



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



UNAM ES ZARAGOZA
E.L. - ZARAGOZA
DE NUESTRA REFLEXIÓN

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

LO HUMANO EJE DE NUESTRA REFLEXIÓN

**UN ENFOQUE TRANSPERSONAL PARA EL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DE LA
DIABETES MELLITUS TIPO II: ESTUDIO DE CASO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N :

**CHANG ROA LUCÍA IVONNE
MOLOTLA DE LA ROSA NEFTALI**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PATRICIA PALACIOS CASTAÑÓN

Octubre 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS.

PATRICIA PALACIOS CASTAÑÓN

Por ser mi guía en este ritual de cambio para un reencuentro de mis partes negadas, me enseñaste a reconocerte como una mujer inteligente, fuerte, capaz de lograr lo que me propongo, integrando mi ánimo; viéndolo a través de ti de manera sana. Gracias por enseñarme lo que es una base segura.

Lucy.

Maestra en mi formación profesional y guía de mi vida personal, gracias por enseñarme a enfrentar mis temores, por impulsarme a arriesgar sin miedo a equivocarme y por mostrarme que jamás debo renunciar a mis sueños.

Neftali.

PATRICIA PALACIOS CASTAÑÓN
LIC. MANUEL MORALES LUNA
MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO
MTRA. LAURA ÁLVAREZ SÁNCHEZ
MTRO. SERGIO C. E. OCHOA ÁLVAREZ

Por su dedicación, experiencia, su visión, su apoyo y sus consejos, aportados en la revisión de esta tesis. Enriqueciendo el trabajo y nuestro crecimiento profesional. Gracias por formar parte de este gran ritual en nuestra vida.

Lucía y Neftali.

NEFTALI MOLOTLA DE LA ROSA.

Mi compañero y mi espejo que en mis momentos de debilidad has sido fuerte como un árbol, gracias por comprometerte conmigo para seguir creciendo individualmente y juntos.

Lucy.

LUCÍA IVONNE CHANG ROA.

Por aceptar emprender este viaje a mi lado, gracias por tu profesionalismo, tu amistad, tus consejos y tu cariño, por darme luz en los momentos de obscuridad, juntos aprendimos a dejar morir cosas y a enfrentar nuestros miedos para poder crecer, eres una gran mujer.

Neftali.

ÍNDICE.

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
I. CAPITULO. DIABETES MELLITUS.....	4
1.1 HISTORIA.....	4
1.2 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	9
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	13
II. CAPITULO. APROXIMACIÓN BIOMÉDICA	17
2.1 DIAGNOSTICO.....	17
2.2 TRATAMIENTOS ACTUALES.....	18
III. CAPITULO. VISIÓN SALUD-ENFERMEDAD DESDE EL ENFOQUE TRANSPERSONAL	23
3.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL	24
3.2 VISIÓN SALUD-ENFERMEDAD DESDE EL ENFOQUE TRANSPERSONAL	28
IV. CAPÍTULO. DOS ENFOQUES TRANSPERSONALES PARA LA VISIÓN SALUD ENFERMEDAD: ENFOQUE NEO JUNGIANO Y ENFOQUE NEO GESTÁLTICO	39
4.1 CONCEPTOS CLAVES EN TERAPIA JUNGUIANA Y GESTÁLTICA.....	39
4.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN GESTÁLTICAS Y JUNGUIANAS	58
V. CAPÍTULO. METODOLOGÍA	69
VI. CAPÍTULO. RESULTADOS.....	85
VII. CAPÍTULO. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	189
BIBLIOGRAFÍA.....	196
ANEXOS.....	202

RESUMEN

Respecto al enfoque que la medicina tiene para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, fue necesario indagar a través de un estudio de caso, un tratamiento apoyado en el enfoque transpersonal (tomando en cuenta la corriente neo-junguiana y la neo-gestáltica). Por medio del cuál se trabajó con el pasado del paciente a través de su historia clínica y de lo que se trabajaba en sus sesiones terapéuticas. A su vez haciendo síntesis con su presente en todo lo que su vida implica, esto es, en su rol de padre, de hijo, de esposo, como trabajador, como paciente diabético, etc. Haciendo los cambios necesarios en su vida para lograr una trascendencia en sí mismo, modificando así su vida futura. De esta forma fue como se trató al paciente de manera integral provocando cambios importantes en él. De acuerdo con el resultado obtenido en este trabajo se puede ver de manera significativa un descenso en los niveles de glucosa, esto es, que de manera comprobable 17 unidades logró bajar el paciente, tomando como referencia su primer nivel registrado de glucosa. Sin embargo, el resultado no puede ser concluyente debido a que se necesita hacer un estudio con un mayor número de sujetos, para comprobar su efectividad.

INTRODUCCIÓN

La importancia de estudiar la diabetes mellitus tipo dos consiste en que es un problema de salud de tipo extensivo a nivel mundial, las cifras de dicho padecimiento resultan ser muy significativas, como más adelante se explicarán.

Lo más preocupante es que en la población mexicana, la diabetes mellitus tipo dos, ocupa un lugar importante como causa de enfermedad y por supuesto de mortandad. Este padecimiento se encuentra en el tercer lugar en cuanto a padecimientos se refiere.

Lo peligroso es que la diabetes, como muchos otros padecimientos, tiende a ser fulminante para los pacientes, nos referimos a que esta enfermedad es una causa importante en los niveles de amputación de miembros que no suelen ser por causa de algún accidente, sino por lo radical que puede llegar a ser si no se le “atiende o/y no se le toma en cuenta”; además de que las complicaciones pueden ser peores para otros órganos vitales de la persona.

Por su parte la medicina resulta ser muy invasiva en su tratamiento, en cuanto al cuidado estricto que el paciente diabético “debe” tener con sus medicamentos. La medicina resulta ser lineal también en cuanto a recetar que la persona lleve una dieta rígida en su alimentación, acompañada de una rutina de ejercicios. Esta resulta ser la forma más común en la que un paciente con diabetes mellitus tipo dos, “tiene que” tratarse. Ponemos entrecomillado “debe” y “tiene que”, porque esto es parte de la visión biomédica, esto es lo que aprendimos desde pequeños, el “tener que hacer” las cosas, no es una situación de gusto, de preferir, de entender y comprender que es necesario hacer tal o cual cosa. En el “tener que” es cuando nos volvemos lineales y rígidos, usando esto como muleta para andar, para vivir, para tomar decisiones, para asumir nuestras responsabilidades, etc. En el presente estudio a lo largo de las sesiones se podrá

ver la importancia del “debo” o “tengo que”, a través de nuestro paciente diabético.

Por lo anterior es necesario el estudiar otras alternativas para el tratamiento de la enfermedad, aliándonos con ella, “atendiéndola y tomándola en cuenta”, como un mensajero que viene a traernos un regalo de vida en el que ya no podemos seguir viviendo con el patrón de vida acostumbrado, sino que es necesario adecuarse a un patrón más sano y que vaya acorde con la vida, en sintonía con el contexto que se vive.

La manera en la que se pretendió lograr este cambio de vida del paciente diabético, fue a través del enfoque transpersonal, desde una perspectiva neo-junguiana y neo-gestáltica.

El presente estudio está conformado por los siguientes apartados, que serán mencionados por orden de aparición en el siguiente trabajo. El primer capítulo consistirá en hablar del significado de la diabetes mellitus tipo dos, además de entender la historia de esta enfermedad a través de los años, hablaremos también de su definición y también de sus clasificaciones. Y lo más importante será el ver la epidemiología de la enfermedad.

Posteriormente hablaremos de la aproximación biomédica que se tiene ante esta enfermedad, así como su diagnóstico para ésta y los tratamientos actuales que se dan para la diabetes mellitus tipo dos.

En el tercer capítulo se verá la visión salud-enfermedad desde un enfoque transpersonal, revisaremos la definición de transpersonalidad y lo que es psicología transpersonal, además de que hablaremos de la teoría neo-gestáltica y de la neo-junguiana.

Después en el cuarto capítulo hablaremos del propósito de nuestro estudio. En el quinto apartado revisaremos la metodología y por último en el capítulo sexto

veremos los resultados, en donde se revisarán las herramientas psicológicas consideradas como objetivas (inventarios y pruebas), que fueron utilizadas desde una perspectiva holístico-transpersonal, para identificar el patrón de la persona como apoyo al tratamiento de intervención. También se verán las sesiones realizadas con el paciente diabético además del análisis de éstas.

CAPITULO I. LA DIABETES MELLITUS.

Este capítulo tiene como objetivo presentar los antecedentes históricos de la diabetes. El cómo se fue descubriendo, los métodos que fueron utilizados. Posteriormente se hablará sobre la fase de experimentación, que permitió entender las complicaciones en el organismo del paciente diabético y por su puesto, en el desarrollo humano. La importancia que la insulina va tomando a cerca del padecimiento, pues permite ir esclareciendo lo que sucede con el avance que toma la enfermedad.

Después se hablará sobre la definición actual que la diabetes tiene, para comprender lo que pasa con el organismo. Además de referir las clasificaciones que existen de la enfermedad. Señalando también la epidemiología que ha tomado la diabetes mellitus tipo dos en el mundo y por su puesto, en México.

1.1 HISTORIA.

La diabetes es una enfermedad que fue reconocida hace miles de años. Para Macfarlane (citado en Figuerola, 1997), hay cuatro períodos en la historia de la diabetes: antigüedad, diagnóstico, experimentación y descubrimiento de la insulina.

En el periodo de la antigüedad el Papiro de Ebers (citado en Cáceres y Cuellar, 1998) descubierto en Tebas, en 1862, contiene la descripción de varias enfermedades, entre las cuales se menciona un estado poliúrico, presumiblemente debido a la diabetes. El tratamiento que se recomendaba es un cocimiento de cuatro días a base de huesos, trigo, semillas, arena, hojas verdes y tierra.

Islas y Lifshitz (1993) señalan que en el siglo I (a. C.) el médico griego de Capadocia, Arateo, escribió una obra magna de medicina titulada *De morborum diuturnorum et acutorum causis, signis et curatione*, en la que aparece el término griego “diabetes”, que significa sifón. Arateo caracterizó la enfermedad expresando que las carnes y los miembros se derriten en chorros de orina; por otra parte, recomendó para el tratamiento de la diabetes beber vino. Por la misma época, Aulo Celso Cornelio, médico y escritor romano, también hizo una descripción parecida de la afección. El término diabetes, para Figuerola (1997), data del siglo II a. De J.C. y es atribuido a Demetrius de Apamaia. La palabra deriva del griego *diabeinen* (que significa “pasar a través de”). La primera descripción exhaustiva de los síntomas corresponde a Aretaeus de Capadocia (81-131 a. De J. C.): “misteriosa...rara enfermedad en humanos...en la cual las carnes se funden por la orina...los pacientes no paran de beber...su vida es corta y dolorosa...padecen náuseas, inquietud y sed ardiente y no tardan mucho tiempo en expirar”. Galeno consideraba la diabetes como una enfermedad renal. A diferencia de la Edad Media, la medicina Árabe dio notable importancia a la diabetes.

La historia cuenta que médicos hindúes, en libros que datan del siglo VI a. C., describen la existencia de unos enfermos que padecen sed, adelgazaban rápidamente, **pierden fuerzas** (energía) y emiten una orina que atrae a las hormigas por su sabor **dulce**. También hay descripciones parecidas en libros chinos de más de 2000 años de antigüedad. En el periodo diagnóstico la observación clave era que la orina de los diabéticos contiene **azúcar** y se debió a Thomas Willis, que en 1650 probó la orina y describió su sabor **dulce**. Describió la enfermedad manifestando que el cuerpo parecía tener **azúcar o miel**. Por otra parte, la diferenció de la diabetes insípida. En 1686, Richard Morton (1637-1698), médico inglés, notó la presencia de la diabetes entre familiares consanguíneos. Un siglo antes el médico suizo Von Hohenheim comunicó que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que permanecía como un polvo blanco después de la evaporación. Concluyó que la sustancia anómala era sal y que la

diabetes era debida a la deposición de esta sal en los **riñones** la cual causaba la sed y la poliuria, como lo refiere Cáceres y Cuellar (1998).

El médico Thomas Sydenham (1624-1689) describió que la diabetes era una enfermedad sistémica que empieza en la sangre, donde un *chyle* no era completamente digerido y su residuo debía ser excretado por la orina. Esta idea fue elaborada posteriormente por Mathew Dobson quien mostró en sus experimentos, que el suero, al igual que la orina, contenía una sustancia de sabor **dulce**.

Islas y Lifshitz (1993), mencionan a otro médico inglés, John Rollo, quien publicó una serie de observaciones sobre la diabetes, en 1797, mencionando las cataratas y el olor a acetona (que él describió como parecido a manzanas) en el aliento de algunos diabéticos. Comprobó que cuando la alimentación se basaba en alimentos de origen animal, como la carne, la eliminación de azúcares era claramente inferior en comparación a lo que sucedía cuando la alimentación era de origen vegetal.

Continuando con la historia de la Diabetes cabe señalar la determinación de la **glucosa** en sangre que Rollo supuso elevada, pero no pudo probar, lo intentó sin éxito Wollaston con una técnica precursora de la cromatografía, según Figuerola (1997). Wollaston buscaba sacarosa, la cual no existe en sangre. Chevreuil, en cambio, demostró que en la sangre existía **azúcar** de uva, es decir, dextrosa o sea glucosa.

En el periodo experimental, los grandes avances que se producen en el siglo XIX modifican una gran cantidad de conceptos de medicina que se mantenían aún desde la época romana. Se pone rápidamente en entredicho el **riñón** como principal responsable de la diabetes. Los experimentos de Claude Bernard en 1848 (citado en Serantes y Cardonnet, 1980) demuestran que el azúcar puede ser formado en el hígado y secretado a la circulación, y que este fenómeno se produce incluso cuando la dieta está exenta de azúcar. Estas

observaciones lo llevan a suponer que el **hígado** es fundamental en la fisiopatología de la diabetes, concepto totalmente cierto, pero que sus contemporáneos clínicos negaron con ardor.

Hasta finales del siglo XIX, el **páncreas** seguía siendo un gran desconocido desde el punto de vista de su función. Alrededor de 1700 ya se habían practicado extirpaciones, eran parciales, de modo que se había llegado a la conclusión errónea de que el páncreas no era necesario para la vida. Más adelante, los estudios fisiológicos comprobaron su importancia como órgano de la digestión, pero nada se sabía acerca de su secreción interna.

Por su parte Islas y Lifshitz (1993), señalan que el patólogo alemán Paul Langerhans (1847-1888), publicó su tesis doctoral sobre la histología del páncreas, descubrió en el **páncreas** los islotes que llevan su nombre, sitios productores de **insulina**. En 1889 persistía la discusión sobre si el páncreas era o no necesario para la vida.

Experimentos de Minkowsky (citado en Cáceres y Cuellar, 1998), apuntaban sin ninguna duda al páncreas como principal responsable de la diabetes, pero le faltaba saber el cómo. Después contribuyó a resolverlo llevando a cabo trasplantes de páncreas. Los trasplantes permitieron comprobar que, cuando éstos eran técnicamente correctos y de tamaño suficiente, no se presentaban los síntomas de diabetes animal. Todo hacía suponer que el páncreas fabricaba una sustancia (desconocida hasta entonces) que se vertía a la sangre y cuya ausencia era la responsable de la diabetes.

Minkowsky y Hedon (citados en Serantes y Cardonnet, 1980) demostraron que la extirpación completa del páncreas determina, en los mamíferos, la aparición de todos los síntomas de diabetes azucarada en forma grave. Glucosuria, que es muy intensa (la orina puede contener hasta 10 y 11% de glucosa), aún con exclusión absoluta de hidratos de carbono en la alimentación, y persiste hasta la muerte, que sobreviven del vigésimo al trigésimo día, cuando la consunción

aniquila a los animales. Se observa el mismo modo una gran hiperglucemia (la sangre arterial contiene en efecto de 3 a 5 % de azúcar). La excreción de urea está también muy aumentada (azoturia).

Por otra parte el término **insulina** fue utilizado por primera vez por Jean de Meyer (citado en Figuerola, 1997) en 1910. El 11 de enero de 1922 se inyectó un extracto preparado por Banting a Leonard Thompson, un adolescente de 14 años ingresado en el Hospital General de Toronto a causa de la diabetes. El extracto no logró disminuir los síntomas, debido a la formación de un absceso estéril en el punto de inyección. No obstante, el 23 de enero, un nuevo extracto preparado por Collip normalizó la glucosa plasmática, negativizó la glucosuria e inauguró el uso clínico de la insulina en el tratamiento de la diabetes.

Banting (citado en Serantes y Cardonnet, 1980) a la edad de 31 años, estudió la diabetes en su propio laboratorio; era un gabinete pequeño. Recurrió a perros a los que ligó del conducto pancreático, esperó cuatro semanas. Entonces, extrajo el páncreas, lo llevó a soluciones salinas, y obtuvo un producto de gran poder que al inyectarlo a un perro diabético por la extirpación del páncreas, causaba una mejoría en el animal.

Estas primeras experiencias condujeron a la producción masiva de la insulina, lo que dio lugar a un gran avance en el tratamiento de la diabetes. Banting no se arriesgó a administrar el extracto en seres humanos; entonces él mismo y Best se auto inyectaron para verificar la falta de toxicidad del producto. Satisfechos de los resultados administraron el extracto a tres diabéticos con éxito, como lo mencionan Islas y Lifshitz (1993).

El conocimiento de la insulina lo vislumbró en Rumania, Paulesco; por otra parte, John Jacob Abel (1857-1938), considerado el padre de la fisiología estadounidense, fue el inspirador del aislamiento de la insulina.

El 3 de mayo de 1992 el equipo de Toronto dio una conferencia en la Asociación Americana de Médicos, en Washington. Al terminar, una cerrada ovación de la audiencia aclamó uno de los grandes descubrimientos de la medicina moderna. Por esta época el grupo ya había aceptado la sugerencia de MacLeod de denominar insulina a esta sustancia. De este modo, según Serantes y Cardonnet (1980), la insulina ha sido una de las raras sustancias que han recibido su nombre antes de ser descubiertas.

1.2 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN.

La diabetes se considera como una enfermedad crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hipoglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (NOM-015-SSA2-1994*).

La diabetes es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o utiliza adecuadamente la insulina, una hormona necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros elementos en la energía necesaria para vivir diariamente (ADA, 2007).

Con esta enfermedad el cuerpo es incapaz de usar y almacenar apropiadamente la glucosa, lo que provoca su permanencia en sangre en cantidades superiores a las normales. Esta circunstancia altera, en su conjunto, el metabolismo de los hidratos de carbono, los lípidos y las proteínas.

*Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. (Actualización en enero de 2006) Para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la federación. Secretaria de Salud. Disponible en red: www.ssa.gob.mx/nom/mo15ssa24.htm /ant

La **diabetes** indica un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento que ingerimos en **energía**. La **insulina** es el factor más importante en este proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de **combustible para el cuerpo**. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células (la insulina es una hormona segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago). (Anónimo, 2004).

Las anormalidades básicas de la diabetes se inician en la edad madura provienen con mayor frecuencia de la liberación tardía de la insulina endógena frente a la demanda de los hidratos de carbono (Anónimo, 2004).

En personas con diabetes, uno de dos componentes del sistema digestivo falla; el páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I); o las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II), que se determina por un complejo mecanismo fisiopatológico, que se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida. Anteriormente fue llamada *diabetes del adulto*, *diabetes relacionada con la obesidad*, *diabetes no insulino dependiente*.

Siguiendo con la definición de diabetes, cuando la prueba normal de la tolerancia a la glucosa se torna anormal y la concentración sanguínea de la glucosa, en ayunas, todavía permanece normal, se considera que existe una diabetes latente. Finalmente cuando la glucemia en ayunas es uniformemente anormal, se emplea el término de “diabetes manifiesta”.

La siguiente clasificación se presenta de acuerdo con el comité de expertos de la ADA (2007), de acuerdo con las causas de la enfermedad:

I. Diabetes mellitus tipo 1

A. Diabetes mediada por procesos autoinmunes

- Está causada por un proceso autoinmune que destruye las células beta pancreáticas.
- Se pueden detectar autoanticuerpos en el 85-90% de los pacientes en los que se detecta hiperglucemia por primera vez.

B. Diabetes idiopática

- Forma de la enfermedad cuya causa es desconocida.

II. Diabetes Mellitus tipo 2

- Puede presentarse por una resistencia a la insulina acompañada de una deficiencia relativa en su producción pancreática.

III. Diabetes Gestacional

IV. Otros tipos específicos de diabetes

A. Defectos genéticos de la función de la célula beta:

1. Cromosoma 12, HNF-1 alfa (antes MODY 3)
2. Cromosoma 7, glucokinasa (antes MODY 2)
3. Cromosoma 20, HNF-4 alfa (antes MODY 1)
4. DNA mitocondrial
5. Otras

B. Defectos genéticos en la acción de la insulina

1. Resistencia insulínica tipo A
2. Leprechaunismo
3. Síndrome de Rabson-Mendenhall
4. Diabetes lipoatrófica
5. Otras

C. Enfermedades del páncreas exocrino:

1. Pancreatitis
2. Traumatismo/pancreatectomía
3. Neoplasia
4. Fibrosis quística
5. Hemocromatosis
6. Pancreatopatía fibrocalculosa
7. Otras

D. Endocrinopatías :

1. Acromegalia.
 2. Síndrome de Cushing
 3. Glucagonoma
 4. Feocromocitoma
 5. Hipertiroidismo
 6. Somatostinoma
 7. Aldosteronoma
 8. Otras
- E. **Inducida por químicos o drogas:**
1. Vacor
 2. Pentamidina
 3. Ácido nicotínico
 4. Glucocorticoides
 5. Hormonas tiroideas
 6. Diazóxido
 7. Agonistas beta-adrenérgicos
 8. Tiazidas
 9. Dilantin
 10. Alfa-interferón
 11. Otras
- F. **Infecciones**
1. Rubeola congénita
 2. Citomegalovirus
 3. Otras
- G. **Formas no comunes de diabetes mediada por fenómenos inmunes**
1. Síndrome de "stiff-man"
 2. Anticuerpos anti-receptor de insulina
 3. Otras
- H. **Otros síndromes genéticos asociados a veces con diabetes**
1. Síndrome de Down
 2. Síndrome de Klinefelter
 3. Síndrome de Turner
 4. Síndrome de Wolframs
 5. Ataxia de Friedreich
 6. Corea de Huntington
 7. Síndrome de Laurence Moon Beidl
 8. Distrofia miotónica
 9. Porfiria
 10. Síndrome de Prader Willi
 11. Otros

1.3 EPIDEMIOLOGÍA.

En la revista de revisiones bibliográficas para el médico general (2007), refieren que la Diabetes Mellitus tipo II es una enfermedad que cada vez se hace más común en nuestra sociedad, representa casi el **90%** de todos los casos de diabetes en el mundo occidental. Y además es una enfermedad que se está convirtiendo en un problema de salud generalizado en la población.

La diabetes continúa incrementándose en todo el mundo. Actualmente en el año 2008 diez millones de mexicanos padecen diabetes. Se calcula que ocasiona 67 mil defunciones anuales y una tasa de mortalidad mayor a 3%; de continuar este ritmo, en 2012 morirán casi 100 mil mexicanos por esta causa. (SSA, 2008).

A pesar de que hay 10 millones de diabéticos en nuestro país, sólo el 20% está bien controlado, el restante 80% lleva un control inadecuado aun cuando recibe atención en alguna institución pública. (según cifras de la Secretaria de Salud, 2008).

La mortalidad por este padecimiento ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas y constituye la causa más importante de amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones, como son la retinopatía diabética y la insuficiencia renal. Respecto a la retinopatía, se estima que un 50% de los pacientes la presenta después de 10 años y 80%, a los 20 años después del diagnóstico (SSA, 2008).

Debido al incremento que ha tomado la enfermedad es importante que los psicólogos tomemos parte de este asunto que aqueja a la sociedad, pues con las cifras actuales se hace necesario un trabajo de investigación sobre el tema debido a que pueden ascender cada vez más el número de personas que padezcan Diabetes Mellitus tipo II. La propuesta es ver a la persona con dicho padecimiento en su totalidad, no viéndola escindida en mente y cuerpo.

La Secretaría de Salud (2008), señala que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el presente año, la población mexicana con diabetes sufrirá algún tipo de complicación macro o micro Vascular: el 10% enfermedad coronaria y el 45% retinopatía diabética. Lo que indica que los riesgos por padecer tal enfermedad, van en aumento y después no solamente será el problema de Diabetes sino que el paciente tendrá que enfrentar algo más que ésta, provocando en sí más riesgos, más cuidados y más padecimiento.

La OMS ha notificado que uno de los mayores avances en la detección de enfermedades en las últimas dos décadas ha sido la identificación de las condiciones sociales y psicológicas que influyen en la mortalidad. Para la prevención y el tratamiento de muchas enfermedades que azotan el mundo actual, como la demencia, la diabetes, el mal de Parkinson, el cáncer, etc.; es importante entender completamente la interacción entre la salud y la conducta humana. Un enfoque que incorpore el estado físico y mental de la persona es la forma más eficaz de abordar todos los problemas de salud. El deseo de sentirse bien es una cuestión de la salud mental que puede ayudar mucho a resolver problemas físicos.

Para la Organización Mundial de la Salud (2007) las personas con diabetes, comparadas con la población general, tienen por lo menos tres veces más la posibilidad de tener depresión clínica. La investigación muestra que los diabéticos siguen deprimidos durante más tiempo y que sus síntomas son más graves que los de otros. Otro problema es que los médicos no diagnostican los síntomas con tanta frecuencia como deberían. Un estudio realizado en la Universidad Johns Hopkins con 2.000 personas a lo largo de trece años; halló que las personas con depresión tenían más del doble de posibilidades de adquirir la enfermedad que los demás. Todas las personas con diabetes se sienten tristes de vez en cuando, lo cual es natural si se consideran las responsabilidades, restricciones y preocupaciones adicionales que enfrentan a diario. Pero la depresión clínica hace que la gente se sienta triste semanas seguidas, prácticamente sin alivio.

La OMS opina que la prevención y el manejo de la enfermedad van de la mano. Al menos una de cada veinte muertes en el mundo se debe a la diabetes. La OMS calcula que el 90 % de la población mundial con diabetes, que se calcula en 171 millones de personas, tienen diabetes tipo 2. Con tales estadísticas, es más importante que nunca que se conozca la relación entre diabetes y salud mental.

Por consiguiente, la medicina convencional representa una importante base y la medicina interpretativa no aspira a sustituirla sino ampliarla esencialmente. Ambas orientaciones tienen una **base** común, que es el **cuerpo**, pero sus campos de actividad se sitúan en planos totalmente distintos (OMS, 2007).

Para que se considere que una persona es básicamente saludable, hay que tener en cuenta la totalidad del organismo, con todo lo que ello implica. El bienestar mental no puede separarse del bienestar físico. La salud y la enfermedad física y mental representan partes esenciales de la vida que dependen profundamente una de la otra. La OMS ha puesto de relieve que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar total de las personas, las sociedades y las naciones.

Es evidente que la diabetes mellitus tipo dos, tiene un grado de padecimiento que va ascendiendo con rapidez, de ahí, la importancia de llevar a cabo estudios al respecto. Además de que dicha enfermedad no sólo refiere los síntomas que se hacen evidentes, sino que, al no ser atendida la persona, puede presentar mayores complicaciones.

En este primer capítulo, cuando se habla sobre la epidemiología, la OMS (2007), hace referencia a que la persona enferma de diabetes, se entristece debido al diagnóstico; sin embargo, en ningún momento se habla sobre qué pasa con la persona antes de todo esto. Cómo fue su vida y aspectos que son de suma importancia para ver a la persona en su totalidad y no sólo en un plano físico, ya cuando la enfermedad está presente.

