consciencia de las sensaciones se podría anestesiar con la confluencia de figura. Las consignas, mandatos y recomendaciones de un tercero serían las que entrarían en juego por parte de «O» o de «E». No habría un diálogo genuino entre O y E. La luz halógena no ganaría intensidad en ninguno de los dos.
- En la primera fase de la toma de contacto (51%-75%), los introyectos vendrían a hacer vibrar a quien los atendiera internamente impidiendo la genuina vibración ante el otro que conocemos con el nombre de emoción; produciendo un cierto «desconcierto» en el «entre». La luz no saldría, no emprendería el camino hacia el otro.
- En la segunda fase de la toma de contacto (76%-96% de excitación), la proyección, la luz, se pararía a mitad de su camino ya que una de las partes achacaría a la otra estar «manejando» la situación y ser el «responsable único» de lo que está ocurriendo. El sentimiento genuino que está naciendo no se haría consciente con lo que se perdería el significado de lo que está ocurriendo en el campo.
- Un poco antes de llegar al contacto final (97%-98% de excitación), aquellos dos rayos de luz se mezclaran, O o E «replegarían» su color impidiendo la mezcla y, por lo tanto, el contacto final. Hay miedo y frustración en el «entre».
- Justo antes de llegar al contacto final (98%-99% de excitación), con los haces de luz todavía sin mezclar, O o E se saldrían del proceso de contacto para «hacerlo racionalmente», podríamos decir de «forma manual», en lugar de confiar en la espontaneidad del proceso, en lugar de dejarse llevar. No habría mezcla, es como si se sustituye el haz de luz por pintura. La frontera de contacto sería una ilusión óptica, no real, con lo que no «nutriría» a ninguno de los dos.

Es evidente que todas las interrupciones ocurren antes del contacto final, dado que el propósito del proceso de contacto es la co-creación de la experiencia, o lo que podría visualizarse como la mezcla de colores. Si la excitación en ambos participantes posee la fuerza, potencia y espontaneidad necesarias, nada podrá impedir o detener que el proceso llegue a su culminación.

En la representación de una curva de Gauss, esto se manifestaría de cierta manera, recordando siempre que, independientemente de quién genere la interrupción (sea el paciente o el terapeuta), lo que se ve interrumpido es el proceso de contacto en sí.

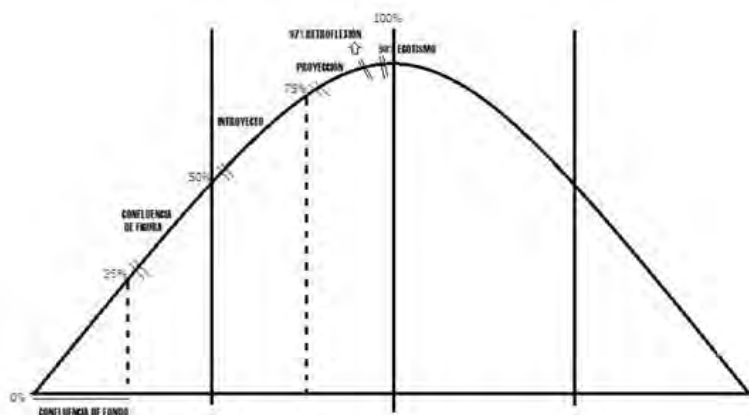


Figura 7. Las interrupciones en el proceso-de-contacto en porcentajes de intensidad de la excitación o vibración

La teoría de la terapia gestalt nos aporta una visión clara de cómo somos los seres humanos, aspecto que resaltan nuestros fundadores cuando dicen: «Cree-mos que el punto de vista gestáltico es el enfoque original, natural y sin distorsión de la vida; es decir, del pensamiento, de las acciones, de la sensibilidad del hombre»²⁰, también nos muestran cómo enfermamos y sufrimos pero, junto con todo esto, nos dan las herramientas y las técnicas para que vayamos más allá de la teoría y apoyemos la vida y la plenitud.

De vuelta a la Humanidad

No debemos perder la fe en la humanidad que es como el océano: No se ensucia por-que algunas de sus gotas estén sucias.

GANDHI

Me gustaría ahora volver casi al principio y pedirte que imagines de nuevo la metáfora de la matriz relacional llamada Humanidad. ¿Cómo te la imaginas? ¿Con todos sus átomos, llamados seres humanos, brillando plenamente, resonando armónicamente, con un ritmo sincronizado, intercambiando y mezclando colores entre sus «enlaces», etc. de una manera única, intensa, bella e impactante? O, por el contrario,

²⁰ PHG,2002.pág. xL.

¿te la imaginas con discontinuidades, falta de armonía, zonas apagadas, ritmos disarmónicos, etc.?

Como terapeutas gestálticos, nuestra responsabilidad se extiende más allá de colaborar en el restablecimiento de la salud emocional de nuestros pacientes; buscamos también trabajar para restaurar la integridad de la matriz original. El trabajo individual que realizamos y cada momento compartido con otro tienen el potencial de contribuir a que la matriz relacional recupere su brillo original. Nuestra misión, fundamentada en nuestra teoría y práctica, consiste en vivir nuestra vida de la forma más fluida y genuinamente humana posible, tanto dentro como fuera de las sesiones de terapia. Laura Perls nos lo recordaba con sus palabras: «Si queremos ayudar a nuestros pacientes a realizarse como seres verdaderamente humanos, nosotros también debemos tener el coraje suficiente para enfrentarnos a los riesgos de ser humanos»²¹. Esa es también nuestra tarea y obligación como seres humanos. Como dicen I. From y M. V. Miller en su prólogo a la edición de Gestalt Journal Press²² del libro de Perls, Hefferline y Goodman:

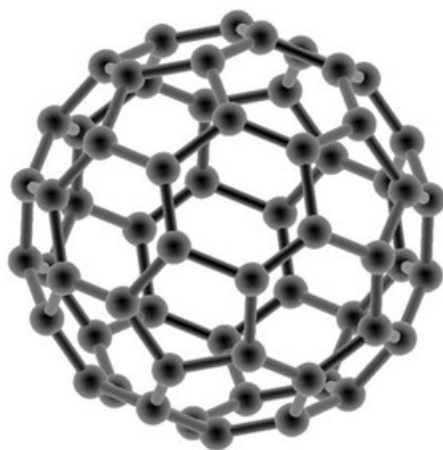


Figura 8. Representación de la matriz humana llamada Humanidad

La terapia gestalt, tomada con seriedad, no ofrece curación a todos los problemas que hacen presa en los humanos por el simple hecho de que esto es inherente a la condición humana. No ofrece un camino para volver a las puertas del Edén. Pero, como el psicoanálisis prometió una vez, puede ayudar a vivir mejor en un mundo caído.

Puede que no esté en nuestra naturaleza poder llegar a «las puertas del Edén» pero ¿no es esa nuestra tendencia? ¿No es algo que está profundamente arraigado en nuestra naturaleza? Los terapeutas gestálticos tenemos la obligación y la necesidad de desarrollar nuestro modelo y también de compartirlo buscando el modo de apoyar activamente la transformación de nuestro mundo. Pero además, el verdadero espíritu científico nunca descarta un dato o una idea por descabellados que estos puedan parecer. ¿Por qué menospreciar la llegada de nuevas aportaciones científicas junto con el de las tradiciones antiguas que, en gran parte, se corroboran unas a otras y apoyan nuestra teoría fundamental?

21 Perls, L. (1970): *Viviendo en los límites*, Valencia, Ed. Promolibro, 1994, pág. 117.

22 From, I. y Miller, M. V. (1994): «Introducción a la edición de *Gestalt Journal Press*», en Perls, F. S., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951): *Terapia gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*, Ferrol/Madrid, Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, colección Los Libros del CTP, 2002; pág. xxxvi.

Según la etnia Cree de Norteamérica: «Solo cuando el último árbol sea talado, el último pez pescado y el último río envenenado, nos daremos cuenta de que no podemos comer el dinero». «Llegará un día en que la codicia del hombre hará que los peces mueran, las aves caigan de los cielos, las aguas ennegrezcan y los árboles no puedan mantenerse en pie. Y la Humanidad que conocemos dejará de existir. Llegará un día en que la Tierra caiga enferma. Pero cuando no queden apenas esperanzas, algunas personas despertarán de su letargo para forjar un mundo nuevo». ¿No es esto parte de nuestra obligación?

Referencias bibliográficas

- Bloom, D. (2009). *Chasing Rainbows: Gestalt Therapy and Ethics: Material, Foundational and Emergent*. XI Congreso Internacional de Terapia Gestalt, Madrid, 2009.
- Bohm, D. (1992). *La totalidad y el orden implicados*. Barcelona: Kairós.
- Boyatzis, R. (2005). *Resonant leadership*. Harvard Business School Press.
- Buber, M. (1994). *Yo y Tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Buber, M. (1997). *Diálogo y otros escritos*. Barcelona: Rio Piedras.
- Capra, F. (2000). *El Tao de la física*. Málaga: Sirio. (Publicado originalmente en 1966).
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida*. Barcelona: Anagrama. (Publicado originalmente en 1996).
- Francesetti, G., & Gecele, M. (2013). Psicopatología y diagnóstico. *Cuadernos Gestalt*, 4, 16-41.
- Galimberti, U. (2011). *Psichiatria e fenomenología*. Milano: Feltrinelli. (Publicado originalmente en 1979).
- Galimberti, U. (2013). *Los mitos de nuestro tiempo*. Barcelona: Debate. (Publicado originalmente en 2009).
- Goodman, P. (1971). *Problemas de la juventud en la sociedad organizada*. Barcelona: Península. (Publicado originalmente en 1956).
- James, W. (1989). *Principios de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica. (Publicado originalmente en 1890).
- Kimura, B. (2000). *L'Entre*. Grenoble: Éditions Jérôme Millon. (Publicado originalmente en 1988).
- Laszlo, E. (1990). *La gran bifurcación*. Barcelona: EDISA.
- Laszlo, E. (2004). *Ciencia y el campo Akashico: Una teoría integral de Todo*. Nowtilus S.L.
- Laszlo, E. (2007). *El universo informado*. Nowtilus S.L.
- McTaggart, L. (2006). *El campo*. Málaga: Sirio. (Publicado originalmente en 2002).
- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Perls, F. S., Hefferline, R., & Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán. (Publicado originalmente en 1951).
- Perls, L. (1994). *Viviendo en los límites*. Valencia: Promolibro. (Publicado originalmente en 1970).
- Pribram, K. H. (1995). *Cerebro y consciencia*. Madrid: Ediciones Diez Santos.
- Rizzolatti, G. (2006). *Las neuronas espejo*. Barcelona: Paidós. (Publicado originalmente en 1996).
- Robine, J.-M. (2012). *El cambio social empieza entre dos*. Asociación cultural Los Libros del CTP.
- Sheldrake, R. (1990). *La presencia del pasado. Resonancia mórfica y hábitos de la Naturaleza*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Sheldrake, R. (2005). *Caos, creatividad y conciencia cósmica*. Castellón: Editorial El lago.
- Spagnuolo Lobb, M. (2013). *El ahora-para-lo-siguiente en psicoterapia*. Asociación cultural Los libros del CTP.
- Tegmark, M. (2014). *Consciousness as a State of Matter*. Cornell University Library. <http://arxiv.org/abs/1401.1219>

Teilhard de Chardin, P. (1963). *La energía humana*. Madrid: Taurus. (Publicado originalmente en 1962)

Vázquez Bandín, C. (2008). *Borradores para la vida*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán.

Zohar, D. (1990). *La consciencia cuántica*. Barcelona: Plaza & Janés.

Zohar, D., & Marshall, I. (1994). *The Quantum Society*. New York: Quill publish.com.



Carmen Vázquez Bandín

Psicóloga clínica, psicoterapeuta gestáltica. Master en psicología clínica. Fundadora y directora del Centro de Terapia y Psicología. CTP de Madrid (España). Fundadora y directora de la Escuela de formación en Terapia Gestalt del CTP. Certificado Europeo de Psicoterapeuta (ECP). Miembro de honor de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG) y ex presidenta, miembro de pleno derecho de la Asociación Europea de Terapia Gestalt (EAGT), New York Institute for Gestalt Therapy (NYIGT), European Association for Psychotherapy (EAP), World Council for Psychotherapy (WCP), IGTA, AGTA. Didacta y supervisora internacional. Experta en Comunicación. Especialista en procesos de duelo. Formada en Análisis Transaccional y PNL. Co-directora de la editorial de libros sobre terapia gestalt Asociación cultural. Los Libros del CTP. Autora de libros, capítulos en libros y artículos sobre terapia gestalt en español, inglés, francés e italiano. Traductora de libros y artículos sobre terapia gestalt, incluido el texto fundacional Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana. Creadora de la Conferencia Internacional de Escritores Gestálticos en Español (desde 2001). Miembro del Comité científico de diversas revistas como Gestalt Review, Studies in Gestalt Therapy, Quaderni di Gestalt, Cuadernos Gestalt, y de editoriales como Gestalt Therapy Books Series del Instituto di Gestalt HCC Italy.

Reflexiones

La psicología científica

José García Lozano

Resumen

La psicología y la psicoterapia, desde sus inicios, han sufrido en su seno intensos conflictos acerca de su validez científica, lo cual ha creado fuertes disputas internas entre sus diferentes enfoques. La esencia de este conflicto ha estado, y aún está, en la disociación entre las manifestaciones objetivas y subjetivas de lo psíquico. En su intento de acercarse a los métodos de las ciencias naturales aspirando legítimamente a una mayor validez científica, la psicología positivista ha rechazado la mitad de sí misma, la subjetividad que todo individuo manifiesta ineludiblemente, adentrándose así en un problema irresoluble por el cual, pretendiendo ser científica, se ha condenado a no serlo en parte, porque no ha respetado su objeto de estudio al completo. En el presente artículo expondremos que la ciencia en general, más allá de la ciencia positivista en particular, no excluye *per se* ninguna de las diversas manifestaciones de lo psíquico, sino que puede disponer de los métodos necesarios para su estudio e integración.

Palabras clave: psicología científica, objetividad, subjetividad, método científico, integración de lo psíquico.

Introducción

La ciencia, a pesar de sus errores, existe para contrarrestar la ignorancia, la superstición, las falacias, los prejuicios y la charlatanería. Máxima expresión del conocimiento basado en el pensamiento racional, lógico, analítico o secundario aspira a aprehender la realidad desde la observación y la experimentación con el mayor realismo posible. El pensamiento científico trasciende los pensamientos primarios previos de tipo instintivo, mágico y mítico, típicos de las culturas primitivas, la infancia o los trastornos mentales. Pero trascender no es negar ni destruir, sino incluir e ir más allá, puesto que los pensamientos primarios previos, una vez activados, ya no se desactivarán jamás. Los publicistas y los políticos saben muy bien de qué hablamos, puesto que el objetivo de sus millonarias campañas apunta al instinto y a la emoción más que al respeto por las normas de un buen razonamiento, la rigurosidad en los

datos y la honradez ante las posibilidades de acción. Ni siquiera el científico más honesto puede zafarse de su propia influencia en lo que estudia y concluye, pero es obvio que se acerca mucho más a las leyes del mundo que a sus egocéntricos intereses.

Históricamente la ciencia nació para trascender el empacho interesado o ignorante de pensamiento mágico que campó a sus anchas en el milenio medieval, donde las creencias iban y venían sin límites, dando por verdadero y real lo que tan solo eran ocurrencias imaginarias, tomando por objetivo lo que tan solo era subjetivo. Pero veremos cómo, en su búsqueda de objetividad, el pensamiento científico positivista llegó a despreciar con auténtica aversión todo atisbo de subjetividad.

Las fases del método científico son: observación, planteamiento de un problema a resolver, establecimiento de una hipótesis a confirmar o descartar, medición, experimentación, análisis de los resultados y comunicación de las conclusiones al resto de la comunidad científica. Será entonces cuando entren en juego la reproductibilidad (posibilidad de repetir dicho experimento) y la falsabilidad (posibilidad de refutar sus conclusiones). Un conocido chiste plantea que si mezclamos agua con ginebra, con whisky, con ron o con vodka y bebemos una buena cantidad nos emborracharemos. Puesto que la variable que hemos mantenido constante es el agua, concluiremos que el agua emborracha. Parece ser lógico. Hasta podríamos decir que, de entrada, es científico. Bebamos ginebra, whisky, ron y vodka por separado y sin agua, y comprobaremos que nos emborrachamos; bebamos solo agua y comprobaremos que no. Descubriremos así que nuestra conclusión era falsa. De modo que la siguiente hipótesis podría ser qué hay de común en esas cuatro bebidas que emborracha (y que no es el agua) y tendremos que seguir investigando.

Existen numerosos conceptos científicos tales como *verificación*, *validez*, *fiabilidad*, *doble ciego*, etc. ¿Cómo puedo recoger los datos que necesito? ¿Cómo verifico que los datos que recojo son los que busco y no otros? ¿Cómo los mido? ¿Estoy midiendo lo que pretendo medir o, por error, podría estar midiendo otra cosa? ¿He eliminado todos los posibles errores? ¿Son fiables estos resultados, o mañana variarán? ¿Los efectos a los que llego son realmente resultado de las causas que propongo? ¿Las relaciones entre los datos son realmente las que creo? No ha sido raro en la historia científica que se establecieran relaciones de causa-efecto que resultaran ser engañosas, como cuando se consideró que la esquizofrenia se curaba al cambiar por completo la sangre a un paciente.

El suspenso en mi examen, ¿fue debido a que olvidé realizar un ritual? ¿Fue por no estudiar lo suficiente? ¿Qué criterios establecen que se ha estudiado lo suficiente? Sería tautológico considerar que se ha estudiado lo suficiente porque se aprueba, y que se aprueba porque se ha estudiado lo suficiente. ¿Y los que aprueban sin estudiar, copiando? ¿Suspendí porque el examen era muy difícil? ¿O porque ese día me encontraba algo embotado? ¿Y qué significa exactamente que algo sea difícil? ¿Qué es estar embotado? ¿Cómo puedo medir la dificultad y el embotamiento? ¿Cuál fue el porcentaje de aprobados entre los compañeros? ¿Habría obtenido una nota distinta si me hubieran preguntado sobre otros temas? ¿Esto descartaría el embotamiento

como causa? Y, si mi nota depende de los temas que elige el profesor, ¿queda descartada la dificultad del examen? ¿Cuántas variables hay en juego? Con este ejemplo, tan aparentemente simple, bien podemos hacernos una idea de lo complicado que puede llegar a ser establecer una relación causal; más aún si se trata de una relación multicausal. Si pensamos en la terapia gestalt, podemos extrapolar lo dicho a conceptos como el darse cuenta, la priorización de necesidades, la polaridad contacto-retirada, autoapoyo-heteroapoyo, la responsabilidad existencial, etc.

La psicología en general y la gestalt en particular han sufrido y sufren los envites de los científicos serios (lo cual agradezco) y de algunos otros charlatanes presuntamente defensores de la psicología científica que son en realidad pseudocientíficos dueños de vehementes discursos que incurren en los errores que critican. No obstante, siempre nos vendrá más que bien una mayor dosis de ciencia en nuestro trabajo como psicoterapeutas. Y aquí aflora el primer problema, puesto que la psicología que se autodenomina científica sabe que a veces no ha sido honesta en su procedimiento, por no decir que ha sido temeraria y autodestructiva. Ha corrido despavorida para subirse al tren de la ciencia positiva y compartir vagón con los adalides de la objetividad, es decir, los científicos positivistas: físicos, químicos, biólogos o matemáticos. Y tengamos en cuenta que los matemáticos de alto nivel trabajan más con lo abstracto que con lo concreto, más con letras que con números, e incluso con entidades que no pueden observarse en la naturaleza, como los números negativos o el concepto de *infinito*.

Lo primero es saber qué me propongo investigar y, para ello, qué datos debo obtener, amén de cómo obtenerlos, cómo medirlos, etc. Y es aquí donde muchos investigadores de la psicología, empujados por acallar su complejo de inferioridad científica, pasaron por encima las características del objeto de estudio que nos corresponde.

Ken Wilber expuso de forma brillante y sencilla en su clásica obra *Los tres ojos del conocimiento* (1983) que no podemos utilizar el mismo método para obtener información del mundo físico externo y objetivo («ojo de la carne»), del mundo de la mente, la lógica y lo subjetivo («ojo de la razón»), y del mundo de la espiritualidad y la trascendencia («ojo de la contemplación»). En el trabajo que nos ocupa nos centraremos en los dos primeros aspectos, pero no está de más recordar al tercero. Ya Immanuel Kant, hace casi 250 años, en su obra cumbre,



Primera edición del libro *Crítica de la razón pura* (1781) de Immanuel Kant

Crítica de la razón pura (1781), dejó claro que lo trascendental no se podrá explicar nunca con la razón. Del mismo modo, podríamos decir que lo subjetivo, tan propiamente humano, no se podrá explicar nunca si solo tomamos datos que puedan grabarse con una cámara de video o reflejarse en un microscopio. Si bien estos datos son necesarios, no por ello son suficientes.