Por lo que será importante que en el siguiente capítulo, se haga referencia a la visión que la medicina ha tomado sobre la enfermedad. Para entender cómo es que los médicos diagnostican al paciente diabético y cómo es el tratamiento que éste debe llevar para su cuidado.

CAPÍTULO II APROXIMACIÓN BIOMÉDICA.

En este capítulo referiremos cuáles son los criterios médicos que se utilizan para el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo dos. También mencionaremos cuáles son los tratamientos actuales que se tiene para el “control” de dicho padecimiento, ya que en la visión biomédica no hay cura, sino solamente hay ciertos procedimientos para que el paciente logre mantener sus niveles de glucosa, esperando así, que no haya un ascenso de los mismos.

También es importante hablar sobre la finalidad que dichos tratamientos tienen para la condición del paciente diabético, esto es, lo que provocan en su estado físico.

2.1 EL DIAGNOSTICO.

Los criterios para el diagnóstico de la diabetes mellitus han sido recientemente revisados por un grupo de expertos nombrados por la Asociación Americana de Diabetes (2007) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existen tres criterios distintos para diagnosticar la diabetes:

1.- La presencia de síntomas clásicos (polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso), con el hallazgo casual, sin considerar el tiempo pasado desde la última comida, de un nivel de glucosa en sangre (glucemia) por encima de 200 mg/dl (11.1 mmol/l).

2.- Una glucosa en ayunas superior a 126 mg/dl (7 mmol/l).
--

3.- La presencia de unos niveles de glucosa por encima de 200 mg/dl (11.1 mmol/l) en un análisis de dos horas posterior a una sobrecarga oral de glucosa de 75 gramos (test realizado según los criterios de la OMS).

	Glucemia en ayuno (mg/dl)	Valor de la glucemia a las dos horas (mg/dl)
Normal	< 110	< 140
Alteración de la glucemia en ayuno	100 - 125	No aplica
Intolerancia	No aplica	140 - 199
Diabetes	≥ 126	≥ 200

2.2 TRATAMIENTOS ACTUALES.

La **medicina en la actualidad** considera que la **diabetes** es una enfermedad que **no puede curarse definitivamente**, pero un buen tratamiento permite al diabético disfrutar de la vida y desarrollar su existencia sin grandes diferencias con la población no diabética, y evitar complicaciones inmediatas y alejadas. Hay tres tipos fundamentales de tratamientos según los médicos, que dependen de la gravedad de la diabetes, el estado biológico del paciente, su situación económica y social y la existencia o ausencia de alguna otra enfermedad concomitante que provoque complicaciones (SSA, 2008).

El tratamiento depende del tipo y la gravedad de la diabetes. Todos incluyen la prescripción de una dieta. Algunos tratamientos sólo bastan con la dieta, otros requieren además la administración de hipoglucemiantes, o de insulina por inyección. Los principales elementos que participan en el tratamiento de la diabetes son los siguientes:

- ✓ Educación diabetológica
- ✓ Dietoterapia
- ✓ Agentes hipoglucemiantes orales

- ✓ Insulina
- ✓ Actividad física

La educación diabetológica consiste en que, tanto el paciente como su familia, sean el principal elemento en el tratamiento. Cuanto más sepan la familia y sus allegados acerca de la enfermedad, más fácil le será al diabético seguir su tratamiento. Es por eso que el factor psicosocial es tan importante. Los diabéticos deben adquirir un mínimo conocimiento acerca de su enfermedad, como forma de prevenir cualquier complicación, o hacérsela atender a tiempo. Es de suma importancia que reconozca las diferencias y los síntomas del coma diabético y del hipoglucémico, y que sepa cómo actuar en caso de que estos se produzcan.

La dieta ayuda a mantener estable el nivel de azúcar en la sangre en los diabéticos de tipo I, y puede resultar el mejor y más saludable tratamiento en los de tipo II, ya que muchas veces este tipo de diabetes es producido debido al exceso de carbohidratos en la alimentación del paciente. La dieta de los diabéticos generalmente limita los azúcares simples y aumenta las proteínas, los carbohidratos complejos y las grasas insaturadas. Tener una dieta rica en alimentos con alto contenido en fibra, como frutas vegetales y granos puede ayudar a la gente con diabetes a mantener su nivel de azúcar en la sangre bajo control y también se ha comprobado que disminuye el colesterol. Especialmente se recomiendan los alimentos con fibra soluble como: naranjas, papaya, pasas de uva, papa, pastas, granola, la cáscara de la manzana, banana.

En cuanto a los hipoglucemiantes orales, se han desarrollado fármacos que, administrados por vía oral, actúan reduciendo los niveles de glucosa en sangre, los cuales son de utilidad en el tratamiento de diabetes de tipo II. La mayoría de los tratamientos actuales no apuntan al problema específico, si no que tratan los efectos externos, es por eso que la diabetes no es curable aún.

También se están buscando nuevas drogas hipoglucemiantes, que incluirían terapias basadas en el consumo de múltiples drogas combinadas, de

forma que anomalías metabólicas específicas sean atacadas de forma también precisa.

La insulina es un polipéptido (proteína) de 51 aminoácidos y de un peso molecular de 6000. Es un dímero porque está compuesta por dos cadenas polipeptídicas. Es una hormona que es producida y segregada por las células beta, que se encuentran agrupadas en el páncreas (grupos de un millón de células aproximadamente) bajo el nombre de Islotes de Langerhans. Se le denominó insulina por el latín insula, "isla", ya que se produce en los islotes de Langerhans. En el organismo normal, la insulina mantiene la glucosa sanguínea a un nivel satisfactorio (normoglucemia), previene su aumento o lo corrige, e influye en la producción y el consumo de glucosa.

Cuando las concentraciones de azúcar en la sangre son bajas, el páncreas libera glucagón, que actúa contrariamente a la insulina, estimulando la degradación de glucógeno y la liberación de glucosa del hígado. Cuando las concentraciones de glucosa en la sangre son elevadas, el páncreas libera insulina, que elimina la glucosa del torrente sanguíneo. Influye en el consumo de glucosa estimulando a los receptores de las células a captarla.

Acciones de la insulina:

- ✓ Produce hipoglucemia, mantiene la normoglucemia, previene y corrige la hiperglucemia y los estados diabéticos.
- ✓ Incrementa la utilización de la glucosa de los tejidos.
- ✓ Acrecienta la transferencia de la glucosa al interior de las células.
- ✓ Aumenta la formación de grasas (glucosa a ácidos grasos), e inhibe el pasaje de grasas a ácidos grasos.
- ✓ Transforma la glucosa en glucógeno hepático (anticetogénesis), muscular y acelera el proceso (efecto glucogenético).
- ✓ Permite la síntesis de péptidos (proteínas) a partir de aminoácidos.
- ✓ Disminuye la gluconeogénesis proteica.

- ✓ Hace descender el fósforo inorgánico y el potasio del suero.

Los diabéticos carecen de insulina, por lo que no se producen las anteriores acciones.

Por falta de insulina en el organismo diabético se establece:

- ✓ Impedimento para que la glucosa pase a dióxido de carbono y agua;
- ✓ Dificultad para el pasaje de glucosa a ácidos grasos.
- ✓ Disminución de la formación de glucógeno hepático y muscular.
- ✓ Hay un porcentaje de diabéticos que carece absolutamente de la capacidad de producir insulina por sí mismos. El aprovechamiento de los glúcidos es primordial en el organismo ya que es nuestra forma de energía, por lo que la falta de insulina es totalmente incompatible con la vida. Es por eso que estos diabéticos son llamados insulino dependientes, ya que requieren obligatoriamente la aplicación de dosis inyectables de insulina, elaboradas a partir de páncreas vacunos.

La actividad física se considera muy importante para el control de la glucosa, debido a que los músculos al ejercitarse utilizan la glucosa sanguínea, lo que favorece al descenso de sus niveles.

Y de esta manera es cómo el paciente diabético es diagnosticado y atendido, por la medicina. Para la prevención y/o el tratamiento es importante una educación sobre la alimentación (en la mayoría de los casos, dieta) y el hecho de que la persona haga ejercicio constantemente. Es decir, sólo se refieren a lo físico, al cuerpo de la persona; dejando ver de esta manera que la medicina tiene un enfoque lineal, porque únicamente ve al paciente como un cuerpo físico y orgánico, sin tomar en cuenta los aspectos psicológicos de la enfermedad.

Lo que pretendemos hacer con este trabajo es indagar sobre lo que pasa con la persona en su totalidad, con su antes, su presente y su después. Para esto

será necesario comenzar a hablar sobre la Salud-Enfermedad desde una aproximación Psicológica, tomando como corriente particular el enfoque **Transpersonal** que será nuestro marco de referencia para esta investigación. Enfoque con el cuál el paciente podrá trascender, podrá ir más allá del enfoque lineal que la medicina tiene para su diagnóstico. En el que se dará cuenta de que todo tiene que ver con todo, está relacionado, no son verdades escindidas de su realidad. La visión Transpersonal es integral y el paciente se ve en su totalidad.

CAPITULO III. VISIÓN SALUD-ENFERMEDAD DESDE EL ENFOQUE TRANSPERSONAL.

No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo. La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países porque la crisis trae progresos. La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche oscura. Es en la crisis que nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias. Quien supera la crisis se supera a sí mismo sin quedar superado. Quien atribuye a la crisis sus fracasos y sus penurias, violenta su propio talento y respeta más a los problemas que a las soluciones. La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia. El problema de las personas y los países es la pereza para encontrar salidas y soluciones. Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una lenta agonía. Sin crisis no hay méritos. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque en crisis todo viento es caricia. Hablar de crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En vez de esto trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora, que es la tragedia de no querer luchar por superarla.

Albert Einstein

Comenzaremos mostrando la visión transpersonal desde sus antecedentes, para saber desde qué tiempos se hablaba de este enfoque, entendiéndolo como consecuencia de la evolución de las necesidades del ser humano en el aspecto psicológico. A través de la historia entenderemos la definición de lo transpersonal. Señalaremos también cómo esta visión, condensa muchas de las teorías, en donde éstas coinciden y se pueden complementar entre sí.

El propósito de este capítulo también, es mostrar que el ser humano es visto, desde el enfoque transpersonal, como el responsable de su enfermedad y de proporcionarse la salud. Responsabilizándolo de sí mismo, tomando en cuenta aspectos de su vida que desencadenaron su padecimiento, el para qué de la enfermedad, haciendo los cambios que ahora ésta le viene hacer vivir. La enfermedad es vista como una necesidad de hacer síntesis de su presente, junto con su pasado que está lleno de situaciones inconclusas, que la vida nuevamente, las presenta de esta manera para resolver todo aquello que guarda la persona como el ser total que es. Además de que en él mismo se encuentran las soluciones a estos problemas, llegando así a encontrar su equilibrio, buscándolo dentro de su desequilibrio-enfermedad.

Tomando en cuenta que la persona se constituye por una aspecto psicológico, emocional, intelectual, espiritual y corporal; es decir, ver a la persona desde una perspectiva holística, como lo es el enfoque transpersonal.

3.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL.

En 1966, Rodríguez (2006) menciona que el grupo de editores del Journal of Humanistic Psychology, comenzaron a observar una tendencia, tanto en su publicación y en general en el movimiento humanista americano, a interesarse por temas trascendentales. A. Maslow y otros colaboradores como Toni Sutich, comenzaron a hacer declaraciones en la línea de: el concepto de auto-actualización no es suficientemente comprehensivo; o señalando: el interés para la psicología de los estados místicos, modificados por consideraciones humanísticas y por la occidental actitud empírica. Fruto de esta constatación surgió la idea de una publicación para la que Maslow propuso el nombre de "Transhumanista", término acuñado por Huxley (1957). Previa selección frente a otras propuestas y tras consultar con el autor, el 14 de Septiembre de 1967, Maslow, recién elegido presidente de la American Psychological Association, presentó en sociedad la Transhumanistic Psychology.

Más tarde Maslow anunció la propuesta en marcha de la revista Journal of Transpersonal Psychology, para la que se eligió un Comité de Organización y se repartieron responsabilidades. Sin embargo, a principios de 1968, durante una reunión en la que tomaban parte Maslow, Viktor Frankl, Stanislav Grof y James Fadiman, vista la oposición que había levantado la elección del término "transhumanista", se recomendó "Transpersonal" como más adecuado para el título de la revista, sugerencia que fue inmediatamente aceptada.

Sin embargo, las discusiones sobre la autoría del término no acabaron aquí. Vich (1990), editor del Journal of Transpersonal Psychology, señala que Toni Sutich ya utilizaba el término en 1967 citando como fuente una comunicación de Stanislav Grof, psiquiatra checoslovaco pionero de la investigación con LSD. El escritor y filósofo Dane Rudhyar en Rhythm of Wholeness, reivindica el término como de origen jungiano y afirma haberlo utilizado desde 1930.

Indica Descamps (1987) que uno de los biógrafos de William James, R.B.Perry, describe en *The Thought and Character of William James*, vol.2, (1936), el uso del prefijo trans, incluido trans-personal para señalar aspectos que aparecen en el pensamiento transpersonal contemporáneo. También se ha mencionado a Roberto Assagioli creador de la Psicósíntesis y a Emmanuel Mounier fundador del personalismo, como acuñadores del término.

En el primer número del *Journal of Transpersonal Psychology*, Sutich (1969) propuso esta definición: Transpersonal es el título dado a una fuerza que emerge en el campo de la psicología por obra de un grupo de psicólogos y de profesionales de otros campos, quienes se interesan en esas capacidades y potencialidades humanas últimas que no tienen lugar sistemático en una teoría positiva o conductista (primera fuerza), en la teoría psicoanalítica clásica (segunda fuerza) ni en la psicología humanista (tercera fuerza). Esta emergente psicología transpersonal (cuarta fuerza) se ocupa específicamente del estudio científico empírico y de la implementación responsable de los descubrimientos pertinentes, del devenir, las meta-necesidades del individuo y de la especie, los valores últimos, la conciencia unitiva, las experiencias cumbre, los valores B, el éxtasis, la experiencia mística, el temor reverencial, el ser, la autorrealización, la esencia, la beatitud, el prodigio, el sentido último, la trascendencia del sí mismo, el espíritu, la conciencia cósmica, la sinergia del individuo y de la especie, el encuentro máximo interpersonal, la sacralización de la vida cotidiana, los fenómenos trascendentes, la autoironía y el espíritu de juego cósmicos, la máxima toma de conciencia personal, la capacidad de respuesta y expresión, y conceptos, experiencias y actividades relacionadas con todo ello. En cuanto definición, esta fórmula ha de entenderse como sujeta, parcial o totalmente, a interpretaciones individuales o grupales optativas con respecto a la aceptación de sus contenidos como esencialmente naturalistas, teistas, sobrenaturalistas, o de cualquier otra designación clasificatoria.

Para Lajoie y Shapiro (1992) la Psicología Transpersonal se dedica al estudio del más alto potencial de la humanidad y al reconocimiento, comprensión y realización de los estados de conciencia unitivos, espirituales y trascendentes.

Así el término **transpersonal** fue adoptado después de muchas deliberaciones, para referirse a los informes de personas que practican diversas disciplinas que afectan específicamente a la Conciencia y que hablan de experiencias de una extensión de la identidad que va más allá (trans) de la individualidad y la personalidad (Palacios, 2005).

La Psicología Transpersonal surge para abordar cuestiones que la Psicología mayoritaria había marginado debido a una serie de creencias falsas que funcionan como limitaciones para la comprensión de la naturaleza humana. La primera de estas falsas creencias es que el desarrollo psicológico cesa al acceder a la madurez, creencia que comienza a ser desmentida desde las propias instancias de la Psicología Evolutiva oficial. La segunda es que la salud psicológica puede ser deducida del estudio de la patología. La tercera, que las experiencias místicas o transpersonales son insignificantes o patológicas.

Acompañando a estas creencias falsas, la psicología tradicional ha evolucionado con base en los métodos aceptados por la comunidad científica y, como dijo Maslow, (citado en Rodríguez, 2006) cuando la única herramienta es un martillo, todo empieza a parecerse a un clavo. El cientifismo y su soporte filosófico, el positivismo lógico, que se pretenden la única forma válida de producción de conocimiento, han sido un lastre importante para la evolución del saber antropológico, empujándole hacia una concepción anticuada de las ciencias naturales. Paradójicamente, en el mismo momento que la conciencia era eliminada de la psicología en nombre de la física, esta progresista disciplina volvía a necesitar de la conciencia para formular las leyes de la mecánica cuántica.

En el universo transpersonal tratamos de conocer el mundo tan íntimamente como sea posible a través del sentimiento y de la contemplación. Desde este punto de vista damos por sentada la subjetividad recurriendo a

experiencias directas (fenoménicas), la intuición, y la imaginación para llevar a cabo nuestros descubrimientos tanto sobre el mundo “interno” como del mundo “externo”, que en realidad es considerado un solo mundo.

En el campo psicoterapéutico de acuerdo con lo que señala Palacios, (2003) la **psicología transpersonal** provee al terapeuta de una visión mucho más abarcativa del sufrimiento humano, pudiendo incidir en fenómenos anteriormente vetados para los psicólogos como en el caso de los desórdenes crónico-degenerativos, asimismo en otros considerados incurables como el sida, el cáncer y las esquizofrenias. Por tanto desde la perspectiva transpersonal el objetivo no es solamente “curar” dado que en realidad es un proceso de autocuración de autotransformación y autotranscendencia donde los “males” son los medios para recuperar la salud física, emocional y espiritual, expandiendo la conciencia del sujeto hasta llegar a ser uno con el **todo**.

Para Kepner (2000) ver a la **persona** como un **todo mayor que la suma de sus partes** es verla como todas las partes: cuerpo, mente, pensamiento, sentimiento, imaginación, movimiento y así sucesivamente; pero no como cualquiera de sus partes. La persona es el funcionamiento integrado de los variados aspectos del todo en el tiempo y en el espacio. Desde esta perspectiva, tratar un aspecto exclusivo de la persona o identificar una parte como la causa del problema es fragmentar artificialmente lo que es en realidad una unidad en funcionamiento.

Es por esto que la perspectiva **transpersonal** que proponemos como una opción para el estudio y comprensión del paciente diabético tipo 2; se puede basar en dos aproximaciones psicológicas que elegimos para esta tesis puesto que éstas se han abocado al trabajo psicoterapéutico de una manera más práctica, son el enfoque neo Jungiano y el enfoque neo Gestáltico. Además estas teorías comparten una misma noción de salud- enfermedad.

3.2 VISIÓN SALUD-ENFERMEDAD DESDE EL ENFOQUE TRANSPERSONAL.

En la actualidad nos damos cuenta del abandono que ha sufrido el ser humano que se acerca a otro ser humano en busca de cura, es universal; ya que este abandono es proporcional a las filigranas de perfección y a las técnicas desarrolladas por la medicina convencional para penetrar en las más complejas relaciones biológicas, químicas o estructurales que puedan explicar diversos trastornos. Es por eso que consideramos la importancia de desarrollar una visión holística de interconectar todo, dejando ya la escisión de la realidad.

Actualmente la intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2003) una buena definición de la salud como “un estado saludable de bienestar” debe tener en cuenta a la totalidad de la persona, “el estado general del cuerpo y la mente”. En inglés la palabra salud (“health”) se deriva de la palabra griega que significa “**totalidad**”. Para Goldstein (citado en Quitmann, 1989) el organismo es una “totalidad”, es decir una Gestalt; en particular la visión de la psicología de la Gestalt que entiende que la naturaleza del hombre se compone de diferentes estructuras totalizadoras y sólo puede ser comprendida y experimentada a partir de las totalidades. Esto se debe a su enfoque que está basado en un análisis existencialista y fenomenológico.

Para andar este camino se ha contado con una gran muleta, una palabra que lo cubre todo: *psicosomático*. En ella se condensa y se encierra de un modo casi definitivo el olvido de la totalidad del hombre. Sin embargo, ha habido voces que, desde cualquier militancia (gestáltica, psicoanalítica, conductista...), reclamaron la totalidad. Y es que, no importa las elevadas disquisiciones filosóficas o espirituales con las que acompañemos a nuestros pacientes, vemos que habita en un cuerpo que lo limita y lo posibilita. Más aún: vemos que

posiblemente – como pensaba Groddeck (citado en Schnake, 2001) – cada célula de ese cuerpo tiene conciencia de la totalidad-.

Es importante que se entienda *totalidad*, como menciona Kepner (2000) sobre la teoría Gestalt, que se distingue de muchas orientaciones terapéuticas por su énfasis en el **holismo**, la **unidad** del organismo, y su interés hacia lo experimental fenomenológico. El énfasis en el holismo implica que el sólo cambio físico en el cuerpo no es suficiente. Hay que trabajar con la estructura corporal, es básico mejorar el apoyo y rango de movimiento físico y explorar el significado de los sentimientos implicados en el mantenimiento de esa estructura. La meta no es tan solo el cambio físico, sino el cambio de la persona como un todo. Por su parte Dahlke R. (1999) señala que hay una necesidad de encontrar una explicación a la enfermedad que **reúna** la forma y el contenido, el cuerpo y el alma.

Con lo anterior estamos comenzando a entrever un modelo científico que se basa en el conocimiento de las **relaciones** que es mucho más “amplio” que el del análisis, la fragmentación y la razón, ahora las partes que constituyen un sistema tienen un notable conjunto de características que se identifican dentro de un sistema entero o todo –**holos**- que posee cualidades que van más allá de la mera suma de las partes P. Palacios (comunicación personal, Febrero 25, 2004).

Los planteamientos transpersonales de acuerdo con Lawlis (1999) asumen para cada individuo planos de sabiduría, **más allá de la capacidad intelectual primaria del ego**. En consecuencia, se emplean estrategias terapéuticas que tratan de facilitar el acceso a las fuentes internas del conocimiento del inconsciente. La psicología transpersonal intenta resolver temas concretos, involucrando los múltiples niveles de la personalidad y sus valiosas capacidades.

La figura siguiente expresa la orientación transpersonal.

<i>Mundo interno</i>	<i>Mundo externo</i>
1.- Límites del Ser, más allá del espacio/tiempo.	1.- Límites impersonales, más allá del espacio/tiempo.
2.- Multiplicidad evolutiva del ser en armonía.	2.- Evolución de la conciencia colectiva hacia el reconocimiento de la interconectividad.
3.- Vinculación cuerpo-mente-espíritu, mediante simbología mítica.	3.- La simbología mítica y la intención del colectivo potencian la transformación.

Para Grof (2006) una definición práctica de las **experiencias transpersonales**: son aquellas en que se da una expansión de la conciencia más allá de los límites habituales del ego y de las limitaciones ordinarias del espacio.

Edward Carpenter (Citado en Ferguson, 1994, pp. 32-33) describe de la siguiente manera el cambio: “Si se para el pensamiento (y se persevera en ello), al final se llega a una región de conciencia situada por debajo o por detrás del pensamiento..., y se hace uno consciente de un yo mucho más vasto que aquel al que estábamos habitados. Y, puesto que la conciencia ordinaria, con la que funcionamos en la vida cotidiana, se funda ante todo y sobre todo en ese pequeño yo local..., se sigue que pasar más allá de él equivale a morir al yo ordinario y al mundo de todos los días. Equivale a morir en el sentido ordinario de la palabra, pero en otro sentido significa despertar y encontrarse con que el Yo, el sí mismo más íntimo y real, se compenetra con el universo y todos los demás seres. Esta experiencia es tan maravillosa, que puede decirse que, a su luz, desaparecen todas las dudas y los pequeños problemas; y es cierto que en miles y miles de casos, el hecho de haberlo experimentado una sola vez un individuo ha revolucionado para siempre su vida y su concepción del mundo.”

El ser humano, atendiendo a la nueva concepción que lo define como *una unidad de conciencia en evolución*, forma parte de la Gran Conciencia Global manifestada en el *Megaholograma Universal*. Razón por la cual podemos también identificarlo como el Todo en potencia -recuérdese el antiguo postulado de **Hermes Trismegisto**, "*El Todo está en la parte; la parte está en el Todo*", un Todo que debe ir identificando paso a paso a lo largo de su interminable camino evolutivo. Desde este punto de vista, el objetivo de la evolución sería, pues, ir descubriendo la "información" codificada para integrarla y, de ese modo, ir ampliando la consciencia del ser y de su relación con el entorno (Pinar 2006).

Para la psicología transpersonal una enfermedad de acuerdo con Dahlke (1999) es un camino transitable que en sí no es ni positivo ni negativo. Todo depende de la actitud que adopte la persona enferma. Así una enfermedad puede ser convertida en una experiencia transpersonal, pues como señala Lawlis (1999) para la psicología transpersonal, la curación de una enfermedad es el resultado de la **armonización y equilibrio** de las dinámicas de **cuerpo-mete-espíritu**, en ámbito personal del ser. Indica que el crecimiento personal puede ser actualizado, incorporando la toma de conciencia y la utilización de la imaginería de mitos y símbolos a la dinámica personal y cultural.

Coincidimos con Dethlefsen y Dahlke (2002) quienes consideran que la enfermedad que se manifiesta a través de los **síntomas** representa una **señal**, un aviso de que hay **algo que modificar**, siendo este el lenguaje que el cuerpo utiliza para permitir al individuo introducir cambios y corregir comportamientos que le crean desarmonía. Es necesario identificar las causas de las dolencias buscando su origen un poco **más allá de las causas físicas**, asomándonos a los desequilibrios emocionales, a los pensamientos no armónicos e, incluso, a la contradicción entre lo que nos dicta nuestro interior y lo que vivimos en el exterior, nos plantea una actitud nueva de autoresponsabilidad e independencia frente a nuestros procesos de cambio y crecimiento.

Con el tiempo, señala Ferguson (1994), nuestros cuerpos acaban convirtiéndose en autobiografías ambulantes, que van contando a amigos y a extraños las tensiones mayores y menores que hemos padecido en nuestras vidas. Nuestra musculatura es un reflejo no sólo de nuestras antiguas heridas, sino también de nuestras viejas ansiedades. Actitudes depresivas, de timidez, de osadía o de estoicismo, adoptadas tempranamente en nuestra vida, quedan inscritas en nuestro cuerpo como pautas del propio sistema sensoriomotriz. La rigidez de las pautas corporales contribuye al bloqueo de los procesos mentales, dando lugar al círculo vicioso de la patología psicocorporal. No podemos separar a lo físico de lo mental, como tampoco pueden separarse los hechos de la imaginación, ni el presente del pasado. Así como el cuerpo siente la pena que experimenta la mente, así también la mente se ve constreñida por lo que el cuerpo guarda de lo que la mente solía *sentir*, y así sucesivamente.

Si aprendemos a comprender **nuestro cuerpo**, nos comprendemos a nosotros mismos, a la vida, a toda la creación y, finalmente, a Dios. Nuestro cuerpo, nos indica nuestros **fallos** de comportamiento frente a la existencia; también nos esclarece, cuál debe ser nuestra conducta para volver a estar en **armonía con la vida**. Nos **envía mensajes** permanentemente, no sólo a través de los distintos **síntomas** de enfermedad, sino por medio de aspectos que presenta nuestro semblante, así como el conjunto de nuestros movimientos, de nuestros gestos, de nuestra manera de andar, todos ellos factores de rica expresividad. Nuestro **cuerpo** indica, pone **en evidencia algo que por lo general nosotros no percibimos conscientemente como para reconocerlo**. Cuando no advertimos un síntoma, nos **envía el dolor** para que éste nos **llame la atención** sobre el mensaje. Nuestro cuerpo nos está hablando continuamente. Sólo tenemos que **aprender a comprender su lenguaje** (Tepperwein, 1992).

Para Dahlke R. (1999) Hay una necesidad de encontrar una explicación a la enfermedad que reúna la forma y el contenido, el cuerpo y el alma. Se trata básicamente de someterse a la **misión** directa del **síntoma**, es decir, **aceptar** las propias debilidades y aprender a practicar la entrega y la humildad. La entrega y la

humildad devienen con el tiempo fuerza, aunque ésta no es la finalidad principal. Hay un concepto básico de que **“la enfermedad nos hace sinceros”**, la enfermedad tiene un carácter **redentor**, bajo el principio **“la enfermedad nos impone una misión”**.