Miles de libros han hablado en las últimas décadas de esta controversia científica. Nunca puede considerarse negativo que la psicología quiera ser científica, porque nunca ha sido ese el verdadero problema. A decir verdad, no creo haber conocido nunca un solo psicoterapeuta que no haya querido realizar un trabajo científicamente validado, pero si obviamos la cuestión del objeto de estudio considerando que solo lo visible con el ojo de la carne puede ser científico, habremos traicionado a la psicología condenándola a no poder ser científica nunca, por mucho que se quiera demostrar que es posible. Si de todos los componentes de la experiencia humana apenas dejamos los visibles, ¿qué objeto de estudio le quedaría a la psicología? ¿Tan solo la conducta? ¿Y eso sería una buena representación de la extraordinaria riqueza de la experiencia psicológica humana? Ya lo intentaron los conductistas, mostrando auténtica aversión a todo lo subjetivo. Sólo aceptaban lo observable, y esto provocó una tormentosa lluvia de críticas de simplismo, de que solo servía para adiestrar niños o animales de circo, o para meros hábitos comportamentales, dejando fuera toda la riqueza de la subjetividad y la experiencia tan característicamente humanas. De hecho, el conductismo inicial, que lo resumía todo a estímulos y respuestas (E-R), quedó relegado por su simplicidad y evolucionó al neoconductismo, la psicología cognitiva y a la actual psicología cognitivo-conductual. Entendieron que la conducta o respuesta (R) no era algo tan objetivo y visible como pudiera parecer a partir de un estímulo (E). Las teorías conductistas se habían obtenido a partir de estudios con animales en cuanto a la formación de hábitos que, como por cierto señaló Piaget (1969), un referente cognitivo, no requerían inteligencia. Se comprobó que los acontecimientos (E) dependían fundamentalmente de la significación que tuvieran para el individuo, de cómo se le representaran a este, de modo que añadieron un factor de subjetividad (O) entre el estímulo y la respuesta (E-O-R), es decir, variables internas moduladoras de la conducta final, hasta el punto de que una conducta que no sea coherente con el yo (factor subjetivo), será poco duradera, es decir: lo subjetivo prima sobre la objetividad de los refuerzos que se suministren a las conductas. A pesar del auge de los primeros tiempos del conductismo, donde parecía que el devenir de toda la complejidad humana se reduciría fácilmente a refuerzos positivos o negativos, hoy por fortuna cuesta imaginar que la psicología haya siquiera llegado a concebir que no haga falta ningún factor interno para entender nuestros comportamientos, ninguna introspección, ninguna conciencia, como si fuéramos seres pasivos y huecos que solo necesitan ser moldeados por agentes externos, como robots.

Volviendo a Wilber (1983), lo *intencional* refleja el interior, la vivencia, lo subjetivo, la conciencia misma, mientras que lo *conductual*, refleja lo observable, lo medible, lo objetivo, lo que se muestra desde fuera. Así, un manual de psicofisiología hablará del sistema límbico (zona interna del cerebro que rige, entre otras, las

emociones) añadiendo quizás imágenes de microscopio, pero no describirá, por ejemplo, cómo experimenta una persona su tristeza, su enfado, su miedo o sus deseos. De eso se encargarán las novelas y las películas que nos conmueven y enseñan, pero lamentablemente la psicología no tendrá nada que decir. Obviamente, la introspección no es algo que interese a un geólogo investigando las rocas metamórficas.

La psicología no puede ser una copia de las denominadas ciencias naturales, porque los metales, las ondas, la raíz cuadrada de n o la gravedad, que se sepa, no tienen experiencias, y no hay modo empírico ni objetivo de acceder a las vivencias a través de unos métodos basados en los sentidos o en sus extensiones técnicas. Por mucho que un neurofisiólogo analice todo sobre mi cerebro (manifestación objetiva de la realidad psicológica), no llegará a descubrir mis pensamientos (manifestación subjetiva de esa misma realidad). Del mismo modo, por mucho que con el mejor microscopio lleguemos a ver las partículas subatómicas de un reproductor de mp3, no podremos escuchar la música que contiene. Decir que la verdadera causa de las obsesiones o el enamoramiento no tiene nada que ver con vivencias subjetivas, sino sólo con la química cerebral y los neurotransmisores, es dejar fuera la mitad de la realidad. El asunto es que las obsesiones o el enamoramiento, por ejemplo, se manifiestan tanto a nivel físico, observable (pulsaciones cardíacas, dilatación de las pupilas, neurotransmisores, etc.), como a nivel subjetivo (interpretable). Por mucho que biológicamente haya algunos valores similares, es bastante diferente sentirse obsesionado o enamorado.

La observación del mundo objetivo se basa en la *percepción*, y la aprehensión de la experiencia subjetiva requiere *interpretación*. No puede ser de otra manera: lo objetivo ha de ser percibido y lo subjetivo ha de ser interpretado. En psicología, en concreto, lo subjetivo ha de ser interpretado y comunicado por el propio paciente, y también interpretado por el psicoterapeuta. La ciencia nunca podrá utilizar el mismo método para estudiar una roca o una depresión, ni para escudriñar los entresijos de un hormiguero o de la autoestima. Lo objetivo responde a su apariencia y su función, y lo subjetivo a su interpretación y su significado, un significado que, además, depende del contexto. Y decir que una realidad subjetiva es interpretable no ha de provocar temblores en las piernas de los psicólogos científicos, puesto que hay buenas y malas interpretaciones, y en cada disciplina hay criterios para interpretar lo mejor posible. Decir que algo es subjetivo y, por tanto, interpretable, no equivale a convocar incondicionalmente a toda la charlatanería de los alrededores. No negaremos que lo subjetivo es escurridizo, pero el cambio de paradigma que conllevó la física cuántica a la física anterior newtoniana supuso un auténtico torpedo en la línea de flotación de todo lo que se había creído hasta ese momento respecto a la materia, y no por ello la física desapareció.

No se trata de romper la psicología en dos y tirar la mitad subjetiva al olvido para que cuadre con los métodos de estudio de las ciencias naturales, sino de encontrar los métodos científicos que se adecúen a las características de la psicología como objeto de estudio. Y es sorprendente la ferocidad destructiva que existe entre algunos psicólogos, que descalifican los enfoques de otros colegas como auténticas patrañas,

aunque estén sostenidos por décadas de experiencia clínica, decenas de miles de profesionales inteligentes y bien formados, y muchos más pacientes que han mantenido sus tratamientos porque obviamente les servían. No conozco otra ciencia en la que ocurra un exceso semejante. Muchas son las ciencias en las que hay conflictos internos entre los enfoques más objetivos y subjetivos, como la historia, la economía o la sociología, e incluso entre la física experimental y la teórica. Pero asegurar en revistas, ponencias o en algunas aulas universitarias que todo lo que dicen otros enfoques psicológicos es totalmente arbitrario, absurdo e inútil, es ir demasiado lejos hasta el punto de resultar sospechoso.

¿Cómo abrazar e integrar entonces las manifestaciones objetivas y subjetivas de una misma realidad psicológica? Según describe magistralmente el neurocientífico Gazzaniga (2018), neurólogos, psiquiatras, psicólogos, biólogos, psicofisiólogos, filósofos y un largo etcétera de profesionales llevan siglos y especialmente décadas intentando abordar una cuestión presente desde hace milenios: ¿lo real es lo que nos aporta la conciencia o lo que nos aportan los sentidos? Si dejamos a un lado los radicales de cualquier punto de vista, contaremos con aquellos que reconocen que hay que entrar al asunto por todos sus costados. Pero sigue siendo un enigma neurocientífico hoy en día cómo de un cerebro físico objetivo surge lo que experimentamos como conciencia, y cómo la experiencia subjetiva de la conciencia influye en su soporte físico. ¿Cuál es el puente que une a ambos? ¿Cuál es el eslabón perdido entre estructura y experiencia, biología y mente, mecanicismo y fenomenología, biología y filosofía? Quizás, aunque llegue un día en que sepamos exactamente qué circuitos neuronales se activan en una persona cuando desea un helado, o cuando se imagina un unicornio blanco, o al pasar del miedo a la osadía, ¿eso significaría que conocemos el puente que une ambas manifestaciones de la realidad? Probablemente no haya modo empírico ni objetivo de acceder al espacio interno vivencial subjetivo a través de los sentidos y, por supuesto, no hay modo subjetivo de acceder a un espacio físico como el cerebro más allá de la imaginación. Pero esto no implica que neguemos ninguna de estas dos manifestaciones de la realidad. Los neurocientíficos, hoy en día, tampoco han descubierto ese puente. Gazzaniga (2019) nos recuerda que Joseph Levine denominó a esta contingencia entre lo físico y lo mental *brecha explicativa* y, dicho esto, asume que lo físico no explica lo mental y viceversa, pero no hace falta que eso nos quite el sueño.

La ciencia tiene diferentes métodos para diferentes objetos de estudio. No podemos investigar con los mismos métodos científicos la aceleración de un objeto al caer, las reacciones al mezclar sustancias, la inflación económica, los movimientos migratorios, el nacimiento de las religiones, la muerte de las estrellas, la interacción de los órganos del sistema digestivo, las derivaciones de las lenguas indoeuropeas, los componentes de un microchip, los factores geológicos que influyen en un terremoto o la resistencia al calor de una tostadora. De otro lado, todos los especialistas en pintura reconocerán la genialidad de Picasso, aunque un lego en la materia pueda decir que pintaba igual que su sobrino de cuatro años. Esta es sin duda una mala interpretación a ojos de cualquier experto.



Psicoterapeuta en conversación con su paciente

En adaptación al objeto de estudio, los métodos pueden ser deductivos, inductivos, analíticos, sintéticos, mixtos y, según autores, muchos más, como los estadísticos, clasificatorios, empíricos, definitorios, axiomáticos, históricos, etc. A veces será imposible la repetición(reproductibilidad), como en la investigación de los acontecimientos históricos. A veces lo será la experimentación, como en las conclusiones matemáticas establecidas por convenio, en la física teórica o en la astronomía. Así, prácticamente cada disciplina del saber requerirá un método científico personalizado. ¿No tiene derecho la psicología a tener su propio método? ¿Hemos de amoldarnos a los a veces inadecuados métodos de otras disciplinas? En suma, ¿debe el objeto de estudio adaptarse al método, o más bien el método al objeto de estudio?

La psicología, como otras ciencias, ofrece datos objetivos y subjetivos. Estos últimos deberán ser interpretados por el paciente y comunicados al psicoterapeuta, que a su vez contará con su propia interpretación a partir de lo que el paciente diga y de lo que él mismo vea y sienta. Y esto es lo que da miedo a la ciencia positivista: que el observador no esté fuera del campo de estudio y, por si fuera poco, que interprete y sienta, pero la realidad es que no se puede evitar. Si una conducta, una frase o una determinada activación cerebral observables y objetivas son interpretables, imaginémonos la necesidad de interpretación que requiere una vivencia, una emoción, un sentimiento o una convicción basada en la propia historia vital. Hagámonos una idea de lo interpretable que es algo que no es consciente. Recuerdo a un colega del campo de las adicciones referir que, si se preguntaba a chavales un sábado de

mañanera a las afueras de una discoteca con un considerable consumo si tenían problemas con las drogas, decían que no, pero si se preguntaba en centros de tratamiento, donde estaban abstinentes, decían que sí tenían problemas con las drogas, y bastantes.

El psicoterapeuta no puede dejar de tener su propia interpretación, su *ojo clínico* basado en su experiencia, y además necesitará inexcusablemente conocer las interpretaciones de su paciente sin dar por hecho las propias, es decir, ¿qué le significa lo que me cuenta? ¿Qué le significa sentirse enfadado, que le hayan despedido del trabajo, haber sido infiel o ser padre? ¿Qué le significa sentir alivio ante la muerte de un ser querido largo tiempo enfermo? ¿Y no alegrarse sinceramente de que a su mejor amigo le toque la lotería? ¿Y sentir culpa por algo a lo que cree tener todo el derecho? ¿Y compararse siempre a menos? ¿Y no saber por qué siente lo que siente?

Los enfoques que se atreven a trabajar con la subjetividad, como los psicodinámicos y los humanistas, requieren a sus profesionales que antes hayan realizado un mínimo de horas de psicoterapia como pacientes, lo cual es totalmente coherente con estos modelos, ya que solamente interpretándose a sí mismos lo mejor posible podrán interpretar lo mejor posible a sus pacientes al entrar en su subjetividad. Por su parte, los enfoques que mayoritariamente se basan en la información objetiva no piden a sus técnicos que hagan psicoterapia, puesto que su observación monológica se dirige a lo externo. En cualquier caso, ¿es mínimamente posible eliminar la subjetividad de la psicología? ¿Y sería lícito siquiera pasar por alto las interpretaciones que el sujeto hace de sí mismo? ¿Acaso vamos a imponerle las nuestras o las estadísticamente mayoritarias?

La ciencia psicológica ha hecho numerosos progresos en las últimas décadas respecto a lo observable. Desarrollemos más los métodos para trabajar con lo subjetivo, con lo vivencial, con lo interpretativo, con lo emocional y con lo existencial, para trabajar con la necesidad de sentido, de autorrealización, con el vacío, la consciencia y la inconsciencia, con la autoestima, con la sensación de libertad y de vulnerabilidad. Al fin y al cabo, el factor subjetivo es inevitable en la investigación psicológica, aunque los científicos radicales jueguen a que no está.

Recuerdo, de los tiempos de mi formación académica, una clase en la que se nos pretendía enseñar a valorar el riesgo de suicidio en un paciente. Con esta finalidad, había que pasarle un cuestionario que mencionaba una buena variedad de acontecimientos externos, que sumaban puntos. Así, la suma de unas cuantas circunstancias tales como enfermedades, familiares con trastornos mentales, duelos, abusos, desempleo, discriminación, etc., podrían aumentar las posibilidades de suicidio del paciente. Y no dudo que estadísticamente fuera así, ni que este cuestionario ofreciera una información conveniente, pero ahora me sorprende que en ningún momento se nos instara a mirar a los ojos al paciente y preguntarle si pensaba en quitarse la vida, y por qué. Mucho menos aún se hubiera concebido que los propios profesionales que trabajaban con estos pacientes exploraran el sentido de sus propias vidas y, en su caso, se preguntaran si alguna vez habían tenido también ideas suicidas.

Referencias bibliográficas

- Gazzaniga, M. ([2018] 2019). *El instinto de la conciencia: Cómo el cerebro crea la mente*. Barcelona: Grupo Planeta Audio.
- Kant, E. ([1871] 2020). *Crítica de la razón pura*. Madrid: Editorial Verbum.
- Piaget, J., y Inhelder, B. ([1969] 1997). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.
- Wilber, K. ([1983] 1994). *Los tres ojos del conocimiento*. Barcelona: Editorial Kairós.



José García Lozano

Especialista en psicología clínica, miembro titular, didacta y Supervisor de la AETG y Especialista en Psicoterapia acreditado por la EFPA. Miembro psicoterapeuta, docente y supervisor acreditado por la FEAP, es coordinador del Centro Valenciano de Psicoterapia.

De la marginalidad a la legitimación: un análisis del estado actual de la terapia gestalt en España

Víctor Moyano Pérez

Resumen

El artículo ofrece un análisis sobre la importancia de integrar la terapia gestalt en el panorama científico y académico, resaltando su significativa contribución al tratamiento de la salud mental en un contexto donde la psicología basada en la evidencia adquiere una creciente relevancia. Se detalla el concepto de práctica psicológica basada en la evidencia y se profundiza en la regulación de la psicología en España, ubicando a la terapia gestalt dentro de este marco. Asimismo, se realiza un repaso de la literatura científica, tanto nacional como internacional, para obtener certeza de que es posible aunar el modelo terapéutico y el científico con prometedores resultados.

Palabras clave: Regulación española, psicología basada en la evidencia, literatura científica, futuro de la terapia gestalt, aportaciones al campo

Introducción

Recibir la notificación de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG) acerca de su próximo número especial dedicado a la investigación ha servido como catalizador para la redacción de este artículo. La incursión en el ámbito científico representa un desafío pendiente para una metodología a menudo etiquetada como «ateórica»,¹ una designación que podría considerarse paradójica. Sin embargo, si aspiramos a elevar la terapia gestalt al estatus de metodología, como acabo de hacer, en lugar de una mera creencia, es imperativo avanzar hacia un enfoque más académico y científico, aunque ello implique una revisión crítica de sus fundamentos tradicionales.

1 El propio Claudio Naranjo señala, en una entrevista, que el objetivo de escribir *Terapia gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateórico*, fue señalar que el espíritu de la gestalt era trabajar con la experiencia, con el mínimo de interposición teórica, de forma semejante a lo que es el zen entre las corrientes espirituales (Ramírez, 2011).

En un contexto en el que la salud mental emerge como necesidad primordial, la terapia gestalt ofrece una perspectiva única y diferenciadora. Nos enfrentamos, por tanto, a un desafío dual: por un lado, la necesidad de alinearnos con la práctica basada en la evidencia científica, un enfoque prevalente en la psicología clínica y sanitaria; y, por otro, preservar la esencia fenomenológico-relacional que caracteriza nuestra práctica.

El propósito de este artículo es examinar el estado actual de la psicoterapia en España, su regulación gubernamental y las contribuciones más recientes de la literatura científica nacional. Analizaremos también algunas investigaciones internacionales con el fin de demostrar que la investigación en este campo no sólo es viable sino también necesaria.

La práctica psicológica basada en la evidencia científica

Con raíces profundas en el ámbito de la medicina, la práctica psicológica basada en la evidencia empezó a ganar prominencia en la década de los ochenta, consolidándose en los países occidentales con la publicación de la declaración política sobre la práctica por parte de la American Psychological Association (APA) en 2005.

La declaración, que sirvió como marco de referencia para psicólogos y otros profesionales de la salud, define la práctica psicológica basada en la evidencia como «la integración meticulosa de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica», todo ello en el contexto de las características individuales, cultura y preferencias del paciente. El objetivo subyacente es fomentar prácticas psicológicas efectivas y mejorar la salud pública mediante la aplicación de principios empíricamente validados en la evaluación psicológica, la formulación de casos, la relación terapéutica y la intervención.

Desde la instauración de estas directrices, la investigación en psicología ha continuado su incansable labor de validación y refutación de teorías, con el fin de ofrecer no sólo un tratamiento efectivo sino el más efectivo para cada paciente. De hecho, se considera un derecho fundamental del paciente el recibir la atención más personalizada y eficaz para su problemática específica. Y en consonancia con este principio, los colegios oficiales de psicología se adhieren a las directrices.

La regulación de la práctica psicológica en España

Hasta la promulgación de la Ley 33/2011 General de Salud Pública,² la profesión de psicólogo en España carecía de una regulación formal, a excepción de la figura del

2 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado.

psicólogo interno residente (PIR), que culmina en la especialización en psicología clínica. Dicha legislación introdujo la figura del psicólogo general sanitario, que autoriza el ejercicio profesional en el país.

Por tanto, España cuenta con dos figuras profesionales en el campo de la psicología: el psicólogo especialista en psicología clínica, con una formación de cuatro años como interno residente, y el psicólogo general sanitario, cuya habilitación se obtiene a través de un máster estatalmente regulado. Es importante destacar que, en ambos casos, la práctica psicológica se rige por los principios basados en la evidencia científica.

¿Dónde quedan los y las terapeutas? En ninguna parte. La figura del terapeuta y de la psicoterapia en general permanecen en un limbo regulatorio en España, a diferencia de países como Alemania o Francia, donde sí están reguladas. Es decir que una formación, como puede ser la terapia gestalt, al no estar oficializada, entra dentro de un limbo de existencia: existe porque se da, pero no queda regulada más allá de asociaciones necesarias como la AETG (en materia de terapia gestalt) o la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) en cuanto a psicoterapia se refiere.

Y aquí es donde entramos en terreno peligroso. El vacío regulatorio genera controversia en el ámbito profesional, pues no son pocos los psicólogos que reniegan de cualquier terapia que no esté validada científicamente, ni tampoco los que acusan directamente a la terapia gestalt de ser una suerte de secta. Todos somos testigos, cada cierto tiempo, de noticias y artículos que alertan sobre los peligros de nuestra práctica, lo que ha obligado a la AETG a construir un argumentario sobre la reputación y profesionalidad de la terapia gestalt³ y a personarse como acusación, emprendiendo acciones legales ante ataques difamatorios.⁴

Ni terapia ni pseudoterapia: en evaluación

El 28 de febrero de 2019, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social lanzó una iniciativa denominada #CoNprueba, con el objetivo de sensibilizar a la población acerca de los riesgos asociados con las pseudoterapias.⁵ Esta campaña sometió a escrutinio un total de 139 técnicas terapéuticas, incluida la terapia gestalt. De estas, 73 fueron categorizados bajo el epígrafe «técnicas que se pueden considerar

3 Puede leerse el comunicado a través del siguiente enlace: <https://aetg.es/noticias/aetg-construyendo-primer-argumentario-sobre-reputacion-profesionalidad-gestalt>

4 Se puede leer el comunicado de la AETG contra el Instituto Salud sin bulos, que calificó a la terapia gestalt de «secta destructiva» a través del siguiente enlace: <https://aetg.es/noticias/aetg-emprende-acciones-legales-contra-salud-sin-bulos-considerar-terapia-gestalt-secta>

5 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Campaña #CoNprueba. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4527>

pseudoterapias», entre las que se incluyen en análisis transaccional, la numerología y la terapia regresiva. De las 66 técnicas restantes todavía no existe un análisis propio por parte del ministerio, por lo que están dentro del encaje de «terapias aún en evaluación: aquí se encuentra la terapia gestalt, compartiendo cajón con la abrazo-terapia, las constelaciones familiares, la osteopatía o la técnica Alexander.

Para salir de este cajón, creemos, es más necesario que nunca invertir en investigación. Diseñar y aplicar propuestas de intervención, compartir y replicar hallazgos en diversos contextos y poblaciones, y sistematizar los resultados son pasos cruciales para legitimar la terapia gestalt en el ámbito de la salud mental. Todo ello, sin perder la esencia fenomenológica-relacional de la que hacemos gala.

García (2022) explora este dilema señalando dos polaridades: la búsqueda de validez, por un lado, y el aislamiento teórico, por otro; y sugiere una tercera vía de investigación que sitúe a la terapia gestalt en diálogo con otras disciplinas, como el enactivismo. Sin una base empírica sólida, la terapia gestalt corre el riesgo de ser marginada o incluso excluida en futuras regulaciones, tal y como señala Beja (2020). Esta preocupación también es compartida por otros autores, que destacan la tradicional autoexclusión de la terapia gestalt de la psicología académica debido a la falta de investigación: probablemente, esta marginación haya sido la principal causa de que los terapeutas gestálticos se hayan mantenido muy cercanos al *art-making* psicoterapéutico (Ayala y Rodríguez, 2020).

Sin una investigación fuerte, estaremos siempre en inferioridad, tanto en términos de legitimidad como en términos de profesionalidad. Es más, nos atrevemos a predecir que en el futuro sólo los que ostenten un título regulado (psicólogos, médicos, psiquiatras, etcétera) tendrán la autoridad para ejercer la psicoterapia, lo que sería una pérdida irreparable para el campo. Un estudio predictivo realizado con 56 expertos en psicoterapia pronostica que, para la década de 2030, terapias como el psicoanálisis clásico, la terapia de la realidad y la terapia gestalt disminuirán significativamente en Estados Unidos en detrimento de las terapias multiculturales, de atención plena y de los enfoques cognitivo-conductuales (Norcross, Pfund y Cook, 2022).