Señala Dethlefsen (1984) la realidad se compone de unidades, pero a la conciencia humana se le presentan únicamente de manera polar. La percepción de la polaridad requiere forzosamente la existencia de una unidad. El ritmo es el patrón básico de toda la vida. Al destruir el ritmo se destruye la vida. El ritmo. Siempre se compone de dos polos, es un “tanto como uno, también el otro”, nunca es uno o el otro. Pues un polo se nutre de la existencia del otro. Si elimino un polo, también desaparece el otro. Un polo exige el otro. Mientras el hombre, en su actitud y su orientación, se declara en “pro de algo” y en “contra de algo” destruye unidades. El hombre está en pro de la salud y en contra de la enfermedad. No quiere comprender que **salud y enfermedad se condicionan mutuamente como la polaridad y se nutren la una de la otra**. La salud recibe su existencia a través de la enfermedad.

Para los neo gestaltistas la **separación** entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación a los sucesos perturbadores de la vida que se experimentan físicamente. La persona es un **todo** pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. En esta **fragmentación** de uno mismo en partes, el “yo” es generalmente identificado con el funcionamiento mental (producción de pensamientos, imágenes, palabras, etc.) y aquellos aspectos de la experiencia corporal que han sido problemáticos y perturbadores se experimentan como si estuvieran “fuera” de uno mismo. La **enfermedad** es el resultado de esta escisión del sí mismo en partes y la mala identificación de una parte como el todo. El **método terapéutico** debe **integrar** la experiencia del cliente en un todo por medio de la **recuperación** y **reaceptación** de los **aspectos negados del sí mismo**, en particular los aspectos corporales del sí mismo. Que la persona funcione como un todo (Kepner, 2000).

Descamps, Grof, Pániker, Almendro y Vaughan (1999) mencionan que es necesaria una nueva visión del mundo, del hombre y de la ciencia. Así se constituye un universo donde todo está ligado. El hombre ya no está solo y perdido en un mundo material frío, hostil y absurdo. La raíz de la alienación estaba para nosotros en la oposición de alma y cuerpo, y en el odio hacia el cuerpo que resultó de ella. En cuanto estas técnicas puedan ser aplicadas al individuo, podrán serlo a grupos y a la sociedad con los *eidolons* o imágenes de fuerzas colectivas, cuyo manejo permitirá una reforma global de la humanidad. El **holismo** nos hace comprender ahora que no hay nada separado ni independiente. Estamos dándonos cuenta de la constitución de la psicoesfera; no solamente la tierra funciona como un ser vivo, sino que el pensamiento humano se ha unificado.

Para los neo jungianos como Dethlefsen y Dahlke (2002) la enfermedad significa la pérdida de armonía, el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado. Ahora bien la pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra. Por consiguiente, el **cuerpo** es el **vehículo** de la manifestación o realización de todos los **procesos y cambios que se producen en la conciencia**. Así, la enfermedad que se hace patente a través de los síntomas que representan una señal, un aviso de que hay algo que modificar. Por lo tanto es un error afirmar que el cuerpo está enfermo –enfermo sólo puede estarlo el ser humano– por más que el estado de enfermedad se manifieste en el cuerpo como síntoma. El **síntoma es un mecanismo de regulación de la naturaleza que está al servicio de la evolución**.

El concepto de **Gestalt**, denota la **Totalidad**; esto da la idea de que figura y fondo constituyen una totalidad completa y no pueden ser separados uno de otro sin que ello implique perder su respectivo significado individual, es decir, sin destruir la totalidad. Para Goldstein (citado en Quitmann, 1989) la **“figura”** y el **“fondo”** son componentes sólidos de una teoría de la totalidad del organismo.; el espíritu, el cuerpo y el alma aparecen en ella no como tres esferas aisladas de ser, sino como singularidades, ya que cada vez aparece una o la otra, más o

menos como “figura”, en primer plano mientras que las otras constituyen entonces el fondo.

De acuerdo con Kepner (2000) la **separación** entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación a los sucesos perturbadores de la vida que se experimentan físicamente. La persona es un **todo** pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. En esta **fragmentación** de uno mismo en partes, el “yo” es generalmente identificado con el funcionamiento mental (producción de pensamientos, imágenes, palabras, etc.) y aquellos aspectos de la experiencia corporal que han sido problemáticos y perturbadores se experimentan como si estuvieran “fuera” de uno mismo. La **enfermedad** es el resultado de esta escisión del sí mismo en partes y la mala identificación de una parte como el todo. El método terapéutico debe **integrar** la experiencia del paciente en un todo por medio de la **recuperación** y **reaceptación** de los aspectos negados del sí mismo, en particular los aspectos corporales del sí mismo. Que la persona funcione como un todo.

Ferguson (1994) menciona que si el cuerpo-mente es un proceso, también lo es la enfermedad. Y así mismo lo es la curación, la integración global, si atendemos a esos siete millones de glóbulos rojos que desaparecen en un abrir y cerrar de ojos, cada segundo, de nuestra sangre, para ser reemplazados en cada instante por otros tantos. Incluso nuestros huesos se renuevan totalmente cada siete años. Como en la danza de Shiva, estamos continuamente creando y destruyendo, creando y destruyendo sin parar.

En la terapia gestáltica existe una actitud de **respeto por la enfermedad de la persona** más que un intento de efectuar cambios, menciona Naranjo (2004). Esta terapia está orientada hacia **aceptar a la persona tal como es**. Por otro lado, a partir de toda forma de psicoterapia sabemos que de hecho, si no en teoría, es diferente la autoaceptación que el respeto por la enfermedad la

aceptación (en la forma de auto-aceptación a veces facilitada por genuino apoyo externo) lleva al crecimiento más bien que al estancamiento.

Continuando con la enfermedad, en su proceso de formación, se produce un ahorro de energía. Para Dethlefsen y Dahlke (2002) cuando nos vemos obligados a abordar un tema que preferimos evitar, ahorramos energía consciente sumiendo el tema en el plano psíquico y corporal. Aquello que no queremos tener en nuestro consciente y que confiamos eliminar ignorándolo finalmente permanece a un lado, en el pleno sentido de la palabra, o empleando la terminología de C. G. Jung (citado en Dethlefsen y Dahlke,2002), permanece en la sombra.

El cuerpo señala Palacios (2005) es una parte de **sombra** –concepto junguiano que hace alusión a todo eso que **negamos o reprimimos** por considerarlo ajeno a nuestro yo- que se ha introducido en la materia y por tanto al encararse uno con la sombra se produce la curación, la clave es la autocomprensión de la enfermedad, ya que detrás de un síntoma hay un **propósito**, un transfondo y el síntoma **obliga a vivenciar** aquello que no se ha querido experimentar conscientemente.

No obstante, puesto que la sombra es una parte necesaria para la **totalidad**, únicamente se puede estar sano si se le logra **integrar**; para Dethlefsen y Dahlke (2002). Una persona completa está formada por **Yo y sombra**; ambos conforman el ser humano completo y autorrealizado.

Consecuentemente, la aceptación y la superación de los temas que existen en la sombra y que se traducen en síntomas es un camino para encontrarse a uno mismo. Los cuadros patológicos son manifestaciones de la sombra, que por su manera de aparecer desde lo más profundo de nuestra alma hasta la superficie del universo corporal, resultan fácilmente accesibles, con lo que se convierten en excelentes indicadores para alcanzar la plenitud. De esta manera el síntoma se vuelve una señal que emite nuestro cuerpo cuando existe contradicción entre sus impulsos internos y lo que vive en el exterior a fin de que su "dueño" introduzca

cambios en su vida. Donde ambos planteen la necesidad de no erradicar los síntomas, sino aliarse con ellos.

Pániker et al. (1999) menciona que existe en cada ser humano una tendencia, digamos “natural”, a trascender el ego. Lo cierto es que nos pasamos la vida oscilando entre la afirmación del ego y una cierta superación del ego. Ello es que identificarse con el ego tiene sus ventajas, al lado de sus desventajas. La principal ventaja es el sentimiento de identidad, una cierta sensación de realidad ontológica: “Soy yo”. La principal desventaja es la ansiedad: “Voy a morir”. Ahora bien, llega un momento, o una edad, en que la ventaja es menor que la desventaja. Entonces el modelo del ego no funciona. Se hace mucho más intensa la necesidad de trascender el ego. Y así se tantean diversos modos: por ejemplo, la vía de volcarse en algún ideal, a veces de manera fanática: lo que importa es salir de la cárcel del ego.

Por su parte Schnake (2001) sugiere que el **cuerpo** tiene un discurso asombrosamente parecido en todos los seres humanos. Discurso que se hace definitivamente **personal e individual** en el diálogo y el encuentro con el que se considera “dueño”. Hay que **escuchar ese diálogo**, de esas voces del cuerpo y las enfermedades; las enfermedades y el cuerpo.

Toda la gente mala y los acontecimientos desagradables, en realidad no son más que mensajeros, son medios para hacer visible lo invisible (Dethlefsen, 1984).

Dahlke (1999) sugiere que, a la enfermedad, hay que verla sin valorarla como algo positivo o negativo, explicando que todo dependerá de la actitud que adopte la persona enferma. Explica, que si al enfrentarse a la enfermedad quien la padece la considera una oportunidad, un camino de aprendizaje para ser más consciente, conocerse un poco mejor y, como consecuencia de ello, obtener un mejor partido de sí mismo, aprovechará la enseñanza y no se verá abocado a revivir la misma situación en el futuro. Si no lo hace, el síntoma se irá trasladando de órgano a órgano de forma que la enfermedad aparecerá bajo múltiples formas

y, en definitiva, comenzará el peregrinaje del enfermo de especialista en especialista.

Para Ferguson (1994) el Paradigma de la Conspiración de Acuario promueve la autonomía individual en el seno de una sociedad descentralizada. Nos considera administradores de todos nuestros recursos, internos y externos. No nos ve como víctimas ni como peones, no nos considera limitados por condiciones ni condicionamientos, sino herederos de las riquezas de la evolución, capaces de imaginación, de inventiva, y sujetos de experiencias que apenas si hemos llegado a entrever todavía. La naturaleza humana no es ni buena ni mala, sino abierta a un proceso continuo de transformación y trascendencia. Lo único que necesita es descubrirse a sí misma. La nueva perspectiva respeta la ecología de cada cosa: nacimiento, muerte, aprendizaje, salud, familia, trabajo, ciencia, espiritualidad, arte, comunidad, relaciones, política.

Así esta nueva visión holística - transpersonal permite comprender a la enfermedad como la resultante de procesos psíquicos, espirituales y emocionales que se "materializan" en el plano físico (el cuerpo). Siendo la enfermedad el resultado de ofrecer resistencias a las fuerzas del cambio y no comprenderlas, lo que puede generar falta de vitalidad, disfunciones del sistema inmunológico, accidentes, apatía, depresión, ansiedad, falta de logros en nuestra vida, etc. En resumen la enfermedad es el resultado de la interacción de factores psicosomáticos

CAPÍTULO IV. DOS ENFOQUES TRANSPERSONALES PARA LA VISIÓN SALUD ENFERMEDAD: ENFOQUE NEO JUNGUIANO Y ENFOQUE NEO GESTÁLTICO.

En este capítulo veremos algunos de los conceptos de la corriente junguiana y gestáltica, pues son la base para este estudio. Siendo ambas teorías nuestra guía para el trabajo con el paciente diabético, haremos entonces una integración de los conceptos claves de la propuesta junguiana y de la gestáltica.

A su vez veremos que estas dos teorías tienen en relación conceptos similares, que pueden complementarse entre sí o que pueden sustentar un término de cualquiera de las dos, sea junguiano o gestáltico.

Posteriormente se hablará de las estrategias de intervención que servirán para abordar la noción salud-enfermedad, desde una perspectiva holístico transpersonal, que se retomará desde la teoría gestalt y la terapia junguiana, dado que coinciden en ciertos puntos.

4.1 CONCEPTOS CLAVES EN TERAPIA JUNGUIANA Y GESTÁLTICA.

Para Henderson (citado en Jung, 1964) la mente humana tiene su propia historia y la psique conserva muchos rastros de las anteriores etapas de su desarrollo. Es más, los contenidos del **inconsciente** ejercen una influencia formativa sobre la psique. Conscientemente, podemos desdeñar esos contenidos, pero inconscientemente respondemos a ellos y a las formas simbólicas con que se expresan. Por su parte Latner (1994) menciona que el aspecto final de un funcionamiento sano es la conciencia: sencillamente captar con todo el alcance de los sentidos el mundo de los fenómenos que está dentro y fuera de la persona, tal

como se van presentando. La capacidad de percibir esto es la salud. Como la formación de la Gestalt exige la organización de las partes distintas y pertinentes del campo, un proceso implica que se tenga alguna experiencia con cada una de esas partes; solo podemos manejar lo que conocemos.

En relación a lo anterior Grecco (1995) menciona que el **símbolo** expresa en su dinámica, en su estructuración, una realidad desconocida y que, al hallar ésta su expresión en símbolo, no por eso es más conocida, dado que el símbolo nunca es algo simple. Porque el símbolo siempre oculta una realidad compleja tan fuerte de toda expresión verbal que no es posible expresarla en acto, el símbolo aparece en Jung como significante a descifrar.

La necesidad de símbolos surge cuando el ego necesita fortalecerse, es decir, cuando la mente consciente necesita ayuda en alguna tarea que no puede realizar sola o sin las fuentes de fortaleza que yacen en la mente inconsciente (Jung, 1964). Para Grecco (1995) los símbolos señalan hacia la necesidad del hombre de liberarse de todo estado del *ser* que es demasiado inmaduro, demasiado fijo o definitivo. En otras palabras, conciernen al desligamiento del hombre -o **trascendencia**- de todo modelo definidor de existencia, cuando se avanza hacia otra etapa superior o más madura en su desarrollo.

Dentro de los conceptos o premisas principales de la gestalt está la **homeostasis**, que tiene que ver con el proceso que los símbolos le traen al individuo en la terapia junguiana. La gestalt menciona que todo lo viviente está gobernado por un proceso mediante el cual mantiene su equilibrio y su salud tras condiciones siempre variables. Mediante la homeostasis los organismos satisfacen sus necesidades. A este se le llama también **autorregulación** (Latner, 1994). Satisfacerse significa la necesidad de contactarse con el medio. Esto sucede tanto en lo físico como en lo psicológico. Desde aquí se critica la teoría de los instintos, en que se tiende a confundir las necesidades con sus síntomas o con los medios usados para satisfacerlas. Se postula que un organismo sano puede presentar

varias necesidades ordenadas en una jerarquía de valores. La necesidad dominante se presenta como figura sobre las demás que retroceden al fondo.

El concepto de la **sombra**, por su parte desempeña un papel de vital importancia en la psicología analítica. El Dr. Jung (1964) señaló que la sombra lanzada por la mente consciente del individuo contiene los aspectos escondidos, reprimidos y desfavorables de la personalidad. Pero esa oscuridad no es exactamente lo contrario del ego consciente. Así como el ego contiene actitudes desfavorables y destructivas, la sombra tiene buenas cualidades: instintos normales e impulsos creadores. Ego y sombra están inextricablemente ligados en forma muy parecida.

Con lo anterior existe una concordancia con la teoría gestáltica, ya que Kepner (2000) menciona que el funcionamiento pleno y adaptativo depende de que las funciones de contacto estén totalmente disponibles al organismo para cumplir con los requisitos cambiantes de interacción con el entorno. Cuando las funciones de contacto no están disponibles a la conciencia, el organismo ya no puede adaptarse con fluidez a su mundo. Aquellos aspectos del funcionamiento de uno que están **negados**, es decir, no experimentados como parte del sí mismo, no están plenamente disponibles para el contacto con el entorno. Mientras más limitadas sean las capacidades de uno para el contacto, más **fragmentada, desorganizada y sujeta a resistencia** se vuelve la propia experiencia del sí mismo y del entorno. Una visión holística se basa en el principio de que el todo es mayor que, o diferente de, la suma de sus partes. El **todo** es meramente el resultado de un aumento de partes, más bien tiene una unidad intrínseca propia, una estructura e integración particular de sus partes. Tiene un orden y una forma específicos.

Von Franz (citado en Jung, 1964) menciona que cuando un individuo hace un intento por ver su sombra, se da cuenta (y a veces con vergüenza) de cualidades e impulsos que niega en sí mismo, pero que puede ver claramente en otras personas; es decir, todos los pecados veniales sobre los cuales podría

haberse dicho: “eso no importa; nadie se dará cuenta y, en todo caso, otras personas también lo hacen”. La sombra contiene generalmente valores necesitados por la consciencia, pero que existen en una forma que hace difícil integrarlas en nuestra vida.

Jung (citado en Grecco, 1995) denomina la sombra como “nuestro hermano de la oscuridad que aunque invisible, forma parte de nuestra totalidad”. Representa el aspecto inadaptado del hombre por oposición a la persona que actúa como el adaptado. Todo lo que el sujeto no quiere ser, que rechaza de sí mismo, rasgos de identidad que resultan penosos aceptar, lo repudiado, el negativo de nuestra personalidad configuran el núcleo del complejo autónomo de la sombra. Von Franz (citado en Jung, 1964) menciona; que la sombra se convierta en nuestro amigo o en nuestro enemigo depende en gran parte de nosotros mismos. Es exactamente igual a cualquier ser humano con el cual tenemos que entendernos, a veces cediendo, a veces resistiendo, a veces mostrando amor, según lo requiera la situación. La sombra se hace hostil sólo cuando es desdeñada o mal comprendida. Cualquier otra forma que tome, la función de la sombra es representar el lado opuesto del ego e incorporar precisamente esas cualidades que nos desagradan de otra persona y/o de nosotros mismos.

Con lo descrito anteriormente, la gestalt refiere que “el campo o experiencia consciente, es decir, el medio ambiente conductual, se descompone en **figura y fondo**”. “La figura destaca del fondo, siendo más sustancial y compacta, mejor estructurada y más impresionante que el fondo. La figura trata de mantener su constancia”. “Un todo organizado como una figura siempre será o llegará a ser tan regular, simétrico, simple y estable como lo permitan las condiciones prevalentes; ésta es la ley de prägnanz. Por otra parte una figura incompleta o abierta tiende a cerrarse o completarse”, “este fenómeno opera en el pensamiento y en el aprendizaje”. “Un problema no resuelto o una tarea específica no aprendida es una Gestalt incompleta que origina tensión. Al resolver el problema, se efectúa el cierre y se descarga la tensión”. (Castanedo, 1997a, pp. 45 – 46).

Se llama figura a la situación, objeto, sensación (interna o externa) que capta nuestra atención en un momento dado y elimina todo lo demás de nuestra atención, mandándolo al fondo.

Si la gente observa sus propias tendencias inconscientes en otras personas, se le llama a eso una “**proyección**”. Las proyecciones de todo tipo oscurecen nuestra visión respecto al prójimo, destruyen su objetividad, y de ese modo destruyen también toda posibilidad de auténticas relaciones humanas (Grecco, 1995). Von Franz (citada en Jung, 1964) menciona que hay una desventaja adicional en la proyección de nuestra sombra, una parte de nuestra personalidad, permanece en el lado opuesto. El resultado es que constantemente (aunque de modo involuntario) haremos cosas a nuestras espaldas que apoyarán a ese otro lado y, por tanto, ayudaremos inintencionadamente a nuestro enemigo. Si, por el contrario, nos damos cuenta de la proyección y podemos examinar las cuestiones sin miedo ni hostilidad, tratando con tacto a las demás personas, entonces hay la probabilidad de un entendimiento mutuo o, al menos, de una tregua.

La gestalt también maneja este concepto, para Perls (citado en Castanedo, 1997a, pp. 95), la **proyección** es un rasgo de personalidad, una actitud, un sentimiento, una parte del comportamiento que pertenece a la personalidad sin ser sentida como tal por la persona. Por el contrario, la proyección se atribuye a otras personas u objetos que forman parte del medio y es percibida como dirigida hacia uno por otras personas u objetos. “En Terapia Gestalt una persona es el proyector y la otra es la pantalla donde aparecen las características de la primera, los rasgos de su personalidad, lo que quiere y lo que detesta de ella misma. Es evidente que no se debe al azar que una persona elija a otra como pantalla; la proyección es el mecanismo que permite atribuir todo a la pantalla y no a sí mismo como proyector”. “La proyección es el mecanismo por medio del cual el individuo evita apropiarse de su propia realidad. Las consecuencias en términos de contacto y de comunicación son perjudiciales; cómo alguien puede llegar a

dialogar con alguien, sentirlo, amarlo, si lo que se percibe en el otro es la realidad propia no reconocida”.

El fenómeno descrito, que se ubica en el plano de la percepción, también involucra a todos los aspectos de la experiencia. Es así como algunas situaciones que nos preocupan y se ubican en el momento actual en el status de figura, pueden convertirse en otros momentos, cuando el problema o la necesidad que la hizo surgir desaparecen, en situaciones poco significativas, pasando entonces al fondo. Esto ocurre especialmente cuando se logra "cerrar" o concluir una Gestalt; entonces ésta se retira de nuestra atención hacia el fondo, y de dicho fondo surge una nueva Gestalt motivada por alguna nueva necesidad. Este ciclo de abrir y cerrar Gestalts es un proceso permanente, que se produce a lo largo de toda nuestra existencia.

Con esto podemos referir que el concepto de sombra en la teoría junguina y el concepto de fondo para la gestalt, son equivalentes entre sí, ambas percepciones hacen alusión a partes alienadas de la persona que resultan ser recursos en potencia una vez que se logran contactar y asimilar.

Para Grecco (1995) la **máscara** es una forma de simular individualidad Jung la define como la “máscara de la psique colectiva”. Resulta de una transacción entre el individuo y la sociedad. Sin duda, un mediador que protege al sujeto en sus relaciones, pero que oculta lo que verdaderamente el sujeto es, en función de una aceptación social necesaria. Sin embargo, esta función psíquica no debe ser vista como una construcción individual y consciente, sino como expresión de una actividad colectiva que responde a la dinámica del inconsciente transpersonal. Se trata en suma de un complejo funcional que por motivos de adaptación ha llegado a conformarse como tal.

La imagen del **ego**, para los junguianos, no debe considerarse idéntica al ego propiamente dicho. Se describe mejor como los medios simbólicos por los cuales el ego se separa de los arquetipos evocados por las imágenes paternas en la infancia. El Dr. Jung (citado en Grecco, 1995) ha dicho que cada ser humano

tiene originariamente una sensación de totalidad, una sensación poderosa y completa del “**sí mismo**”- la totalidad de la psique- el individualizado ego- consciencia emerge cuando se desarrolla el individuo. El **ego** individual surge durante la transición de la infancia a la niñez. La separación no puede ser definitiva sin grave perjuicio de la sensación originaria de totalidad. Y el ego tiene que volver continuamente a restablecer su relación con el sí mismo a fin de mantener unas condiciones de salud física. Toda nueva fase en el desarrollo de la vida individual va acompañada del conflicto originario entre las exigencias del “sí mismo” y las del ego.

Este conflicto entre ego y sí mismo, la gestalt lo menciona desde su perspectiva; para Perls (citado en Kepner, 2000) la descripción de la salud y la enfermedad psicológicas es sencilla. Se trata de las identificaciones y **alienaciones del sí mismo**: si un hombre se identifica con su sí mismo en formación y no inhibe su propia emoción creativa ni el acercamiento a la inminente solución; y a la inversa, si él aliena lo que no es orgánicamente suyo y por lo tanto no puede ser vitalmente interesante sino que, más bien, desorganiza la figura/fondo, entonces él está psicológicamente sano. Pero por el contrario, si él se aliena a sí mismo y a causa de falsas identificaciones trata de conquistar su propia espontaneidad, entonces él se crea una **vida apagada, confusa y dolorosa**. Este proceso continuo del sí mismo, hace posible los contactos presentes y es el agente de crecimiento. Se utiliza como pronombre reflejo, referido a la persona total. Es el límite de contacto funcionando y su actividad consiste en formar figuras y fondos. El funcionamiento sano del sí mismo no está centrado exclusivamente en él, sino que está centrado en él, en otros y en las relaciones de contacto que se establecen, es decir en la totalidad del campo. El sí mismo integra los acontecimientos de toda la vida. Es notable que la gestalt, comparta esta noción del sí mismo con la teoría de Jung, pues para Sharp (1997) el concepto lo define como el arquetipo de la totalidad y el centro regulador de la psique, es un poder transpersonal que trasciende al ego. El sí mismo no es sólo el centro sino también toda la circunferencia que abarca tanto lo consciente como lo inconsciente es el centro de esta totalidad así como el ego es el centro de la

conciencia. De esta manera el concepto de sí mismo es un concepto compartido por ambos enfoques y representa la totalidad o unidad del individuo.

Con relación a lo que el hombre no integra conscientemente en su totalidad, existe un concepto junguiano importante para la persona, hablaremos del **ánima**, Von Franz (citada en Jung, 1964) señala que es una fuerza interior; el objetivo secreto del inconsciente al acarrear tal complicación es forzar al hombre a que desarrolle y lleve a su propio ser a la madurez, integrando más de su personalidad inconsciente e incorporándola a su verdadera vida. Para Grecco (1995) el **ánima** representa la imagen colectiva de la mujer, de lo femenino, de lo receptivo, de lo pasivo y cóncavo. Es uno de los lados de la adaptación que hace de la necesidad de protección un motivo en su modalidad vincular. El ánima actúa de acuerdo con una estructura rítmica y circular, y aparece ligada, muy íntimamente, a todo lo que en el sujeto son sus aspectos nutricios y creativos. Es necesario reconocer el ánima como fuerza interior. Haciendo que la persona desarrolle y lleve a su propio ser a la madurez integrando más de su personalidad inconsciente e incorporándola a su verdadera vida. El ánima también tiene aspectos positivos, uno de ellos es que siempre que la mente lógica del hombre es incapaz de discernir hechos que están escondidos en su inconsciente el ánima le ayuda a desenterrarlos. Para Von Franz (citada en Jung, 1964) aún más vital es el papel que desempeña el ánima al poner la mente del hombre a tono con los valores interiores buenos y, por lo tanto, abrirle el camino hacia profundidades interiores más hondas. Es como si una "radio" interior quedara sintonizada con cierta longitud de onda que excluyera todo lo que no hace al caso pero permitiera la audición de la voz del Gran Hombre. Al establecer esta recepción de la "radio" el ánima adopta el papel de guía, o mediadora, en el mundo interior y con el "sí mismo".

Hablar del **ánimus**, también es importante, menciona Grecco (1995) tiene como función el generar juicios y opiniones. Cumple el rol de instancia crítica y normativa. De allí deriva su capacidad de orden, diferenciación y discriminación. Posee una orientación lógica y objetiva. Predominantemente reflexivo, por lo

general hace prevalecer el pensar sobre el sentir. Es responsable de los procesos “objetivos”. Henderson (citado en Jung, 1964) señala que el **ánimus** no consta meramente de cualidades negativas tales como brutalidad, descuido, charla vacía, malas ideas silenciosas y obstinadas. También tiene un lado muy positivo y valioso; también puede construir un puente hacia el “sí mismo” mediante su actividad creadora.

Para los junguianos existe un **principio de oposición** basado en la idea de que el suceder psíquico en todas sus formas puede ser explicado en relación a una lucha de fuerzas antagónicas, un movimiento dinámico, un continuo enfrentamiento entre pares antitéticos, que son las oposiciones psíquicas (Grecco, 1995). Aquí coinciden pues, la teoría gestáltica y la junguiana en que, la **teoría de las polaridades**, sostiene que si no me permito ser malvado nunca seré genuinamente bondadoso. Zinker (1991) señala que si estoy en contacto con mi propia maldad y amplío esa parte de mí mismo, mi bondad, cuando se manifieste, será más rica, más plena, más completa. Cuando un lado de la polaridad se estira, también se estira el otro lado, en algún punto, casi automáticamente.