Balanza que representa el desequilibrio entre la legitimidad y la investigación en la terapia gestalt

La búsqueda de literatura científica española en terapia gestalt

Dentro del panorama de la investigación en terapia gestáltica, es crucial reconocer las contribuciones realizadas por académicos españoles. Aunque el método de búsqueda empleado en este artículo no cumple con los estándares de una revisión sistemática, se ha realizado un esfuerzo por recopilar publicaciones de investigadores españoles de la última década.

En una consulta realizada en PubMed, uno de los repositorios científicos más extensos, se emplearon los términos «Gestalt Therapy» en los campos título y resumen, limitando la búsqueda a publicaciones en español y dentro del periodo 2013-2023, pues diez años son el límite para que un artículo académico centrado en psicología se considere como actual. La búsqueda arrojó un artículo que resultó no ser relevante para el propósito de este artículo.

Se aplicaron criterios similares, excluyendo la restricción del idioma, en PsycNet, el motor de búsqueda de la American Psychological Association. Esta búsqueda nos condujo a un único artículo en inglés de Carmen Vázquez Bandín, figura prominente en el campo gestáltico. Su trabajo se centra en el duelo suspendido en el contexto de la pandemia de COVID-19, ofreciendo herramientas específicas para trabajar con este tipo de duelo desde el enfoque de la terapia gestalt (Vázquez, 2021).

Un mayor número de resultados lo encontramos en Dialnet, el repositorio de la Universidad de la Rioja. La mayoría de los artículos recuperados se centran en la generación de un corpus teórico, lo cual es una contribución valiosa para el campo que nos interesa. Además, se encuentran propuestas de intervención específicas, experimentos de caso único y, notablemente, trabajos de fin de grado en psicología que han alcanzado el estatus de publicación.

La Investigación española publicada

Carmona (2021) nos ofrece una visión que aborda los orígenes de la terapia gestalt y sus técnicas más actuales, destacando la importancia de la actitud terapéutica para la efectividad de las técnicas gestálticas. Una de las técnicas más reconocibles dentro del método es la «silla vacía», que Poza, Cales y Escarabajal (2023) detallan para abordar los temas más concurridos de la terapia, como son las polaridades «perro de arriba y perro de abajo» o para imaginar a una persona no disponible, desaconsejando la práctica para pacientes-clientes con trastornos graves como TLP (trastorno límite de personalidad), personas con estructuras psicóticas en general o para estados graves de ansiedad.

Además de los métodos utilizados, cabe recordar uno de los *mantras* que se repiten a lo largo de la literatura y formaciones gestálticas: el terapeuta es la propia herramienta. Quizá este sea uno de los postulados que nos alejan más de la sistematización científica a la que abogamos en este artículo. En cualquier caso, entre las

cualidades intrínsecas que definen a un terapeuta gestáltico destacan la presencia y la atención como precursores del *darse cuenta*, siendo esta capacidad el mayor reto del terapeuta (Moreno, 2021). Siguiendo en esta línea, la actitud del terapeuta frente al cliente o paciente debe ser de interés, respeto, disponibilidad y apertura, para así comprender la narrativa personal del cliente explícita e implícitamente. Dicha comprensión actúa como una puerta de entrada para reparar el daño psicológico que pueda tener el cliente (González, 2021). Alaya y Rodríguez (2020) buscan los puntos de convergencia entre la terapia gestalt y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) de Steven C. Hayes, como, por ejemplo, la «manera de estar en el mundo», y los sitúan como mecanismos responsables de la eficacia terapéutica.

Los experimentos de caso único constituyen un marco útil en contextos clínicos para la formulación de hipótesis de investigación. Ofrecen, además, una ventana de profundidad mayor que en experimentos más extensos. No obstante, una de sus limitaciones radica en la incapacidad para generalizar los resultados a una población más amplia, además del potencial sesgo del investigador. A pesar de ello, consideramos que los experimentos de caso único sirven como punto de partida sólido para el avance de la literatura científica basada en la terapia gestalt.

Un ejemplo de caso único lo encontramos en un estudio que implementa un programa de intervención en inteligencia emocional (IE) dirigido a una adolescente con problemas de conducta atribuidos a experiencias de maltrato infantil. Utilizando una metodología lúdica y fundamentada en el modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey, en combinación con técnicas gestálticas, la investigación emplea un diseño experimental ABA de evaluación, intervención y evaluación sin intervención, empleando múltiples instrumentos para evaluar la frecuencia de conductas disruptivas. Los resultados fueron notables: se aumentó la capacidad de la adolescente para reconocer e identificar emociones, propias y ajenas; se expandió el repertorio de habilidades emocionales adaptativas; mejoró la expresividad afectiva; y se fortaleció su habilidad para manejar y regular las emociones propias, registrando una disminución significativa en la frecuencia de conductas disruptivas (Rioja, 2023).

En un estudio diferente, se exploró el uso de arteterapia inspirada en la terapia gestalt como estrategia para modificar hábitos en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. A través de la expresión artística, particularmente mediante el dibujo, se lograron identificar elementos significativos como el confort emocional proporcionado por la comida, sentimientos de soledad y duelos emocionales pendientes de resolver. La actividad creativa facilitó un proceso de redescubrimiento, permitiendo externalizar emociones previamente no entendidas. La implementación de este programa marcó un punto de partida para la extensión del trabajo a diferentes ámbitos (Zalazar, 2015).

El enfoque gestáltico también puede ser aplicado fuera del ámbito de la terapia. En su artículo publicado en la *Revista de Treball Social*, Camprubí (2017) explora como este enfoque se puede emplear en la rehabilitación de personas con pérdida visual. La autora destaca que la terapia gestalt permite una intervención más dialógica

y emocionalmente expresiva, enfocándose en las capacidades y recursos del individuo en lugar de en sus limitaciones para recuperar la autonomía personal, abordando el impacto emocional y psicológico tanto de la persona afectada como de su entorno familiar. Al hacerlo, la terapia gestalt facilita una resignificación en recursos y potencialidades, respetando la individualidad y características de cada uno, y ofreciendo una visión global de la persona y su campo ambiental (Camprubí, 2017).

Otras investigaciones interesantes

Hasta ahora, nuestra revisión se ha centrado en la literatura proveniente de España. Sin embargo, también nos gustaría considerar investigaciones a nivel internacional. Para ello utilizaremos *Gestalt Research*, recurso internacional sobre investigación en terapia gestalt que reúne más de 240 artículos.

Uno de los estudios más notables es el que aborda el desarrollo y validación de la Gestalt Therapy Fidelity Scale (GTFS) desarrollado por Fogarty, Bhar y Theiler (2019). La escala consta de 21 ítems diseñados para evaluar la adherencia al tratamiento gestáltico. A través de tres estudios empíricos, los investigadores lograron construir una escala con robustez psicométrica, capaz de diferencia significativamente entre sesiones de terapia gestalt y aquellas que no lo son, exhibiendo además altos niveles de fiabilidad tanto interna como entre evaluadores.

Otro estudio se enfoca en comparar la eficacia de la terapia de hipnosis y la terapia gestalt-hipnosis en el tratamiento de la depresión. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con 30 participantes, cuyos resultados sugieren que la hipnosis tradicional supera en efectividad a la gestalt-hipnosis, aunque se plantea la necesidad de una mayor investigación para llegar a conclusiones más definitivas (González-Ramírez *et al.*, 2017).

Adicionalmente, otro estudio examina la eficacia de la terapia de grupo gestáltica en mujeres que cuidan a pacientes con Alzheimer en el hogar (Saadati *et al.*, 2014). Los autores llevaron a cabo un estudio experimental dividiendo a las participantes en dos grupos: intervención y control. Tras doce sesiones de terapia gestalt, los resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de soledad, lo cual podría tener implicaciones positivas en la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes con Alzheimer.

Desde Hong Kong, Grace Suk Man Leung y Su HeanKhor (2017) evaluaron el impacto de intervenciones gestálticas en padres ansiosos. Los participantes fueron 156 padres de once escuelas primarias y asistieron semanalmente a cuatro sesiones de dos horas cada una. Aunque los resultados mostraron mejoras en varios aspectos, como la reducción de la evitación de experiencias internas y el aumento de la atención plena, la dimensión del juicio a sí mismos no experimentó cambios significativos.

Finalmente, cabe destacar un estudio de caso que examina el tratamiento de una mujer de treinta años con trastorno límite de la personalidad mediante psicoterapia

gestalt (Knez, 2013). A lo largo de 75 sesiones, distribuidas en un periodo de tres años y medio, la paciente pasó de un estado de necesidad de control de la relación terapéutica y una baja adherencia al proceso a mejorar significativamente en varios ámbitos de su vida, cumpliendo algunos hitos personales y profesionales. Las pruebas psicológicas de seguimiento mostraron, además, una mejora significativa en el funcionamiento social y emocional de la paciente.

Consideraciones finales

Llegados a este punto, es crucial abordar algunas consideraciones que emergen de la discusión planteada. En primer lugar, es imperativo reconocer la valiosa contribución de académicos españoles en el ámbito de la terapia gestalt, un hecho que este artículo ha procurado destacar a sabiendas de que es más que probable que hayamos dejado fuera del texto de este artículo algunos estudios. Estos esfuerzos por publicar artículos no sólo enriquecen el corpus de conocimiento existente, sino que también establecen una base sólida y fiable para futuras investigaciones en el campo. Nos ha alegrado ver cómo la terapia gestalt se ha mezclado con otras disciplinas y que de esa mezcla hayan emergido nuevas conclusiones y propuestas.

En segundo lugar, la necesidad de continuar con investigaciones rigurosas es vital para legitimar y posicionar la terapia gestalt en el contexto actual de la psicoterapia en España. Esta necesidad se vuelve aún más crítica dado el escepticismo que a menudo enfrenta la práctica gestáltica en círculos académicos y clínicos. En este sentido, creemos que, más allá de la AETG, las escuelas de formación podrían promocionar, subvencionar y/o facilitar espacios de investigación o comisiones para el alumnado interesado en iniciar o continuar en la senda académica.

Considerar la colaboración interdisciplinaria sería un valioso añadido. La terapia gestalt tiene el potencial de beneficiarse y beneficiar a otras disciplinas a través de



Representación artística sobre el trastorno de salud mental

un diálogo académico abierto, lo que podría derivar en un enriquecimiento mutuo y en avances significativos en el tratamiento de la salud mental.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Ayala, R. y Rodríguez, M.C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y Terapia Gestalt: factores de convergencia. *Revista de psicoterapia*, 31(116), 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>.
- Beja, V. (2020). Two Risks and a third way: what research for Gestalt therapy? *British Gestalt Journal*, 29(1), 44-50. Recuperado de: https://www.idet.paris/IMG/pdf/08_beja.pdf.
- Camprubí, E. (2017). Trabajo social con personas ciegas desde un enfoque gestáltico. *Revista de treball social*, 210, 171-180. Recuperado de: <https://www.revistarts.com/es/article/trabajo-social-con-personas-ciegas-desde-un-enfoque-gestaltico>.
- Carmona, D. (2021). Terapia Gestalt. Recopilación Metodológica. *Know and share psychology*, 2(2), 61-83. DOI:10.25115/kasp.v2i2.3690.
- Fogarty, M., Bhar, S. y Theiler, S. (2020). Development. And validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *Psicoterapia Research*, 30(4), 495-509. DOI: 10.1080/10503307.2019.1571688.
- García, E. (2019). Las contribuciones de la enacción a la terapia Gestalt. *Figura Fondo*, 46, 57-71. Recuperado de: https://scholar.google.it/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=e_odZ1sAAAAJ&citation_for_view=e_odZ1sAAAAJ:zYLM7Y9cAGgC.
- González, F. (2021). La perspectiva de un terapeuta gestáltico sobre la indagación terapéutica. *Revista de psicoterapia*, 32(118), 47-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.484>.
- González-Ramírez, E. et al. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*, 28, 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.001>.
- Grace Suk Man Leung y Su HeanKhor (2017). Gestalt Intervention Groups for Anxious Parents in Hong Kong: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14 (3), 183-200, DOI: 10.1080/23761407.2017.1311814.
- Knez, R. (2013). Gestalt Psychotherapy in the outpatient treatment of borderline personality disorder: a case report. *Afr J Psychiatry*, 16, 52-54. DOI: 10.4314/ajpsy.v16i1.9.
- Moreno, C. (2021). Características del terapeuta Gestalt. *Know and psychology*, 2(1), 35-44. doi:10.25115/kasp.v2i1.3780.
- Norcross, J.C., Pfund, R.A. y Cook, D.M. (2022). The predicted future of psychotherapy: A decennial e-Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice*, 53(2), 109-115. <https://doi.org/10.1037/pro0000431>.
- Poza, I., Cales, J.M. y Escarabajal, M.D. (2023). Silla vacía: la realidad proyectada. *Revista de psicoterapia*, 34(124), 165-174. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.35689>.
- Ramírez, I. (2011). La Terapia Gestalt y la presencia terapéutica de Fritz Perls: una entrevista con Claudio Naranjo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 287-296. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262753981_Gestalt_Therapy_and_the_Therapeutic_Presence_of_Fritz_Perls_An_Interview_with_Claudio_Naranjo.
- Rioja, L. (2023). El desarrollo de la inteligencia emocional a través del enfoque gestáltico a propósito de un caso víctima de maltrato infantil. *Know and share psychology*, 4(2), 63-90. doi:10.25115/kasp.v4i2.8652.
- Sadaati, H., Shoaee, F., Pourian, A., Alkasir E. y Lashani, L. (2014). Effectiveness of Gestalt Group Therapy on Loneliness of Women Caregivers of Alzheimer Patients at Home. *Iranian Rehabilita-*

tion Journal, 12(22), 54-58. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/322726756_Effectiveness_of_Gestalt_Group_Therapy_on_Loneliness_of_Women_Caregivers_of_Alzheimer_Patients_at_Home.

Vázquez, C. (2020). Only the Living Can Witness the Passing of Death: Mourning in Times of Pandemic. *The Humanistic Psychologist*, 48(4), 357-362. <https://doi.org/10.1037/hum0000225>.

Zalazar, E. (2015). Una experiencia de Arteterapia con mujeres con sobrepeso y obesidad. Enfoque gestáltico y Arteterapia. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 343-350. http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51701.



Víctor Moyano

Psicólogo colegiado. Criminólogo por la Universitat de Barcelona y terapeuta gestalt formado en el Institut Gestalt. Miembro del área psicossocial de L'Observatori contra la LGTBIfòbia atiende a víctimas de violencia machista y LGTBI-fóbica. Fue Educador Emocional de adolescentes, adultos y familias en La Granja Ability Training Center y Terapeuta grupal, junto a Nadine García, del Cerdanyola Club d'Hoquei. Miembro adherente de la Asociación Española de Terapia Gestalt y de la comisión de acreditaciones.

La importancia de la investigación empírica en terapia gestalt: propuesta de un ensayo controlado aleatorizado para evaluar su efectividad

Cristina Expósito-Álvarez

Resumen

El presente trabajo describe la necesidad de realizar investigaciones empíricas sobre la efectividad de la terapia gestalt en respuesta al cuestionamiento que se hace sobre esta y a la falta de estudios que evalúan sus resultados. Se llevó a cabo una revisión literaria que recoge los estudios que evalúan la efectividad de la gestalt. Los resultados mostraron que la terapia gestalt es efectiva para reducir la depresión, la ansiedad y mejorar el autoconocimiento, entre otros. Diversos estudios compararon la efectividad de la terapia gestalt con otros enfoques (e.g., cognitivo-conductual), encontrando resultados positivos en ambos enfoques. No se encontraron diferencias significativas en la efectividad entre los diferentes enfoques terapéuticos. Sin embargo, es necesario realizar más estudios que evalúen la efectividad de la gestalt. Además, este trabajo reflexiona sobre los retos para realizar investigaciones en gestalt, y presenta una propuesta de Ensayo Controlado Aleatorizado para evaluar la efectividad de la terapia gestalt en comparación con la cognitivo-conductual en variables cuantitativas y cualitativas relacionadas tanto con la reducción de síntoma, como con otros aspectos trabajados desde la gestalt, como la autenticidad, el darse cuenta, y el vínculo terapéutico. Se discuten las futuras direcciones para incorporar la investigación en la práctica clínica gestáltica.

Palabras clave: terapia gestalt, investigación, efectividad, ensayo controlado aleatorizado.

La terapia gestalt: fundamentos y necesidad de evaluación

De todas las definiciones de psicoterapia que he conocido en mi vida, sin duda, la que más me ha llegado ha sido aquella que entiende la psicoterapia como una mezcla de arte, ciencia, y humanidad (Yalom, 2011). La terapia gestalt, que surge precisa-

mente de la corriente de psicoterapia humanista, utiliza un enfoque fenomenológico y holístico para enfocarse en la experiencia subjetiva de las personas y en el «aquí y ahora», y facilitar que las personas sean conscientes de sus estados emocionales, necesidades y deseos, se responsabilicen de ellos mismo y vivan una vida en línea con sus valores (From, 1974; Perls *et al.*, 1951).

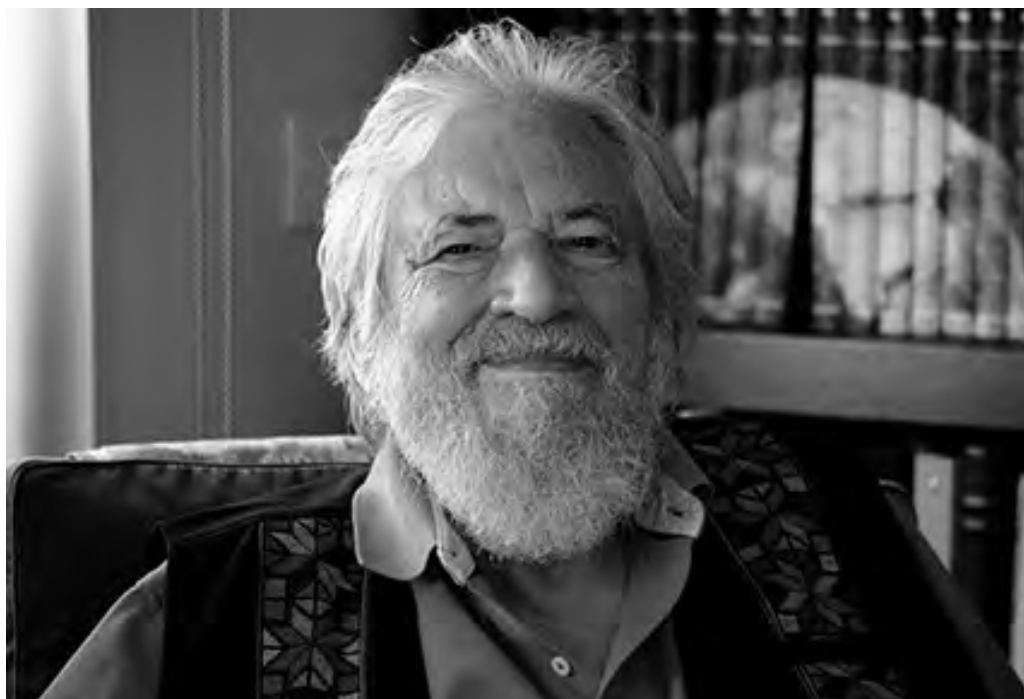
Ginger (2005) calificaba a la terapia gestalt como el arte del contacto. Sabemos que el arte o la habilidad de hacer psicoterapia, conectar con uno/a mismo/a y con el otro atender al vínculo terapéutico y a la experiencia subjetiva presente del paciente son claves para el buen desarrollo de un proceso terapéutico. Sin embargo, ese convencimiento de que la psicoterapia está funcionando, en el mejor de los casos, puede nacer de la percepción de mejora en el paciente (percepción del terapeuta, del paciente y de su círculo) y en el peor, ser un mero producto del propio narcisismo del terapeuta. Necesitamos, por tanto, estudiar su efectividad con herramientas validadas e investigaciones rigurosas que no dejen la efectividad de la gestalt a merced de quien opine sobre ella. No obstante, la naturaleza subjetiva del enfoque gestáltico y su énfasis en el trabajo experiencial dificultan la tarea de investigar sobre su efectividad. Esto, sumado a su tradición cercana al psicoanálisis, ha sembrado y siembra dudas sobre su efectividad. Tanto es así que la asociación para proteger al enfermo de terapias pseudocientíficas (APETP) incluye a la «terapia gestalt o humanista» en su lista de terapias pseudocientíficas (APETP, 2020). Además de cuestionar y negar su efectividad, propaga una serie de ideas contrarias a la naturaleza del propio enfoque como, por ejemplo:

La gestalt promueve el abandono de las responsabilidades, cargando la culpa de los problemas de sus clientes en los demás, especialmente en sus familiares y amigos, generando así una actitud egoísta, egocéntrica y de aislamiento. Este efecto ha sido ampliamente documentado, y puede considerarse muy peligroso (APEPT, 2023).

Los pilares de la gestalt, sin embargo, son la responsabilidad, la autenticidad, el aquí y el ahora, y el *darse cuenta* (Naranjo, 1990). La distancia entre lo que afirma la asociación y los propios principios de la terapia gestalt me llevan a reflexionar sobre el hecho de que la investigación no es solo útil para evaluar la efectividad de un tratamiento, sino para establecer sus principios, describir sus valores y exponer las formas concretas de hacer terapia. Mientras no hagamos ciencia, los organismos privados y también los públicos mantendrán a la terapia gestalt en su lista negra de pseudoterapias.

Pero ¿qué es exactamente la pseudoterapia?