De acuerdo con Dethlefsen (1984) muchos de los errores humanos se podrían evitar con una mejor comprensión de la ley de la polaridad. El camino del hombre pasa por el análisis de la polaridad. La meta del camino es la superación de la polaridad. Todo lo que el hombre encuentra en el mundo de las formas fenoménicas y todo lo que el hombre puede imaginar, se le presenta siempre en dos polos. Al ser humano le resulta imposible imaginarse una unidad fuera de la polaridad. Frente a cada concepto surge un polo opuesto. La realidad se compone de unidades, pero a la conciencia humana se le presentan únicamente de manera polar. La percepción de la polaridad requiere forzosamente la existencia de una **unidad**. El ritmo es el patrón básico de toda la vida. Al destruir el ritmo se destruye la vida. El ritmo siempre se compone de dos polos, es un “tanto como uno, también el otro”, nunca es uno o el otro. Pues un polo se nutre de la existencia del otro. Si elimino un polo, también desaparece el otro. Un polo exige el otro. Mientras el hombre, en su actitud y su orientación, se declara en

“pro de algo” y en “contra de algo” destruye unidades. El hombre está en pro de la salud y en contra de la enfermedad. No quiere comprender que **salud y enfermedad se condicionan mutuamente como la polaridad y se nutren la una de la otra**. La salud recibe su existencia a través de la enfermedad.

Para crecer como persona y tener con los otros, experiencias de conflicto más productivas, tengo que estirar mi autoconcepto. Debo enseñarme a invadir aquella parte de mí mismo que no apruebo. Ante todo, debo poner al descubierto esa parte de mí mismo de la que me desentiendo. En segundo lugar, necesito entrar en contacto con esa parte de mí mismo que no asumo. Este es el paso preliminar: ponerme en contacto con la forma en que mantengo en secreto algo de mí mismo (Zinker, 1991). Cuando me he sentido más amable con mí ser secreto, porque he llegado a comprenderlo mejor, puedo relacionarme con otra persona que procura penetrar en ese territorio interior o amenaza parte de mí mismo. Este proceso se llama **estiramiento del autoconcepto**, pues crea más espacio en la imagen que uno tiene de sí mismo. Cuanto más ampliamente me conozco a mí mismo, más comfortable me siento conmigo.

En relación a esto Jung (citado en Grecco, 1995) menciona que la **individuación** conduce al ensanchamiento o expansión de la conciencia y de la vida psicológica consciente y el hombre para alcanzar el pleno desarrollo de su ser debe estar dispuesto a desplegar todas las virtualidades y potencialidades que moran y duermen dentro de él y desplegarse en una armoniosa unión. La individuación es una confrontación entre la conciencia y lo inconsciente. Zinker (1991) define que el problema básico reside en la **reconciliación** del individuo con el grupo, la organización, la **integración** de las partes en un **todo unificado**. Se trata en todos los casos, de una cuestión de totalidad, integridad, entereza, unidad, orden, estructura. A su vez la individuación tiene su equivalente en la teoría gestalt, la cual comienza para Goldstein (citado en Quitmann, 1989) con la tendencia hacia una buena **Gestalt** que representa una forma muy determinada de la lucha entre el organismo y el mundo, precisamente aquella en la que el

organismo se realiza mejor en **correspondencia con su ser**. La tendencia hacia la buena Gestalt se dirige hacia un comportamiento excelente, la condición esencial para la existencia de un determinado organismo. El mismo organismo es una **totalidad**, una Gestalt; esta totalidad es asimismo una parte de un todo del entorno y simultáneamente concebida en una constante lucha con este todo del entorno.

De esta manera cabe mencionar el concepto equiparable de la individuación, es de Maslow (1973) y se llama **autorrealización**, es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona, obtener logros personales, esto es para que cada ser humano se diferencie de los otros. Los hombres que logran la autorrealización óptima, se consideran seres íntegros.

La necesidad de autorrealización se conoce también como de autosuperación o autoactualización. Esta necesidad de autorrealización es distinta y única para cada individuo, además de ser parte de la necesidad superior de éste, pues le ayuda a desarrollar su potencial. La autorrealización es el momento en el que el sí mismo se actualiza, viviendo plenamente y desinteresadamente, con una concentración y absorción totales. En este momento el individuo mira dentro de sí mismo en busca de respuestas, asumiendo así responsabilidad. Este proceso además es y será continuo.

De esta manera se puede entender que el conflicto nos proporciona la posibilidad de diferenciarnos; cuando dos límites claramente diferenciados se frotan entre sí, los individuos experimentan una excitante sensación de **contacto**. El mismo fenómeno se observa en el caso de los conflictos intrapsíquicos o internos; permiten a la persona sentir su propia diferenciación interna y, en el plano de la creatividad, suponen la posibilidad de integrar el propio comportamiento, que adquiere así alta capacidad de adaptación, porque incluye toda la gama de respuestas comprendida entre las situaciones polares que se

experimentan antes. Sobre la base de toda esa gama, la persona es capaz de responder de forma **flexible** a una variedad de situaciones (Quitmann, 1989).

En teoría, la persona saludable constituye un **círculo completo**, que posee miles de polaridades, integradas y entrelazadas, que se fusionan todas entre sí. La persona saludable conoce la mayoría de las polaridades que contiene, incluso aquellos sentimientos y pensamientos que la sociedad reprueba y es capaz de aceptarse tal como es.

Tal vez la persona saludable no apruebe todas sus polaridades, pero el hecho de que acepte soportar la conciencia de ellas es un aspecto importante de su **energía interior**. En la conciencia de una persona perturbada, hay grandes vacíos. Tiene una visión rígida y estereotipada de sí misma y no logra aceptar muchas de sus partes. Niega sus polos *negativos*- aquellas facetas de sí misma que le han enseñado a considerar inaceptables o repulsivas- y tiende a proyectar sobre otros tales características.

Para Kepner (2000) lo que nos sucede como personas nos sucede tanto en maneras **físicas** como **psicológicas**. Vivimos no sólo a través de nuestro pensamiento e imaginación, sino también a través de movernos, ponernos en alguna posición, sentir, expresar.

La terapia Gestalt ve al **sí mismo** no como una cosa o una estructura estática, sino como un **proceso fluido**. El sí mismo no es un conjunto congelado de características (“yo soy esto y sólo esto”). En la **salud**, el sí mismo es variado y flexible en sus capacidades y cualidades, dependiendo de las exigencias particulares del organismo y del entorno. El sí mismo no tiene naturaleza propia excepto en **contacto** o en relación con el entorno. Se ha descrito como el sistema de contactos o interacciones con el entorno. En este sentido, se puede considerar al sí mismo como el **integrador** de la experiencia.

El funcionamiento pleno y adaptativo depende de que las funciones de contacto estén totalmente disponibles al organismo para cumplir con los requisitos cambiantes de interacción con el entorno. Cuando las funciones de contacto no están disponibles a la conciencia, el organismo ya no puede adaptarse con fluidez a su mundo. Aquellos aspectos del funcionamiento de uno que están **negados**, es decir, no experimentados como parte del sí mismo, no están plenamente disponibles para el contacto con el entorno. Mientras más limitadas sean las capacidades de uno para el contacto, más **fragmentada, desorganizada y sujeta a resistencia** se vuelve la propia experiencia del sí mismo y del entorno.

Aquí hay una relación, nuevamente, entre los junguianos y los gestálticos, ambos hablan de la necesidad de integrar lo que la persona no reconoce de sí misma, todo lo que cree que no es, es parte también de ella. Si no se da una integración de lo aceptado y lo no reconocido, no habrá una totalidad.

Negar aspectos intrínsecos del sí mismo, ya sean necesidades, capacidades o conductas, es algo como decidir que uno no quiere determinado cuarto de su casa pero no puede deshacerse de él porque su existencia es esencial para la integridad del resto del edificio; todo lo que se puede hacer es tapiarlo y pretender que no existe. Kepner (2000) señala que podemos relegar tales partes de nuestro sí mismo a la oscuridad tapiada de la inconsciencia, pero siguen existiendo aún mientras fingimos que tales cualidades “no son importantes”. Yo puedo evitarme a mí mismo comportarme de forma emocional y puedo quitar la emoción de la imagen de mí mismo, pero no puedo en realidad extirpar mis emociones de mi ser. Ellas (ya no “yo”) funcionan fuera de mi vista, pero siguen funcionando de todos modos.

Negar aspectos o funciones del sí mismo fuera de nuestra conciencia, es ayudado por la naturaleza corporal de la **represión** misma. Podemos mantener nuestro sí mismo negado fuera de nuestra conciencia evitando físicamente los movimientos intrínsecos a esas partes, como cuando se tensan ciertas partes del cuerpo para impedir los movimientos para establecer contacto con los demás y así

mantener la independencia del sí mismo identificado. Podemos **obscurecer y amortiguar** físicamente las **sensaciones corporales** (ejerciendo tensión contra ellas) que son parte de los sentimientos de **amor, ira y compasión**.

Por lo que Naranjo (2004) menciona que el terapeuta gestáltico no dice que la agresión no destruya o hiera, pero sí que la medida de la **agresión es parte de nuestro funcionamiento orgánico** y que, si no se le reconoce, se le suprime, rechaza, distorsiona, es probable que este potencial agresivo tenga como resultado una destructividad muy incrementada, así como también infelicidad personal. Por consiguiente, el trabajo del terapeuta gestáltico se caracteriza en gran medida por el grado en que **invita a conductas explosivas, agresivas** u otras. No teme a los sentimientos extremos o la falta de control, sino al contrario, los ve como la ocasión para la requerida atención a los **impulsos** y para que el paciente se haga responsable de ellos, **reconociéndolos** como parte de su existencia.

Lo que vale para la expresión de impulsos – incluyendo, particularmente, la expresión de la ira – vale igualmente para la expresión del control. La terapia gestáltica no considera la **resistencia** como algo que debe ser destruido, sino como una actividad más de la cual debe tomarse consciencia y hacerse responsable. Las defensas no son algo que nos sucede y de lo cual alguien puede liberarnos, sino algo que hacemos y que podemos elegir continuar haciendo o no, de acuerdo con nuestra evaluación de nuestras necesidades y de la situación.

Una visión holística se basa en el principio de que el todo es mayor que, o diferente de, la suma de sus partes. El todo es meramente el resultado de un aumento de partes, más bien tiene una unidad intrínseca propia, una estructura e integración particular de sus partes. Tiene un orden y una forma específicos (Kepner, 2000).

Para Perls (citado en Kepner, 2000) la descripción de la salud y la enfermedad psicológicas es sencilla. Se trata de las identificaciones y

alienaciones del sí mismo: si un hombre se identifica con su sí mismo en formación y no inhibe su propia emoción creativa ni el acercamiento a la inminente solución; y a la inversa, si él aliena lo que no es orgánicamente suyo y por lo tanto no puede ser vitalmente interesante sino que, más bien, desorganiza la figura/fondo, entonces él está psicológicamente sano. Pero por el contrario, si él se aliena a sí mismo y a causa de falsas identificaciones trata de conquistar su propia espontaneidad, entonces él se crea una **vida apagada, confusa y dolorosa.**

Ver a la **persona** como un **todo mayor que la suma de sus partes** es verla como todas las partes: cuerpo, mente, pensamiento, sentimiento, imaginación, movimiento y así sucesivamente; pero no como cualquiera de sus partes. La persona es el funcionamiento integrado de los variados aspectos del todo en el tiempo y en el espacio. Desde esta perspectiva, tratar un aspecto exclusivo de la persona o identificar una parte como la causa del problema es fragmentar artificialmente lo que es en la realidad una unidad en funcionamiento.

En términos del método, un enfoque integrado tiene como objetivo **reunir** todos los aspectos de la persona de modo que ésta pueda vivir la experiencia de su sí mismo como un organismo unitario, más que como una mezcla de partes.

Naranjo (2004) menciona que en la terapia gestáltica existe una actitud de **respeto por la enfermedad de la persona** más que un intento de efectuar cambios. Esta terapia está orientada hacia **aceptar a la persona tal como es.** Por otro lado, a partir de toda forma de psicoterapia sabemos que de hecho, si no en teoría, la aceptación (en la forma de auto-aceptación a veces facilitada por genuino apoyo externo) lleva al crecimiento más bien que al estancamiento.

La vida es un proceso y vivirla es todo lo que se necesita para mantener su flujo. Desde el punto de vista de la terapia gestáltica, una manera de no vivir es mantenerse apartado de la vida, diciéndonos a nosotros mismos lo que deberíamos estar haciendo. Por medio del **debeísmo** no incrementamos nuestro

ser, sino que **perdemos de vista lo que somos**. Con respecto a esto la terapia gestáltica se distingue más por lo que evita hacer que por lo que hace. Sostiene que basta con estar consciente, que para que se produzca un cambio no se necesita nada más que presencia, estar consciente y responsabilidad. Si un terapeuta desea algún “cambio”, desea más de lo mismo. Desea que el paciente esté más presente, sea responsable por lo que es y consciente. El paciente que quiere “cambiar”, desea lo menos posible de él mismo, y entonces evita, miente, simula, etc., y sin embargo, eventualmente aprenderá, por medio de la simple experiencia de ser, que no necesita buscar ser lo que no es.

La psicoterapia Gestalt enfatiza el continuo de la consciencia de uno mismo y del mundo, y se convierte en una forma de vida y de sentir, que parte de la experiencia propia (Salama, 1991).

Es necesario hablar entonces de una parte importante de la teoría gestalt, son las interrupciones, que ésta maneja para identificar lo que le sucede al paciente. Una de las autointerrupciones es la **desensibilización** es un proceso mediante el cual la persona **bloquea su sensibilidad** a las sensaciones tanto del medio externo como del interno; esto estimula el proceso de intelectualización por el que intenta explicar racionalmente su falta de contacto sensorial.

Otra de las autointerrupciones es la que Castanedo (1997) define como la **proyección**, que es **ver en los demás algo que nos pertenece**, la tendencia a hacer a otros responsables de lo que tiene origen en la persona misma, e implica una renuncia a los impulsos, deseos y conductas, colocando lo que pertenece al sí mismo en el exterior. De esto ya se había hablado con anterioridad haciendo referencia a uno de los conceptos junguianos importantes.

Lo que con mayor frecuencia se ve es la **proyección hacia el pasado**, en donde, en lugar de expresar una emoción que corresponda a una situación actual, del aquí y el ahora, el paciente reproduce un recuerdo.

El proyector es el individuo que no puede aceptar sus propios actos o sentimientos, porque “**no debería**” actuar o sentir así: el “no debería” proviene de alguna introyección. Para resolver este dilema el sujeto no reconoce su culpa y la achaca a cualquiera menos a sí mismo; en cambio posee una aguda conciencia de las características en los demás que él niega como suyas (Salama, 1991).

La **introyección** es otra de las interrupciones. En el transcurso de su vida, el individuo sigue el proceso de tomar algo del ambiente y devolverle algo a cambio, con la opción de rechazar o aceptar lo que el ambiente le ofrece. Sin embargo, únicamente puede crecer si durante el proceso de tomar, digiere y asimila plenamente; entonces lo digerido es integrado y pasa a ser su material para hacer con él lo que le plazca (Perls, 1951).

Salama (1991) menciona un ejemplo; en relación con la digestión, cuando la persona digiere y asimila bien el alimento, éste pasa a ser parte de él, se convierte en sangre, músculos y huesos. Pero los alimentos que son tragados enteros, que se engullen por así decir, yacen pesadamente en el estómago, incomodando a las personas quienes pueden querer vomitarlos para sacarlos de su sistema; si no lo hacen pueden digerirlos de manera dolorosa e intoxicarse.

Introyectar es “**tragar todo**” y es el mecanismo por el cual se incorporan prototipos, actitudes, creencias y formas de acción y de pensamiento que no nos pertenecen y que no se digieren o asimilan lo suficiente como para hacerlos propios.

La introyección contribuye a la desintegración de la personalidad. Al hombre que introyecta le será extremadamente difícil desarrollar su propia personalidad porque estará ocupado asegurando “los cuerpos externos” alojados dentro de su sistema, y mientras mayor sea el número de introyecciones a las que se ha apegado, menor lugar hay para que exprese e incluso descubra lo que él mismo es.

La **retroflexión**, significa literalmente “doblar hacia atrás”. Así, los individuos retroflexivos, en lugar de usar su energía, para cambiar y manipular el ambiente a su favor, la usan contra ellos mismos; se “dividen” y se vuelven sujeto y objeto en todas sus acciones y expresiones pueden ser “tengo vergüenza de mí mismo”, “tengo que forzarme para hacer este trabajo”. Hacen una serie interminable de afirmaciones de este tipo, todas basadas en la idea de que él y el sí mismo son dos personas diferentes (Castanedo, 1997). Para el individuo neurótico el sí mismo es una bestia o un ángel, pero nunca es el “yo mismo”. Los casos extremos de retroflexión, o de volver la energía hacia uno mismo, son las úlceras, el asma, la gastritis y en general las enfermedades psicosomáticas.

Esta es la función hermafrodítica por la que el sujeto vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle al otro. En la retroflexión el sujeto prefiere **autoagredirse** en vez de agredir a otra persona la cual es vivenciada de un modo ambivalente como amada u odiada (Salama, 1991).

La **deflexión** es una maniobra tendiente a soslayar el contacto directo con otra persona, un medio de **enfriar el contacto real**.

Las deflexiones en general, tienden a desteñir la vida, la acción dirigida hacia algo no llega a su objetivo, pierde fuerza y efectividad, por ejemplo, riendo de lo que se dice, evitando mirar al interlocutor, hablando sobre alguien que no está presente y evitando el contacto directo.

Quien responde con una deflexión al efecto de los demás, casi como si tuviera un **escudo**, suele sentirse a sí mismo indiferente, aburrido, confundido, cínico, distraído, vacío y fuera de lugar (Castanedo, 1997).

En la **confluencia** el individuo **no distingue límite alguno entre él mismo y el medio**, lo cual hace imposible un ritmo sano de contacto y retraimiento puesto que uno presupone al otro. La confluencia tampoco permite tolerar las diferencias que hay entre las personas, ya que los individuos que la experimentan no pueden

aceptar una sensación de limitación y, por tanto, tampoco una diferenciación entre ellos mismos y de los demás.

Se pierden los límites de la personalidad (del yo) como excusa para no tomar decisiones y prefieren “**estar de acuerdo**”, situación que sucede con frecuencia en las relaciones de pareja confluentes. Con lo anterior, se pretende **evitar discusiones o agresiones** que derivarían en una lucha por el poder que este tipo de personas, especialmente las pasivas agresivas, desean impedir a toda costa. Cuando el individuo no siente ningún límite entre él mismo y el otro, no sabe quién hace qué cosa, **no sabe quién es quién** (Salama, 1991).

La **fijación** es toda experiencia que se queda rondando y molestando, es decir, la permanencia de situaciones inconclusas. Dos obstáculos de signo contrario pueden interferir en el proceso. El primero es la observación junto con la compulsión, y consiste en la necesidad fija de completar el viejo asunto inconcluso y que lleva a la rigidez consiguiente de la configuración de figura-fondo. La interferencia opuesta es la mentalidad lábil, que apenas da ocasión a experimentar lo que está ocurriendo porque su foco es tan fluctuante que no permite ni el logro ni, desde luego, la experiencia del cierre (Perls, 1951).

Para Salama (1991) en la **retención**, parecería que uno tuviera que saber forzosamente cuándo una secuencia de acontecimientos constituye una unidad completa. En realidad el completamiento o cierre no funciona así; saber cuándo algo está terminado requiere una considerable maestría en el arte de vivir.

Si precipitamos el proceso de despegue (aceleración de fases), abortamos la continuidad normal de cada momento con el que sigue; si lo retardamos (retenemos), interrumpimos esa continuidad. El fluir es condición básica de toda experiencia, de modo que si se puede permitir que ésta alcance la realidad que persigue, se disparará a su vez en el fondo, para ser sustituida por otra experiencia inmediata (figura) que tenga fuerza suficiente para irrumpir al primer plano. Dondequiera que este movimiento sufre interrupciones o se detiene, la vida

se vuelve torpe, inconexa o vacía, porque se ha perdido el apoyo constantemente rejuvenecedor del ciclo evolutivo y la fluidez inherente al proceso vital en marcha.

De acuerdo con Dethlefsen (1984) el camino transpersonal quiere sacar al hombre de la somnolencia colectiva y llevarlo a la conciencia despierta de la verdadera condición humana. Este camino sacude hasta despertarlos a aquellos que ya no duermen tan profundamente y están listos para abrir sus ojos; lo que tienen que hacer es tan sólo despertar y aprender a ver, porque la realidad está en todas partes.

4.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN GESTÁLTICAS Y JUNGUIANAS.

Naranjo (2004) señala que las técnicas de terapia gestáltica pueden considerarse como una corporeización particularizada de la amplia prescripción: “**percátate**”. Esta prescripción, a su vez, es una expresión de la creencia y experiencia del terapeuta de que sólo con la capacidad de percatarse puede haber **verdadera vida** para la persona, y que la luz de la toma de conciencia es todo lo que necesitamos para salir de nuestra confusión, para percatarnos de la necesidad de los que creamos nuestros conflictos, para disipar las fantasías que están ocasionando nuestra angustia.

Del mismo modo, podemos ver a casi todas las técnicas de la terapia gestáltica como la cristalización particular de la prescripción: “hazte responsable, vivénciate como el agente de tus acciones, **vivénciate**”. Esta prescripción, a su vez, es una expresión de la creencia del terapeuta de que únicamente cuando **somos lo que somos**, podemos decir que estamos viviendo, que con el solo hecho de comenzar a ser nosotros mismos- o reconocer lo que ya somos- vamos a encontrar una realización mayor que aquella producida por la satisfacción de cualquier deseo en particular.

En el enfoque de la terapia gestalt se busca vivenciar mediante la **sensibilización**. El gestaltista considera al despertar-desde- afuera como una forma de apoyo ambiental no necesaria para aquel que ha desarrollado el despertar-desde-adentro, por lo tanto, que ha recuperado sus sentidos.

Existen dos formas en que las técnicas de la terapia gestáltica pueden ser de ayuda para que el paciente se **contacte** con su experiencia. Una forma de vivenciar es **detener la evitación**, dejar de cubrir la experiencia. La otra, es poner nuestras energías para movernos rápidamente hacia el contenido de la conciencia en la forma de una atención intensificada o **exageración deliberada**.

Salama (1991) menciona que las técnicas utilizadas en Terapia Gestalt pueden dividirse en dos grandes áreas: una es dejar de hacer lo que sea necesario para descubrir la experiencia que se oculta detrás de determinada actividad, y la otra es reunir la energía suficiente para hacer frente al contenido del darse cuenta del paciente, ya sea intensificando la atención o exagerando la acción deliberadamente.

Se les conoce respectivamente como técnicas supresivas y expresivas. Estas son interdependientes y son como las manos derecha e izquierda del terapeuta gestáltico.

Una técnica supresiva es la de **Nada o vacío**: la importancia de experimentar la nada, deriva de que ésta constituye el **punto entre la evitación y el contacto**. Perls (citado en Salama, 2001) le dio tanta importancia a esta etapa que definió a la terapia Gestalt como “La transformación de un vacío estéril a uno fértil”.

Es decir, la nada sólo es nada, mientras no se tenga la compulsión de que tiene que ser algo. Una vez que se acepta la nada, todo lo demás vendrá por añadidura y entonces la nada se vuelve como una pantalla en la que podemos ver

las cosas, un fondo en el que libremente surge una figura. La nada, entonces, se convierte en una pantalla sobre la que podemos ver todas las cosas, un “**fondo**” ante el cual surgen libremente todas las “**figuras**”. Una vez que no tenemos que ser creativos, cualquier cosa que hagamos es nuestra creación; una vez que no tenemos que estar iluminados, nuestra toma de conciencia del momento es iluminación; una vez que dejamos de estar preocupados de esto o aquello y sentimos un agrado con respecto a tales estándares, nos percatamos de que somos lo que somos (Naranjo, 2004).

Hablar “**acerca de**”: la regla de no hablar “acerca de” comprende: el evitar la explicación, la justificación y el diagnóstico personal no científico, o recoger información no fidedigna para dar una interpretación, además las discusiones del clima, las noticias, etcétera; todo ello es **deflexión**. Si el paciente **apaga** su “**computadora mental**” tendrá más disponibilidad para **vivenciar** lo que esté sucediendo en el **presente** (Salama, 2001).

Para Naranjo (2004) a veces las **explicaciones** son **evitaciones**. En el juego gestáltico las reglas no permiten un “por qué” o un “porque”, tarde o temprano llegará el momento en el que el paciente se sienta incómodo sin su muleta habitual. Esto es “hacer visible lo que de otra manera hubiera permanecido invisible”.

El asunto de la **no-interpretación** es de preferencia la técnica más efectiva. La terapia gestáltica es esencialmente un enfoque no-interpretativo, porque su objetivo es la experiencia, el percatarse y no la intromisión intelectual.

Debería: es **decir** a uno mismo o a los otros **lo que debería ser**, es otra manera de **no permitirse ver lo que se es**. Evaluarse sin método es la mejor manera de ser “lo que se debería”, las personas se evalúan en el intento de ajustarse a un patrón basado en experiencias pasadas, o bien, pensando en el futuro. Es importante aclarar que la terapia Gestalt, más que eliminar el

“debeísmo”, intentará que se asimile. Cuando un paciente experimenta la **necesidad** de **cambiar** y siente lo mismo hacia sus tareas, entonces la **responsabilidad** de cambiar o no hacerlo le pertenece (Salama, 2001).

Naranjo (2004) menciona que uno de los objetivos de la terapia gestáltica es ser capaz de vivir de tal manera en el presente, que ningún estándar del pasado oscurezca nuestra toma de conciencia, que seamos tanto lo que somos, **que ningún sentido de debiera nuble nuestra identidad**. No obstante, algo típico de la terapia gestáltica es que nos dice que **hagamos ahora lo que nos gustaría lograr mañana**. Cuando se deja de evitar la realidad obvia de momento, también se empieza a estar abierto al ambiente.

Antes de que alguien puede dejar de evaluar, debe ver claramente cómo lo está haciendo, y esto puede requerir un trabajo preliminar. Una de las formas de hacer sugerir esta capacidad de **percatarse** es **exagerando** las limitaciones, mismas que deseamos superar. Antes de dejar de enjuiciar, tenemos que enjuiciar de forma tan deliberada que lleguemos a darnos cuenta cómo lo hacemos, y sobre todo, darnos cuenta que en realidad estamos optando por hacerlo.

Salama (2001), menciona que en la **manipulación** las acciones que son afirmativas de la vida en lugar de negadoras, auto-reveladoras en lugar de encubridoras, expresivas en lugar de supresivas, son, en cierto sentido, como ninguna acción. Ya que proceden en **forma natural**, sin violencia hacia nuestras tendencias, sin necesidad de auto-manipulación, pueden ser vivenciadas como un camino de resistencia mínima.

“**Ello**” (él, ella, ello, lo, la, le, eso) es una palabra sucia en terapia gestáltica, ya que se emplea con frecuencia como sustituto de “yo” o “tú”, como un medio para **evitar** lo directo o la **responsabilidad**. En terapia gestáltica, normalmente enfatizamos que “ello” no es lo que ocurre, sino que nosotros hacemos lo que sea que ocurre (Naranjo, 2004).

Al invitar al paciente a expresarse, el terapeuta estimula en el paciente lo que sí es. Cuando el paciente es capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no sólo estará revelando su ser a otro, sino también a sí mismo. La expresión de inclusión, control y afecto es uno de los principales objetivos de la teoría tridimensional de la personalidad de Tschutz (citado en Salama, 2001).