Según el Observatorio de la Organización Médica Colegial de España (OMC) contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias, la pseudoterapia



Claudio Naranjo, pionero y referente de la gestalt. Foto: Raquel Dias

se refiere a prácticas que se presentan como terapias legítimas, pero carecen de evidencia científica para respaldar su eficacia. Dicho observatorio da cuenta de una serie de consideraciones previas (OMC, 2023):

- La falta de evidencia científica no implica que todas las pseudoterapias sean necesariamente malintencionadas o dañinas, ya que algunas pueden ser campos legítimos de estudio que aún no han sido suficientemente probados. Sin embargo, puede ser peligroso presentarlas a la sociedad como ya validadas.
- Un aspecto importante de la pseudoterapia es que una técnica o terapia que puede ser legítima y efectiva en un área específica de la medicina o la salud puede convertirse en una pseudoterapia cuando se aplica a condiciones para las cuales no tiene evidencia sólida de eficacia. Por ejemplo, la radioterapia está respaldada por la ciencia en el tratamiento del cáncer, pero sería pseudoterapia en el tratamiento del Alzheimer.
- Algunas pseudoterapias se basan en el efecto placebo y en crear un ambiente relajante para generar mejoras percibidas. La deontología sostiene que, si bien el efecto placebo puede dar buenos resultados, no es ético hacerlo de manera no informada. Aunque algunas prácticas pueden generar bienestar, su práctica no tiene por qué implicar un efecto curativo. Por ello, es importante investigar para qué y para quién es efectiva una práctica concreta.

- Existe un claro abuso del lexema *terapia* para referirse a prácticas que pueden generar bienestar momentáneamente o reducir la ansiedad.
- Varias técnicas pueden ser utilizadas como gancho por movimientos de tipo secundario.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Ciencia e Innovación Tecnológica, en su «Plan para la protección de la salud frente a pseudoterapias» ha presentado un resumen sobre las conclusiones del informe preliminar publicado en 2019 sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria, y ha incluido la gestalt entre las «terapias aún en evaluación». En el plan se incluyen varias líneas de actuación. La línea (3), por ejemplo, postula: «garantizar que todas las actividades sanitarias se realizan por profesionales que dispongan de la titulación oficialmente reconocida y eliminar de los centros sanitarios las pseudoterapias» (p. 11). Este plan forma parte de la estrategia desarrollada por el Gobierno de España llamada *CoN-prueba* (Ministerio de Ciencia e innovación y Ministerio de Sanidad, 2020), que abarca las acciones frente a las pseudociencias y las pseudoterapias en España y cuyo lema es: «No te la juegues, coNprueba».

Si queremos incluir la terapia gestalt o, al menos, el enfoque humanista ajustado a las condiciones en las que se da la terapia en el ámbito público en los centros sanitarios será necesario aportar estudios que avalen la efectividad de esta práctica terapéutica. En esta línea, y respondiendo al Plan del Ministerio de Sanidad en el que se incluye a la gestalt como práctica en evaluación, la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG) ha presentado una revisión sistemática que recoge los diferentes estudios llevados a cabo hasta la fecha en los que se evalúa la efectividad de la terapia gestalt (López-González *et al.*, 2019).

¿Qué evidencia existe sobre la efectividad de la terapia gestalt?

Raffagnino *et al.* (2019) llevaron a cabo una revisión sistemática sobre la efectividad de la terapia gestalt. Las conclusiones de los 11 estudios incluidos en la revisión apuntaban a mejoras conductuales en aquellos grupos en los que se había aplicado la psicoterapia gestalt, no solo para trabajar con poblaciones clínicas que presentan algún tipo de trastorno, sino también con personas con otros tipos de problemáticas, como problemáticas sociales. En concreto, la terapia gestalt se ha visto efectiva para incrementar el sentimiento de autoeficacia en mujeres en procesos de divorcio (Saadati y Lashani, 2013), facilitar la conexión con emociones positivas y de felicidad en personas de la tercera edad (Saadati *et al.*, 2013), mejorar la depresión diferenciación, y el autoconocimiento en este colectivo (Shariat *et al.*, 2020) y disminuir la ansiedad ante los exámenes en niños y niñas que acuden al colegio (Hajihassani *et al.*, 2012). Además, en un estudio llevado a cabo para examinar el impacto de la terapia gestalt en padres ansiosos en Hong Kong se mostró que, el grupo intervención, tras

cuatro semanas de tratamiento, presentaron menores niveles de ansiedad, menos experiencias internas de evitación y más amabilidad hacia ellos mismos en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a los niveles de juicio hacia ellos mismos (Leung y Khor, 2017). La terapia gestalt también se mostró efectiva para reducir los niveles de dependencia al alcohol en una muestra de adultos (Rajeswari, 2016). Otro estudio llevado a cabo en 2017 mostró que la terapia gestalt, en comparación con el tratamiento para adicciones a las drogas, mostraba un mayor impacto en la reducción de la depresión en una muestra de mujeres deprimidas (Heidari *et al.*, 2017).

Otros estudios y revisiones no han encontrado diferencias significativas entre diferentes enfoques psicoterapéuticos. Por ejemplo, la revisión de Cuijpers *et al.* (2008) observó que no había diferencias significativas entre los enfoques cognitivo-conductuales, psicodinámicos o interpersonales para el tratamiento de la depresión leve y moderada. De manera similar, Stevens *et al.* (2011) encontraron que no había diferencias en la efectividad entre la terapia gestalt y la terapia cognitivo-conductual, la centrada en la persona o la psicodinámica tras analizar los datos de una serie de estudios llevados a cabo en Reino Unido. Un estudio llevado a cabo por Mokrivala *et al.* (2022) comparó la efectividad entre la terapia gestalt y la combinación de terapia gestalt y terapia cognitivo conductual en la esperanza y la intensidad del dolor en mujeres con cáncer de mama. Los resultados indicaron que ambos enfoques mejoraban la esperanza y reducían las puntuaciones en intensidad del dolor. Sin embargo, la combinación de los dos enfoques resultaba más efectiva que la terapia gestalt por sí sola. Otro estudio también mostró que la terapia gestalt, en conjunto con otros tipos de tratamientos, mejoraba los síntomas de estrés postraumático (Nazari *et al.*, 2014). Además, en un estudio comparando la terapia gestalt y la terapia cognitivo-conductual en mujeres universitarias se descubrió que los grupos de ambos enfoques terapéuticos reducían la frecuencia de migrañas, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos (Sepehrian-Azar *et al.*, 2013).

Mientras que los estudios anteriormente expuestos arrojan resultados prometedores en cuanto a la efectividad de la terapia gestalt para la mejora del bienestar emocional y la adquisición de consciencia en varias poblaciones, las investigaciones continúan siendo muy escasas, especialmente cuando se trata de investigaciones publicadas en revistas de impacto indexadas. Por ejemplo, la revisión sistemática llevada a cabo por Raffagnino *et al.* (2019) fue publicada en una revista que no se encuentra indexada y, por tanto, no tiene el reconocimiento académico adecuado para que los datos y conclusiones se consideren válidos en el ámbito académico.

Búsqueda rápida de artículos sobre la gestalt en revistas indexadas

En Web of Science (WOS), una de las bases de datos más utilizadas, que recopila artículos científicos de revistas indexadas, al introducir como criterio de búsqueda

«gestalt therapy», aparecen 641 resultados. Este número aumenta al escribir «gestalt psychology», con 1655 resultados. Sin embargo, al buscar «cognitive behaviour therapy», los resultados ascienden a 38.138. Para focalizar la búsqueda en el interés de este trabajo, se realizó una búsqueda por título con los términos «gestalt therapy» y «effectiveness», obteniendo 0 resultados. Al ajustar la búsqueda a «gestalt» y «effectiveness» en el *abstract*, los resultados son 100. Por otro lado, al ingresar «cognitive behaviour therapy» y «effectiveness», se encuentran 1816 artículos científicos. Esta diferencia refleja la cantidad de investigaciones realizadas sobre la terapia cognitivo conductual en comparación con la terapia gestalt.

¿Ocurre lo mismo si estudiamos la terapia humanista?

Con el propósito de determinar si la gestalt, como tal, enfrenta una menor aceptación en el ámbito académico en comparación con la corriente humanista en general y el término «humanista», se buscó en la base de datos el término «Humanistic psychotherapy», el cual es recomendado por el tesauro de la APA. Con este término se hallaron 879 resultados, y al introducir «humanistic psychology», también sugerido por el tesauro de la APA, se encontraron 3.443 resultados. Esto indica que, aunque se registra un mayor número de investigaciones científicas al usar este término más amplio, los resultados son significativamente menores en comparación con los obtenidos al buscar evidencia sobre la terapia cognitivo conductual. Este hallazgo muestra objetivamente la existencia de una falta de evidencia que, al menos por ahora, se atribuye a la escasez de investigaciones sobre el enfoque terapéutico gestáltico. Por tanto, se necesita más investigación empírica para explorar la efectividad de este enfoque terapéutico y responder a preguntas como: ¿Para qué perfil de personas es más efectiva? ¿Con qué tipo de problemáticas? ¿Se alcanzan resultados positivos a corto y largo plazo?, etc.

La práctica clínica y la investigación, que a menudo están más distantes de lo deseable, se encuentran en el caso de la terapia gestalt, si cabe, aún más alejadas.

¿Existen motivos para cuestionar la importancia de la investigación empírica en el ejercicio de la psicoterapia gestáltica?

Existen algunos argumentos que se han utilizado tradicionalmente por algunos profesionales de la gestalt para cuestionar la necesidad de realizar investigación empírica. A continuación, se presentan algunos de los motivos que podrían explicar su reticencia hacia enfoques científicos y mediciones cuantitativas (Fogarty, 2017; Picó-Vila, 2017):

- **Valoración de lo fenomenológico y cualitativo:** Algunos psicólogos gestalt priorizan la comprensión profunda de las experiencias subjetivas y cualitativas sobre la rigurosidad cuantitativa de las mediciones (ej: medición cuantitativa de la depresión utilizando una escala tipo Likert). Así, consideran que la riqueza de la experiencia humana no se adecua a la reducción numérica.
- **El enfoque bio-médico,** en el que se pretende que la psicología sea considerada como semejante a la medicina podría conllevar a la simplificación de la psicoterapia, y del vínculo transformador que se genera en el proceso terapéutico.
- **Enfoque en el proceso más que en el resultado:** La terapia gestalt se centra en el proceso terapéutico y la interacción entre terapeuta y paciente, más que en resultados medibles. El cambio terapéutico ocurre a través de la exploración del «aquí y ahora» y de la adquisición de consciencia sobre las emociones propias y la experiencia en las relaciones, incluida la relación terapéutica. Medir el proceso terapéutico y los cambios que suceden en la relación terapéutica cuantitativamente requiere de una complejidad mucho mayor que medir los resultados, como, por ejemplo, la reducción del síntoma.

El objetivo principal no es la reducción del síntoma: dado que la meta de la terapia gestalt no es solo la reducción de síntomas, medir su eficacia basándose en este criterio podría ser inapropiado. Los tipos de estudios más rigurosos para medir la efectividad de los tratamientos son actualmente los ensayos clínicos aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés). En ellos, se comparan diferentes intervenciones utilizando un grupo experimental al que se le aplica un tratamiento específico y un grupo control, en el que o bien no se aplica tratamiento, o bien se aplica un tratamiento estándar que ya se sepa que funcione. Esto último es lo más deseable, ya que comparar casi cualquier tratamiento con no hacer nada, dará probablemente diferencias significativas para el tratamiento. Así, lo ideal es compararlo con un tratamiento que ya funcione. Lo que ocurre es que, si comparamos, por ejemplo, un grupo en el que se aplica la terapia cognitivo conductual versus un grupo de gestalt, en variables de reducción de síntoma como la depresión o la ansiedad, podría ocurrir que la cognitivo conductual obtenga unos resultados más deseables, sobre todo a corto plazo, que la gestalt, dado que su objetivo principal es precisamente reducir la sintomatología. Si, en cambio, se compararan en variables de proceso, o en variables de consciencia emocional, consciencia sobre polaridades o conflictos propios, sentido de vida, autenticidad, responsabilidad y habilidad para conectar con el «aquí y ahora», podría suceder que la gestalt obtuviera unos resultados más deseables, dado que esos son sus principales objetivos terapéuticos.

- **Falta de estandarización:** La gestalt carece de un manual o tratamiento estandarizado. La resistencia a esta estandarización puede estar relacionada con el miedo a que el enfoque científico limite la riqueza y espontaneidad de la terapia. Así, el temor sería que adoptar un enfoque científico podría desvirtuar la esencia de la terapia gestalt, que valora la autenticidad y la relación terapéutica genuina por encima de la precisión científica. Además, en comparación con enfoques tera-

péuticos más estandarizados y simplistas, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia Gestalt por su naturaleza más dinámica y fluida, podría tener dificultades para estandarizar su tratamiento, y medirlo. Por último, el ejercicio de la psicoterapia puede entenderse como un encuentro honesto entre dos personas. Sistematizarlo podría ser limitante.

Superando los retos de la investigación en terapia gestalt: razones de peso para apoyar la necesidad de investigar la efectividad de la terapia gestalt

Pese a que el apartado anterior plantea importantes retos para realizar investigaciones sobre la gestalt y su efectividad, la integración de la investigación empírica de la terapia gestalt es crucial por diferentes motivos, que abarcan desde la legitimación de las instituciones públicas y privadas en el ámbito sanitario hasta la mejora de la práctica clínica (Fogarty, 2017; Picó-Vila, 2017).

- **Incorporación o apoyo del enfoque gestáltico en la práctica clínica pública:** contar con investigación científica respalda a la terapia gestalt ante instituciones oficiales de salud mental. Esta validación proporciona una base objetiva para su inclusión en programas de tratamiento, aumentando su reconocimiento y aceptación en el ámbito clínico. En el momento actual, presentar y mostrar a los organismos oficiales que la terapia gestalt funciona, puede reducir el sesgo negativo hacia esta, y en un futuro, llegar incluso a apoyar su incorporación en la práctica clínica ante determinadas poblaciones y problemáticas. Como se ha comentado anteriormente, la gestalt se encuentra en la lista presentada por el Ministerio de ciencia e innovación sobre pseudoterapias y pseudociencias, en el apartado de prácticas «en evaluación». Resulta crucial que podamos respaldar a través de estudios científicos la efectividad de la gestalt, sus principios, y los beneficios en el desarrollo del potencial humano. Aunque esto ha sido ya expuesto y estudiado a lo largo de la historia por miles de psicoterapeutas gestalt y humanistas en general, es necesario mostrarlo con investigaciones empíricas, que no den lugar al cuestionamiento continuo por parte de otros profesionales que pretenden desvirtuar el ejercicio terapéutico gestáltico.
- **Aceptación académica:** la integración de la investigación empírica en la terapia gestalt establece un vínculo con el entorno académico y universitario. La producción de estudios científicos crea una base de conocimiento sólida y en constante evolución, lo que favorece la legitimación de la terapia como una disciplina seria y relevante en el ámbito académico. La aceptación e inclusión de la terapia gestalt en el ámbito universitario haría crecer exponencialmente el número de estudiantes que desearan formarse específicamente en este enfoque, ampliando su

aplicación en la práctica clínica futura tanto pública como privada. Las universidades y otros organismos públicos o asociaciones son más propensas a financiar tratamientos respaldados por pruebas que demuestran su impacto positivo en la salud mental de los pacientes.

- **Apoyo económico:** realizar investigaciones ayuda a obtener ayuda y dinero para continuar investigando. Esto sería muy relevante, teniendo en cuenta que no es que existan estudios donde no se demuestre la efectividad de la terapia gestalt, sino que faltan estudios donde se mida la efectividad. Falta evidencia. Entrar en la rueda de las investigaciones sería crucial para aportar más y más estudios sobre la práctica gestáltica.
- **Mejora en la práctica:** la adopción de prácticas basadas en evidencia (EBP) fortalece la calidad de la atención clínica. La investigación respaldada por datos científicos permite a los terapeutas tomar decisiones informadas sobre los enfoques y técnicas terapéuticas más eficaces, mejorando la experiencia del paciente y sus resultados. Esto nos ayudaría, por ejemplo, a conocer qué estrategias concretas (ej., «silla vacía», técnicas expresivas supresoras, trabajo experiencial del sueño, etc.) ayudan a qué tipo de pacientes (ej.: eneatis3 y 6 o eneatis7 y 2, o pacientes con sintomatología depresiva o pacientes con sintomatología ansiosa). También podríamos conocer cuáles son las estrategias que mejor funcionan y qué tipo de actitud o vínculo terapéutico facilita la movilización al cambio.
- **Confianza de los y las pacientes:** para las personas que buscan tratamiento, la tranquilidad de saber que están participando en un enfoque respaldado por la investigación puede aumentar su confianza. Esta confianza puede aumentar la adherencia al tratamiento y el compromiso del paciente con su proceso terapéutico.
- **Calidad en la atención psicosanitaria:** en entornos de atención médica, la terapia gestalt respaldada por evidencia se integra con la atención médica tradicional de manera más efectiva. La adhesión a prácticas basadas en datos científicos garantiza un cuidado de salud mental de alta calidad y seguro. Conocer qué funciona mejor y para quién aumentará la calidad de las intervenciones.
- **Enfoque personalizado:** en línea con lo comentado anteriormente, la investigación empírica no solo evalúa la eficacia general de la terapia gestalt, sino que también puede ayudar a identificar qué enfoques son más adecuados para diferentes grupos de pacientes. Esta adaptación personalizada mejora la precisión de los tratamientos y los resultados obtenidos.
- **Investigación cualitativa:** es importante mencionar que la terapia gestalt puede aprovechar formas de investigación cualitativa que acojan su fundamento fenomenológico. Estos enfoques pueden capturar las experiencias subjetivas de los pacientes y enriquecer la comprensión de los procesos terapéuticos, así como la evaluación cualitativa de los objetivos conseguidos con el trabajo terapéutico.

En conclusión, la integración de la investigación empírica en la terapia gestalt ofrece una serie de beneficios que van desde el reconocimiento institucional hasta la personalización de los tratamientos, lo que contribuye a fortalecer la posición de la

terapia gestalt en el campo de la psicoterapia y a mejorar la calidad de la práctica clínica con la seguridad de estar llevando a cabo prácticas basadas en la evidencia.

Cómo hacer ciencia en el contexto de la psicoterapia gestalt:

Propuesta de un ensayo controlado aleatorizado para evaluar la efectividad de la terapia gestalt

Tal como se practica en la gestalt, en ocasiones resulta muy beneficioso reflexionar sobre cómo deseamos que algo ocurra para escapar del ciclo binario de «sí-no», de «lo blanco o lo negro». Así, más que debatir entre «ciencia sí» o «ciencia no», nos enfrentamos al interrogante del «ciencia cómo». Para abordar esta pregunta, se propone un estudio específico, un ensayo clínico aleatorizado (RCT), destinado a evaluar la efectividad de la gestalt.

Propuesta de estudio

Son muchos los estudios que se podrían realizar para estudiar la efectividad de la terapia gestalt, en muchos formatos (individual vs grupal), a corto, medio, o largo plazo, con poblaciones de diferentes características (ej.: por sintomatología, población clínica general, etc.) y con grupos control de diversa índole (ej.: lista de espera, en terapia cognitivo conductual, etc.). A continuación, se presenta una propuesta de ensayo clínico aleatorizado (RCT) para evaluar la efectividad de una intervención grupal en la que se aplica la terapia gestalt en comparación con una intervención grupal cognitivo-conductual.

Metodología

Participantes: 80 pacientes que acuden de manera voluntaria a terapia grupal a un centro de psicoterapia (en el que no se especifica el enfoque terapéutico) son asignados aleatoriamente a participar en grupos terapéuticos de dos centros diferentes: un centro en el que se aplica la terapia gestalt ($n = 40$) y un centro en el que se aplica la terapia cognitivo-conductual ($n = 40$). Criterios de exclusión: dependencia al alcohol o drogas, diagnóstico de trastorno mental severo, tomar medicación para aliviar sintomatología ansiosa, depresiva, psicótica, etc., presentar grandes dificultades para la comprensión de los conceptos abordados, o presentar una conducta que interrumpa el correcto funcionamiento de los grupos.

Intervención cognitivo-conductual (grupos control): En línea con la práctica real clínica, la terapia grupal cognitivo-conductual serían 8 sesiones de 90 minutos



Estudio grupal gestalt

semanales (aproximadamente 2 meses). Las sesiones cognitivo-conductuales seguirían estrategias propias del modelo, como la psicoeducación, la técnica del ABC y los registros.

Intervención gestalt (grupos intervención): La terapia gestalt consiste, en este caso, de 12 sesiones de 90 minutos semanales (aproximadamente 3 meses), para tratar de hacer los grupos lo más comparables posible sin perder la esencia de la práctica terapéutica habitual. La diferencia en el número de sesiones se discute en limitaciones del estudio. Además, se podría presentar un análisis que evalúe si la diferencia en la duración de los grupos tiene un efecto sobre los resultados. Las sesiones de gestalt se centrarían en trabajar experiencialmente cuestiones como el darse cuenta, el aquí y el ahora, la autenticidad, y la responsabilidad.

Terapeutas y adherencia al tratamiento: los grupos deben ser llevados por dos terapeutas graduados/as en psicología con la habilitación sanitaria o el título de psicología clínica. Además, deberán haberse formado específicamente en cada enfoque terapéutico con la realización de un máster o formación privada de al menos dos años de duración. Para asegurar la adherencia a los enfoques terapéuticos por parte del equipo de terapeutas, se lleva a cabo una evaluación específica para estudiar la adherencia al enfoque cognitivo-conductual utilizando el instrumento CTRS (Young y Beck, 1980) y la Escala de fidelidad para la terapia gestalt (GTFS, Madeleine Forgarty, 2017) para el enfoque gestáltico.

Procedimiento y Análisis de Datos

Se realiza una comparación previa de equivalencia entre los grupos control (cognitivo-conductual) e intervención (gestalt) para asegurar que la asignación aleatoria ha sido exitosa mediante una prueba t de Student. En el caso de que se encontraran diferencias significativas en alguna variable, se controlaría en los análisis incluyéndolas como variables de confusión. Se realizan tres evaluaciones: evaluación pre-intervención, evaluación en la sesión 8 (que corresponde a la post-intervención de los grupos cognitivo-conductuales, y a una evaluación de proceso en los grupos de gestalt), y una última evaluación en la sesión 12 (que equivale a la evaluación post intervención de los grupos gestalt, y de seguimiento de 1 mes en los grupos cognitivo-conductuales). Las comparaciones entre los grupos en cada momento (ej.: diferencias entre grupos en la sesión 8), se llevan a cabo mediante la prueba t de Student. Las comparaciones en los diferentes tiempos se llevan a cabo a través de un ANOVA de medidas repetidas. Además, se analiza el efecto interacción para evaluar si la relación entre el tipo de terapia y los cambios en las puntuaciones de los cuestionarios es significativamente distinta en los diferentes momentos de evaluación (ej., si la diferencia entre gestalt y cognitivo-conductual es más pronunciada en una evaluación en particular). Las variables cualitativas se analizarán utilizando NVivo13.

Instrumentos de medida:

- *Variables sociodemográficas (Ad hoc)*. Edad, sexo, ingresos, nivel educativo.
- *Depresión*. CESD (Radloff, 1977). Escala de 7 ítems para medir sintomatología depresiva.
- *Sintomatología clínica*. Symptom CheckList de 90 ítems (SCL-90-R) de Derogatis (1977).
- *Ansiedad*. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (1999). Escala de 40 ítems.
- *Vínculo terapéutico*. (cualitativo). Preguntas para recoger información sobre la calidad del vínculo terapéutico, del encuentro terapeuta-paciente y la cercanía percibida por el paciente.
- *Vínculo terapéutico*. (cuantitativo). Working Alliance inventory (WAI). Versión española por Corbella *et al.*, (2011). Cuestionario de 12 ítems.
- *El darse cuenta*. (cualitativo). Preguntas abiertas sobre la autoconsciencia de los estados emocionales propios, de las necesidades y deseos y del propio carácter.
- *El darse cuenta e insight*. The Self-Reflection and Insight Scale (SRIS: Grant *et al.*, 2002)
- *Cambio percibido*. (cuestionario Ad hoc). Escala tipo Likert sobre el progreso y el cambio durante el proceso terapéutico
- *Cambio percibido*. (medida cualitativa). Preguntas abiertas sobre el progreso y el cambio durante el proceso terapéutico
- *Autenticidad*. *Authenticity inventory* (Goldman& Kernis, 2001). 45 items.
- *Autoconsciencia*. *Self-Consciousness Scale* (Fenigstein *et al.*, 1975). 23 items

- *Autoestima* (Rosenberg, 1965). 10 ítems
- *Satisfacción con la vida* (Diener *et al.*, 1985). 5 ítems
- *Satisfacción con la terapia*. (medida cuantitativa *ad hoc*). Cuestionario tipo Likert sobre la satisfacción con el proceso terapéutico
- *Satisfacción con la terapia*. (medida cualitativa). Preguntas abiertas sobre la satisfacción con el proceso terapéutico

Luego se presentan los resultados de los análisis y se discuten en comparación con la literatura previa, aportando además las limitaciones del estudio y las contribuciones que aporta a la investigación y a la práctica clínica.

En conclusión, un estudio como este podría contribuir a la evidencia de la terapia gestalt, ya que incorporaría medidas cualitativas y cuantitativas cercanas a lo que se trabaja en terapia, más allá de la reducción del síntoma. Los resultados podrían ofrecer información relevante sobre cada enfoque terapéutico y su impacto a lo largo del proceso terapéutico.

Investigar sobre la terapia gestalt podría abrir camino a nuevos estudios similares que demostraran su efectividad, lo que podría aumentar la confianza en este modelo terapéutico que actualmente necesita de más evidencia empírica. Incorporar el análisis cualitativo del proceso terapéutico podría ayudar a comprender mejor la experiencia de los pacientes, tanto en el vínculo terapéutico como en su propio proceso de cambio. Al fin y al cabo, la psicoterapia es un arte, es una ciencia, y es humanidad.

Futuras direcciones

Una vez que queda clara la importancia de incorporar la investigación en la práctica clínica, nos surge la pregunta de cómo fomentar la investigación en los centros de terapia gestalt. Estas son algunas ideas que podrían ser útiles para incorporar la ciencia en este contexto terapéutico:

1. **Establecer un procedimiento de recogida de datos.** Los centros de terapia gestalt que quisieran incorporar la investigación en su práctica podrían protocolizar su recogida de datos, estableciendo los cuestionarios o escalas que desean utilizar para el análisis de datos en línea con sus objetivos de intervención (ej., si en un centro se trabaja en el *darse cuenta*, se debería incorporar una escala validada que lo mida). Así, se podría elaborar una batería de cuestionarios para hacer una evaluación pre-intervención (antes de empezar el proceso terapéutico) y post-intervención (al terminar) a aquellos y aquellas pacientes que quieran participar.
2. **Crear una base de datos.** Los datos recogidos en los cuestionarios podrían incorporarse en una base de datos en un software estadístico (ej., SPSS) en el que se vuelquen todos los datos y se puedan realizar los análisis estadísticos pertinentes. Esto podría proporcionar una fuente muy valiosa de información para futuras investigaciones.

3. **Establecer colaboraciones académicas.** Diversos centros de terapia gestalt disponen ya de acuerdos con universidades públicas para la realización de las prácticas de grado/máster. Las prácticas podrían también estar dirigidas a la realización de investigaciones utilizando los datos extraídos en el centro. Esto a su vez abre la vía de poder realizar trabajos finales de grado (TFG) o máster (TFM) realizando trabajos de investigación en el centro.
4. **Solicitar subvenciones y financiación.** Buscar y solicitar fondos a través de subvenciones públicas, o de organizaciones para proporcionar los recursos financieros necesarios para realizar investigaciones de alta calidad. Por ejemplo, la Fundación «la Caixa» ofrece ayudas a proyectos de investigación social. Conseguir financiación podría ser clave para cubrir los costes del personal laboral que se encarga de realizar las investigaciones.
5. **Formación en investigación para terapeutas.** De esos mismos recursos obtenidos, se podría invertir en formación en investigación para terapeutas, que, si bien muchos de ellos/ellas ya tienen una base sólida tras su estudio del grado de psicología o del máster, podría ser muy útil recibir formación específica para realizar investigaciones en este contexto. Además, esto podría ayudar a fomentar la cultura de investigación en los centros de terapia.
6. **Seguir apoyando al Comité de Investigación.** El Comité de Investigación podría ser clave en la dirección y supervisión de los trabajos de investigación, brindando apoyo metodológico, formación, y promoviendo la divulgación de resultados, entre otros.
7. **Organizar conferencias de investigación.** Organizar conferencias de investigación, congresos, o presentar los trabajos elaborados a otros congresos vinculados a la terapia, podría ser beneficioso para visibilizar el enfoque gestáltico y su efectividad, intercambiar conocimientos y experiencias entre terapeutas y académicos, así como para generar trabajos publicados que sirvan a la hora de solicitar futuras ayudas económicas.
8. **Publicación de resultados.** Incentivar la publicación de resultados de investigación en revistas indexadas de impacto (ej., Q1, Q2), y presentaciones en conferencias relevantes a nivel internacional y nacional sería clave para difundir el conocimiento y aumentar la visibilidad de la terapia gestáltica en la comunidad científica. Además, publicar resultados en revistas de impacto podría ayudar a mejorar la visión de la gestalt como un enfoque terapéutico efectivo.
9. **Establecer redes de colaboración con otros centros de terapia gestalt.** Colaborar con otros centros de terapia gestáltica u otros enfoques podría facilitar el intercambio de conocimientos y recursos para fomentar la investigación (ej., consiguiendo más muestra, facilitando la creación de equipos de investigación y gestión en los centros, etc.).

La investigación en la práctica clínica podría ser viable y beneficiar a los centros que participan de ella (ej., obteniendo más información sobre sus pacientes, y sobre el impacto de su trabajo), y al enfoque gestáltico en general, contribuyendo a que

este sea percibido como un enfoque válido y efectivo para mejorar la vida de las personas.

Referencias bibliográficas

- Asociación para proteger al enfermo de terapias pseudocientíficas. (19 de octubre de 2020). *Lista de terapias pseudocientíficas*. <https://www.apetp.com/index.php/lista-de-terapias-pseudocientificas/>
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(2), 298-301.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. and van Oppen, P. (2008) Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright*, 76, 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>.
- Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore, MD: Clinical psychometric research.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Self-consciousness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Fogarty, M. (2017). *Crear una escala de fidelidad para la terapia Gestalt*. Gestalt México.
- From, I. (1984). Reflections on Gestalt therapy after thirty-two years of practice: A requiem for Gestalt. *Gestalt Journal*.
- Ginger, S. (2005). *Gestalt. El arte del contacto*. Integral - RBA. Barcelona.
- Goldman, B. M., & Kernis, M. H. (2001). Development of the authenticity inventory. *Unpublished data, University of Georgia*.
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 30(8), 821-835.
- Hajihassani, M., Sadei, P.E., Jafari, N. H., Rostami, K., & Pirsaghi, F. (2012). The effectiveness of active music therapy and Gestalt therapy in decreasing test anxiety. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 6 (23), 9- 20.
- Heidari, S., Shahbakhsh, B., & Janjoo, M. (2017). The effectiveness of Gestalt therapy on depressed women in comparison with the drug therapy. *Journal of Applied Psychology & Behavioral Science*, 2(1), 14-18.
- Leung, G. S. M., & Khor, S. H. (2017). Gestalt intervention groups for anxious parents in Hong Kong: A quasi-experimental design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(3), 183-200.
- López-González, M. A., Ayala-Romera, R., Moreno-Pulido, A. y Fernández-Gómez, M. A. (2019). *Revisión Sistemática sobre la efectividad de la terapia Gestalt*. AETG.
- Ministerio de Ciencia e innovación y Ministerio de Sanidad. (2020). #coNprueba. <https://www.con-prueba.es/>.
- Mokriyala, M., Farahbakhsh, K., SalimiBajestani, H., & YunesiBurujeni, J. (2022). Effectiveness of Gestalt Therapy alone and in Combination with Cognitive-behavioral Therapy on Hope and Pain Intensity in Women with Breast Cancer. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(3), 199-208.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo ateoórico*. Cuatro vientos.
- Nazari, I., Mohammadi, M., & Nazeri, G. (2014). Effectiveness of Gestalt therapy on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms on veterans of Yasuj city. *Armaghanedanesh*, 19(4), 295-304.

- OMC. (3 de agosto de 2023). *Observatorio de la OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias: Introducción*. <https://www.cgcom.es/observatorios/oppiss>.
- Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. *New York*, 64(7), 19-313.
- Picó-Vila, D. (2017). *Investigación en TG: Comisión de relaciones internacionales de la AETG*. Asociación Española de Terapia Gestalt.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>.
- Raffagnino, R. (2019) Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*, 7, 66-83. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.76005>.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image* Wesleyan University Press.
- Saadati, H. and Lashani, L. (2013) Effectiveness of Gestalt Therapy on Self-Efficacy of Divorced Women Procedia—*Social and Behavioral Sciences*, 84, 1171-1174. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.721>.
- Saadati, H., Younesi, J., Foroghan, M., & Lashani, L. (2013). Effectiveness of gestalt therapy on happiness of elderly people. *Iranian Journal of Ageing*, 8(2), 7-15.
- Sepehrian Azar, F., Asadnia, S., & MosarrezaiiAghdam, A. (2013). Effectiveness of Gestalt therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the improvement of migraine headache in female students. *Journal of Modern Psychological Research*, 8(31), 35-52.
- Shariat, A., Ghazanfari, A., Yarmohammadian, A., Solati, K., & Chorami, M. (2020). The effectiveness of gestalt therapy on depression, self-differentiation, integrative self-knowledge and positive psychological characteristics in the elderly. *Aging Psychology*, 6(3), 267-249.
- Spielberger, C. (1999). State-Trait Anger Expression Inventory manual (2nded.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stevens, C., Stringfellow, J., Wakelin, K. and Waring, J. (2011) The UK Gestalt Psychotherapy CORE Research Project: The Findings. *British Gestalt Journal*, 20, 22-27.
- Suchitra, S., Rajeswari, H., Indira, A., & Kalavathi, B. (2016). Effectiveness of gestalt therapy on level of alcohol dependence among adults in selected villages, Nellore. *International Journal of Applied Research*, 2(8), 784-93.
- Yalom, I., D. (2011). *Psicoterapia existencial*. Herder.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). The development of the Cognitive Therapy Scale. Unpublished manuscript. University of Pennsylvania.



Cristina Expósito-Álvarez

Investigadora predoctoral en psicología por la Universitat de Valencia (UV), especializada en intervención social con hombres condenados por delitos de violencia de género. Psicóloga general sanitaria por la UV. Actualmente, se encuentra en el tercer año de formación en psicoterapia gestalt en el Centro Valenciano de Psicoterapia (CVaP). Ha publicado en diversas revistas internacionales de impacto, ha participado en comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, y participa en proyectos de innovación docente en la UV. En la actualidad, forma parte de un proyecto europeo de investigación.

Investigaciones
en proceso

La importancia del vínculo afectivo.

Una revisión a propósito de dos investigaciones sobre la relevancia del estilo de apego y la intervención gestáltica en las relaciones de pareja

Silvia Arévalo Rodríguez

Resumen

El estilo de apego infantil influye en el grado de dependencia emocional que se produce en las relaciones de pareja, así como en el grado de satisfacción que se experimenta en este tipo de relaciones. En este artículo se expone un estudio de investigación cuasiexperimental, correlacional y de corte transversal que demuestra la relación entre los tres factores —apego, dependencia emocional y satisfacción en la pareja— en personas adultas. El total de la muestra fueron 55 participantes a los que se aplicaron los cuestionarios Camir-R para conocer el estilo de apego consolidado en la infancia, el Cuestionario de Dependencia emocional CDE y la Escala de Ajuste Diádico DAS. A continuación, se plantea el diseño de un estudio en proceso en el que se pretende investigar la eficacia de la intervención gestáltica de pareja orientada a sanar la herida de apego que está repercutiendo negativamente en la relación de pareja en la actualidad como consecuencia de ese primer vínculo infantil.

Palabras clave: gestalt, apego, vínculo, dependencia emocional, satisfacción en la pareja.

Introducción

El presente artículo parte de una investigación en curso con la que se pretende estudiar la eficacia de la intervención en terapia gestalt sobre la herida de apego originada en la primera infancia y sus repercusiones a la hora de estrechar lazos y vincularse en la relación más significativa en la edad adulta: la pareja. El apego desarrollado con la figura principal de cuidado no sólo supone un modelo para la interacción futura, sino que también es, a partir de la forma de relacionarnos con nuestros cuidadores primarios, el modo en que aprendemos a ser en el mundo, a comportarnos y a vincularnos con los demás.

Para poder estudiar este asunto, se ha realizado una primera investigación donde se ha tratado de esclarecer si existe una relación entre el estilo de apego infantil, la dependencia emocional y la satisfacción en la relación de pareja. Tras obtener una respuesta positiva a esta primera pregunta, se han abierto nuevas hipótesis y posibles líneas de investigación para estudiar qué puede aportar la terapia gestalt. Fundamentalmente, nos hemos planteado si las técnicas de la terapia gestalt son eficaces para reparar la herida de vínculo que permanece abierta tras un apego inseguro. Esta es la cuestión que estamos estudiando en este momento a través de una investigación que pasaremos a describir más adelante y en la que trataremos de ahondar en el trabajo de la intervención gestáltica en la terapia de pareja. Antes de esto, haremos un repaso por la investigación previa ya realizada, comentando los resultados obtenidos y haciendo un recorrido por un marco teórico que aborda el apego infantil, la dependencia emocional y la satisfacción en las relaciones de pareja durante la edad adulta.

La primera investigación

Las necesidades humanas con referencia al apego infantil son universales a todos los individuos, pero existen una serie de diferencias de conducta individuales que pueden ser explicadas según modelos operativos internos (MOI) que, según Feeney (2002), se refieren a aquellos esquemas mentales que posee un individuo sobre sí mismo y sobre los demás, que se forman en base a la experiencia y que guían su comportamiento en los distintos contextos de relaciones interpersonales, especialmente en aquellos que van a propiciar las relaciones de intimidad.

La visión que el individuo crea de sí mismo se relaciona con el grado de ansiedad que experimenta ante la posibilidad de ser abandonado. De esta forma, personas con una imagen positiva de sí mismas tienden a no experimentar ansiedad ante esta posibilidad, ya que se consideran personas dignas de ser cuidadas y amadas. Aquellas personas que, por el contrario, tienen una imagen negativa de sí mismas, mostrarán una alta preocupación y ansiedad ante la posibilidad del abandono. Asimismo, el grado de contacto o evitación con otra persona en una relación de intimidad está determinado también por la visión que se tenga acerca de uno mismo. La disponibilidad, la cercanía y la confiabilidad son más difíciles para aquellas personas cuya opinión de sí mismas y los demás sea más negativa, ya que presupondrá que se relaciona con personas poco receptivas que difícilmente tenderán a involucrarse en una relación íntima (Mikulincer, Shaver&Slav, 2006).

Los Modelos Operativos Internos (MOI) son de naturaleza relacional e incluyen representaciones sobre uno mismo y los demás en contextos de interdependencia. Estos modelos son útiles para prever el comportamiento humano, ya que actúan como un marco interpretativo para las relaciones, basándose en necesidades emocionales específicas, expectativas y las tácticas que el individuo tiene para gestionar sus

emociones. En otras palabras, el estilo de apego juega un papel determinante en cómo una persona se compromete en relaciones íntimas (Feeney y Noller, 2001).

Hazan y Shaver (1987) propusieron conceptualizar las relaciones de pareja como relaciones de apego, ya que se verían directamente influidas por las experiencias que se tuvieron con los cuidadores primarios y posteriormente estas experiencias serían internalizadas en los MOI. Estos autores proponen el paralelismo entre el estilo de apego consolidado en la infancia y el apego que se va a establecer en la relación de pareja en la edad adulta expresándose en la confianza en la pareja como fuente de seguridad ante momentos de estrés y en el deseo de proximidad hacia ella. En suma, el estilo de apego adulto se manifestará en la regulación del afecto cuando se presenten situaciones de conflicto y en la calidad de las relaciones de pareja (Guzmán y Contreras, 2012).

Una amplia cantidad de estudios apoyan la asociación que existe entre el estilo de apego adulto y la satisfacción en la pareja (e.g., Collins & Feeney, 2000; Collins & Read, 1990; Edwards, 2007; Feeney, 2002; Kirkpatrick & Davis, 1994; Kobak & Hazan, 1991; Meyers & Landsberger, 2002). Los trabajos pioneros de Hazan y Shaver (1987) reportan que las personas con apego seguro describen sus experiencias de pareja como más felices y de mayor confianza, encontrando el amor como un estado con altibajos, pero estable en líneas generales. En contraposición, las personas con apego inseguro experimentan obsesión, celos y atracción sexual extrema. Para las personas con apego evitativo, la descripción de sus relaciones de pareja se centrará más en el temor a la cercanía y labilidad emocional.

Feeney y Noller (2001) señalan que las personas evitativas tienden a no comprometerse y a tener pocas expectativas en su relación de pareja, en cambio las personas con una alta ansiedad o inseguras mostrarán una alta preocupación, obsesión y dependencia emocional. Otros autores como Cohen y Eagle (2005), encuentran que las personas con alta evitación o ansiedad en el apego mostraron peor ajuste en su relación de pareja que las personas con apego seguro, ya que menores conductas de cuidado hacia el otro redundarán en una menor satisfacción en la pareja. En esta misma línea, Rivera (2006) encuentra que el estilo de apego inseguro o evitativo opera disminuyendo el grado de satisfacción marital.

Otra de las variables que se relaciona con el apego y con la satisfacción en la pareja es la dependencia emocional. Estudios recientes proponen que existe una necesidad inherente al ser humano de vincularse con otra persona con el fin de obtener afecto y seguridad generando lazos permanentes en una relación de pareja (Niño y Abaunza, 2015; Urbiola, Estévez, Iruarrizaga y Jauregui, 2017). Dicha vinculación se representa en distinto grado a lo largo de un continuo donde la dependencia emocional sería una dimensión extrema de esta necesidad (Castelló, 2005). Otro estudio de revisión reciente es el llevado a cabo por Ramos, Muñoz, Ponce, & Cataño (2020). Estos autores proponen que esta necesidad de afecto se relaciona con la necesidad de sentirse valorado provocando un patrón de comportamiento desadaptativo dentro de la relación donde surge alguna forma de violencia psicológica o agravio hacia la pareja.



Dependencia emocional en pareja

Metodología

Esta revisión de la literatura científica sirve de base para diseñar un estudio cuasiexperimental, de corte transversal y de tipo descriptivo, con el propósito de establecer si existe una asociación entre las variables objeto del estudio: el estilo de apego, la dependencia emocional y la satisfacción marital. A través de un muestreo no probabilístico de bola de nieve se obtiene una muestra de 55 personas. Los criterios de inclusión son tener una edad comprendida entre 18 y 65 años y tener pareja y los criterios de exclusión, personas que hayan acudido a terapia de pareja y la ausencia de firma del consentimiento informado.

Los instrumentos utilizados incluyen un cuestionario ad hoc para recabar datos sociodemográficos y los siguientes cuestionarios psicométricos:

- **El Instrumento de evaluación del apego adulto CAMIR-R** (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011) que define tres categorías de apego: seguro, inseguro preocupado e inseguro evitativo. Las propiedades psicométricas de este instrumento son adecuadas con una buena consistencia interna, presentando el *Alpha* de Cronbach una oscilación entre 0,60 y 0,85 lo que se consideran unos valores aceptables. Presenta una adecuada fiabilidad y validez. El tiempo de aplicación del cuestionario completo es de 15 minutos. La estructura del cuestionario se compone de 13 subescalas recogidas en 5 dimensiones.