Las técnicas expresivas en la terapia Gestalt pueden resumirse en tres principios:

1. Expresar lo no expresado o iniciación a la acción:

- a) Maximizar la expresión: este principio se aplica en terapia gestáltica en distintas formas; una de ellas consiste en provocar situaciones no estructuradas o no previstas por el paciente. En la medida en que una situación no esté estructurada, el individuo se confronta con sus propias elecciones. En tanto no existan reglas de interacción o alguna conducta específica esperada, el paciente determinará sus propias reglas y se hará responsable de sus acciones.
- b) Para lograr una participación más activa, a veces resulta una buena herramienta pedir al paciente **que exprese lo que está sintiendo**, ya que en todos existe la necesidad de expresarse.
- c) Otra técnica, aplicable en grupos, que incluye el rompimiento de estructuras y la petición de expresarse, es la de **hacer la ronda**, en ésta se le pide al paciente que exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da alguna frase determinada según el contexto o lo que se esté intentando solucionar en ese momento.

2. Terminar o completar la expresión: A veces el paciente presenta el sentimiento de “no haber terminado”. En términos gestálticos se dice que existe una situación en la que la Gestalt no ha sido cerrada o completada, está inconclusa. Las palabras que no se dijeron, y las cosas que no se hicieron y que alguna vez quisieron decirse o hacerse, dejan una huella amarga que enlaza el pasado con el

presente de la persona, son asuntos inconclusos. Algunas veces, como técnica, el terapeuta invita al paciente a actuar con sus fantasías sin descuidar el aquí y el ahora.

Otra de las técnicas que se utiliza durante la sesión terapéutica, para evitar en lo posible que el paciente se quede con cosas que le gustaría decir o hacer es, primero, reconocer los momentos o elementos que carecen de verdadera expresión y, segundo, hacer una invitación para su desarrollo.

3. Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

- a) **Repetición:** El propósito de esta técnica es intensificar el darse cuenta de una acción o frase determinada del paciente.
- b) **Exageración o desarrollo:** La exageración va un paso más allá de la simple repetición y casi siempre se da automáticamente después de ésta: un gesto se volverá más claro y preciso, algo se gritará o susurrará, es decir, se incrementará el tono emocional inicial.
 - a) El desarrollo del tema no siempre acompaña a la exageración, así que es conveniente que el terapeuta invite a desarrollar el sentimiento que surge, es decir, con qué lo asocia, qué le recuerda, etcétera.
- b) **Traducir:** Esta es otra de las técnicas originadas en terapia Gestalt, y consiste en expresar con palabras alguna conducta no verbal. Con esto se logra que el paciente haga explícito lo que antes era implícito además integre su sensación de totalidad, es decir, que no sólo es un sujeto pensante sino también es un corazón, unas manos, unos ojos, etcétera.
- c) **Actuación e identificación:** Actuar es entendido como completar la expresión, cuando consideramos que dentro del contexto terapéutico la conducta de pensar es incompleta o una acción simbólica. Al llevar un pensamiento a la esfera de la actuación, se convierte en una expresión total.
- d) La actuación también implica la identificación con el ser uno con esa parte de su experiencia, para poder llamarla propia. Cuando el paciente puede

identificarse con todo lo que él es, ya sea “bueno” o “malo”, estará tomando la responsabilidad por sí mismo y empezará a sentirse integrado.

Por su parte el aporte teórico de Jung a la psicoterapia, en el aspecto técnico, permite señalar como técnicas propiamente jungianas la **amplificación** y la **imaginación activa**, las cuales se encuentran en subordinación al particular enfoque con el cual se realiza el análisis de los sueños.

Von Franz (citada en Hannah, 1981) señala que Jung encontró una manera de relacionarse con los contenidos del inconsciente localizados en la realidad unitaria de la fantasía creativa. Jung denominó este trabajo como “imaginación activa”, este método es el único medio existente para tener un **encuentro directo con la realidad del inconsciente**, sin recurrir a las pruebas proyectivas o a la interpretación de los sueños. Por medio de la imaginación activa se pueden lograr milagros de transformación interior.

Hannah (1981, p. 1) menciona que para el lector no familiarizado con la psicología de Jung, hay que tomar en cuenta lo que éste decía: lo que sabemos de nosotros mismos, no es todo lo que somos. Si cuidadosamente nos observamos a nosotros mismos y lo que nos pasa, nos daremos cuenta de que nuestras vidas nos enseñan esto a diario. Cuando llegamos a **conocer la existencia de esta parte desconocida** de nosotros mismos a través de la propia existencia, nos parece que la teoría resulta convincente en contadas ocasiones, o incluso que nunca lo es. Por su puesto, descubrir algo de la parte desconocida de nosotros mismos cobra una gran importancia.

La escritora señala el ser cuidadosa, de decir que, Jung descubrió y no inventó, pues la imaginación activa es una forma de meditación usada por el ser humano desde los albores de la historia, incluso antes, como medio para conocer a Dios o a sus dioses. En otras palabras, se trata de una técnica o método para explorar lo desconocido, o que sepamos que lo podemos encontrar mediante la

contemplación de las partes desconocidas de nosotros mismos, a través de una **experiencia** completamente **interior**.

Jung (1964) menciona que el método de la imaginación activa consiste en que el paciente, en primer lugar, creará obras plásticas que representarán los símbolos aparecidos en sus fantasías y sueños; generalmente, estas toman la forma de mandalas y el trabajo requerido en crearlas sirve para integrar los elementos inconscientes de los cuales ellos son representantes.

Además, la imaginación activa da cuenta de los ejercicios de imaginería en los cuales el paciente debía continuar las experiencias acaecidas en la fantasía o en sueños e incluso podía enfrentarse a los seres arquetípicos; estos entes se convertirían en personajes concretos, si bien simbólicos. A este último proceso se le denomina densificación. Es importante aclarar que Jung propone una posición activa frente a los personajes arquetípicos y no una postura pasiva de mera contemplación; el sujeto debe ser capaz de resolver las situaciones angustiosas que la imaginería le presenta.

El mundo interior es tan real como el mundo exterior, con el cual estamos muy familiarizados; de hecho es todavía más real, pues es infinito y eterno, y no se deteriora ni cambia constantemente como ocurre en el mundo exterior, de acuerdo con Hannah (1981).

Cuando el método de la imaginación activa se usa de manera adecuada, nos ayuda a mantener el equilibrio y explorar los terrenos de lo desconocido, pero si se mal interpreta y se le toma de manera poco seria, en lugar de considerarla como una tarea científica de **trabajo arduo**, liberará fuerzas en nuestro inconsciente capaces de avasallarnos. Este trabajo arduo lo iniciamos para abrir negociaciones con todo lo desconocido en nuestra psique y a partir de ese momento, lo sepamos o no, nuestra tranquilidad psíquica dependerá de estos acuerdos; de no hacerlo, estaremos siempre escindidos, afligidos sin saber por qué y nos sentiremos muy inseguros porque algo desconocido en nosotros

siempre se nos opone. Por esta razón resulta de suma importancia aceptar sencillamente la idea de que, aun cuando gran parte del material es de naturaleza personal, mucho más aún es de naturaleza impersonal; y por ello no es desconocido y continúa ejerciendo una influencia apremiante en nosotros.

La curación es también una cuestión de amor, sostiene James Hillman (1999) ¿En qué medida aceptamos nuestros aspectos más abyectos, desagradables y perversos? ¿Cuánta caridad y compasión mostramos ante nuestra propia debilidad y enfermedad? ¿Cuál es nuestra participación en la construcción de una sociedad basada en el amor en la que tenga cabida todo el mundo?

La curación de la sombra, resalta la importancia del amor, porque si sólo tratamos de curarnos a nosotros mismos y centramos todo el interés en nuestro “yo”, el proceso suele degenerar en una atención desmedida a nuestro ego que sólo conseguirá fortalecerlo y engordarlo para alcanzar sus metas, simples remedos de los objetivos de la sociedad. Si realmente queremos curar nuestras debilidades, nuestra obstinación, nuestra ceguera, nuestra insensibilidad, nuestra crueldad, nuestra falsedad, etc., deberemos inventar nuevas formas de convivencia en las que el ego aprenda a escuchar sus aspectos más desagradables, aceptarlos y llegar a amar incluso al más abyecto de todos ellos.

Si el destino nos obliga a vivir con un compañero o compañeros a quienes no hemos elegido por voluntad propia, y en lugar de tener actitud hostil, nos mostramos más amables, es obvio que la vida fluirá más suavemente, menciona Hannah (1981). Ocurre lo mismo con los contenidos del inconsciente que nos disgustan y sentimos poco afines a nosotros. Podemos aceptarlos tal cual son y si somos amables con ellos, a menudo nos damos cuenta de que no son tan malos, y al menos nos libramos de su hostilidad.

La **ampliación** de la conciencia es importante, ya que casi todas nuestras dificultades en la vida surgen por tener una conciencia demasiado estrecha para

reconocerlas y comprenderlas y nada nos puede ayudar más para este propósito, que aprender a contactarlas a través de la imaginación activa.

El método de la amplificación, que normalmente se utiliza dentro del análisis de los sueños, consiste en comparar las fantasías del paciente con las producciones míticas pertenecientes al pasado de la humanidad y que se han conservado en el folklore, la literatura, las leyendas y sobretodo en religiones primitivas o evolucionadas. Así, al transportar las fantasías de los pacientes a los grandes escenarios míticos y legendarios, se logra tener una visión más amplia de la problemática que el inconsciente entrega a la consciencia (Campbell, 1972).

Jung (citado en Hannah, 1981 pp. 16-17) señala que: “La imágenes del inconsciente representan para el ser humano una gran **responsabilidad**. Si este falla en entenderlas o elude su responsabilidad ética, lo privarán de su totalidad y fragmentarán dolorosamente su vida”.

Para Campbell (1972) los mitos nos enseñan que en lo más profundo del abismo puede escucharse la voz de la salvación. En los momentos más oscuros es cuando podemos escuchar el verdadero mensaje de transformación. En medio de la oscuridad sobreviene la luz.

Todo el propósito de la imaginación activa consiste en establecer un acuerdo con el inconsciente, mediante el diálogo con éste; para lograrlo es necesario tener un punto de vista firme (Hannah, 1981).

Pues bien, el método junguiano por excelencia para avanzar plenamente en la exploración del inconsciente es la Imaginación Activa. Consiste, básicamente, en un "dejarse llevar", en un "dejarse hacer psíquicamente", pero estando consciente de tal situación y asumiéndola intelectual y éticamente. En síntesis podríamos decir que radica en expresar los contenidos del inconsciente que irrumpen en el campo de acción del yo o ego, dotándoles de una forma estructural: dibujándolas, esculpiéndolas, bailando, escribiendo poemas u otras expresiones

literarias, hablándolas, etc. Así, por ejemplo, uno puede soñar con una imagen y luego la puede plasmar en un dibujo otorgándole color, rasgos y características concretas que quizás no corresponden plenamente con la imagen onírica, pero que, no obstante, tiene su nacimiento y foco de atracción en ella. Y lo que surge en tal caso es una fantasía activa, la cual habrá que intentar comprender y ante la cual hay que adoptar una actitud ética.

Como conclusión de este cuarto capítulo es importante mencionar que ambos enfoques tienen como meta la expansión de la conciencia a través de la síntesis entre figura-fondo y máscara-sombra con el objeto de trascender la visión limitada del ego, siendo este el camino para la unidad del individuo. Para lograr esta unificación es importante que la persona reconozca sus partes alienadas, esto es posible verlo también en las dos teorías, para los gestálticos es el concepto de fondo y para los junguianos es la sombra. Estas partes rechazadas del sí mismo son de mucha importancia pues son recursos en potencia de la persona, si no se les reconoce son destructivos y si se logran contactar son altamente benéficos.

Otro concepto que comparten ambos enfoques es el de sí mismo, pues representa la totalidad del individuo. También es importante mencionar que las dos teorías tienen como base el concepto de polaridad, pues no puede ser posible la existencia de un polo si no se logra ver la contraparte, un polo siempre exigirá al otro, no hay salud sin enfermedad.

Así pues es importante señalar que también existe similitud en la manera de intervenir, pues el juego de roles así como la imaginación activa, en realidad representan un diálogo con las partes alienadas del sí mismo.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.

Como nueva forma de investigación los métodos cualitativos incorporan a la metodología positivista las aportaciones desarrolladas originalmente en la antropología y la sociología (Fraenkel y Wallen, 1996). Posteriormente se suman la etnometodología y la etnografía. En la actualidad los métodos cualitativos se han articulado en un paradigma de orientación fenomenológica que suscribe una perspectiva multicultural y la aceptación de múltiples realidades.

Señala González, (2006) que las preocupaciones de todo tipo de investigadores del quehacer científico, pueden ser distintas según el ángulo desde el que se tome en cuenta. Es decir, que lo que es importante al juzgar o evaluar a la ciencia es diferente según nuestra relación con ella en determinados momentos.

De acuerdo con Letterman (1989), la documentación de múltiples perspectivas de realidad se considera crucial para comprender cómo es que la gente actúa de diferentes maneras. Esto no significa que los métodos cuantitativos estén en desuso y que deban ser considerados como equivocaciones en el desarrollo de la ciencia. Por el contrario, significa el reconocimiento de diversas dimensiones del objeto de estudio.

La naturaleza de las cuestiones de investigación marca Rodríguez y García (1999) son las que guían y orientan el proceso de indagación y, por tanto, la elección de unos métodos u otros. Destacamos de esa forma el carácter instrumental del método. Pero los métodos de investigación surgen bajo las concepciones y necesidades de los investigadores.

La metodología que nos compete en esta investigación, debido a su intención sustantiva y el enfoque que la orienta es, la metodología cualitativa, en específico en estudio de caso, del cual se habla más adelante.

Rodríguez y García (1999) ejemplificada claramente la metodología cualitativa en el siguiente recuadro:

Tipos de cuestiones de investigación	Método	Fuentes	Técnicas/instrumentos de recogida de información	Otras fuentes de datos	Principales referencias
Cuestiones de significado: explicitar la esencia de las experiencias de los actores.	Fenomenología	Filosofía (fenomenología)	Grabación de conversaciones; escribir anécdotas de experiencias personales	Literatura fenomenológica; reflexiones filosóficas; poesías; arte	Heshusius, 1986; Mèlich, 1994; Van Manen, 1984, 1990.

Ya que los métodos cualitativos de investigación como lo marcan Strauss y Corbin (1998), han demostrado ser efectivos para estudiar la vida de las personas, la historia, el comportamiento, el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y las relaciones interaccionales.

Por ello el investigador cualitativo estudia los asuntos cotidianos, y los patrones del ser humano que ocurren en la vida diaria: motivaciones, relaciones, formas de organización, creencias, valores, intereses, roles, reglas, etc. (Aguilera y Blanco, 1987).

En la investigación cualitativa menciona Álvarez (2003) se busca ingresar a la subjetividad de la persona para poder profundizar en los componentes del self, dado que la persona es invitada a reflexionar sobre aquello que le hace sentir mal y realiza un ejercicio e introspección y en cierta medida logra lo que se conoce como “darse cuenta”.

La investigación cualitativa de acuerdo con Vera, (2006) es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, **relaciones**, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema, la cual procura lograr una **descripción holística**, esto es, que intenta revisar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular. Dentro de las formas o tipos de investigación cualitativa se encuentra el **estudio de caso** que consiste en llevar a cabo un estudio exhaustivo de una persona. Donde el investigador se interesa por

obtener respuestas sobre el **significado de los comportamientos, de los discursos, de las motivaciones**. Adentrándose "**en el interior**" de la **realidad**. El estudio de caso es una metodología de investigación ampliamente utilizada en el análisis de las organizaciones por las distintas disciplinas científicas como lo señala Hartley (citado en Sosa, 2006).

En relación a lo anterior Wolcott (citado en Rodríguez y García 1999) menciona que las distintas estrategias cualitativas en la investigación es como un árbol que hunde sus raíces en la vida cotidiana, y parte de tres actividades básicas: experimentar/vivir, preguntar y examinar

De acuerdo con Sosa (2006) Yin al igual que Bonache consideran, que los estudios de casos no representan a una muestra de una población o de un universo concreto, por lo que no pueden ser generalizables estadísticamente, sino a proposiciones teóricas, ya que el objetivo del investigador es ampliar y generalizar teorías -generalización analítica- y no enumerar frecuencias -generalización estadística-. En este sentido, Hartley (citado en Sosa, 2006) considera que el propósito de esta herramienta de investigación es comprender la interacción entre las distintas partes de un sistema y de las características importantes del mismo, de manera que este análisis pueda ser aplicado de manera genérica, incluso a partir de **un único caso**, en cuanto se logra una comprensión de la estructura, los procesos y las fuerzas impulsoras, más que un establecimiento de correlaciones o relaciones de causa y efecto. Ahora bien, no se puede generalizar acerca de hasta qué punto son comunes -cuánto, con qué frecuencia y cuántos- estos tipos de sistemas y patrones de interacción, ya que para ello es necesario acometer estudios basados en un gran número de observaciones como lo marca Gummesson (citado en Sosa, 2006).

La metodología del **estudio de caso** no es sinónimo de investigación cualitativa como señala Gómez (citado en Sosa, 2006), ya que los estudios de casos pueden basarse en cualquier combinación de evidencias **cuantitativas y**

cualitativas, incluso, pueden fundamentarse exclusivamente en evidencias cuantitativas y no tienen que incluir siempre observaciones directas y detalladas como fuente de información. Así un estudio de caso no será definido por las técnicas utilizadas sino por su orientación teórica y el énfasis en la comprensión de procesos dentro de sus contextos (Hartley, 1994). De este modo, advierte Yin (citado en Sosa, 2006) se debe evitar caer en la consideración tradicional de que los estudios de casos son una forma de investigación que no puede utilizarse para describir o contrastar proposiciones. Por lo cual considera debemos defender, por un lado, que los estudios de casos, al igual que otras metodologías, pueden servir para propósitos tanto exploratorios como descriptivos y explicativos.

El estudio de caso es definido por MacDonald y Walker (citados en Rodríguez y García 1999) como un examen de un caso en acción. Patton lo considera como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos. Todas las definiciones coinciden en que el estudio de caso implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso de interés.

Los diseños de caso único son aquellos que centran su análisis en un único caso, y su utilización se justifica por varias razones. En primer lugar su uso en la medida en que el caso tenga un carácter crítico o lo que es lo mismo, en tanto el caso permita confirmar, cambiar, como modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio. Lo cual puede tener una contribución al conocimiento y a la construcción teórica. En segundo lugar se justifica sobre la base de su carácter extremo o unicidad. El carácter único, irrepetible y peculiar de cada sujeto que interviene en un contexto educativo justifica, por sí mismo este tipo de diseño; aún más si se dan las circunstancias de que lo hagan más extraño aún. La tercera razón reside en el carácter revelador del mismo que se produce cuando el investigador tiene la oportunidad de observar y analizar un fenómeno, situación, sujeto o hecho que con anterioridad era inaccesible para la investigación científica.

Otra razón para la utilización del diseño de caso único radica en que su utilización, como un primer análisis exploratorio o como preludeo de un estudio de casos múltiples.

Por otro lado González, (2006) indica que el conocimiento científico desde la investigación cualitativa no se legitima por la cantidad de sujetos estudiados, sino por la cualidad de su expresión.

La expresión individual del sujeto adquiere significación conforme al lugar que puede tener en un determinado momento para la producción de ideas por parte del investigador. La información expresada por un sujeto concreto puede convertirse en un momento significativo para la producción de conocimiento, sin que tenga que repetirse necesariamente en otros sujetos; es decir lo que una sola persona diga tiene mucho valor, tomando su fenomenología, su manera de percibir el mundo, su mundo. Esto es ver a la persona con su dignidad, comprensión, protagonismo y cultura como el eje central de la acción investigadora. Por el contrario, su lugar dentro del proceso teórico puede legitimarse de múltiples formas. La legitimación del conocimiento se produce por lo que significa una construcción o un resultado frente a las necesidades de la investigación.

La investigación cualitativa se interesa en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso en el que se da el asunto o problema, a través de registros narrativos de los fenómenos, que son estudiados mediante la observación. De esta manera la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica.

Fernández y Pértegas (2006) mencionan que la investigación cualitativa está centrada en la fenomenología y comprensión, en la observación naturista sin control, de manera subjetiva, basada en las inferencias de sus datos, es exploratoria, inductiva y descriptiva. Orientada al proceso, logrando obtener datos

"ricos y profundos", de manera no generalizable, mediante una realidad dinámica. La selección de sujetos de acuerdo con González, (2006) debe considerar la inclusión de aquellos que pueden beneficiarse de un resultado positivo.

A diferencia de la investigación cuantitativa, los problemas de la confiabilidad y la validez de la investigación cualitativa pueden ser enfocados en muchas formas diferentes y están típicamente determinadas por una teoría epistemológica y por una metodología. Así, los investigadores emplean diferentes criterios evaluativos al usar diferentes enfoques, y por tanto, deben ser redefinidos.

Algunos investigadores cualitativos han fortalecido el uso de nueva terminología para evitar la confusión y creen que el uso de los términos de confiabilidad y validez "violan la filosofía, el propósito y el intento del paradigma cualitativo, el cual es descubrir los significados en pleno, las comprensiones y los atributos de cualidad del fenómeno estudiado" (Gehart et al., 1995, p. 266).

Cuando se considera la confiabilidad y la validez de la investigación cualitativa es necesario tener presente para quiénes es válida y confiable y el para qué del propósito, por su parte, los consumidores de la investigación también deben recordar que aunque los investigadores pueden usar varios procedimientos para dirigir los problemas de la validez y la confiabilidad, estas medidas no establecen por sí mismas la validez de la investigación.

Así, entre otros enfoques para dirigir los problemas de la confiabilidad y la validez, Bogdan y Taylor (1984) mencionan que:

- La verificación y retroalimentación, implican presentar los resultados preliminares de los informantes originales para determinar si los resultados describen precisamente su experiencia reportada y recibir retroalimentación sobre la interpretación del investigador.

- El uso de códigos múltiples y la presencia de un par de examinadores, los cuales reducen el sesgo potencial en el análisis y la fase del reporte al usar múltiples perspectivas para validar los resultados.
- La triangulación, implica el uso de múltiples técnicas de colección de datos y/o múltiples fuentes de datos para proporcionar una contraverificación de los hallazgos.
- El uso de descriptores de baja inferencia. Conlleva la inclusión de citas directas de las personas entrevistadas para apoyar los temas respetados de los resultados. Estos descriptores de baja inferencia llevan al lector a una mejor valoración de la integridad del informe de investigación.
- Fundamentado en la fenomenología, el rol del investigador y el sesgo es también un medio de establecer la confiabilidad y la validez, implica establecer explícitamente su papel. Cuando la investigación está fundamentada en una epistemología subjetiva o intersubjetiva, es crítico que el investigador explique su posición de modo que el lector comprenda el contexto total del estudio. Las revistas de investigación también han sido usadas para rastrear el desarrollo de las nociones y declaraciones de los investigadores.

Por último es importante presentar algunas características que Gehart et al., (1995) encuentran en los estudios de investigación cualitativa que pueden considerarse un signo de la viveza continuada en la investigación con personas “reales”.

- La introducción y el desarrollo de la investigación cualitativa refleja un creciente deseo para ahondar más profundamente dentro de la experiencia humana y para comprender cómo nos relacionamos con otros y con nuestro mundo común.
- La investigación cualitativa ha tenido un efecto “humanizante” en el campo de la investigación, ya que las voces de los clientes y terapeutas están entrando en el diálogo formal de profesión. Estas nuevas voces son un cambio radical del paradigma de investigación tradicional que privilegia las

distinciones de los investigadores al representar a los participantes de la terapia solamente en su ejecución numérica en las medidas definidas por el investigador.

- La perspectiva humana proporcionada a través de la investigación cualitativa busca llevar a la teoría e investigación futura a ser más responsiva y representativa de las experiencias actuales de los clientes y los terapeutas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo con los fines metodológicos, el problema de la investigación quedó delineado de la siguiente manera:

¿Saber si por medio de un tratamiento psicológico transpersonal, al modificar el patrón de conducta que tiene el paciente diabético, descienden los niveles de glucosa en él?

Para llegar a este objetivo, se necesita:

- Encontrar el patrón del paciente diabético primero por medio de pruebas psicológicas e inventarios. Posteriormente utilizando la historia clínica para descubrir su fenomenología, para comenzar a trabajar de la misma manera en las sesiones del tratamiento.
- Encontrar, observando a cada momento, cuál es la relación de este patrón con la enfermedad.

SUJETO.

Se trabajó con un sujeto con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II, el cual fue escogido de forma intencional de un grupo de automonitoreo de pacientes

diabéticos perteneciente a la Clínica No. 53 del IMSS ubicada en la zona de los Reyes la paz Edo. Méx.

Los criterios específicos de inclusión y exclusión se enlistan a continuación:

- a) El paciente debía tener diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- b) El diagnóstico debía tener por lo menos un año de haber sido determinado.
- c) El paciente debía tener por lo menos una edad mayor de 25 años y menor de 55 años.
- d) No tener obesidad. Considerando que la obesidad se presenta cuando hay un sobre peso del 20% en comparación al que corresponde a su sexo, edad y complexión corporal aproximada (Fórmula de Broca: Talla en cm. Menos 100, lo que queda es el peso ideal en kilos, 20% sobre el peso ideal es obesidad –para adultos-) (Tapia, 2003)
- e) No tener otro padecimiento crónico.
- f) No estar tomando medicamentos, incluso dentro de su terapia médica.
- g) Disposición para participar en el estudio.

El sujeto que cumplió con los criterios anteriores fue incluido para la realización del presente estudio. A continuación haremos una breve descripción del paciente que participó en la investigación:

Ernesto tiene la edad de 55 años, vive en la localidad de Xochimilco, donde también vivió su infancia, proviene de una familia humilde que principalmente se dedicaba al campo, debido a las carencias económicas en su familia, desde pequeño fue obligado a trabajar integrándose y responsabilizándose en las labores del campo y del hogar, además de tenía que cumplir con sus obligaciones escolares. De su historia de vida podemos decir que tiene 6 hermanos, todos ellos junto con él trabajaron para ayudar a sus padres, además de cuidarse los unos a los otros.

Actualmente es contador público y tiene un trabajo fijo, donde desempeña un cargo alto de manera administrativa en una institución gubernamental, lo cual en sus palabras genera “muchas responsabilidades”. Es casado y tiene tres hijos que son profesionistas. Su nivel económico es estable, tiene jornadas de trabajo exhaustivas. Su deporte favorito es el básquetbol, le gusta mucho hacer ejercicio, también leer y ver televisión mientras descansa en casa.

El primer antecedente familiar de aparición de la diabetes fue por parte de su papá y posteriormente por parte de dos hermanos mayores. Como factor principal para participar en este estudio fue su diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, desde marzo de 1997. Refiere que sus principales problemas en la actualidad son los gastos económicos excesivos y el desgaste en el trabajo, por lo que de cierta forma se siente presionado. El trabajo es muy importante para Ernesto para poder sentir estabilidad en su vida.

El sujeto reporta no haber recibido terapia psicológica en ningún momento de su vida, mucho menos para trabajar lo de su diabetes. Lo que ha hecho para ello, es seguir el tratamiento y las recomendaciones que el médico le da.

DEFINICIÓN DE INSTRUMENTOS Y PERSONAL.

1. Dos psicólogos pasantes de licenciatura, un médico y un Q.F.B. (Químico Fármaco Biólogo)
2. Plumas, hojas blancas y colores.
3. Reloj
4. Sofá
5. Baterías de pruebas psicológicas:
 - a) Historia Clínica Multimodal H. C. L. (ver anexos)
 - b) Inventario de Afirmatividad. (ver anexos)

- c) Inventario de Ideas y Creencias IBT. (ver anexos)
- d) Inventario Multifácico de la Personalidad MMPI-español. (ver anexos)

ESPACIO.