- El **Cuestionario de dependencia emocional (CDE)** (Lemos y Londoño, 2006) que establece también tres categorías (no dependiente, en riesgo y si dependiente). Este cuestionario evalúa la dependencia emocional de los sujetos en base a 23 ítems divididos en 6 factores: ansiedad ante la separación, expresión afectiva en la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención. El *Alpha* de Cronbach total de la escala es de 0,927 con una explicación de la varianza de 64,7%. El tiempo de aplicación del test completo es de unos diez minutos.
- La **Escala de ajuste diádico (DAS)** (Spanier, G. B., 2017). Que diferencia cinco niveles: muy alto, alto, normal, bajo y muy bajo. La DAS es una herramienta de evaluación ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación. Ofrece la posibilidad de evaluar el ajuste en la pareja y en otro tipo de relaciones de díadas similares, estén o no casadas. Apropia para díadas de cualquier orientación sexual sin necesidad de modificar ningún ítem. Está formada por 32 ítems divididos en 4 subescalas: Satisfacción, Cohesión, Consenso y Expresión afectiva. Con respecto a la fiabilidad del DAS, muestra una consistencia interna por encima del 0.8 en todas las subescalas. Sobre su validez cabe destacar que esta escala evalúa con gran capacidad predictiva y explicativa las relaciones diádicas. Se han observado interrelaciones a las puntuaciones obtenidas en cada subescala, lo cual otorga solidez al constructo de ajuste diádico. El tiempo de aplicación es de unos cinco minutos.

Una vez seleccionadas la muestra y los instrumentos, se utilizó un formulario en línea en el que se incluyeron el consentimiento informado, los datos sociodemográficos y una sección con cada una de las tres herramientas de evaluación en forma de cuestionario. Los datos recogidos en el formulario de cada uno de los participantes fueron analizados con el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics V.25.0). El estudio se llevó a cabo con un valor de significación de $p < 0,05$ y el nivel de confianza fue del 95%. Se estudió, en primer lugar, la normalidad de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se aplicó la prueba de prueba de correlación de Spearman para comprobar la existencia o no de asociación entre las variables de apego y satisfacción en la pareja, (Hipótesis 1), la existencia o no de relación entre las variables de dependencia emocional y satisfacción en la pareja (Hipótesis 2) y lo mismo para el estilo de apego y dependencia emocional (Hipótesis 3).

Resultados

Como objetivo general de la investigación llevada a cabo, se pretendía esclarecer si existe una relación entre el estilo de apego consolidado durante la infancia, la dependencia emocional y la satisfacción en la relación de pareja. En cuanto a la primera hipótesis, se perseguía conocer si existía una correlación positiva entre el estilo de

apego seguro y la satisfacción en la pareja. Estudios recientes mostraban que las personas adultas que habían consolidado un estilo de apego seguro durante su infancia se mostrarían más receptivas y abiertas ya que contaban con una base de confianza en sí mismas y tendrían relaciones más estables y duraderas (Ortiz-Granja, *et al.*, 2019). En cuanto a los resultados obtenidos en el estudio realizado podemos observar que la subescala Seguridad del cuestionario de Apego Camir-R correlaciona positivamente con las subescalas Satisfacción y Cohesión del cuestionario de Ajuste Diádico DAS por lo que con un nivel de correlación moderado podemos afirmar que sí existe una asociación entre estas variables.

La segunda hipótesis recogía que las personas sin dependencia emocional hacia sus parejas se sentirían más satisfechas en su relación. La dependencia emocional es una necesidad del individuo que le impulsa a aferrarse a su pareja de forma tan intensa que puede resultar conflictiva (Castelló 2005). Tras el análisis de los resultados encontramos una correlación positiva de moderada intensidad entre ambas variables donde se establece que existe una asociación entre ellas. Posteriormente, en un segundo análisis entre las subescalas de estas pruebas, se observan los resultados de miedo a la soledad y «expresión límite», donde las puntuaciones negativas refieren la correlación negativa entre ambos constructos. A mayor miedo a la soledad y mayor «expresión límite» de la persona dependiente emocionalmente de su pareja, existirá una menor satisfacción en la relación.

La tercera hipótesis planteaba que las personas con un estilo de apego inseguro-preocupado mostrarían más dependencia emocional hacia sus parejas que las personas con un estilo de apego seguro. Los resultados obtenidos en la muestra estudiada indican que existe una correlación significativa entre las variables de apego y dependencia emocional con una intensidad media. Estos resultados van en la línea de los estudios realizados por Hazan y Shaver (1987), donde se investigó que los estilos de apego consolidados en la infancia influirían en el tipo de relación de pareja que se establecerá en la edad adulta. Además, otros autores apoyan esta hipótesis, facilitando explicaciones consistentes a las recogidas en este estudio como, por ejemplo, que las personas con un autoconcepto negativo o con unas ideas negativas hacia los demás tendrán más dificultades para involucrarse en una relación (Mikulincer, Shaver&Slav, 2006). A su vez, las personas que establecieron un estilo de apego seguro serán más positivas hacia sí mismas y hacia los demás, lo cual les permite generar relaciones de pareja más estables y satisfactorias (Lucena, Cifre, Castillo-Garayoa y Aragonés, 2015).

Todos estos resultados confirman la necesidad de trabajar con las personas adultas y (especialmente con las más jóvenes), para que adquieran formas de relacionarse y vincularse en la pareja que sean saludables. A partir de estos resultados, nos planteamos una nueva hipótesis en la que consideramos estudiar cómo la intervención terapéutica gestáltica puede ayudar a abordar la insatisfacción y la dependencia emocional en la relación de pareja, teniendo en cuenta el tipo de apego desarrollado en la infancia.

La investigación actual

El abordaje de la insatisfacción en la relación de pareja y la dependencia emocional desde una perspectiva gestáltica ofrece una hoja de ruta holística en la dirección del bienestar emocional.

Incluye una exploración de la conciencia, trabajo con las habilidades relacionales, los patrones comportamentales y el establecimiento de límites personales, además de la promoción del autoconocimiento y una mirada hacia las propias raíces, desde donde poder contemplar los inicios de este aprendizaje, que comienza en la primera forma de vínculo durante la infancia y es mantenido hasta el momento presente, el aquí y el ahora.

Los aspectos que aborda el modelo de intervención gestáltica con parejas incluyen la exploración e intervención en los siguientes aspectos:

- **Interrupción de la gestalt:** si las necesidades afectivas no fueron cubiertas se establecerán patrones de relación fijos y disfuncionales que interrumpen el desarrollo natural y el cierre de la gestalt. Esta interrupción se traduce en la propia incapacidad para satisfacer las necesidades perpetuando comportamientos de rechazo o dependencia.
- **Aquí y ahora:** desconexión del yo, del momento presente. El trabajo enfocado al aquí y al ahora ofrece claridad sobre los patrones de comportamiento adoptados, facilitando mayor conocimiento y regulación emocional.
- **Patrones relacionales:** profundizar en los aprendizajes acumulados a través de la experiencia y explorarlos en un contexto seguro, libre de juicios, donde el vínculo terapéutico promueve relaciones saludables.
- **Contacto y retirada:** trabajar el contacto y la retirada sabiéndolos seguros es un trabajo central en la terapia gestalt. Se abordan desde el establecimiento de relaciones seguras y en equilibrio.
- **Límites:** fomentar el autoconocimiento es primordial para conocer en qué espacio relacional se siente cómoda la persona, aprender a comunicar de forma asertiva cuales son los términos de la relación para mantener un contacto auténtico.



Explorar la conciencia

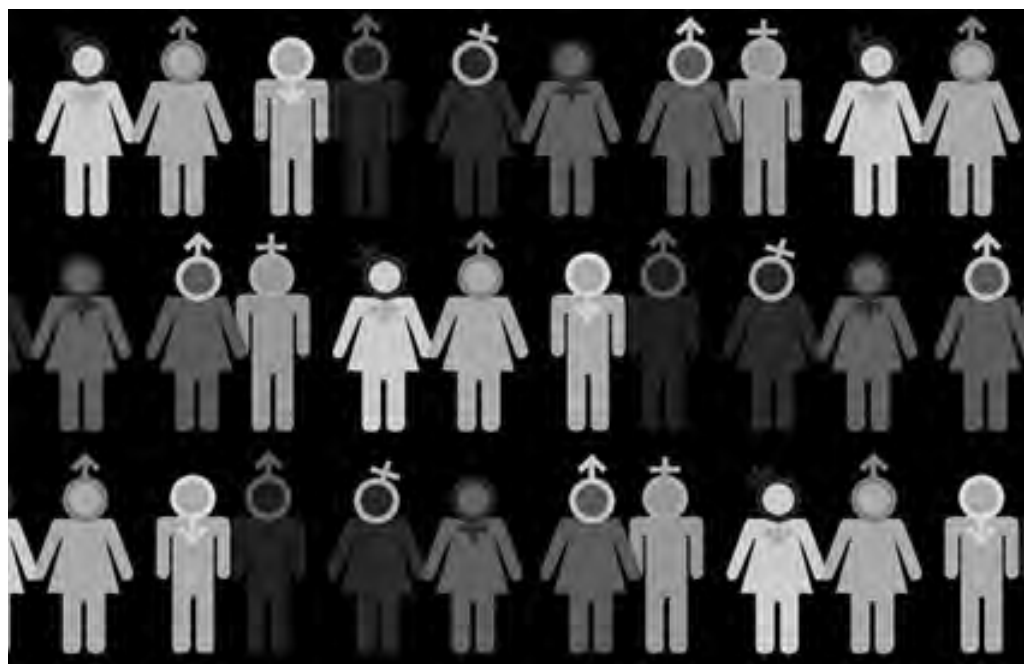
- **Creatividad:** permitirse experimentar y fantasear, ayudará a explorar nuevas posibilidades de relación, de sentir y de ser. Orientado a descubrir la autonomía dentro de las relaciones de vínculo.

Este enfoque holístico y basado en la experiencia ofrece un marco teórico y práctico incomparable para trabajar con el espacio relacional, el contacto y la retirada que permite trabajar y sanar la herida de apego que —como consecuencia del primer vínculo infantil— está repercutiendo en la relación de pareja en la actualidad.

Metodología

A efectos de evaluar si la terapia gestalt es eficaz para sanar la herida de vínculo provocada por un estilo de apego inseguro, se diseña un estudio cuasiexperimental pre-post en el cual se evalúan los efectos de la implementación de una intervención terapéutica gestáltica de pareja en una muestra de personas adultas. Los objetivos específicos que estudiar son:

- Evaluar si el trabajo terapéutico mediante técnicas gestálticas favorece la satisfacción en la pareja.
- Evaluar si la intervención terapéutica gestáltica disminuye la dependencia emocional.



Los afectos y su diversidad. Foto: iStock

Se espera que los participantes por seleccionar mediante un muestreo no probabilístico deliberado cumplan con los criterios de inclusión de ser mayores de edad y tener pareja. Como criterios de exclusión se considera el haber recibido terapia de pareja. En cuanto a los instrumentos a utilizar, éstos serán similares a la investigación precedente: CAMIR, CDE, DAS y entrevista personal. Además, se creará un modelo de entrevista personal donde se recoja toda la información relevante para el estudio incluido el motivo de consulta. Una vez firmado el consentimiento informado, se administrarán los cuestionarios CAMIR, CDE y DAS para conocer el estilo de apego consolidado en la infancia, si existe riesgo de dependencia emocional y el grado de satisfacción con la pareja, a modo de pre-test. Una vez concluido el proceso de terapia gestáltica se volverán a pasar los cuestionarios a modo de pos-test, para esclarecer si se han obtenido resultados favorables. Las variables objeto de estudio serán variables sociodemográficas y variables de resultado similares a las del primer estudio: estilo de apego, dependencia emocional y satisfacción en la pareja. El análisis de los datos se llevará a cabo con los datos que se recojan de cada uno de los participantes y serán analizados con el programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics V.25.0).

Conclusiones

En la práctica de la psicoterapia gestalt se intenta facilitar el cierre de la necesidad prioritaria de la persona, respetando la sabiduría del organismo que tiende a la supervivencia. Cuando la necesidad de amar y ser amados se ve interrumpida por algún acontecimiento, surge un bloqueo, una defensa, impidiéndonos crecer y desarrollarnos de forma sana, y dando lugar a los mecanismos neuróticos.

Por otro lado, somos el resultado del movimiento entre dos vertientes, aquello que recibimos de nuestra familia de origen, aquello que se nos ofrece y que se nos permite ofrecer y aquello que busca nuestro sabio organismo, que persigue el éxito acomodándose a las circunstancias que nos rodean.

La terapia gestalt, como un enfoque centrado en lo fenomenológico, ofrece herramientas para el proceso terapéutico que permiten a la persona descubrir cómo se construyen sus valores, cómo se relaciona con el mundo y cómo se van organizando sus experiencias en base a cubrir sus necesidades principales. Acercarnos a aquellos malestares que se experimentan, darles permiso a ser sentidos y nombrados, legitimarlos, conocerlos, nos permite dejar de silenciar aquello que nos daña y darles un lugar y un espacio a aquellas experiencias que desde nuestra responsabilidad de transformación nos ayudan a acercarnos a ser quienes somos y a quienes verdaderamente queremos ser.

Esta investigación sienta las bases para comenzar a estudiar la eficacia de la intervención gestáltica en cuanto a su capacidad para sanar la herida que se deriva de un vínculo de apego inseguro. Una vez que hemos encontrado relación entre el estilo

de apego, la dependencia emocional y la satisfacción en la pareja, podemos pasar a profundizar en las técnicas y procedimientos que ofrece el marco gestáltico y como utilizarlos para abordar la herida de apego infantil durante la intervención en terapia de parejas con personas adultas.

Referencias bibliográficas

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumb, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486–494.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional: Características y Tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cohen, A. & Eagle, M. (2005). Prediction of the functional function in adult romantic relationships. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 1331-1333.
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053-1073. doi:10.1037/0022-3514.78.6.1053.
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644.
- Edwards, J. K. (2007). *Relationship satisfaction: The role of attachment, conflict, empathy and forgiveness* (Tesis de Doctorado), Purdue University, West Lafayette, IN, Estados Unidos.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer.
- Flórez, N., & Aragón, R. S. (2019). Optimismo, resiliencia, sentido del humor y la salud de personas con pareja. *Pensando Psicología*, 15(26), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.02.03>.
- Guzmán M., Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *PSYKHE*, 21(1), 69-82.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. <https://n9.cl/pk0vd>.
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics*. (Versión 25.0) [Software informático]. IBM Corp.
- Kirkpatrick, L. A. & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502-512. Doi:10.1037/0022-3514.66.3.502.
- Kobak, R. R. & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861-869. doi:10.1037/0022-3514.60.6.861.
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatología y Salud Mental* 24, 83-93. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Lacasa-Fernando-24.pdf>.
- Lemos, M., & Londoño, N. H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 9(2), 127-140. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552006000200012.
- Lucena, G., Cifre, I., Castillo, J. y Aragonés, E. (2015). Perfil clínico de apego (PCA): elaboración de un sistema de categorías para la evaluación del apego. *Aloma: Revista de Psicología*, Ciencias de L'Educació I de L'Esport, 33(1), 57-68. <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/243>.
- Meyers, S. A. & Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 9, 159-172. doi:10.1111/1475-6811.00010.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. & Slav, K. (2006). Attachment, mental representations of others, and

- gratitude and forgiveness in romantic relationships. Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex (pp. 190-215). New York, NY: Guilford Press.
- Niño, D., C., & Abaunza, N. (2015). Relación entre dependencia emocional y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Psyconex*, 7(10), 1-27.
- Ortiz-Granja, D., Acosta-Rodas, P., Rubio, D., Lepe-Martínez, N., Del Valle, M., Caden, D., López, E., Hinojosa, F. y Ramos, C. (2019). Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos. *Avances en Psicología*, 27(2), 135-152. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1793>.
- Ramos, G. E. H., Muñoz, J. V. I., Ponce, V. M. V., & Cataño, C. R. (2020). Dependencia emocional y su relación con la violencia en parejas. Una aproximación descriptiva a la revisión de literatura. *Desafíos*, 11(2), 211-211. <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/udh/article/view/211e>.
- Rivera, D. (2006). Influencia de los estilos de apego y habilidades pro relacionales en la satisfacción y bienestar emocional en relaciones de pareja (Tesis de Doctorado), Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Spanier, G. B. (2017). Escala de ajuste diádico (DAS): Manual técnico y de interpretación. TEA.
- Stenberg, R.J. (1986). Una teoría triangular del amor. *Revisión Psicológica*, 93(2), 119-135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>.



Silvia Arévalo Rodríguez

Psicóloga general sanitaria, neuropsicóloga especialista en neuroeducación y terapeuta gestalt. Directora del Centro de Psicología y Neuropsicología Silvia Arévalo. Miembro de la comisión Clínica de la AETG. Miembro del Grupo de trabajo de Intervención e Investigación desde la Psicología Gestalt del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental.

Calidad de vida en el climaterio.

Una propuesta gestáltica

Concha Álvarez y José Luis Bermejo

Resumen

Históricamente, el climaterio ha sido una etapa de la vida de las mujeres que ha tenido poca visibilidad en nuestras sociedades y que se ha ido construyendo socialmente en la sombra, en base a ideas preconcebidas, estereotipos, tabúes y falsos mitos (Civiriain, 2021). La terapia grupal gestáltica puede ayudar a fomentar la calidad de vida en mujeres de 45 a 55 años, permitiendo un mayor empoderamiento durante la etapa del climaterio y proporcionando estrategias y habilidades que les ayuden a manejar los posibles síntomas y promover una mayor sensación de control y autonomía durante esta etapa de transición. En este artículo se presenta una propuesta de investigación a desarrollar para determinar el impacto de una intervención de este tipo a través de un estudio pre-post en dos grupos similares, un grupo experimental que recibiría la intervención y un grupo control. Se espera que los resultados muestren mejoras significativas en la reducción de los síntomas del climaterio, la mejora de la calidad de vida y el aumento del empoderamiento en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, lo cual podría respaldar la utilidad de la intervención grupal gestáltica como una herramienta efectiva para promover el bienestar integral durante el climaterio.

Palabras clave: intervención grupal gestáltica, sintomatología asociada al climaterio, calidad de vida, autoeficacia, empoderamiento.

Introducción

Durante el climaterio, las mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos y psicosociales que pueden afectar a su calidad de vida (Torres y Torres, 2018). Los cambios hormonales que aparecen en este proceso pueden traer consigo una serie de síntomas que las mujeres experimentan con diversos grados de molestia que puede afectar a la calidad de vida (Torres y Torres, 2018). Autores como Carrobbles, Velasco y Gómez (2015) señalan que en el climaterio cada mujer vive de forma diferente la aparición de los síntomas, su intensidad y duración.

En la sociedad actual prevalece una perspectiva desfavorable al envejecimiento, mientras se exalta la juventud y la capacidad reproductiva como valores supremos. Esto conlleva, entre otras consecuencias, que el climaterio no reciba una atención adecuada (Anderson *et al.*, 2004). No obstante, en los últimos años se ha observado un cambio en la imagen percibida de las mujeres que atraviesan esta etapa, que se refleja en una mayor participación en diversas esferas sociales, económicas, políticas y culturales. Este cambio brinda una oportunidad para otorgar una mayor atención al climaterio, desafiando estereotipos y fomentando un mayor conocimiento sobre esta etapa vital (Alonso y Martínez, 2015; Botello y Casado, 2016; García *et al.*, 2017; Torres y Torres, 2018).

En España, al igual que en el resto de occidente, este proceso natural se ha asociado a enfermedad y tiende a abordarse medicalizando esta experiencia. De esta forma, la menopausia es tratada principalmente desde el ámbito sanitario enfocando su vertiente biológica, centrando la atención y los tratamientos en la sintomatología física y dejando en segundo plano los aspectos psicoafectivos y sociales implicados. Así, la mayoría de los estudios encontrados en la bibliografía sobre la menopausia, centran su atención en los síntomas fisiológicos y en sus tratamientos asociados, tales como la terapia hormonal sustitutiva, los hábitos alimentarios y el deporte, siendo menos frecuentes aquellos que abordan el aspecto psicosocial y su influencia en la calidad de vida y la autoestima (Martín, *et al.*, 2014)

Las diferentes fuentes bibliográficas consultadas, desde la web de investigación en terapia gestalt a nivel europeo (<https://gestaltresearchnetwork.org/>) y otros motores de búsqueda como Google Scholar, Crossref, Researchgate, y Mendeley, muestran la existencia de artículos científicos sobre intervenciones con mujeres en climaterio desde la psicología cognitiva conductual.

Con el objetivo de conocer el impacto de un entrenamiento cognitivo conductual en relación con el empoderamiento en mujeres en climaterio, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo, de campo, aplicando un diseño pre-testpost-test de un solo grupo de 30 mujeres en la etapa del climaterio, con técnicas en psicoeducación, reestructuración cognitiva y solución de problemas en 8 sesiones grupales de tres horas. Las mujeres que participaron en el entrenamiento mostraron diferencias estadísticamente significativas en empoderamiento (Resendiz y Muñoz, 2020).

Por otro lado, desde la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, se llevó a cabo un programa donde 28 mujeres recibieron una intervención grupal de ocho sesiones de dos horas para controlar la depresión, la ansiedad y otros síntomas asociados a la menopausia. Se realizó una medida post-tratamiento y un seguimiento a los seis meses. Los resultados muestran una reducción significativa de la mayoría de la sintomatología asociada, incluyendo depresión y ansiedad. La relevancia del trabajo radica, en que nunca se habían obtenido datos de un seguimiento tan prolongado (Larroy *et al.*, 2004)

El estudio de Belardo *et al.*, (2018) hace referencia a la necesidad de ofrecer estrategias de tratamiento alternativas a la terapia hormonal (THM), que aun considerándose el tratamiento más efectivo para los síntomas del climaterio, en muchos



Programa de intervención grupal

casos existen contraindicaciones para su uso. Las modificaciones del estilo de vida estarían dentro de las terapias alternativas, que impactan positivamente en la salud general de la mujer.

En lo que respecta a la psicología humanista, no se han encontrado artículos científicos que relacionen el climaterio con la intervención gestáltica, de ahí la conveniencia de investigar y construir teoría sobre este tema a través de nuevas iniciativas como la que proponemos en este artículo, cuyo objetivo es plantear un programa de intervención concreto y estudiar su impacto sobre una muestra de mujeres en la etapa del climaterio.

Propuesta de intervención

La intervención en la que nos basamos está contextualizada dentro de la psicoterapia humanista con orientación gestáltica, sin entrar en el debate de si se trata de una intervención psicoterapéutica exclusivamente gestáltica, ya que la línea divisoria entre lo puramente considerado como una intervención gestáltica es muy relativa, e incluso subjetiva (Latner, 1994). Partimos de una experiencia profesional y personal como profesionales de la psicología y del trabajo social, con influencia de otras corrientes y aprendizajes a lo largo de nuestro recorrido profesional, encontrando nuestro sentido y comprensión de la psicoterapia desde una orientación gestáltica (Perls, *et al.*, 1951; Perls, 1987; Yontef y Jacobs, 1989; Latner, 1994).