- Laboratorio de análisis clínicos.
- Un consultorio de Psicología que tiene un área de 4 x 4mts, cuenta con una ventana que proporciona buena iluminación, una mesa de centro, dos sofás amplios y acojinados.

MÉTODO.

El método utilizado en esta investigación es la fenomenología dado que es un método cualitativo que supera la visión dual sujeto-objeto, no tiene pasos a seguir (raramente se podrá dividir en fases) (Vera, 2006), ya que el trabajo transpersonal-fenomenológico se caracteriza por su flexibilidad así como por su creatividad, utilizando tanto los recursos del paciente como del terapeuta a lo largo del tratamiento, ésta se va construyendo y se va aprovechando todo el material que surge.

Por lo anterior utilizamos la fenomenología como orientación metodológica (es el método científico del existencialismo), ya que va más allá de una mera explicación de los hechos, va a las cosas mismas, a las esencias (Quitmann, 1989) lo cual contribuye a la finalidad de nuestra investigación. Puesto que la fenomenología se interesa por describir y no por explicar o analizar, de tomar en cuenta lo que aparece “como” aparece. Dicho aparecer se da en la conciencia (es un saber del mundo y de sí mismo), conciencia que tiene hacia su objeto, hacia algo, por esto se dice que la conciencia es intencional. Por tanto, el hablar fenomenológicamente es hablar de la realidad desde la experiencia, en este caso desde la del paciente.

Como primer paso para la obtención de los datos es primordial la **entrevista**, el cual es un método usado con mucha frecuencia, que en opinión de Bogdan y Taylor (1984), puede ir de los altamente estructurados hasta los emergentes y los no estructurados y se determinan por los presupuestos teóricos de los investigadores.

Álvarez (2003) nos invita a recordar que los seres humanos actuamos respecto de las cosas, basándonos en los **significados** que éstos tienen para cada uno. Los significados derivan de la interacción que cada persona tiene con otros seres humanos. Los significados son manejados o modificados por medio de un proceso interpretativo que la persona pone en juego cuando establece contacto con las cosas.

Por lo que propone la clasificación de los objetos en tres categorías: objetos físicos, tales como una silla o un árbol; objetos sociales, tales como estudiantes, clérigos o investigadores; y objetos abstractos, como valores, principios, etc.

La fenomenología señala Ellenberger (1970), se centra en cómo se organiza el mundo desde mi perspectiva, desde mi experiencia del mundo a partir de ciertas “coordenadas”, como son la temporalidad (el tiempo experimentado, ya que por ejemplo el pasado objetivamente no existe, pero puede seguir siendo real en el sujeto), la espacialidad (estructura de su espacio), la causalidad y materialidad (cualidades materiales como por ejemplo ver de color rosa, sentir a alguien frío, pesado, etc.); con lo cual se reconstruye el mundo interior experiencial del sujeto.

La **recolección de datos** en la investigación cualitativa puede tomar muchas formas, incluyendo las entrevistas, la observación participante, los cuestionarios, las grabaciones en video y audio y las transcripciones del lenguaje de la vida diaria, en el caso de la presente investigación se incluyen los experimentos vivenciales puesto que el tipo de colección de datos está

determinado por la pregunta de investigación y el propósito del estudio (Gehart 1995).

Por consiguiente para el análisis de los datos de éste estudio nos apoyamos en lo que Husserl (citado en Álvarez, 2003), plantea como fenomenología **hermenéutica**, con la cual se busca descubrir los fenómenos ocultos y, en particular, sus significados. Ya que la fenomenología descansa en cuatro conceptos clave: la temporalidad (tiempo vivido), la espacialidad (espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad (la relación humana vivida), y que la hermenéutica que se define como la teoría y la práctica de la interpretación, de textos, se convierten ambos conceptos en la base de un enfoque filosófico para el análisis de la comprensión y la conducta humana.

Así al seleccionar palabras o frases que describen particularidades de la experiencia estudiada. Se pudieron **agrupar** las que tienen relación o semejanza entre sí y formar grupos que revelaron la subjetividad de la persona investigada.

LeCompte y Preissle (citados en Gehart et al., 1994) dividen los métodos de la investigación de la colección de datos en dos categorías basados en el papel del investigador: interactivos (entrevistas, experimentos vivenciales, exámenes y observación participante) y no interactivos (observación no participante, colección de artefactos, materiales de archivo).

En este paradigma fenomenológico Álvarez (2003), es con el cual se invita al paciente a reflexionar sobre temas que no había considerado del fenómeno. Las preguntas de quien investiga siempre se dirigen hacia una comprensión del significado que la experiencia vivida tiene para la persona. Una vez realizadas las entrevistas, se transcriben y los textos se analizan.

El **análisis** de los datos cualitativos es un proceso complejo que típicamente requiere múltiples lecturas del material transcrito para codificar e

identificar los temas principales, aún cuando de hecho éstos emerjan desde las sesiones de colección y guíen las múltiples decisiones durante su desarrollo. Antes que conceptualizar este proceso como un estadio discreto de la investigación los investigadores cualitativos frecuentemente describen el análisis como un proceso que comienza con la primera entrevista y se desarrolla en múltiples estadios a lo largo del proceso de investigación (Bogdan y Taylor 1984). El foco del proceso, atendiendo a la fenomenología en el presente estudio, es obtener el significado de los datos, estructurarlos de manera congruente a la luz del cuerpo teórico transpersonal.

El análisis de los datos de acuerdo con Álvarez (2003), se centra en la estructura colaborativa que emerge de la conversación, identificando los elementos que apuntalan la organización secuencial de tal conversación, como el manejo del turno para tomar la palabra y las prácticas de apertura, sostenimiento y cierre de la conversación.

Así los pasos a seguir del presente estudio consistió en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura. Lo que nos permitió transformar la experiencia vivida en una expresión textual, validando con todo lo anterior la presente investigación.

PROCEDIMIENTO.

Los recursos técnicos que nos sirvieron para la **primera fase** del estudio que fue la observación, partió de las pruebas psicológicas y los inventarios utilizados, ya que en ellas el paciente vació datos de él, de manera “objetiva”; lo que nos permitió ir comprendiendo los múltiples niveles que conforman la personalidad del paciente, es decir de los estratos yóicos, con el objeto de identificar el patrón invisible que interconecta con realidades transpersonales, en donde nos fue posible descubrir la intencionalidad de la enfermedad en su propósito evolutivo hacia la totalidad.

La **segunda fase**, es la recolección de datos del procedimiento adoptado para obtener la fenomenología del paciente fue a partir de la historia clínica. Posteriormente se realizó a través del método de Palacios, (2005) llamado La Fenomenología: un Método Psicoterapéutico, que como hemos señalado, su estudio permite en cada persona la exploración y el análisis de vivencias intencionales de la conciencia, permitiendo percibir cómo se produce en ellas el sentido de los fenómenos psíquicos. Esto se dio a lo largo de las sesiones, cuando se trabajaba de manera vivencial con el sujeto, desde una metodología hermenéutica. Es importante señalar que los investigadores constantemente estábamos aplicando la observación de esta manera se desarrollaba la intuición, es decir, se miraba en lugar de ver, se escuchaba en vez de oír; y se comprendía en lugar de entender.

Esta parte del estudio resultó importante ya que los investigadores están en constante autoobservación, pues esto es de enorme riqueza en la investigación cualitativa como lo menciona Álvarez (2003). Utilizando técnicas observacionales con el propósito de que el investigador se estudie a sí mismo. Esto es, que los observadores que se colocan en la misma situación de las personas observadas logran una comprensión existencial del mundo tal como la percibe y siente la persona a quien se estudia. Esta parte de la tesis se encuentra plasmada en el momento en el que se agrupan las sesiones con base a la baja de nivel de glucosa, al principio y al final de cada fase del tratamiento.

El análisis de los datos, como **tercera fase** del tratamiento, se llevó a cabo identificando un patrón, la observación se da también identificando conductas y verbalizaciones repetitivas de la persona (perfil fenomenológico). Así como la descripción del insight, el darse cuenta o de la expansión de la conciencia que el paciente experimenta durante el proceso. Identificando así las situaciones inconclusas.

Lo anterior permitió realizar a través de la fenomenología un análisis intencional de la diabetes, como **cuarta fase** de la investigación, para conocer

cuál es la manifestación psíquica de la enfermedad en la persona, obteniendo así una estructura más que permitió conocerla en su totalidad. Teniendo así el paciente una mayor comprensión sobre la “enfermedad” y el mensaje que ésta viene a darle para recuperar el equilibrio, aportando de esta manera un probable tratamiento psicológico para el paciente diabético, que permita aprender de los síntomas rescatando la fenomenología del paciente, para lograr la totalidad del ser.

La integración resultó ser la parte más importante del estudio, como la **quinta fase**, es donde están reunidos todos los elementos importantes del tema de investigación, como lo marcan las cinco fases. Cabe resaltar que este ejercicio de integración, se practicó desde el principio hasta el final, pues lo transpersonal es así, interconecta todo con el todo, no se escinden los hallazgos, necesitan estar interconectados en todo momento.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

El propósito de este capítulo, es mostrar la integración de las diferentes herramientas psicológicas consideradas “objetivas” (inventarios y pruebas) desde una perspectiva Holística-Transpersonal, entrando así en la comprensión de los múltiples niveles que conforman la **personalidad del paciente**, con el objeto de identificar el patrón invisible que interconecta con realidades transpersonales, es decir, arquetípicas en donde es posible descubrir la intencionalidad de la enfermedad en su propósito evolutivo hacia la totalidad.

INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

El inventario de afirmatividad de Gambrill y Richley (1975), evalúa problemas específicos de asertividad. Consta de 40 reactivos y se clasifica en cuatro categorías: 1) Reactivos que indican aproximación con extraños (16 reactivos); 2) Reactivos que indican aproximación con conocidos (19 reactivos); 3) Reactivos que indican respuestas de rechazo o protectoras con extraños (15 reactivos) y; 4) Respuestas que indican rechazo o protectoras con conocidos (18 reactivos.)

La prueba se resuelve contestando primero la columna que se encuentra a la derecha de los reactivos, la cual es para indicar la probabilidad de que se de cierto comportamiento y luego se procede con la columna de la izquierda, la cual indica el grado de incomodidad o ansiedad al realizar la conducta. Ambas columnas se contestan tanto para conocidos como para extraños.

Para calificar el inventario primero se obtiene el déficit por categoría de aproximación y de rechazo, luego por personas conocidas y extrañas. Posteriormente se calcula el porcentaje de reactivos por incomodidad y por

probable respuesta y así poder determinar a qué se debe el problema. Por último se saca el porcentaje por cuadrante. A continuación se verán los resultados de nuestro paciente.

Puntaje total:

Con la prueba de afirmatividad empezaremos de lo general a lo particular, comenzando con el porcentaje total que es de **87 %**, considerándolo elevado. Podemos decir que el paciente muestra severos problemas en sus relaciones interpersonales y por lo tanto, en el manejo de sus relaciones sociales. Al tener este tipo de problemas, **no puede expresar lo que siente**, entonces, se provoca muchos conflictos personales y no sabe cómo resolverlos, porque no tiene habilidades para ello. El paciente se muestra con tendencias a ser introvertido, **al realizar un acto asertivo se genera mucha ansiedad**. Por lo que probablemente tiene una **autoestima baja**, perdiendo así su identidad, **no afirmándose en su ser**. Una persona que no se afirma en su ser, tendrá tendencia a la depresión, como en este caso. Entonces tal vez en este paciente hay pérdida de fuerza yóica, llegando así a ser un sujeto no estructurado, que **pierde armonía**. Al no estar en armonía tiene poca capacidad de insight. Por todo esto al paciente carece de recursos psicológicos para enfrentar la vida y sus problemas. Posiblemente trate de ocultarlos, ya que tiene un **manejo pobre de sus habilidades sociales**.

Análisis por categorías:

Continuaremos ahora con la interpretación de A (categoría de aproximación) Y R (categoría de rechazo), A se encuentra en 45%; y R está en 42%. Por lo que ambos puntajes son importantes de descifrar. El puntaje de estas dos categorías es muy parejo, por lo tanto, el déficit es generalizado. En este análisis por categorías no se puede ver hacia dónde se inclinan sus problemas, por lo cual comenzaremos con las siguientes interpretaciones.

Interpretación por conocidos y extraños:

El déficit en el paciente es más alto con los extraños, ya que tiene un porcentaje de 93 %, pero también resulta importante su puntaje con los conocidos

(75 %). Sin embargo tiene mayores problemas de afirmatividad con las personas extrañas.

Análisis por cuadrantes:

El análisis se realizará comenzando con el puntaje del cuadrante más elevado, continuando en orden descendente, según su relevancia.

Cuadrante I

Este cuadrante presenta un porcentaje del 93 %, lo que indica que la persona posiblemente esté **perdiendo habilidades para desarrollarse** en cuanto a adaptarse a situaciones que son novedosas o extrañas. Prefiere malo conocido que bueno por conocer. Aparentemente **no se adapta fácilmente a situaciones de cambio** o de renovación, por lo que tal vez haya en él miedo al cambio, pues quizás cada cambio represente una pérdida y una pérdida lleva implicada una separación y un abandono. Entonces podemos entender que la persona no se atreve a explorar. Probablemente su núcleo de relaciones siempre sea el mismo y no conozca constantemente más gente. Cuando este cuadrante resulta alto se puede entender que el paciente está **perdiendo vitalidad**, se restringe a lo que conoce, no opta por lo novedoso o diferente. Al no exponerse a nuevas situaciones, no integra nuevas fuentes de reforzamiento, de aprendizaje y por lo tanto sus recursos se quedan sin ser utilizados.

Cuadrante IV

Continuaremos con la interpretación del cuadrante 4, que está en 77%. Además de que el sujeto no utiliza sus recursos, **no defiende su ser** con conocidos. Posiblemente se deje utilizar por los demás, **por miedo a ser rechazado y a la pérdida de afecto**. Por lo tanto siente miedo al rechazo. Llega así a **no poner límites**, esto lo lleva a ser una persona que se contiene mucho; esto le genera **canalización somática de la hostilidad**. Su manejo de hostilidad es **pasivo agresivo**. El paciente **retrofecta**, es decir, la vuelca hacia sí mismo, el

manejo de hostilidad en él es **intrapunitivo**. Entonces el sujeto se vuelve **autodestructivo**. Posiblemente el paciente por miedo a que lo dejen de querer, no se quiere.

Esto se puede deber a que las necesidades de afecto y dependencia no han sido satisfechas. Por lo tanto, por miedo a perder ese afecto, no se atreve a integrar su hostilidad. Además de que en el ambiente familiar de su infancia, existía prohibición de cualquier manifestación hostil.

Cuadrante II

El cuadrante que sigue para interpretar es el 2, con 73%, esto nos indica que la hostilidad, como instinto básico, no está integrada, tampoco con extraños. Por lo que el sujeto llega a ser peligroso para sí mismo, pues **no sabe decir que no**, termina aceptando cosas que no quiere o con las que no está totalmente de acuerdo. Posiblemente tiende a reprimir su hostilidad, debido a esta represión engendrada desde la infancia.

Por lo tanto, no pone límites y si no pone límites, **protoflecta**: esto es que trata a la gente como le gustaría ser tratado. Esto va creando una confusión entre él y los demás, por cómo los trata, pretendiendo ser tratado bien y como a veces, sino es que siempre, no resulta ser así, puede frustrarse.

Cuadrante III

Este cuadrante no resultó de relevancia, como los otros tres, por lo que no fue necesaria su interpretación, el patrón encontrado en este perfil se obtuvo del contexto del cuadrante I, IV y II, en orden de aparición, tomados en cuenta por su relevancia.

Interpretación de tipo de dificultad (incomodidad y probabilidad de respuesta):

Entre el déficit de incomodidad y de probabilidad de respuesta, resultó de relevancia el de incomodidad, siendo éste el más alto, con un puntaje de 52%. Cuando éste resulta alto, existe mucha tendencia emotiva, esto es que hay en el paciente una mezcla de emociones indiferenciadas, que se están bloqueando porque posiblemente no se les ha dado salida. Obstaculizando el comportamiento afirmativo por un exceso de ansiedad, lo cual indica que se está bloqueando la propia vitalidad del sujeto, con lo cual se pierde la oportunidad de construir la propia identidad

Todo esto lo lleva a tener un **caos o desorden interior**, sus emociones están indiferenciadas, no hay en el paciente armonía interna, por todo lo que no expresa. Estos problemas emocionales lo llevan a tener dificultades en su comportamiento asertivo. Posiblemente existe en él un alto nivel de **ansiedad** para mostrar su hostilidad. Hay en él mucha ansiedad al momento de realizar un acto asertivo en donde se tengan que utilizar conductas de rechazo o protectora.

IBT – INVENTARIO DE IDEAS Y CREENCIAS.

El inventario de ideas y creencias como lo describe Jones (citado en Palacios, 2000) es un instrumento conformado por 100 reactivos cada uno de los cuales se contesta en una escala del 1 a 5, la cual indica el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a cada una de las afirmaciones que contiene el inventario. La prueba se califica con una plantilla y luego se grafica. En la gráfica aparecen cada una de las diez ideas irracionales para sacar un porcentaje y poder así interpretar el inventario.

La idea irracional número uno se refiere a la necesidad de ser amado y aprobado. La número dos se refiere a exigencias perfeccionistas; la tres a la intolerancia a errores ajenos o muy moralistas; la cuatro a exigencias absolutistas

al universo, personas o cosas; la cinco se refiere a la responsabilidad emocional (control interno o externo); la seis a la aprehensión por posibles amenazas; la siete se refiere a la satisfacción inmediata, hedonismo de corto alcance; la ocho se refiere a la dependencia para la toma de decisiones; la nueve al determinismo del pasado y por último, la diez se refiere a la solución de problemas de manera perfecta.

Para la prueba de Ideas y Creencias, hay que tomar en cuenta las escalas que son de mayor relevancia, las escalas nucleares*, que sobresalen del perfil, esto es, las más altas y las más bajas. Las escalas nucleares son la 4 con un 70% y la escala 1 que está en 0%. Nos servirán para darle el contexto a la interpretación de las demás escalas del perfil.

Comenzaremos con la **escala 4** (Tolerancia a la frustración) que es la más elevada. Se puede ver que el paciente resultó con poca tolerancia a la **frustración**, esto le sucede probablemente por ser demandante y exigente con los demás. Iremos entendiendo esta demanda hacia los demás en función del perfil, para ir comprendiendo por qué es que se frustra tanto. Al tener poca tolerancia a la frustración no tiene un buen manejo del **enojo**, posiblemente tenga tendencias a ser pasivo agresivo, por lo que resulta como una persona que **contacta sus emociones, pero le da miedo utilizar su enojo**. Los problemas que se detectan de frustración tienen que ver con su idealización, **idealiza** esperando demasiado de la vida, de la gente, de las situaciones. Pero él también se frustra porque no sabe cómo canalizar su frustración. Esto lo pudimos ver también, en la prueba de afirmatividad. Lo cual nos deja ver que es una persona con un resentimiento crónico, ya que en el paciente no se ve que haya manera de sacar su enojo, no reclama, no protesta, no pide y no exige.

*Las Escalas Nucleares dan el contexto de la interpretación. Para trabajar hay que hacerlo con lo que está en mayor polaridad. Configurar la interpretación conflictiva del paciente, esto es un conflicto y un contexto, esto va a matizar a las otras escalas (Comunicación personal Palacios, 2003).

Cuando la **escala 1** (Aceptación) está en cero puntos, es un área de conflicto y está negando cuánto depende del afecto de los demás o que no se siente merecedor del afecto. Una negación es una confirmación de cuánto depende afectivamente de los otros. Por esa necesidad de afecto, no reclama y tolera tanta frustración, al esperar demasiado de las personas, siendo éste el resultado de la combinación de la escala 4 elevada y la 1 en ceros. Ambas escalas representan el conflicto central del paciente.

Con esto, cabe hablar de su **escala 2** (Aspectos Perfeccionistas), siendo de las más altas del perfil, con un puntaje de 60%. Como rasgos primarios encontramos que el paciente se deja ver como una persona que tiende a la búsqueda de realizaciones excelentes. Siendo ésta, su forma de sustitución de afecto, aparenta (combinación 4 elevada y 1 en cero) no necesitar de la gente, sin embargo, con su modo excelente de hacer las cosas, busca el afecto, teniendo así la necesidad de **sobresalir para ser visto**. Por sus realizaciones excelentes, también tiene miedo al fracaso y a cometer errores. Llegando así a ser muy exigente consigo mismo, se establece de esta manera, estándares elevados de aspiraciones. Por esto se puede creer que es una persona que se genera mucha **angustia**, no está satisfecho consigo mismo porque sus metas son cada vez más elevadas e inalcanzables. Como rasgos secundarios de la escala, se observa que existen incongruencias en él, **aspira a más** de lo que sus recursos y habilidades psicológicas le pueden dar, esta compensación es debido a su necesidad de enmascarar su muy baja autoestima. Cabe señalar, que el miedo al fracaso, es ante todo el miedo del que ya se siente un fracaso existencial. Es una personalidad súper yóica, es decir, se caracteriza por querer siempre alcanzar un yo ideal. Por lo que se convierte en una **personalidad rígida**, perdiendo así flexibilidad, lo más importante es el deber ser con excelencia. Con esta manera de ser, que presenta en la prueba, se define como un sujeto de corte **intelectualizador** (racional), al ser así, se confirma que tiene un **pobre manejo de de sus emociones y sensaciones**. Antes que dejarlas ser, las intelectualiza, no las expresa. Cuando la escala 2 se encuentra elevada, se puede ver que el paciente tiene un **problema con la figura paterna**, ya que quiere tomar la rienda

de todas las cosas. Porque probablemente tiene introyectada la figura paterna. Entonces se exige como le exigieron

Ahora interpretaremos la escala 5 (Locus de Control interno o externo) que se encuentra en un nivel de 60%, esto es que la persona, **tiene recursos pero, no los emplea**. Lo que lo lleva a ser una persona **pasivo dependiente**, no cree que las cosas se puedan llevar a cabo y él no tiene las posibilidades para hacerlas. Con lo que se comentaba hace un momento de la escala 2, sobre que el paciente posiblemente no tiene una buena integración de la figura paterna, se puede entender como que es una persona que no lleva el mando, adoptando una actitud de niño, porque **depende de lo que los demás hagan y digan**.

Tomando en cuenta la escala 1 en combinación con la 5 podemos ver una contradicción del paciente, con la escala 1 resulta que no depende de la gente y en la escala 5 se muestra su dependencia hacia los demás.

Pasamos así a la interpretación de la **escala 3** (Intolerancia a los Errores Ajenos) que se encuentra en un 50%, podemos ver que el paciente suele ser hipercrítico con los errores ajenos, se impacienta con equivocaciones de otros. Esto lo lleva a frustrarse fácilmente (por ejemplo: en su trabajo, le molesta que la gente no haga su trabajo). Como él todo lo hace excelente (escala 2 elevada), no tolera que los demás cometan errores. Cuando los demás no hacen bien las cosas, se **angustia**. Como todos los demás se equivocan, suele preferir hacer él todo.

La siguiente **escala** a interpretar será la **9** (Determinismo del Pasado) siendo de las más bajas (10%), lo que nos refiere, es que el sujeto presenta tendencias a **minimizar la importancia de su pasado**. Que fue el caldo de cultivo para su forma de ser, donde creció no sintiéndose merecedor de afecto, para en la actualidad aparentar que no lo necesita (escala 1 en ceros). Posiblemente crea que si no ve su pasado, no existe y así no le hará daño. Para él, su pasado, no

determina su presente. Niega entonces, su pasado, donde están las experiencias más dolorosas y traumáticas.

Su **escala 6** (Ansiedad Anticipatoria) se encuentra en 20%, nos permite ver que tiene **dificultades para planear y organizar** su existencia (por ejemplo: el trabajo, sus gastos, la familia, sus vacaciones, etc.). Como posiblemente, no planea, las cosas se le salen de las manos, por lo que, no anticipa las consecuencias de sus actos, debido a su falta de planeación. Posiblemente crea que de nada le sirve planear, si no tiene el coraje para luchar por lo que quiere, todo depende de los demás (escala 5).

Lo que se puede ver en la **escala 10** (30%), que se conoce por referir la tendencia de soluciones ideales, es una relación importante con su escala 6, con respecto a su falta de planeación. El sujeto no planifica y tal vez prefiera buscar soluciones prácticas, aunque no sean las mejores para él. Como el hecho de que, él haga el trabajo que los demás no hacen, creyendo que así se solucionará todo.

La **escala 8** (Dependencia e Independencia) dado que se encuentra en un límite intermedio (40 %), se puede interpretar que el sujeto para situaciones externas, como en el trabajo, se muestra como independiente y para situaciones personales, psicoemocionales se vuelve dependiente. Esto se confirma con la escala 5.

Con respecto a la **escala 7** (Pensamientos de hedonismo de corto alcance) que se encuentra en 50%, se puede decir que es una persona hiperresponsable, pero con los demás, hacia fuera. La escala 7 en relación con la 2, muestra que probablemente el sujeto sea responsable con los otros y no consigo mismo, por miedo al castigo.

MMPI-2 (INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MMPI- ESPAÑOL)

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2), es uno de los instrumentos multiescalares de amplio espectro mejor validados para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad

La prueba MMPI-2, de acuerdo con Bartol y Bartol (2004) fue desarrollado originalmente por Hathaway y McKinley; su posterior revisión y restandarización fue realizada a finales de la década de los 80, es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico en general y en el contexto forense en particular.

Consta de 566 reactivos que se contestan como cierto o como falso, a través de los cuales un individuo refleja sus propias características y la imagen que se tiene de sí mismo. El mecanismo de calificación de la prueba y la elaboración del perfil resultante tiene una alta confiabilidad, ya que depende de la elaboración de marcos de referencia fijos, principalmente estadísticos (Rivera 1987).

Está conformado por tres escalas de validez y diez clínicas. Las primeras son: L (mentiras y honestidad), F (aceptación y reconocimiento de conflictos psicológicos), y la K (recursos psicológicos del paciente). Las escalas clínicas: E1 (canalización somática de los conflictos), E2 (auto evaluación y estado de ánimo), E3 (necesidad de aprobación), E4 (psicopatía), E5 (características masculinas y femeninas), E6 (paranoia), E7 (psicastenia), E8 (rasgos de corte esquizoide), E9 (energía vital e impulsividad), y E10 (introversión-extroversión).

Al igual que en el IBT, se empezará por interpretar las escalas nucleares, para dar contexto a las otras escalas del perfil, sin embargo en esta prueba, hay unas escalas que ayudarán también para la interpretación, son las escalas control,

L, F y K, para saber cuál fue la actitud del individuo frente a la prueba y además ayudarán al rumbo de la interpretación en general.

Comenzaremos con la **escala L** (Mentiras y Honestidad), nos enseña que el paciente intentó dar la apariencia de que tiende a ser respetuoso de convencionalismos sociales, por lo tanto, es una personalidad dependiente de campo, como lo veíamos en la escala 5 del IBT, vive del qué dirán, por miedo a perder el afecto y la aprobación, no reclama, no planifica, no es independiente, no quebranta las reglas o las normas sociales. Por lo que el paciente no se dejó ver en su totalidad, intentó dar una buena apariencia. Entonces el individuo se dejó ver como una persona con incapacidad psicológica para autoobservarse con objetividad, pues se sobrevalora y probablemente constantemente entre en disonancias, esto es, que el sujeto dice una cosa y actúa otra, piensa una cosa y siente otra.

Con la **escala F** (Aceptación y reconocimiento de conflictos psicológicos), se observa que el sujeto no muestra una aceptación de problemas, pues se encuentra en un nivel bajo. Esto concuerda con la escala L elevada, en que constantemente está en disonancias. Probablemente el paciente intente negar sus problemas.