El programa consiste en una intervención grupal basada en el modelo humanista dirigido a mujeres en edades comprendidas entre 45 y 55 años, en la etapa del climaterio, con el fin de mejorar su calidad de vida. La metodología utilizada será grupal, activa y participativa.

Concretamente se trata de un programa de ocho sesiones con una duración de dos

horas cada una, de periodicidad semanal. Durante estas sesiones se utilizarán diversas técnicas psicoterapéuticas y los contenidos se resumen en la tabla 1.

Tabla 1

Contenido de las sesiones del programa de intervención

Sesión	Tema abordado	Objetivos
0	Evaluación pre	Recopilar información relevante sobre las participantes antes de que se implemente la intervención. Cuestionarios de evaluación.
1	Introducción al Climaterio y Estrategias de Autocuidado	Informar a las participantes sobre los cambios físicos y emocionales asociados al climaterio. Introducir conceptos clave de autocuidado y promover la adopción de hábitos saludables durante esta etapa. Establecer un ambiente de confianza y apoyo entre las participantes, abordar los conceptos básicos en psicoterapia Gestalt: el darse cuenta y la toma de conciencia.
2	Fortalecimiento de la Autoeficacia y Afrontamiento Positivo	Mejorar la percepción de autoeficacia en el manejo de los síntomas del climaterio. Fomentar actitudes positivas y habilidades de afrontamiento adaptativas. Proporcionar herramientas para reducir el impacto negativo de los síntomas y mejorar el bienestar general. Introducción al ciclo de satisfacción de necesidades y revisión del mismo en las biografías personales.
3	Gestión del Estrés y Técnicas de respiración y relajación	Compartir las situaciones que producen estrés y estén relacionadas con el climaterio y su impacto en el bienestar. Enseñar y practicar técnicas de respiración y relajación para reducir el estrés y promover la calma y la serenidad. Proporcionar estrategias prácticas para afrontar situaciones estresantes durante el climaterio. Introducción a técnicas de meditación desde un contexto del darse cuenta y atención plena. Autorregulación orgánica.
4	Comunicación y Relaciones Saludables	Mejorar las habilidades de comunicación interpersonal. Practicar la escucha gestáltica. Promover relaciones de confianza y apoyo social dentro del grupo y fuera del grupo utilizando técnicas de comunicación gestálticas.
5	Autocuidado y Bienestar Integral	Promover la importancia del autocuidado en la etapa del climaterio. Conocer y practicar ejercicios para fortalecer el suelo pélvico. Compartir los conocimientos del grupo para mejorar la salud física, emocional y mental durante esta etapa de transición, fomentando el valor del aprendizaje grupal. Técnicas de conciencia corporal.
6	Autoestima y Empoderamiento	Crear un espacio de confianza para compartir sus miedos frente al envejecimiento y fortalecer la autoestima. Compartir y desmitificar los estereotipos negativos asociados al envejecimiento y la menopausia. Fomentar el empoderamiento y la toma de decisiones autónomas durante esta etapa de vida. Practicar la conciencia de los tres centros: pienso, siento y actúo.

7	Resiliencia y Afrontamiento	Fomentar la resiliencia y la capacidad de adaptación durante el climaterio. Espacio para compartir los cambios emocionales, así como las estrategias de afrontamiento que les pueda ser de utilidad. El ciclo de satisfacción (continuación) y polaridades.
8	Evaluación post Cierre y Planificación a Futuro	Aplicar los cuestionarios de evaluación post intervención. Consolidar los aprendizajes y habilidades adquiridas durante el programa. Proporcionar herramientas para mantener los cambios positivos y seguir avanzando en el autocuidado y el bienestar. Ofrecer recursos y opciones de apoyo continuo. Cierre con ronda final para expresar la experiencia emocional vivida.

Fuente: Elaboración propia a partir de Belardo et al., 2018; Larroy et al., 2004; Lopera-Valle et al., 2016; Reséndiz y Muñoz, 2020.

Metodología

Diseño

La propuesta de investigación que planteamos llevar a cabo para evaluar la intervención descrita arriba consiste en un diseño cuasiexperimental, transversal, a través de grupos aleatorizados, con una medida pre-post.

Se asignarán aleatoriamente las participantes al grupo experimental (GE, n=30), que recibirá la intervención psicoterapéutica, y al grupo control (GC, n=30), que no recibirá intervención adicional alguna, ni psicoterapéutica ni farmacológica.

Por otra parte, se realizarán entrevistas a las mujeres una vez finalizado el grupo, de tal manera, que a través del análisis de discurso desde una metodología cualitativa se complementarán los datos obtenidos anteriormente desde el enfoque cuantitativo.

La variable independiente será, en este caso, la intervención grupal gestáltica y como variables dependientes tomaremos los siguientes aspectos:

1. Autoeficacia: entendida como la percepción de las participantes sobre su capacidad para manejar los síntomas y desafíos del climaterio.
2. Síntomas del climaterio: frecuencia e intensidad de los síntomas físicos y emocionales relacionados con el climaterio.
3. Calidad de vida: bienestar físico, emocional, social y funcional.

Instrumentos

Para medir las variables ello emplearemos los siguientes instrumentos validados a nivel nacional e internacional:

Cuestionario de Autoeficacia en el Climaterio (EAE)

El Cuestionario de Autoeficacia en el Climaterio (Avis *et al.*, 2017) mide la percepción de autoeficacia en diferentes aspectos del climaterio. Se basa en la escala PHS-ES (Perceived Health Self-Efficacy Scale) también desarrollada por Avis *et al.* (2017). Consta de 21 ítems que evalúan la confianza de las participantes en su capacidad para enfrentar los síntomas y adaptarse a los cambios durante el climaterio. Estos ítems se agrupan en cuatro dimensiones: toma de decisiones, movilización de los recursos, control sobre la salud y promoción de conductas saludables.

Cada ítem se puntúa en una escala de tipo Likert de 9 puntos, donde 1 indica que la persona no puede hacerlo y 9 indica que está completamente segura de que puede hacerlo. La puntuación total en la escala PHS-ES puede variar desde un mínimo de 21 hasta un máximo de 189, lo que refleja el nivel de autoeficacia percibida en relación con la salud durante el climaterio.

Cuestionario de Síntomas del Climaterio (MRS)

Para la evaluación de la variable de síntomas del climaterio, se utilizará la Escala de Síntomas del Climaterio (Menopause Rating Scale) elaborado por Heinemann *et al.* (2004). Consiste en una lista de síntomas comunes asociados al climaterio, como los sofocos, los trastornos del sueño y los cambios de humor, entre otros. Las participantes deben indicar la frecuencia e intensidad de cada síntoma en una escala de respuesta.

La escala de síntomas del climaterio se divide en varias subescalas que evalúan diferentes dominios de síntomas, como los vasomotores, los psicosociales, los físicos y los sexuales. Cada ítem se puntúa en una escala numérica, donde se asigna un valor que refleja la frecuencia (por ejemplo, de 0 a 4) y otro valor que refleja la intensidad (por ejemplo, de 0 a 3) del síntoma.

El puntaje total de la escala se obtiene sumando los puntajes de los diferentes ítems y puede utilizarse para evaluar la severidad de los síntomas del climaterio.

Cuestionario de Calidad de Vida (MENQOL)

El cuestionario MENQOL (Menopause Quality of Life) es un instrumento especialmente diseñado para evaluar la calidad de vida en el climaterio desde la perspectiva de las mujeres. Fue propuesto por Hilditch *et al.* (1996) y ha demostrado cualidades psicométricas adecuadas, incluyendo fiabilidad, validez y sensibilidad.

Evalúa los síntomas y la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres que están experimentando la etapa de la menopausia. El cuestionario consta de 29 ítems distribuidos en 4 dominios: Vasomotor, psicosocial, físico y sexual, bienestar mental.

Se explora la intensidad del síntoma percibido, colocando una puntuación entre cero, cuando no le molesta nada, y 6 si es que le molesta mucho. El cálculo del puntaje se realiza de la siguiente manera: Si la respuesta es «no», se asigna un puntaje de 1; si la respuesta es «sí» y 0, se le asigna un puntaje de 2; si es «sí» y 1, asigne 3 y así sucesivamente hasta «sí» y 6, al que se le asigna un puntaje de 8. El puntaje total en el cuestionario MENQOL se calculará obteniendo el promedio de los ítems en cada dominio específico.

Entrevista semiestructurada

Una vez finalizado el proceso de psicoterapia grupal, realizaremos entrevistas semiestructuradas a las mujeres que han participado en el grupo, para conocer su estado, así como las posibles modificaciones a lo largo del tiempo.

Procedimiento

Antes de la puesta en marcha del programa, se procederá a reunir los requisitos de ética y protección de datos establecidos para la investigación.

La muestra estará formada por 60 mujeres, que participarán de forma libre y voluntaria. Como criterio de inclusión tomaremos la franja de edad entre 45 a 55 años y presentar sintomatología relacionada con el climaterio, por lo que los criterios de exclusión serían la no sintomatología de climaterio entre mujeres de 45 y 55 años, y el estar en tratamiento farmacológico específico para la menopausia.

La obtención de la muestra se realizará a través de derivaciones realizadas por instituciones del ámbito sanitario y social (asociaciones, centros de salud, recursos sociales, centros de psicoterapia, etc.) Las participantes que cumplan con los criterios de inclusión serán debidamente informadas sobre los objetivos del estudio y posteriormente firmarán el consentimiento informado para participar en la investigación.

Las participantes serán asignadas de manera aleatoria a dos grupos, un grupo experimental (GE) y un grupo de control (GC) mediante muestreo aleatorio simple, de manera que la asignación aleatoria garantizará la equidad en la distribución de los tratamientos y reducirá posibles sesgos.

Se plantearán dos fases de evaluación. Una primera fase, pre intervención, que se realizará en un periodo de tres a cinco días anteriores al inicio del programa de intervención, durante el cual se administrarán los instrumentos de evaluación junto con la hoja del consentimiento informado para su firma a todas las participantes. La segunda fase de evaluación (fase post-intervención) tendrá lugar una vez finalizada la intervención grupal gestáltica al grupo experimental, momento en el cual se volverán a administrar los instrumentos de evaluación a ambos grupos.

En relación con las mujeres del grupo control, las cuales no recibirán la intervención propuesta, es fundamental garantizar el cumplimiento de los principios éticos y

obtener igualmente la firma del consentimiento informado. Al finalizar la intervención con el grupo experimental, se les ofrecerá el mismo tratamiento que a este.

Análisis de datos

El tratamiento estadístico de los datos se realizará utilizando el software IBM SPSS Statistics 28. Se calcularán medidas descriptivas, como medias, desviaciones estándar y porcentajes, con el fin de resumir y describir las características de la muestra y las relaciones entre variables en el estudio.

Partimos de la existencia de una muestra paramétrica, para comprobar la efectividad del programa se utilizará la *t* de Student con el fin de comparar las diferencias entre el grupo experimental, en adelante GE y el grupo control, en adelante GC. en relación con las variables de interés.

El objetivo principal será determinar las diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y posttest en cada grupo. La significancia estadística de los resultados se evaluará mediante el cálculo de valores **p**, estableciendo un nivel de significancia predeterminado ($p < 0.05$) para determinar si las diferencias observadas entre los grupos son estadísticamente significativas.

Estas conclusiones permitirán determinar si la intervención ha tenido un impacto significativo en las variables evaluadas.

Resultados

A falta de contar con los resultados reales, esperamos encontrar diferencias significativas en las puntuaciones pre y post en el GE así como ausencia de diferencias significativas en el grupo control en las diferentes variables, autoeficacia, síntomas del climaterio y calidad de vida. También habrá que comparar entre ellos los datos de GE y el GC de tal manera que, si la aleatorización ha sido correcta, las medidas pre intervención entre ambos grupos no presentarán diferencias, mientras que las diferencias de las medias de las variables evaluadas post intervención entre los grupos experimental y control de las medidas sí que serán estadísticamente significativas. Estos resultados permitirían determinar si la intervención puede tener un impacto significativo en las variables evaluadas.

En relación con la autoeficacia en el climaterio, los resultados esperados mostrarían un aumento significativo en las puntuaciones posttest en comparación con las puntuaciones pre-test en el GE. Estos hallazgos se asimilarían a investigaciones previas que han demostrado la importancia de la autoeficacia en el manejo del climaterio (Hunter, 2021; García, Sánchez y Torres, 2017). Al fortalecer la creencia en la propia capacidad para afrontar los desafíos del climaterio, se puede esperar una mejora en la autoeficacia de las mujeres y, potencialmente, una mayor capacidad



Análisis de resultados

para enfrentar los síntomas y mejorar su calidad de vida.

En cuanto a los síntomas del climaterio, los resultados esperados mostrarían una disminución significativa en las puntuaciones post-test en comparación con las puntuaciones pretest en el GE. Estos resultados esperados estarían en línea con estudios previos que han encontrado efectos positivos en el manejo de los síntomas del climaterio (Avis *et al.*, 2017; Hunter, 2021; Kafaei-Atrian *et al.*, 2022).

En relación con la calidad de vida, se espera encontrar una mejora significativa en las puntuaciones post-test en comparación con las puntuaciones pre-test en el GE. Los resultados esperados respaldarían la importancia de fortalecer la autoeficacia como un factor clave en el proceso de empoderamiento de las mujeres durante el climaterio.

Conclusiones y prospectiva

Si la intervención grupal gestáltica mostrara efectos positivos, esto podría evidenciar los beneficios de la terapia gestalt en el manejo del climaterio y destacar la relevancia de crear programas de intervención integrales para esta etapa, que vayan más allá de las opciones farmacológicas. Sin embargo, es crucial continuar explorando intervenciones desde la perspectiva humanista, especialmente en el campo de la psicoterapia gestalt, para sustentar una práctica fundamentada en evidencia. Esto implica definir claramente los criterios que determinan qué constituye una intervención psicoterapéutica gestáltica. Además, para entender de forma más amplia la experiencia del climaterio, sería beneficioso analizar variables adicionales como el apoyo social percibido o la satisfacción con la atención médica recibida. También es importante considerar factores contextuales, tales como la situación laboral y familiar, ya que el contexto social puede estigmatizar el climaterio, afectando las variables evaluadas. Investigar factores mediadores y moderadores, como la clase social, la historia de vida, las experiencias de maternidad, entre otros, también podría aportar una visión más completa.

Para mejorar la generalización de los resultados, sería pertinente ampliar los sujetos de estudio, utilizando una muestra más diversa y representativa de mujeres en climaterio que incluya diferentes características sociodemográficas y culturales.

Finalmente, dado que el climaterio es una etapa de transición prolongada, sería beneficioso realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la persistencia de los cambios positivos observados en la autoeficacia, los síntomas y la calidad de vida relacionada con este.

Referencias bibliográficas

- Alonso, A., y Martínez, J. (2015). Proyecto de Guía de Práctica Clínica: La sexualidad en la menopausia. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernatç. Trabajo final de Grado.
- Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F., y Courtney, M. (2004). Relationship between menopausal symptoms and menopausal status in Australian and Japanese women: preliminary analysis. *Nursing y health sciences*, 6(3), 173-180.
- Avis, N. E., Colvin, A., Karlamangla, A. S., Crawford, S., Hess, R., Waetjen, L. E., Brooks, M., Tepper, P. G., y Greendale, G. A. (2017). Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause (New York, N.Y.)*, 24(4), 379–390. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000770>
- Belardo, M. A., Starvaggi, A., Cavanna, M. M., y Pilnik, S. (2018). Estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas vasomotores en la menopausia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(1), 61-67.
- Botello, A. y Casado, R. (2016). Estereotipos de género con respecto a las etapas reproductivas de las mujeres y sus implicaciones en la salud. *Revista Matronas Profesión*, 17(4), 130-136.
- Carrobbles, G., Velasco, A., y Gómez, C. (2015). El concepto social de climaterio en población rural y urbana. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 145-151.
- Civiriain, L. (2021). Revisión sistemática de mitos y estereotipos de la sexualidad en la menopausia. [TFG. Universidad de Zaragoza, EUCS]. <https://zaguan.unizar.es/record/106821/files/TAZ-TFM-2021-117.pdf>.
- García, A. M. C., Abellán, M. V., y Cantarino, S. G. (2015). El concepto social de climaterio en población rural y urbana. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 145-151.
- García, L., Sánchez, M., y Torres, A. (2017). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida y síntomas del climaterio en mujeres mexicanas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(1), 17-25.
- Heinemman, K., Ruebig, A., y Potthof, P. (2004). The menopause rating scale (MRS): A methodological review. *Qual Life Res*, 2, 45.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., ... y Dunn, E. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6), 161-175.
- Hunter M. S. (2021). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms. *Climacteric. The journal of the International Menopause Society*, 24(1), 51–56.
- Kafaei-Atrian, M., Sadat, Z., Nasiri, S., y Izadi-Avanji, F. S. (2022). The Effect of Self-care Education Based on Self-efficacy Theory, Individual Empowerment Model, and Their Integration on Quality of Life among Menopausal Women. *International journal of community-based nursing and midwifery*, 10(1), 54–63. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2021.86814.1370>.
- Larroy, C., Gutiérrez, S., y Leon, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 77-88.
- Larroy, C y Gómez-Calcerrada, S. G. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención

cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(3), 165-179.

Larroy, C., Lopez-Picado, A., y Tudela, H. (2019). Sintomatología climatérica y calidad de vida. ¿Es tan fiero el león como lo pintan? *Psicosomática y psiquiatría*, (9).

Latner, J. (1994). *Fundamentos de la Gestalt (The Gestalt Therapy Book)*. Cuatro vientos.

Lopera-Valle, J. S., Parada-Pérez, A. M., Martínez-Sánchez, L. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., y Rojas-Jiménez, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-1.

Martín, R. M., Padilla, R. M. G., Saavedra, M. P. O., y Barroso, N. S. (2014). Calidad de vida y menopausia: resultados de una intervención psicoeducativa. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, 11(70), 4.

Perls, F. (1987). *Sueños y existencia (Gestalt Therapy Verbatim)*. Cuatro vientos.

Perls, F., Hefferline, G., & Goodman, P. (1951). Gestalt therapy. *New York*, 64(7), 19-313.

Reséndiz, A. S., y Muñoz, M. P. B. (2020). «Empoderamiento de mujeres climatéricas: intervención de un programa cognitivo conductual». *Psicología Sin Fronteras*, 3(6), 7.

Torres, A. P., y Torres, J. M. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(2), 51-58.

Yontef, G., & Jacobs, L. (1989). Gestalt therapy. *Current psychotherapies*, 4, 59491012-604.



Concha Álvarez

Psicóloga y trabajadora social, psicoterapeuta gestáltica, miembro didacta y supervisor de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG), y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Formada en psicoterapia integrativa y eneagrama en el programa SAT de Claudio Naranjo. Fundadora y codirectora de Afra, escuela de terapia Gestalt de Huelva. Colabora en la formación de distintas escuelas de la AETG.



José Luis Gil

Doctor en ciencias sociales y educativas, psicólogo sanitario, sociólogo y trabajador social. Psicoterapeuta gestáltico miembro titular de la Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG), y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), director de psicodrama, terapeuta EMDR, formado en psicoterapia integrativa y eneagrama en el programa SAT de Claudio Naranjo, constelaciones familiares sistémicas y terapia sistémica relacional, Máster Universitario en estudios de género, identidades y ciudadanía, diplomado en salud mental en situaciones de violencia política y catástrofes naturales, docente en diversas universidades públicas y privadas y formador en Escuela de Psicoterapia Humanista El Olivo.

Recursos

Proyecto Evinotes: una herramienta para el seguimiento de procesos terapéuticos gestálticos

David Picó Vila

Resumen

El proyecto Evinotes es una plataforma web para el seguimiento de procesos terapéuticos y administración de herramientas psicológicas de medida. Está realizado con criterios de formulación de caso basados en la terapia gestalt. Es útil para terapeutas, procesos de formación y supervisión, y proyectos de investigación. Permite estructurar la captación de datos sobre procesos terapéuticos de una forma ágil, anónima y segura que permita a las y los terapeutas centrarse en su trabajo clínico y las investigadoras centrarse en el análisis de los datos.

Palabras clave: investigación basada en la práctica, formulación de casos, instrumentos psicológicos, herramientas de apoyo a la investigación, historiales clínicos, seguimiento

Introducción

El proyecto Evinotes surge para apoyar a terapeutas gestalt, pacientes, personas en formación y supervisión, formadores e investigadores, en el seguimiento de los procesos terapéuticos. Evinotes está creado por terapeutas gestalt para terapeutas gestalt. Ofrece una plataforma web para registrar casos clínicos y aplicar instrumentos psicológicos de medida. Evinotes pretende dar cobertura a necesidades específicas de los y las profesionales de la psicoterapia que trabajan desde un enfoque gestáltico, en un contexto como el actual, que requiere estándares cada vez más exigentes de profesionalidad, responsabilidad, ética, diálogo entre modalidades, interacción entre clínica e investigación, y una producción investigadora que avale la eficiencia de nuestro modelo terapéutico y lo desarrolle para mantener su eficacia frente a las formas de sufrimiento que se dan hoy en día.

Resulta paradójico que la terapia gestalt y la investigación en psicoterapia hayan estado tradicionalmente tan distanciadas cuando ambas comparten un elemento fundamental que las hermana: la *curiosidad*. El deseo de experimentar, de conocer, de

contactar, de abrirse a la novedad y tomar consciencia de la experiencia, tan característicos de la terapia gestalt, están impulsados por la curiosidad. La terapia gestalt se centra en la formación de las formas y en cómo se dan los procesos experienciales. Nuestra teoría y práctica nos animan a abrirnos a la incertidumbre y a lo desconocido en cada encuentro terapéutico. El espíritu investigador es intrínseco a la terapia gestalt.