La **escala K**, es la escala de los recursos psicológicos del paciente. Sin embargo con L y F el paciente demuestra que da otra apariencia. Entonces sus recursos psicológicos no le sirven para hacerle frente a sus problemas, pues ni siquiera los acepta, los niega (escala F), entonces esta escala K elevada se toma en cuenta como un signo de **defensividad intelectual** (mecanismos racionalizadores) que en lugar de ser efectivos para enfrentar y dar solución a sus problemas, los utiliza para una actitud defensiva y autojustificadora, donde intenta minimizar sus fallas, pues probablemente las considere debilidades.

Entonces el individuo en esta prueba se muestra con actitud defensiva, ante sus problemas, ya que si niega los problemas, no los enfrenta y siempre se verá

como una persona sin capacidad para autoobservarse objetivamente (escala L). La combinación de las tres escalas control nos da un perfil primitivo, muy pobremente estructurado a nivel psicológico.

Ahora sí comenzaremos con la interpretación de las escalas nucleares, empezaremos con la número **1**, podemos entenderla por su elevación como que el sujeto tiene tendencias a la **canalización somática de conflictos no resueltos**, esto se puede relacionar con L, F y K, donde ni siquiera reconoce sus conflictos, el paciente. Lo que hace es canalizarlos somáticamente. Esta escala también nos habla de que el sujeto expresa indirectamente su hostilidad, debido a su mal manejo. Si la persona no reconoce sus conflictos, no podrá expresarlos y entonces los canalizará somáticamente.

La **escala 2** (Autoevaluación) se encuentra elevada también y lo que podemos ver es que el paciente tiene una baja autoestima, un estado de ánimo negativo. Se muestra muy insatisfecho consigo mismo, porque no se atreve a ser lo que es, por lo que probablemente tiende a preocuparse, a ser nervioso, pesimista, inseguro y con falta de autoconfianza. Carece de confianza en sí mismo, ya que no tiene los recursos suficientes para ser lo que dice ser. Esta **falta de autoconfianza** lo lleva a tener un nivel de aspiraciones elevadas, como su escala lo indica, pues es una necesidad de compensar sentimientos de inferioridad y de fracaso. El sujeto se exige tanto, idealiza tanto y aspira a tanto, sin tener los recursos para ello, pues sus recursos son defensivos (K). Y su autoexigencia sólo lo lleva a ser pesimista, nervioso y desconfiado de sí mismo

La elevación de la **escala 3** (Necesidad de Aprobación), también es de considerarse. Hay una **necesidad de afecto** muy grande, necesidad de aprobación y de cariño. Seguramente las necesidades de afecto-dependencia no fueron cubiertas satisfactoriamente. Debido a esta necesidad afectiva, la persona suele ser muy sociable, afectuoso, idealista, siendo un buen colaborador social y amistoso. Su escala 3 potencializa la escala L y nos permite identificar que es una persona con tendencias a los convencionalismos sociales, esto se confirma. Aquí

también (escala 3) nos muestra un **mal manejo de hostilidad**, pues los mecanismos de defensa que se dejan ver en la escala, son la negación y la represión, entonces se confirman. Se puede ver también que tiende a tener una amplia red de relaciones sociales, pero con poca profundidad de compromiso afectivo. Respecto a su hostilidad, nuevamente se puede observar que tiene un manejo pasivo de ésta, o sea, tiene un manejo **intrapunitivo** de la hostilidad. Esto se ve, porque tiene la escala 3 más elevada que la 4.

Ahora interpretaremos la **escala 0** (Introversión y Extroversión) que se relaciona con la 3, además es una escala nuclear, pues es la más baja del perfil. Estas dos escalas coinciden y se confirman la una a la otra, pues nos deja ver que el paciente tiende a ser versátil, tiene iniciativa para ser un buen colaborador social. Su número de relaciones son amplias pero superficiales. Muestra **énfasis en el éxito**, por lo tanto sus logros son el **medio para obtener el reconocimiento**. Ese reconocimiento y afecto que busca en la escala 3 y 0, sin embargo no lo pide directamente, tampoco tiene recursos para ello. Su manera de conseguirlo es a través de logros, así se “cubren” sus necesidades básicas insatisfechas, por lo tanto, es una personalidad orientada a logros, enfocándose en una alta productividad. Posiblemente la persona se oriente hacia los logros y hacia el reconocimiento de los demás, en busca de este afecto insatisfecho. Sin embargo en ocasiones no suele recibir lo que da y se **frustra** fácilmente.

Su **escala 9** (Energía Vital e Impulsividad) también es importante, al estar en un nivel bajo, nos refiere que la persona, es convencionalista, con un nivel bajo de energía vital y posiblemente su campo de intereses es reducido. El sujeto presenta la combinación de 2 elevada y 9 baja, significa que la persona actúa con inmovilidad, la depresión que tiene, es **sin energía. Está tan al pendiente de los demás** (escala 3 y 0) **que no tiene energía para sí mismo**, se da hacia los demás, no a sí mismo. Su energía la vuelca al servicio de otros.

La **escala 5** (Rol psicosexual en sociedad) nos refiere, por su elevación, que el paciente prefiere posiblemente los temas culturales, lo estético, lo filosófico.

Es una persona sensible y emotiva, con capacidad de empatía (se confirman, escala 3 y 0). Este es un perfil atípico. Tiene tendencia a ser **pacifista**, por lo que procura tal vez, **evitar las agresiones**. Es una persona en apariencia pasiva y sumisa. Prefiere **no enfrentar los problemas**, esto tiene que ver con su hostilidad, una personalidad así no podrá decir lo que le gusta y lo que no le gusta, lo que le parece y lo que no. Siempre estará de acuerdo (escala L) con los demás, con los convencionalismo sociales. La hostilidad también ayuda en la toma de decisiones y con la escala 5 en dicho nivel, no será posible que el sujeto decida. Probablemente **prefiere “estar de acuerdo” que decidir**. Si la persona no toma decisiones, se genera muchos conflictos que se canalizan somáticamente, al no expresar su ser (escala 1 y 5), su cuerpo es el vehículo para manifestar todo, a lo que no se atreve

Ahora continuaremos con la **escala 8** (Rasgos de corte Esquizoide), por su altura, la interpretación en el contexto del perfil, se inclina a decir que el paciente tiene tendencia a la **fuga a la fantasía**, esto le sirve para **no seguir contactando** con su **hostilidad**, prefiere **evadirla**. Esta es una incongruencia afectiva, pues le falta contactar con el afecto hostil, que en su perfil, le sería muy útil para tomar decisiones, para decir en lo que no está de acuerdo, para no aceptar cosas que no quiere. Tomando en cuenta la escala 4 (baja), se puede ver que la persona tiene mucha tolerancia a la frustración, además de tener un mal manejo de la hostilidad (escala 3 más elevada que la 4).

HISTORIA CLÍNICA.

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue, la Historia Clínica de Lazarus (1984), el cual proporciona datos valiosos sobre la vida del paciente, la cual está dividida en los siguientes apartados:

- I. Datos Generales.
- II. Descripción de Problemas Presentes.
- III. Historia Personal y Social.

- IV. Conducta.
- V. Sentimientos.
- VI. Sensaciones Físicas.
- VII. Imágenes.
- VIII. Pensamientos.
- IX. Relaciones Interpersonales.
- X. Factores Biológicos.

Las diferentes modalidades que la conforman, permiten realizar un análisis multimodal, el cual ayuda a la comprensión de la problemática del paciente.

Este instrumento fue la primera herramienta que se utilizó con el paciente, en la cual éste plasmó sus antecedentes familiares, sentimientos, pensamientos, relaciones interpersonales, etc. comenzando a mostrar elementos importantes para configurar el patrón de vida del sujeto y que a su vez tienen relación con la presencia de su enfermedad. Con la Historia Clínica, dio indicios de temas que fueron una constante en las sesiones, aún en diferentes aspectos de su vida, los cuales, si se ven de manera aislada no parecían tener relación, pero al verlos en su conjunto se comienza a vislumbrar el patrón de vida del individuo, el cual muestra una gran relación con su enfermedad.

Mencionaremos algunas de las preguntas y respuestas de la Historia Clínica (ver anexo), las cuales nos dieron acceso como terapeutas para tener una visión general de la problemática y poco a poco a través de las sesiones, nos permitió ir indagando sobre cuestiones particulares de la vida de la persona que tuvieran relación con la Diabetes y a su vez realizar el trabajo terapéutico que permitiera el restablecimiento de su salud.

Comenzaremos con la descripción de cuándo empezaron sus problemas, donde el paciente da como fecha el mes de **marzo de 1997 y agosto de 2005**, fechas en las cuales sigue describiendo, **se le diagnostica diabetes Mellitus tipo 2 detectada en marzo de 1997**, aunado a esto se presenta el cubrir los **gastos**

relativos a las colegiaturas e inscripciones de su hija. Que inició sus **estudios universitarios en el año 2005**. Es de relevancia señalar que uno de los eventos que le ocurren al sujeto, es el **quedarse sin trabajo** lo cual describe: me ocasionó un **desequilibrio económico y familiar**.

Las cuestiones relacionadas a la vida laboral actual del paciente consideramos es un factor importante que muestra una gran relación a lo largo de las sesiones, como por ejemplo, cuando en una consulta se trabajó el tema de su infancia y la relación que tenía con sus padres, principalmente con el Padre, las **actividades** que tenía que desempeñar **en el campo y dentro del hogar**, así como las **carencias económicas y emocionales** que padeció desde temprana edad, de igual forma con la metáfora de la hormiga descrita en el trabajo terapéutico hay una relación con el patrón de vida del individuo y su padecimiento. Con la pregunta ¿A qué atribuye sus problemas? responde: la Diabetes no está totalmente definida, pero puede ser **hereditario**, por **presiones en el trabajo**, etc. Es importante mencionar que su padre padeció la misma enfermedad Diabetes Tipo 2. Lo anterior toma relevancia si vemos que Ernesto dice trabajar de 10 a 12 horas diarias y más aún cuando en las sesiones se descubre que llega a tener varios días laborando entre 13 y 15 horas, diarias. Sus miedos principales son: **no tener trabajo, no tener dinero para pago de colegiaturas, que mis hermanos tengan problemas y caer enfermo de gravedad**. Además sus imágenes más frecuentes son relacionadas a los **problemas de trabajo**. Cabe mencionar que parece mostrarse conciente de saber que una forma de ayudarse es **delegar responsabilidades y actividades en el trabajo**, pero a pesar de eso le es difícil realizar acciones concretas que le beneficien.

El inventario permitió mostrar y trabajar la polaridad del tema relacionado a su empleo, las cuales son actividades que tiene bastante tiempo sin realizar, menciona que, lo que más le gustaría hacer es: **practicar deporte y leer**, lo que le gustaría experimentar más a menudo es el **estar contento**. Así como sus imágenes placenteras las cuales señala son: **vacaciones en la playa, descansar**

en la sala de mi casa y leyendo o viendo televisión. También dice que lo que le gustaría dejar de hacer es **trabajar en exceso.**

Un sentimiento que constantemente señala el paciente en el inventario es el **ser feliz** donde encontramos una contradicción cuando marca haber tenido una **infancia feliz** y en el apartado de imágenes señala el recuerdo de tener una **infancia infeliz**, de igual forma menciona haber padecido **problemas familiares**, así al indagar en su pasado se descubrieron temas como la injusticia que vivió en su niñez por parte de sus padres y la que el mismo vuelve a repetir hacia su persona en la actualidad, dejándose en último término y como lo dice en el trabajo terapéutico, la manera en la que se lastima es **ignorándose**. Logrando así una relación con la necesidad que tiene de mostrarse cooperativo con los demás, preocupado por problemas ajenos, para compensar las carencias que en él existen, como es el **sentimiento de tristeza**, que marca en la historia clínica.

INTEGRACIÓN.

Tomando en cuenta el total de los instrumentos y los resultados que más se evidencian en cada prueba, los rasgos que más aparecen en cada inventario, concluimos que uno de sus principales problemas es el **manejo de hostilidad**. Este tema se hace presente en todas las pruebas, dando signos importantes. Comenzaremos señalando el inventario de Afirmitividad, en la categoría R, podemos ver que el sujeto **no integra su hostilidad**, esto también se puede ver con el cuadrante 2 de dicha prueba. Además se confirma con la escala 4 IBT mal manejo del enojo, el paciente se frustra con facilidad, pero no expresa. Al mismo tiempo tiene tolerancia a la hostilidad porque no utiliza sus habilidades asertivas para protestar, para reclamar y defender sus derechos. De nada sirve que se frustrate si tolera tanto la frustración (escala 4 del MMPI), el paciente fantasea (escala 8 del MMPI) se imagina que reclama pero no lo hace, entonces termina siendo pasivo agresivo (3 y 4 del MMPI), prefiere ser pacifista (5 del MMPI) y esto concluye en una canalización somática de un conflicto no resuelto, que lo vemos en la escala 1 del MMPI. Lo anterior se confirma con la historia clínica; el paciente

vivió en un ambiente de hostilidad, con un padre castrante que reprimió sus habilidades, sus conductas de autodefensa, un padre que lo dejó sin armas para defenderse. El paciente describe a su padre como poco cariñoso, más bien rudo. Además de que era castigado con regaños y golpes frecuentemente por el papá y en ocasiones por su mamá. Retomando el tema, al evadir la hostilidad, lo único que el sujeto consigue es expresarla indirectamente (escala 1 ,2 y 3 del MMPI), esto es, canalizándola somáticamente. Pues lo que no se expresa de alguna forma tiene que salir, en este caso es somatizando. El reprimir la hostilidad, es negarla, entonces el manejo del paciente al respecto es **pasivo agresivo**, se daña a sí mismo, es intrapunitivo o retroflexivo.

Lo que también dejan ver las pruebas en concordancia, es que para el paciente la hostilidad no integrada, le afecta también en la **toma de decisiones**, pues presenta tendencias a ser sumiso y pasivo ante estas situaciones. Esto podemos verlo con la escala 5 del MMPI. Y se confirma con el total de afirmatividad, pues nos permite ver que el sujeto antes que decidir, prefiere estar de acuerdo. La categoría A de asertividad nos demuestra que la persona **no toma la iniciativa**, le es difícil expresarse y por lo tanto no se afirma en su ser. Es una personalidad pasiva que opta por no llevar el mando de las cosas, como lo señala la escala 5 del IBT. Llevar el mando le provoca altos niveles de ansiedad, como lo marca el total de afirmatividad, como lo demuestran las pruebas, su temor a tomar decisiones se debe a su sentimiento de perder el afecto de los demás, como lo muestra la escala 1 del IBT, con esta actitud cree asegurar el poco cariño que obtiene de las personas. Entonces posiblemente prefiera frecuentemente que los demás decidan por él (categoría A de asertividad).

Estos problemas con la hostilidad y con la toma de decisiones, nos refieren un paciente que **no utiliza sus recursos psicológicos**, como lo señala el cuadrante 1 de afirmatividad, pues los va perdiendo poco a poco, por preferir malo conocido que bueno por conocer. Esta falta de recursos se puede ver también en el total de asertividad, donde la carencia está presente, pues resultó con un nivel alto de conflictos personales. También nos sirve de apoyo la escala L, F y K, del MMPI

en donde el paciente se dejó ver con recursos, pero que son defensivos, no le son útiles para la vida, sino para tomar una actitud pasiva, siempre preparándose para lo peor, los recursos defensivos sirven para minimizar los errores y para evadir los problemas y minimizar los propios errores. Cuando en realidad los recursos deberían servir para enfrentar los problemas. Por lo tanto sus recursos no son útiles, son intelectualizadores. Sus recursos no son beneficiosos, porque además oculta sus problemas como se muestra en el total de afirmatividad y no reconoce sus conflictos psicológicos (escala 1 y K del MMPI). Si el sujeto no acepta sus problemas entonces podemos entender que se sobrevalore, como lo muestra la escala 2 del MMPI, aspira a más de lo que sus recursos le pueden dar, exigiéndose cada vez más y con miedo al fracaso por no tener con qué lograr sus objetivos. Entre más busque realizaciones excelentes, más se aleja de lo que en realidad es. Un ser humano que tiene fallas y debilidades, como todos.

Sin embargo el paciente opta, según las pruebas confirman que el paciente se orienta hacia logros, por tener **énfasis en sus logros** (escala 0 y 3 del MMPI, escala 2 del IBT), sin embargo entre más se enfoca a esto, se genera angustia, pues en ocasiones tiende a cargarse de cosas que no le corresponden, trabajando sólo (escala 8 del IBT) para que las cosas salgan “mejor”. No sabe pedir ayuda esto se puede ver en el cuadrante 1 y 2 de afirmatividad. Sin embargo con base en la historia clínica se puede confirmar el énfasis hacia los logros (escala 0 y 3 del MMPI) del paciente, desde la infancia aprendió a ser así, fue un niño trabajador, además el trabajo era incongruente a su edad, desde los 7 años realizaba labores en el campo, además de cuidar de sus hermanos menores. En la escala 1 del IBT, en conjunción con la escala 4, se puede apreciar que niega su necesidad de afecto, aparentando que no necesita de éste, sin embargo su sustituto de afecto es la búsqueda de realizaciones excelentes, sus logros le ayudan a ser visto, a sobresalir (escala 2 del IBT, escala 2 MMPI). La historia clínica confirma su manera de ser tan productiva, se considera bueno para el trabajo, menciona que le gustaría dejar de trabajar en exceso, se molesta cuando en el trabajo no obtiene los resultados deseados, lo que lo hace sentir relajado es cumplir con su trabajo, constantemente piensa en resolver los problemas del

empleo, no delega actividades en su oficina, trabaja entre 10 y 12 horas del día, su miedo principal es no tener trabajo. Por lo tanto es una persona autoexigente consigo misma.

Lo anterior va de la mano con que el paciente **minimice la importancia de su pasado** (escala 9 del IBT), pues en dónde, si no es en la infancia se da el primer reconocimiento de la madre y el padre. El sujeto presenta tendencia a creer que si no ve su pasado no le afecta en su presente. Esto se ve reflejado en la historia clínica en donde justifica a sus padres, endulza su infancia, diciendo que fue feliz, a pesar de que trabajaba. A su padre lo describe como poco cariñoso y rudo, sin embargo, inmediatamente dice que cuando creció hubo más acercamiento, no importó que el padre le pegara de chico constantemente. Su madre también la describe como cariñosa, aunque lo golpeará en ocasiones y permitía que el papá le pegara. Dice que la compatibilidad de sus padres era buena, pero en ocasiones obligada. Sin embargo, en las pruebas también refleja una necesidad de afecto y de cariño muy grande, necesidades que no fueron satisfechas en la infancia (escala 3 del MMPI). Se confirman estas carencias con el cuadrante 4 de Afirmitividad, en donde además podemos ver que en la infancia fue donde probablemente existía prohibición de expresar el afecto hostil, que en la actualidad tanto mal le causa al paciente. La dinámica familiar del paciente fue el caldo de cultivo para que el sujeto aprendiera a no expresar su ser y a no defenderlo también (total de Afirmitividad y categoría R), además de aprender a tratarse como lo trataron. Desde aquí posiblemente venga su ansiedad al realizar un acto asertivo de cualquier tipo. De ahí que el paciente tienda hacia los logros, a las autoexigencias, para compensar su autoestima baja (total de afirmatividad) y su falta de autoconfianza (escala 2 del MMPI) y su miedo al fracaso.

Podemos ver con el cuadrante 4 de Aserividad que la persona se deja utilizar, por miedo a que lo dejen de querer, por no perder lo poco que tiene. **Protoflecta**, es decir, trata a los demás como le gustaría ser tratado. Por estar bien con los demás el paciente **ha perdido energía para sí mismo**, ha perdido vitalidad para él, de ahí su nivel en la escala 9 del MMPI, cabe señalar la

combinación de 2 y 9, pues indican que el paciente tiene depresión sin energía. El inventario de Depresión se encuentra en 3 puntos, lo cual refiere que la persona tiene depresión enmascarada, no la reconoce, ni reconoce sus problemas (escala F del MMPI), al evadir los problemas se provoca una canalización somática, la diabetes es un equivalente de depresión enmascarada. Cuando la depresión no se reconoce como tal, se convierte en equivalente depresivo, es decir, en trastorno psicossomático. Su tendencia en las sesiones siempre fue de matizar, no pasa nada, todo está bien. Sus intereses se han visto reducidos, está perdiendo habilidades para desarrollarse, no fácilmente se adapta a los cambios, a la renovación (cuadrante 1 de Afirmatividad).

TABLA DE NIVELES DE GLUCOSA REGISTRADOS

ETAPAS DEL TRATAMIENTO	SESIONES TERAPÉUTICAS	NIVELES DE GLUCOSA
Primera Etapa	1, 2, 3, 4 y 5	149 mg/dL
Segunda Etapa	6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12	132 mg/dL y 110 mg/dL
Tercera Etapa	13, 14, 15, 16, 17 y 18	152 mg/dL

SESIONES TERAPÉUTICAS

PRIMERA ETAPA DEL TRATAMIENTO.

De acuerdo con la gráfica que señala los niveles de glucosa de nuestro paciente, conforme avanzaba el tratamiento. Describiremos brevemente de manera global lo que se hizo en cada momento clave para que descendieran los niveles de glucosa, posteriormente se presentarán las sesiones de manera fiel como fueron registradas y al final se harán los señalamientos necesarios de lo que se realizó en ese grupo de sesiones determinadas.

En nuestro primer bloque de sesiones, el paciente refería un nivel de glucosa de 149 mg/dL (como lo muestra la tabla), las consultas en las que se tomó en cuenta dicho registro, fueron la número 1, 2, 3, 4, y 5. Los temas de mayor

relevancia que se trabajaron en estas sesiones refieren lo que la diabetes representaba para el paciente, según sus palabras. También se indagó sobre sus padres, pues serán parte importante del tratamiento con el paciente. Además de investigar lo que su trabajo significa para él. Hubo también una dinámica muy importante que nos mostró cuál es la emoción que suele evitar con frecuencia, pues posiblemente ésta representa gran parte de la problemática de nuestro sujeto.

SESIÓN no. 1

T: ¿Para ti qué es la Diabetes?

P: Algo malo, va menguando mi salud, afecta prácticamente todo mi organismo-Lo peor es lo silencioso, es asintomático, no duele nada, aparentemente estás muy bien.

Hay que respetarla y hay que controlarse. De lo contrario, ahí está el ejemplo de mi hermano no se cuida, pareciera mucho más viejo que yo y es más chico. Hay un mal funcionamiento del páncreas, se bloquea.

Somos lo que comemos, una cuestión importante es la dieta.

T: ¿El azúcar qué es para ti?

P: Energía, si uno no tiene la insulina que nos ayuda a que todos esos azúcares y alimentos se puedan convertir en energía, eso pasa con nosotros, no tenemos la misma energía que las personas que no son diabéticas.

T: ¿Podrías repetir eso en **primera persona**?

P: Efectivamente, sí, no tengo la misma fuerza, que una persona que no es diabética. Me conservo por hacer ejercicio. Tienes más resistencia para ir al trabajo, hasta para levantarme.

T: ¿Si el azúcar es energía, cómo está tu energía?

P: El problema es el exceso y el no poder transformar esa azúcar en energía. Esa energía no se aprovecha al 100 %

T: ¿Si fueras una animalito, con esta energía, cuál serías?

P: Una hormiga o un escarabajo, la hormiga es muy fuerte, aguantan el peso de ellos y más. Una hormiga no en condiciones normales, una hormiga débil.

T: Dame sinónimos tuyos, no de diccionario, de débil:

P: Famélico, debilucho, enclenque.

T: Si estos sinónimos representaran una emoción, ¿cuál sería?

P: **Tristeza** y a lo mejor hasta un poco de resignación. Además yo creo que el diagnóstico, la primera noticia impacta y me deprime, uy!

T: Si ese, uy!, fuera una palabra, ¿qué diría?

P: Uy!, ya estoy casi, casi eliminado, al borde de la tumba, diabético. Lo importante es decir, sí acepto, voy a hacer todo lo posible para convivir con esta enfermedad, respetándola y acatando las instrucciones.

T: ¿Qué es el alimento para ti?

P: Es nuestra batería para poder subsistir, para poder vivir, nuestra energía.

T: Si al alimento le pusiéramos un adjetivo, cuál sería.

P: Complemento, aditamento para la vida, conjunto de elementos que nos ayudan. Antes de mi diagnóstico, comía y siempre tenía hambre, comía en exceso incontrolable, tu cuerpo no te manda la señal de estar satisfecho.

Ahora es una cuestión más organizada, con cuidado, selectivo, tengo que ver que tengo que comer, nadie va a estar vigilando a Ernesto, yo soy el que tengo que cuidarme, lo que pueda hacer por mí, nadie lo va a hacer. El diabético se quiere engañar, toma algo y se va a escondidas se come un dulce.

T: ¿Cuál es alimento que más te gusta?

P: Pan de dulce, me mata y el chocolate. El cocol de ajonjolí es mi tormento.

T: ¿Qué sensación te da el comértelo?

P: A gusto, satisfecho, tranquilo, se que es contraproducente, es ahí donde caigo en eso de esconderme, en el saber que si me lo como me hará daño. Después de comerlo, logré hacer de las cosas que más me gusta. Ahora no siento satisfacción si me como el pan, se que me hace daño, que está mal.

T: ¿En la infancia qué recuerdo tienes, de que hiciste algo que estaba mal?

P: Mi vida fue en el campo, cuidando vacas, había que llevarles forraje para que comieran. En una ocasión, vi que había forraje en otro campo, que era pariente de nosotros y se me hizo fácil agarrarlo de ahí, no me vio mi papá sino se habría dado cuenta.

T: ¿Quién se hubiera enojado más?

P: Mi papá

T: Si la diabetes fuera uno de tus padres, ¿quién sería?

P: Mamá, fue más conciliadora, consentidora. Mi Papá, no perdonaba, era enérgico.

T: ¿Cómo tomabas esta manera de ser de tu papá?

P: Triste pero lo tomé de manera normal, se quedó huérfano, yo no le hacía caso. Tenía la idea de “Ya caminas, ya puedes hacer algo, ayuda, trabaja. Ya terminaste la primaria ayuda en el campo, nada de seguir estudiando”

T: ¿Qué sentías de esto?

P: Es injusto, porque no era tan grave.

T: ¿Qué relación hay entre tu papá y la diabetes?

P: En el acatar instrucciones, medirse en el comer, comer cosas que no, no obedecerle estar en riesgo, no hacerlo en tiempo. Tengo que hacerlo, de otra forma estoy mal, corriendo el riesgo. Obedezco o me va mal.

T: ¿Qué es lo que se está repitiendo?

P: Lo de la diabetes, para con mi papá, la diabetes pudiera ser conciliadora, si uno se mide, se concreta a lo que beneficia que uno se coma.

T: ¿La diabetes puede ser conciliadora o tú tienes que ser conciliador con ella?

P: No, no, uno porque la diabetes está ahí inamovible, si yo no capto sus instrucciones es contra mí

T: ¿En qué se parece la diabetes inamovible a papá?

P: Era así también, hacías las cosas como él quería, en el tiempo que él quería o el castigo era inmediato.

T: ¿Dices que era normal?

P: Aceptarlo y tratar de entender su actitud, su infancia fue difícil, muy áspera, se crió en un ambiente de trabajo. Mis últimos hermanos no padecieron, cuando crecimos trató de perdonar y olvidar. A fin de cuentas es el padre, mucho amor y cariño para él.

T: ¿Cómo te sientes de darte cuenta que papá se parece a la diabetes?

P: Mal,

T: ¿Mal cómo?

P: Triste, porque es una similitud que empata, no se puede cambiar, no se puede olvidar, ni cambiar la situación.

T: ¿Qué impresión tienes de lo que haz encontrado?

P: Vivir lo que tiene el momento hay que estar bien con todo el mundo, especialmente con la familia. Hoy y vivir hoy, a lo mejor no hay que pensar mucho en lo que viene, está uno ahorita y mañana quien sabe.

T: ¿Eso sería pensar conciliadoramente?