Por tanto, no parece complicado encontrar formas de examinar los procesos terapéuticos que puedan ser de utilidad tanto a terapeutas como a investigadores. En la última década, desde el primer congreso internacional sobre investigación en terapia gestalt en el Cabo Cod, EE. UU., en 2013, muchas y muchos terapeutas gestalt han dedicado esfuerzos a reflexionar sobre formas de investigación prácticas, creativas y viables que se puedan integrar sin problemas en la práctica clínica. Podemos encontrar trabajos recientes sobre la importancia de la investigación para la terapia gestalt (Gold y Zahn, 2019), cómo motivar a los terapeutas para colaborar en la investigación (Roubal *et al.*, 2016), o qué formas de investigación son más útiles y compatibles con nuestros principios y valores (Zeleskov Djoric, 2019; Brissaud, 2018).

La terapia gestalt promueve una actitud exploratoria sobre el proceso terapéutico que tiene lugar con cada paciente. No hace un uso de protocolos ni de una intervención manualizada, sino que examina detenidamente, fenomenológicamente, el «aquí y ahora». Prioriza la toma de consciencia, la observación de los procesos y el registro de la experiencia, tanto por parte de terapeutas como de pacientes. Se beneficia de que ambas partes puedan reflexionar sobre lo que ocurre durante el encuentro terapéutico, tanto sesión a sesión como desde una perspectiva temporal más amplia.

Por otro lado, aunque la docencia de la terapia gestalt es predominantemente vivencial, las personas en formación transitan de una fase inicial de indagación personal y toma de consciencia respecto a los propios procesos a una fase de profesionalización tras la que poder asumir exigentemente el rol de terapeuta. En esta transición, la metodología docente necesariamente ha de cambiar. En las fases avanzadas del proceso formativo gana protagonismo el guiar a las terapeutas noveles en el encuentro con pacientes reales y en poder seguir procesos terapéuticos con niveles altos de competencia profesional. Esto necesita entrenar al alumnado en capacidades de observación, análisis y reflexión sobre la propia práctica. Las personas encargadas de la formación y la supervisión son quienes proporcionan estructuras que faciliten este aprendizaje. Este proceso de aprendizaje y revisión continúa a lo largo de toda la vida profesional, con la supervisión y revisión conjunta de casos.

En los congresos internacionales sobre investigación en terapia gestalt (el último, el quinto, en Hamburgo, Alemania, en 2022) se escucha a menudo la observación de que los terapeutas gestalt trabajamos mayoritariamente en ámbitos privados, con muy poca inserción en ámbitos universitarios, poco reconocimiento y poca financiación. La brecha entre el mundo de la práctica clínica real y el mundo de la investigación académica, dominado además por otras modalidades terapéuticas, resulta especialmente problemática para la terapia gestalt dado el escenario de poco apoyo institucional en el que se mueve.

Para salvar esta brecha, muchos abogan por acercar las terapias humanistas y experienciales a la llamada «investigación basada en la práctica» (Brownell, 2019) que se aleja de los estudios de laboratorio y los indicadores genéricos para acercarse al estudio de la práctica real con psicoterapeutas reales y pacientes concretos. Se han desarrollado metodologías de investigación que permiten que los terapeutas se puedan dedicar a realizar su trabajo en consulta con una disrupción mínima por parte de los investigadores: los estudios de caso y series temporales (Wong *et al.*, 2016), el muestreo teórico para la investigación cualitativa (Roubal y Rihacek, 2016), el uso de herramientas de medida genéricas de bienestar psicológico como el CORE-OM (Stevens y Wakelin, 2016) o la creación de nuevas herramientas con constructos gestálticos como las polaridades (Herrera Salinas, 2016).

Formulación de casos

Un elemento fundamental para observar la práctica clínica es la metodología de formulación de casos. Cuando formulamos un caso, sea para nuestra reflexión como terapeutas, para dar retroalimentación a la persona, para registrarlo como historial clínico, para presentarlo en una sesión clínica, o para hacer el seguimiento de un proyecto de investigación, es importante hacerlo de forma coherente con nuestra mirada gestáltica. Cada modalidad terapéutica tiene unos criterios diferentes y se fija en aspectos distintos de lo que ocurre en terapia. Una terapeuta cognitivo-conductual, por ejemplo, pondrá el énfasis en una descripción de los síntomas y las técnicas de intervención aplicadas. Una terapeuta sistémica tendrá la mirada más centrada en la estructura familiar de la paciente y sus dinámicas.

El enfoque gestáltico, sin embargo, está centrado en otras cuestiones: el proceso, el «aquí y ahora» de la sesión, el ajuste creativo, los fenómenos de campo y los aspectos relacionales de la terapia, entre otros. Necesita por tanto de formas propias de formulación de casos. Nuestro enfoque de campo, por ejemplo, considera que todo lo que ocurre en la situación terapéutica es potencialmente relevante, incluido lo que siente el terapeuta. Una formulación de casos gestáltica necesita registrar las resonancias del terapeuta en la sesión, aspecto al que no dan relevancia otras modalidades.

En el artículo *Case Formulation for gestalt Therapy* (Šromová y Roubal, 2022) los autores entrevistan a terapeutas gestalt para extraer conclusiones teóricas sobre el proceso de formulación de casos desde nuestra perspectiva. Destacan cómo el enfoque fenomenológico de la terapia gestalt permite apoyar el ajuste creativo en cada situación terapéutica.

«La terapia gestalt, al hacer hincapié en el respeto a la singularidad del cliente y tener en cuenta el contexto global, proporciona una alternativa sana de formulación de casos a la objetivación potencialmente dañina del cliente, y ofrece una estructura para facilitar el proceso de comprensión». (Šromová y Roubal, 2022) [La traducción es mía.]

Una formulación de casos fenomenológica puede ser la vía intermedia entre una terapia manualizada, muy alejada del enfoque gestáltico, y una terapia completamente desestructurada, alejada de una praxis que siga criterios profesionales. Permite mostrar las áreas principales donde los terapeutas ponen la atención en su contacto con los clientes.

Una herramienta informática en línea para el seguimiento de procesos terapéuticos gestálticos: Evinotes

Evinotes es una aplicación informática accesible vía web en la dirección evinotes.org que sirve para el seguimiento de procesos terapéuticos: registro de pacientes, sesiones, medidas y otras fuentes de información. La creó en 2021 Biserka Tomljenović, terapeuta gestalt croata con consulta privada en Zagreb, junto con el programador Fran Vrdoljak. Se presentó en el último congreso internacional de investigación en terapia gestalt, en Hamburgo, en septiembre de 2022. A final de 2022, Biserka contactó con la empresa española Aedea Terapia y Divulgación SL para proponer unir esfuerzos y conocimientos, dada la experiencia de Aedea en proyectos para apoyar la divulgación de la terapia gestalt en internet como, por ejemplo, el repositorio sobre terapia gestalt en español gestalt.net.net, la base de datos de artículos de investigación gestaltresearch.org y la red social para investigadores gestaltresearchnetwork.org.

Evinotes es, por tanto, un proyecto reciente. Está ya operativo y cuenta con usuarios que lo usan habitualmente. Aun así está en su fase de crecimiento inicial y está



Recolección de la información

abierto a mejoras y ampliaciones. El objetivo es construir una herramienta cada vez más útil gracias al *feedback* y el apoyo de su comunidad de usuarios y la comunidad gestáltica en general. Se desarrolló originalmente en inglés y croata y desde 2023 está disponible en español. Está en proyecto su traducción a más lenguas, pues eso aumentará el número de potenciales usuarios y facilitará la realización de proyectos de investigación internacionales con terapeutas de diferentes países.

El objetivo principal de Evinotes es crear una metodología de seguimiento de casos y ofrecer unos recursos técnicos que puedan ser ampliamente utilizados por terapeutas, escuelas de formación y proyectos de investigación. Facilita la gestión de registros de pacientes, sesiones terapéuticas, sesiones de retroalimentación y administración de herramientas de medida mediante una plataforma web segura, fácil de usar, ágil y práctica.

Aspectos de interés para la terapia

Registro de historiales

Evinotes proporciona una web de acceso privado para llevar los historiales clínicos de los pacientes. Permite crear fichas de pacientes, y para cada paciente, fichas de registro de las sesiones de terapia. Esto es un requerimiento legal en muchos países. Los campos disponibles ayudan a estructurar la toma de notas y facilitan el «escaneo» interno de los terapeutas para registrar lo relevante de cada sesión. Hay unos campos básicos para una anotación rápida y campos específicos para un registro más pormenorizado, que incluyen cuestiones de diagnóstico, resonancias del terapeuta, observaciones sobre la sesión, hipótesis de trabajo, temáticas abordadas, etc. Se diferencia de otras aplicaciones para psicólogos por su orientación gestáltica.

Evinotes está diseñado para proteger los datos de los pacientes y respetar el RGPD. Los pacientes están codificados para que no se guarden referencias que puedan identificar a las personas. Así, cada terapeuta puede mantener un fichero privado de datos personales desacoplado de los datos clínicos. Esto, además, facilita los proyectos de investigación ya que el personal investigador puede recibir permisos de acceso a la información clínica sin disponer de la información privada que identifique a los pacientes.

Herramientas de evaluación de la terapia

- Evinotes facilita significativamente pasar a los pacientes la herramienta CORE-OM, «un instrumento psicológico diseñado especialmente para la evaluación del progreso terapéutico de pacientes con problemas y/o patologías diversas» (CO-

RE-OM, 2023). Es un cuestionario de autoinforme con 34 ítems, rápido y fácil de rellenar, que evalúa el estado de bienestar, síntomas, riesgo y funcionamiento general de la persona. Evinotes permite generar automáticamente una dirección web con un cuestionario personalizado para cada paciente, tantos como se quiera, y recibe automáticamente los resultados, realiza los cálculos y los muestra resumidos gráficamente.

Como explicaremos más adelante, CORE-OM se utiliza frecuentemente para la investigación sobre resultados de la psicoterapia. Sin embargo, también es una herramienta útil para el seguimiento del estado de los pacientes por parte de los terapeutas y para establecer una relación de cuidado. Hay investigaciones que concluyen que los psicoterapeutas tendemos a sobreestimar los resultados de la terapia, es decir, no siempre percibimos correctamente cómo de mal o bien está la persona (Constantino *et al.* 2023). Puede ser útil pasarles periódicamente el CORE-OM a algunos pacientes para mantener un seguimiento y poder reaccionar si los resultados del cuestionario no cuadran con nuestra percepción.

Evinotes proporciona también la posibilidad de introducir registros de retroalimentación del proceso terapéutico. Son momentos de la terapia en los que la paciente informa a la terapeuta de su percepción de cómo va el proceso. Esto no solo es útil para la terapeuta. También lo es para la persona en terapia, que adopta así una actitud activa en el proceso y toma mayor consciencia de qué cambios se están dando y qué necesidades están y no están cubiertas.

Evinotes muestra el proceso terapéutico de cada paciente con resúmenes en los que se puede ver la secuencia de sesiones de terapia y de retroalimentación, la generación de archivos en formato PDF con la información de las sesiones, y la creación de gráficas de evolución de sucesivas aplicaciones del cuestionario CORE-OM.

Por otro lado, cada usuario dispone de un área personal de estadísticas en la que se muestran las distribuciones de diferentes variables entre todos los clientes atendidos por ese usuario: género, nivel educativo, razones para ir a terapia, objetivos terapéuticos, tipos de trauma, estilos de contacto, polaridades, estilos de carácter, tipos de intervención preferidos, etc.

Aspectos de interés para la formación y la supervisión

Evinotes es una herramienta útil para las escuelas de formación y los procesos de supervisión. Las personas que están en formación como terapeutas pueden utilizarla para realizar un seguimiento detallado de sus pacientes. Usar las fichas estructuradas de Evinotes les ayuda a estructurar su pensamiento sobre cada caso y para tener en cuenta aspectos que posiblemente podrían pasar por alto. Evinotes permite generar informes del proceso terapéutico que pueden servir para elaborar presentaciones de casos o para facilitar la supervisión pedagógica. Sirve también para familiarizar a las terapeutas noveles con las metodologías de investigación y ayuda así a sentar unas

bases que faciliten contar con más profesionales dispuestos a participar en proyectos de investigación.

Aspectos de interés para la investigación

Una de las motivaciones principales para el desarrollo de Evinotes es salvar la brecha que hemos mencionado antes entre el mundo de la investigación y el de la práctica. Los terapeutas cada vez tienen más clara la importancia que tiene hoy en día la investigación en terapia gestalt pero sigue habiendo obstáculos importantes para llevarla a cabo.

Un problema tiene que ver con la percepción de la investigación como algo rígido y academicista. Este enfoque está cambiando conforme se progresa en modelos de investigación basados en la práctica. Los terapeutas gestalt tienen una experiencia única en la comprensión de la experiencia del cliente y en el uso de técnicas experienciales para promover el crecimiento personal y el cambio, si bien a muchos les preocupa que participar en la investigación conduzca a una pérdida de enfoque en el cliente y en la relación terapéutica. Sin embargo, es precisamente al colaborar en proyectos de investigación que los terapeutas pueden ayudar a garantizar que esta se realice de una manera respetuosa del enfoque gestalt y que los resultados sean relevantes para la práctica clínica. Utilizar herramientas de formulación de casos y seguimiento de procesos como las que ofrece Evinotes ayuda también a fomentar que las investigaciones sigan esta dirección.

Evinotes da apoyo también ante una serie de barreras muy específicas que pueden sentir los terapeutas a la hora de participar en un proyecto de investigación, como la falta de tiempo o recursos, la falta de formación o experiencia en investigación, las preocupaciones sobre la confidencialidad o la privacidad, o la falta de comprensión del proceso de investigación. Evinotes facilita que su participación pueda estar centrada únicamente en el registro de su práctica clínica.

El apoyo que Evinotes proporciona a las personas investigadoras incluye la centralización de la recolección de la información, el anonimato y protección de datos, la automatización de los procesos y procesamiento de los resultados, la posibilidad de utilizar fácilmente herramientas de medida como CORE-OM, mencionada antes, o la Escala de Fidelidad a la terapia gestalt (GTFS, por sus siglas en inglés) desarrollada por la terapeuta gestalt australiana Madeleine Fogarty (Fogarty *et al.* 2019).

Futuros desarrollos

Como mencionamos antes, el proyecto Evinotes está en sus fases iniciales y hay muchas ideas para ampliarlo y hacerlo más útil para la comunidad gestáltica. Además de traducirlo a más lenguas, vamos a seguir profundizando en los tipos de información que gestiona la aplicación. Se incluirán más formas de registrar los casos,

con diferentes tipos de constructos y formas de diagnóstico, que sean útiles para diferentes enfoques o prácticas dentro de la propia terapia gestalt. Está previsto incluir más herramientas de medida e instrumentos psicológicos que sirvan tanto a investigadores como a terapeutas, como por ejemplo la escala de medida de polaridades desarrollada por el investigador chileno Pablo Herrera Salinas (2016). Otro desarrollo en proyecto es el registro de las sesiones de supervisión. Esto puede ser muy interesante para proporcionar una visión más clara del proceso terapéutico, en particular para los alumnos en formación.

Otro objetivo a medio plazo, aún más ambicioso, es que Evinotes se convierta no solo en una aplicación de registro de casos, sino en una fuente de información sobre investigación y una red de encuentro entre usuarios, donde los investigadores puedan dar a conocer sus proyectos y contactar con terapeutas que estén dispuestos a participar en ellos. Esto facilitaría sustancialmente la puesta en marcha de iniciativas de investigación y aceleraría la producción científica en terapia gestalt.

Estos desarrollos no podrán ser únicamente producto del esfuerzo de las personas que impulsamos Evinotes. Será necesaria la participación de la comunidad gestáltica, terapéutica e investigadora, para usar la plataforma y proporcionarnos retroalimentación e ideas de mejora. Hace falta la implicación de cuantos más, mejor. También es necesario encontrar suficiente financiación, que de momento está proporcionando la realización de cursos sobre investigación y el uso de la plataforma y una cuota anual. Es el inicio del proyecto y tenemos toda la ilusión en que Evinotes llegue a desarrollar todo el potencial que creemos que puede llegar a tener para apoyar a la comunidad gestáltica. Estamos en ello.

Referencias bibliográficas

- Brissaud, F. (2018) *Recherche descriptive: décrire la pratique du point de vue du gestalt-thérapeute qui la conduit*, en «La recherche en Gestalt-thérapie», Béjà, V., Belasco, F. Eds., Les Cahiers de Gestalt-thérapie.
- Brownell, P. (2019) *Practice-Based Research and Practice-Based Research Networks*, en «Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy (2nd edition)», Brownell, P., Ed., Cambridge Scholars Publishing.
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A. E., Muir, H. J., Gaines, A. N., y Kraus, D. R. (2023). Therapist perceptions of their own measurement-based, problem-specific effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(8), 474–484.
- CORE (2023). *CORE-OM - Sitio web oficial en español*. <https://www.ub.edu/terdep/core/> consultado el 10 de noviembre de 2023.
- Fogarty, M., Bhar, S., y Theiler, S. (2019). Development and validation of the Gestalt Therapy Fidelity Scale. *Psychotherapy Research*, 1-15.
- Gold, E.K., Zahm, S.G. (2019) *The Need for Gestalt Therapy Research*, en «Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy (2nd edition)», Brownell, P., Ed., Cambridge Scholars Publishing
- Herrera Salinas, P. (2016) *The Construction of a Gestalt-Coherent Outcome Measure: Polarities and*

- the Polarization-Integration Process*, en «Towards a research tradition in Gestalt Therapy», Roubal, J., Ed., Cambridge Scholars Publishing.
- Roubal, J., Francesetti, G., Brownell, P., Melnick, J., Zeleskov Djoric, J. (2016) *Bridging Practice and Research in Gestalt Therapy*, en «Towards a research tradition in Gestalt Therapy», Roubal, J., Ed., Cambridge Scholars Publishing.
- Roubal, J., Rihá ek, T. (2016) *An Adventure in Grounded Theory Method: Discovering a Pattern in the Flow of a Therapy Process*, en «Towards a research tradition in Gestalt Therapy», Roubal, J., Ed., Cambridge Scholars Publishing.
- Stevens, C., Wakelin, K. (2016) *Strategic Research: Using CORE to Establish an Evidence Base for Gestalt Therapy*, en «Towards a research tradition in Gestalt Therapy», Roubal, J., Ed., Cambridge Scholars Publishing.
- Šromová , V., Roubal, J. (2022) Case Formulation in Gestalt Therapy. *Gestalt Review*, Vol. 26, No. 1.
- Wong, A.J., Nash, M.R., Borckardt, J.J., Finn, M.T. (2016) *A Guide to Conducting Case-Based, Time-Series Research in Gestalt Therapy: Integrating Research and Practice in a Clinical Setting*, en «Towards a research tradition in Gestalt Therapy», Roubal, J., Ed., Cambridge Scholars Publishing.
- Zeleskov Djoric, J. (2019) *Useful Methodology in Gestalt Research*, en «Handbook for Theory, Research, and Practice in Gestalt Therapy (2nd edition) », Brownell, P., Ed., Cambridge Scholars Publishing.



David Picó

Psicólogo y terapeuta gestalt con consulta privada en Valencia, España. Miembro supervisor de la Asociación Española de Terapia Gestalt. Miembro de la Asociación Europea de Terapia Gestalt. Supervisor de Developmental Somatic Psychotherapy. Está particularmente interesado en los fundamentos teóricos de la terapia gestalt, en especial en la teoría de campo, la teoría del self y la fenomenología. Ha colaborado para desarrollar diferentes plataformas informáticas para la difusión de la terapia gestalt y el apoyo a la investigación. Antes de dedicarse a la psicoterapia, ha sido profesor titular de la Universidad Politécnica de Valencia y es doctor en Informática.

Reseñas



*Manual de terapia gestalt:
teoría, investigación y práctica,*
Philip Brownell

Hoy en día, la importancia de integrar la investigación en terapia gestalt es ampliamente aceptada, a pesar de las naturales resistencias que puedan surgir. La cuestión principal radica en determinar por dónde comenzar cuando se busca emprender una investigación seria. La disponibilidad de literatura sobre el estado actual de la investigación en el enfoque gestalt es limitada, lo que complica aún más el proceso.

La investigación en este campo exige un conocimiento detallado y complejo sobre metodologías específicas en psicología, así como una comprensión de las variadas opciones y formatos que podrían facilitar el desarrollo de un diseño de investigación basado en los datos y observaciones existentes.

El *Manual de terapia Gestalt: Teoría, investigación y práctica* ofrece una visión amplia no solo sobre el estado actual de la investigación en la terapia gestalt, sino que también aporta conocimiento sobre los distintos diseños y formatos para investigar.

Coincido con Carmen Vázquez Bandín, quien en el prólogo destaca el valor único de esta publicación enfocada en la terapia gestalt. Hasta la fecha, no se conocía otra obra dedicada a la investigación en esta disciplina. Por ello, este libro se convierte en una fuente indispensable y una lectura obligatoria, más que recomendada, para gestaltistas interesados en la investigación.

El texto reúne contribuciones de varios autores sobre temas relevantes en el ámbito investigativo, incluyendo la investigación cuantitativa y cualitativa, la práctica basada en evidencia, la formación de terapeutas y la importancia de integrar teoría y práctica.

Además, se exploran aspectos como el método fenomenológico, la relación dialógica, la libertad de experimentación, la estrategia teórica del campo y se dedica una sección completa a las comunidades de investigación en terapia gestalt.

Disponible en español, esta obra merece ser ampliamente difundida y conocida dentro de la comunidad gestáltica, particularmente entre aquellos que estén considerando realizar o sugerir investigaciones en terapia gestalt. Es de especial interés para quienes aspiren a presentar tesinas en el ámbito de la investigación, así como para sus tutores y directoras.



Araceli Déniz

Licenciada en pedagogía, grado en psicología, miembro supervisor y didacta de la AETG (Asociación Española de Terapia Gestalt) y Coordinadora de su Comisión de Tesinas y de la Comisión de Organizaciones y Vida Laboral. Es también miembro de la Comisión de Investigación, de la Comisión del Área del Conocimiento y del Consejo Editorial. Mediadora en Conflictos Civiles y Mercantiles por el Ministerio de Justicia Español, está formada en Terapia Familiar Sistémica, Terapia Breve y Grafología. Es Responsable de Orientación y Formación en ACIB (Asociación de Celiacos de las Islas Baleares).