P: No, como de resignación de lo que tengo, de aceptación, es una enfermedad que no es curable, solamente es controlable.

T: ¿Qué te viene a recordar la diabetes ahora que no está papá?

P: Siempre está presente con esto, la diabetes no perdona y él no perdonaba.

T: ¿Si la diabetes no perdona, qué te debe perdonar papá?

P: Ya olvídate y como si no hubiera pasado nada, si él cometía un error no lo reconocía, él siempre tenía la razón, menos disculparse con un hijo, porque es papá y siempre va a ser papá. Tenía su forma de ver las cosas y no aceptaba sus errores, como todos lo hacemos

T: ¿Qué pensabas cuando tu papá te regañaba, que te hacía trabajar desde pequeño?

P: Yo creo que ni me quiere. Pero sólo era en los momentos difíciles y después se da uno cuenta de que no es tanto, no puede calificar uno de esa forma, porque si hay alguien a quien no se quiere no se le deja descansar ni a sol ni a sombra, a alguien que no se quiere siempre se le está molestando. Y no, él definitivamente no.

Dinámica de la Emoción que evita:

T: ¿Cuál es la emoción que más evitas sentir?

P: Llorar

T: ¿Qué emoción sería el llorar?

P: Sentirse triste, por alguna situación.

T: ¿En que lugar de tu cuerpo se encuentra esa tristeza?

P: En el corazón

T: ¿Cómo se manifiesta esa tristeza en tu corazón?

P: Es algo fuerte, por eso lo trato de **evitar**

T: ¿Si tu corazón estuviera de alguna manera, como una metáfora, cómo se encuentra tu corazón?

P: Adolorido, dañado, no puedo decir golpeado, sino deprimido.

T: ¿De qué manera lo tratas de evitar?

P: Que sea el tiempo más breve posible, para que se retire esa tristeza, no me gusta

T: ¿Cómo es que la retiras?

P: Haciendo llegar a mi mente otras cosas, pensamientos diferentes, agradables que me hagan olvidar esas cosas.

T: Fíjate como aparece un color que represente esa emoción, ¿Ya te diste cuenta qué color aparece?

P: Azul

T: ¿Qué impresión te da ese azul?

P: Sombrío, lleno de sombras, con un poco de oscuridad.

T: Si ese color azul lo pusieras en una metáfora, ¿como a qué te recuerda?

P: Cuando era niño y el caminar solo por las calles, por las noches en la oscuridad, me causaba miedo

T: ¿Qué hacías cuando eso sucedía?

P: Caminar rápido o correr, salir de esa situación a la brevedad.

T: ¿En qué se parece caminar rápido o correr, a pensar cosas agradables para evitar llorar?

P: La similitud puede ser en que de alguna forma rápida cambiar el escenario en ambas situaciones.

T: Toma una profunda respiración e imagínate una planta que represente esta emoción. ¿Ya te diste cuenta qué planta aparece?

P: Plantita que tiene una flor, se llama luz de día, durante el día abre su flor y en la noche la cierra

T: ¿Qué impresión te da esa platita?

P: Se asemeja mucho a lo que trataba de evitar, con la luz se cierra y con la oscuridad se abre, se asemeja a mis actitudes, a mi sentir.

T: Ahora representa con una postura corporal ese color sombrío lleno de oscuridad, como cuando caminabas solo en las noches.

P: Siento que así estoy menos expuesto.

T: Y con tus manos puestas sobre tu pecho, ¿qué impresión te da esa postura?

P: Postura de tratándome de proteger de lo malo que pueda suceder.

T: Si esta postura fuera un adjetivo, ¿cuál sería?

P: Miedo.

T: Si esta postura fuera una actitud, ¿cuál sería?

P: De protección, de alerta.

T: Toma una profunda respiración y fíjate cómo aparece esa planta luz de día, y represéntala con una postura corporal, préstale tu cuerpo. ¿Cómo te sientes de estar en esta postura?

P: Se asemeja a mis actitudes, a mis sentimientos.

T: ¿Cómo te sientes de estar con esta postura?

P: No es la más adecuada, me siento incómodo.

T: ¿Incómodo, cómo en qué situaciones te sientes así?

P: Como estar muy presionado.

T: ¿A qué se parece este estar muy presionado?

P: Como estar realizando un esfuerzo innecesario.

T: Si este esfuerzo innecesario tuviera una relación con el estar pensando en algo agradable para no sentir la tristeza, ¿qué similitud hay?

P: El tratar de evitarla.

T: Toma una profunda respiración y ahora toma la postura de la flor, cuando es luz de día, ¿cómo te sientes estando así?

P: **Relajado**, libre, posición sin esfuerzo, sin sentir presión de ningún tipo.

T: Ahora, toma una profunda respiración y fíjate como aparece un Animal, que representa esta emoción que evitas:

P: Cara de niño.

T: ¿Qué impresión te da este animal?

P: Miedo, asco.

T: Ahora toma una postura corporal que represente este cara de niño, ¿qué impresión te da esta postura?

P: Rechazo

T: ¿Cómo te sientes de estar en esta postura?

P: Incómodo

T: ¿A qué situaciones se parece esta postura, es como cuando qué?

P: Problemas que generan incomodidad.

T: Si esta postura, fuera una actitud ¿qué actitud sería?

P: Negativa.

T: Si está actitud Negativa, fuera una oportunidad frente a la vida, ¿cómo tomas las oportunidades estando con esta actitud negativa?

P: De rechazo, no es la mejor posición.

T: Rechazo, de andar evitando sentir la tristeza, ¿qué haces con tu tristeza que es tu oro molido?

P: Evitarla.

T: Evitarla pensando en cosas agradables, ¿verdad?

P: Sí, efectivamente, lo más rápido posible.

T: ¿Cuál es la ventaja ilógica de estar evitando la tristeza?

P: Querer seguir así en esa tristeza, sintiendo esa tristeza.

T: ¿Con esta actitud de rechazo, que vives, con esta actitud negativa, será casualidad que te sientas presionado en tu trabajo?

P: No, la presión en el trabajo no se deriva de mi actitud, sino de la cantidad de cosas que se generan.

T: Toma una profunda respiración, regresando lentamente a tu postura corporal y fíjate como en tu pantalla mental, aparece este color, la planta luz de día y este animal. Observa como estos tres elementos se van uniendo, se van fusionando para formar un cuarto elemento. ¿Ya te diste cuenta qué elemento aparece?

P: Un Jardín.

T: ¿Qué impresión te da este jardín?

P: Tranquilidad, luz, está bien cuidado.

T: Ahora fíjate, cómo este jardín quiere venir a quedarse en alguna parte de tu cuerpo, ¿ya te diste cuenta en qué parte de tu cuerpo se quiere quedar?

P: En mi espalda y mis pies, se cubre toda mi espalda con el jardín y es resistente. Mis pies los siento suaves.

T: Toma una profunda respiración y poco a poco vas abriendo tus ojos.

SESIÓN no. 2

T: ¿Cómo te haz sentido?

P: **Con Tranquilidad**

T: ¿Tranquilidad de qué?

P: De mi persona respecto de las **cargas** de trabajo, posiblemente ha coincidido el traqueteo del trabajo, pudo haber coincidido, creo que no es mera casualidad.

T: ¿Qué te tranquilizó de lo que pudiste ver?

P: El recordar a mi papá y a mi mamá, como vivía con ellos, la relación, la forma en como nos llevábamos. Siempre fue una buena relación.

T: ¿Dónde sientes la presión y la **pesadez del trabajo**?

P: Es pesado porque es un gran volumen de requerimientos, de solicitudes de diversas áreas, rebasa la capacidad que mi área puede tener para atender los requerimientos que ingresan.

T: ¿Qué es lo que menos te gusta de tu trabajo?

P: Hay una licitación, contratar los servicios de mantenimiento de oficina, es muy complicado, porque hay muchas empresas, hay mucha competencia. Se complican por que la definición exacta de los requerimientos del servicio, no la hacen bien definida, lo que hace que los participantes entiendan exactamente qué es lo que se quiere, qué es lo que se pide. Hay una junta de aclaraciones donde se aclaran las dudas, esto es lo más tedioso por el tiempo en ocasiones nos tardamos de 9 a 12 horas. Es complicado estar respondiendo todas las preguntas. **Siento que abarco más de lo que me corresponde, porque me presiono por los tiempos y que todo salga rápido.**

T: Si esta experiencia del trabajo lo pusieras en una metáfora ¿cuál sería?

P: Es como cuando niños, a mí no me gustaba que mi hermano abusara de mí en cuanto a deberes, porque después de ir a vender me ponía a ordeñar las vacas, hacía el coraje de mi vida y como era mayor que yo, no decía nada.

T: Y lo que más te agrada de tu trabajo. ¿Qué es?

P: Que todos los procedimientos salgan a tiempo y bien. Esto es tranquilizante hasta relajante, es satisfactorio.

T: Y puesto en una metáfora, ¿qué sería?

P: Es como mi deporte favorito, el básquetbol. Jugando me sentía muy satisfecho.

T: ¿Con qué hermano es con el que menos coincides?

P: Con el que es menor que yo. Desde mi punto de vista él estaba mal en muchas cosas. Siente que lo que hace está bien, él es muy rebelde.

T: Dame 5 sinónimos de rebelde:

P: Reticente, llevar la contra, negativo, respondón, agresivo, rezongón. El incluso quería competir conmigo hasta en lo físico. Pero la naturaleza mide bien las cosas, nadie puede ser más de lo que se le adjudica. Y un menor nunca puede pegarle a un mayor o ganarle.

T: ¿Cómo es la relación con tus hermanos?

P: Los dos hermanos más grandes no se llevan bien, siendo que ellos deberían de fomentar la familia y poner el ejemplo.

T: ¿Quién pone el ejemplo?

P: Creo que yo, soy el súper sándwich, se unen más conmigo, mi opinión pesa sobre las opiniones de los demás, creo que soy el más equilibrado, el más justo. Incluso para ver los servicios de los terrenos que tenemos como el medir los terrenos me lo encargan a mí. Siempre me consultan para hacer algo en familia. Hasta en el trabajo me pasa así con los trabajadores que están a mi cargo, termino haciendo o corrigiendo su trabajo y soy el sándwich entre ellos y entre mis jefes que me piden el trabajo bien hecho.

T: ¿Con qué hermano coincides mejor?

P: Con el menor; es muy hogareño, es centrado, es cariñoso con sus hijos y su esposa.

T: ¿Se parecen en algo tu hermano menor a tu papá?

P: He visto que es el que más se parece físicamente a mi papá, se parece hasta como camina. En el carácter también se parecen, mi hermano es muy rebelde y enojón.

SESIÓN no. 3

T: Nos comentabas que te gusta el básquetbol, ¿cuál es la posición que juegas generalmente?

P: Poste.

T: ¿De qué se encarga el poste?

P: Defienden en los rebotes, recuperar y empezar a mover. A veces también jugaba de centro.

T: ¿Cuando juegas de centro qué es lo que haces?

P: Es **pesado jugar de centro**. Siempre preferí jugar de poste, no sobre sales tanto. El centro debe ser **sociable, que comprende a las personas, compañerismo, comprensible**.

T: Cuando jugabas, qué posición preferías de poste o de centro:

P: Poste, jugaba de centro cuando me lo designaban, no sobresales tanto como poste. El centro es quien en los ataques es el que más terreno cubre, vértice más amplio de movimiento, para el ataque. Es más cansado. El centro es habilidoso, rápido, visión, decisión. Coordinar al equipo. Más responsabilidad e importancia, hay mucha dependencia hacia él. Sobresales.

T: En un juego de básquetbol, ¿Cuál es el objeto principal?

P: La pelota es el objeto principal, el punto central, quien tiene la pelota es el que controla el juego, es el arma que te puede permitir ganar y es un puno que desequilibra.

T: ¿Dentro de tu familia cuál es el punto central?

P: La comunicación ayuda a la buena convivencia, las normas aceptadas por todos, reglas validadas por mi esposa y yo. Como centro de atención es importante dar dinero, si no hay respaldo económico, se hecha a perder el respeto.

T: ¿Qué se te ocurre que pasaría si no se respetaran las normas?

P: Agresión verbal y hasta física. Los que dan el sustento llegan a pensar ¿de dónde agarro más? No me alcanza.

T: ¿Qué posición juegas con tu familia?

P: Por lo regular tengo que jugar como “poste”, cuando mi esposa tiene más contacto con los hijos, les da más directrices de actuación, luego me reclama, “tú no te quieres contrapuntear con los muchachos” para que les marque la línea de actuación, entonces, es cuando yo ya actúo.

T: ¿En la historia clínica, hay una parte en donde comentas que te preocupa el pagar la escuela de tu hija, que te presiona. Con esto qué posición juegas en tu familia?

P: En los problemas económicos, soy “centro”, no me gusta la posición pero tienes que jugarla y lo asumo. Cuando esto sucede mi esposa dice “yo no me meto”. Es una posición muy pesada, hay que medirle bien a todo, de dónde se va a obtener, no me gusta jugarla por naturaleza, no quiero sorpresas de que no cumpla.

T: ¿Y qué posición juegas en tu trabajo?

P: Centro.

T: Hace rato comentabas, que al poste se le tiene que cuidar. Dame cinco sinónimos tuyos no de diccionario de cuidar:

P: Cuidar, vigilar, supervisado, fiscalizado, darle seguimiento a su actuación.

T: ¿Esto se parece a lo que comentabas hace un momento de que no delegas responsabilidades porque son flojos los trabajadores; y para evitar que te regañen o te llaman la atención a ti. En qué se parece a sentirte cuidado?

P: No es que no delegue, lo hago con ciertas personas no en todo mundo puedes confiar, son parte del equipo pero no son útiles, el gobierno siempre los trató como insignificantes.

T: ¿Qué evita el no delegar responsabilidades?

P: Que los hijos se establezcan con solidez, que terminen de estudiar y trabajen.

T: ¿Qué evita que se desarrolle adecuadamente el trabajo?

P: El que no haya problemas, cumplir con el objetivo.

T: ¿Qué te causa el desarrollar adecuadamente tu trabajo?

P: Satisfacción y gusto logrado cumplir con éxito la meta.

T: ¿Sería como encestar?

P: Sí.

T: ¿Qué sientes cuando no se logra encestar, o cuando encesta el otro equipo?

P: **Tristeza.**

T: ¿Cuando eras niño, para que no hubiera golpes qué tenías que hacer?

P: Cumplir lo que mandaba Papá.

T: ¿En qué se parece el vigilar al centro, cumplir con el respaldo económico en la familia; en tu trabajo, cumplir para que no hayan llamadas de atención, seguir la dieta de la diabetes, a que cumplieras lo que papá te mandaba para que no fueras regañado?

P: Es lo mismo.

T: ¿Qué sientes de que siempre juegues de centro aunque no te guste, qué impresión te da?

P: Siempre la jugué de manera impuesta. A lo mejor no me identifiqué desde siempre con esa posición, siempre tuve la idea de que no podía ser el eje de algo,

no debo no quiero ser centro, siempre la he tratando de evadir. Yo sentí que no era el eje central.

T: ¿Qué ventaja loca tiene el jugar siempre de manera impuesta?

P: Tener el dominio, el control y la iniciativa en lo que se tiene que hacer. Poder de decisión.

T: ¿Qué siente un centro de que va y le consulta al poste para tomar una decisión?

P: No es algo denigrante, ni que mengue el poder, una consulta puede reforzar la decisión que tome el centro, puede ser una mejor decisión. Tal vez sí rechazo un poco el tomar la decisión, pero cuando lo tengo que hacer, lo hago.

T: ¿A fin de cuentas qué gana el centro?

P: Gana la satisfacción de hacer las cosas bien, reconocimiento de los integrantes como del público en general. Lo más importante es el reconocimiento.

T: ¿Cuando eras niño obtenías algún reconocimiento de papá?

P: No, era Bien y ya, era una manera de reconocer, ok, ya. Implícito ahí. Era tu obligación. No esperaba reconocimiento, dependía de la misma actitud de los papás. Revisaba si estaba bien y si no lo hacías bien, oye qué **porquerías!** Nunca esperabas un ¡jorra! o un festejo.

T: Nunca esperé

P: Nunca esperé un festejo.

T: ¿Cómo eres con tus hijos, qué les haces para festejarlos?

P: Un apapacho, un abrazo.

T: ¿Te hubiera gustado que papá te apapachara o te abrazara?

P: Sí, cómo no, es una experiencia que a lo mejor te deja recuerdos más firmes y definidos de tus papás, como nunca lo tuve.

SESIÓN no. 4 y 5

T: ¿Cuáles son los alimentos que más te gustan?

P: El pan dulce y el chocolate.

T: Dame sinónimos tuyos no de diccionario del pan de dulce y del chocolate:

P: Pan de dulce, Rojo - emoción- feliz, alegre. Chocolate, gusto, felicidad.

T: Dices que los diabéticos comen por ansiedad, ¿Eso es lo que hace que coman más?

P: La **ansiedad es por la insatisfacción**, como si algo no estuviera completo, como que faltara, muchas personas, afortunadamente no es mi caso, se esconden para comerse las cosas dulces.

T: Explícame en una metáfora esa insatisfacción:

P: Iniciar un trabajo y no concluirlo, quedarse a cierta etapa y no terminarlo. **Sería frustrante, como iniciar algo y no terminarlo.**

T: Dame sinónimos tuyos de trabajo:

P: Trabajo, amarillo, satisfacción, felicidad, muy deprimente no hacer nada, trabajo, chamba, actividad, labor

T: ¿Qué sería lo contrario al trabajo?

P: La holgazanería, inactividad, no desarrollar.

T: ¿Cuál sería la ventaja más ilógica de tener diabetes?

P: Si en la familia había un poco de olvido de mi persona, a lo mejor con eso hay más atención, están más al pendiente de mí, hay más vigilancia. Esto es para beneficio mío, más dirigidos los focos hacia la persona con esa enfermedad. Supervisan que no comas cosas que no te hacen daño. Aprendemos a comer lo que realmente nos alimenta.

T: ¿Si comerte un chocolate te da alegría. Qué aprenden a comer los diabéticos, que realmente los alimenta?

P: Las grasas, la carne, el azúcar. Físicamente no estamos adaptados para comer carne.

T: ¿Qué les hace falta a los diabéticos si se comen lo dulce a escondidas, las cosas dulces, la alegría?

P: Falta conciencia de uno mismo. Convencerse de lo que uno hace es malo.

T: ¿Qué ocurre en el organismo si me como un pan de dulce que es felicidad?

P: Afecta todos los órganos del cuerpo, los daña, los deteriora.

T: ¿Podemos decir que lo que es alegre daña al organismo?

P: La consecuencia es el daño que uno se hace.

T: La alegría y la felicidad es contrario de:

P: Tristeza y la infelicidad.

T: ¿Como la ansiedad?

P: Sí.

T: ¿Podemos decir que el cuerpo está triste?

P: Exacto, la ansiedad que uno tiene como persona se convierte en tristeza físicamente.

T: Cuando un paciente va al baño a orinar, ¿Qué es lo que está mal?

P: Tiene signos de glucosa, de azúcar.

T: Si lo dulce tuviera un color cuál sería, dame sinónimos de lo dulce:

P: Dulce, blanco, alegría, es que todo va para allá.

T: Todos lo alimentos de los que hemos hablado tienen felicidad. ¿Como tratamiento a la tristeza qué recomendarías?

P: Alegría, felicidad, siempre y cuando sea en proporción necesaria para sentirse bien, porque el exceso es malo.

T: ¿La insatisfacción hace que uno se exceda?

P: Sí, porque tú sientes que falta algo y sólo es la sensación.

T: Dilo en primera persona:

P: Sí, siento que algo falta y sólo es la sensación. Mi cuerpo piensa que falta pero yo no.

T: ¿Entonces el cuerpo miente?

P: No. La mente me puede decir si te falta algo cómetelo, aún cuando el cuerpo esté satisfecho, lógico afecto mi cuerpo al darle más de lo que realmente necesita. Como un alcohólico, estás conciente de que te hará daño, pero lo haces.

T: ¿Un alcohólico que buscará a través del alcohol?

P: Felicidad, que no es real.

T: ¿El alcohol da la felicidad?

P: No.

T: ¿Qué da la felicidad?

P: El dinero, el que un hijo esté bien, cuando nacieron.

T: La **insatisfacción hace que se busque comida alegre**, ¿Qué hace una persona al excederse al comer cosas alegres y felices, qué busca?

P: Satisfacción, pero si esa satisfacción es con los alimentos, que son dañinos, es una satisfacción negativa, que va a menguar la salud.

T: Dices que el cuerpo no miente, que la mente te dice que te hace falta. ¿Nos engaña la mente?

P: No, nos impulsa a hacer actividades. Es la caja de instrucciones que no se pueden dominar y decidir la mejor.

T: Dices que la gente diabética es más delgado y su piel también, esto qué provoca:

P: Estar más sensible, siento más las cosas calientes, fácilmente siento lo frío.

T: ¿Qué invitación te estaría dando tu cuerpo?

P: Tomar precauciones necesarias, para mejorar eso, reducir esa situación en que uno se encuentra, de la diabetes que es irreversible, nunca será posible que regrese a ser como fui.

T: ¿Cómo se le llama a este sentido, qué hace?

P: Tacto. Siente, envía señales al cerebro para identificar objetos, sentir su textura.

T: Cuando alguien toca algo suave, ¿cómo se sentirá?

P: Algo que no te puede dañar, te puede proteger como un suéter.

T: ¿Qué es lo que más te gusta tocar?

P: Las plantas.

T: ¿Físicamente cómo sería la tristeza?

P: Una planta que no le ponen agua, algo que está apachurrado, deprimido, algo que no tiene libertad, oprimido.

T: Supongamos que así tengo una planta sin agua, la dejé así por 20 años, qué le pasaría:

P: Se acaba

T: ¿Qué le pasó a esa **tristeza-planta**?

P: Se **descuidó**, no se le dieron los elementos que necesitaba para que estuviera bien, no estuvo en el ambiente adecuado.

T: ¿La planta se parecerá al cuerpo de un diabético?

P: Yo creo que sí.

T: Si después de varios años, le pongo agua

P: Imposible darle vida a algo que ya murió, no se le puede regresar a la vida.

T: ¿Si la agarramos antes de que se muera?

P: A lo mejor con cuidados puede retoñar, así en mí yo tengo que ver para que tenga el mejor nivel de vida, tomando en cuenta que no debo tomar esto, hacer esto.

T: ¿Se puede regenerar la planta?

P: Sí, regenerarse, recuperarse, volver a tener algo

T: ¿Si la planta es parecida al cuerpo del diabético, físicamente el cuerpo está oprimido, reprimido, está apachurrado, entonces el cuerpo está triste?

P: Sí.

T: ¿Qué busca a través del chocolate y el pan dulce?

P: El cuerpo recibe el afecto.

T: ¿Qué busca la tristeza?

P: Acabar conmigo

T: ¿Y la alegría?

P: Reconforte.

T: ¿Un diabético asimila la alegría?

P: Sí.

T: ¿Una planta siente?

P: Yo creo que sí.

T: ¿Quién es el encargado de darle las atenciones?

P: El **propietario**.

T: ¿Con qué frecuencia se le tienen que dar las atenciones?

P: Por lo menos cada tercer día regarla, quitarle lo que se le va secado

T: ¿En tu caso, quién no te dio atención y te descuidó en tu infancia?

P: No creo que no me hayan cuidado, que no me hayan puesto atención. El descuido fue posterior y de mí parte, el no practicar deporte, subir de peso. Yo no tuve el cuidado.

T: ¿Y por qué no te cuidabas?

P: Por los malos hábitos que se van adquiriendo. No se tuvo la precaución de comer lo necesario. El excederme me afectó. El estar mal nutrido es malo, el excederse es malo, lo más adecuado es una medianía.

T: Habíamos visto que papá se imponía con regaños, ¿qué te hace sentir que él no te escuchara?

P: Un poco de tristeza, desesperanza. Era, Yo soy el papá y ustedes obedecen, creía que era la mejor posición que podía adoptar.

T: ¿Qué te hubiera gustado de papá?

P: Ser más abierto, escucharme.

T: ¿Hay algo que te hubiera gustado decirle a papá?

P: Que lo quería mucho, a lo mejor por la actitud que tenía no se presentaba la oportunidad.

T: Si el cuerpo no miente, tampoco la planta de la que hablábamos, y dices que eres alegre. ¿Entonces qué pasa, si tu cuerpo hablara qué diría?

P: Estás mintiendo.

T: ¿Tú dices una cosas y tu cuerpo otra? ¿A través de esta forma de ser, será que ocultas la tristeza?

P: Pudiera ser que yo trato de no estar triste. Mentalmente trato de ocultar para olvidar.

T: ¿Para qué te escondes?

P: Para que estos focos de control no te digan estás haciendo algo malo.

T: ¿Por qué te escondes para comerte las cosas tristes, qué estás evitando?

P: El que se evidencié que estás haciendo cosas que no debes hacer.

T: ¿Por qué tu cuerpo lo manifiesta y tu no? ¿Cómo engañas a los demás para decir que estás bien?

P: Evitando verme triste

T: ¿Cómo se manifiestan en ti estas cosas tristes?

P: Haciendo daño a mi cuerpo

T: ¿Te cae algún 20'?

P: Hay que abrirse a todo, en beneficio de uno mismo.

T: Si a nosotros nos dices que todo es feliz y tu cuerpo dice que no, ¿De qué manera te engañas?

P: No creo que haya una totalidad, a lo mejor ciertas cosas no las comento con nadie, que yo creo que es uno de los puntos que me afectan.

T: ¿Así te engañas?

P: No contando la verdad.

En la primera sesión que tuvimos con el paciente, se puede apreciar, cómo hablaba de manera **impersonal**, con esto nos dimos cuenta de que no era consciente totalmente de su problemática, esto es que no la asumía como tal. Para ello un ejercicio importante era el hecho, de que repitiera las cosas en

primera persona, para que comenzara a asumirlas como propias. Se realizó una dinámica en la que trasladó la emoción que comúnmente evita sentir; en un animal, en una planta y en un color. Lo anterior fue de utilidad logrando que se maximizara la expresión de la emoción, que fue la **tristeza**. Logrando así que comenzara a hacer contacto con ella, por medio de estos tres planos. También dentro en este primer trabajo se puede apreciar que se utilizó la técnica gestáltica de terminar la expresión, consiguiendo que se cerrara el ciclo y no quedara nuevamente frenada la experiencia; el momento en el que esto se lleva a cabo es cuando el paciente dice *¡uy!* Y se le pide que exprese, qué trató de decir ese sonido, lo que pudo expresar de manera directa fue: *Uy!, ya estoy casi, casi eliminado, al borde de la tumba, diabético*. Desde esta consulta se puede apreciar la relación que existe entre la diabetes, su papá y el sujeto.

Cabe mencionar que cuando se inició el tratamiento se le pidió a la persona que se tomará un estudio de nivel de glucosa para llevar un registro a lo largo de las sesiones. El nivel registrado al comenzar la intervención fue de 149 mg/dL.

Durante la segunda consulta comenzamos a explorar sobre su trabajo, el cual es como un problema para él, debido a la carga y a la pesadez que representa. Debido a que **abarca más** de lo que le corresponde, a que se presiona por el tiempo de entrega del trabajo y a que sea de manera **rápida**. Esto podemos apreciarlo como parte de su patrón en las pruebas psicológicas que se le realizaron. También se puede apreciar cuál es la parte de él que permanece en la sombra, al describir a uno de sus hermanos con el que considera no se lleva bien, lo que representa este hermano para Ernesto, es parte de su patrón sano y de lo que necesita alcanzar por medio de su trabajo terapéutico, pero de una manera más sana para él.

La tercera intervención, nos sirvió para explorar sobre lo que le llama la atención del básquetbol que es su deporte favorito, entonces se trabajó sobre eso. Para el paciente es pesado jugar en la **posición de centro**, sin embargo es la posición con la que juega en la vida, en su empleo, siendo el respaldo económico

en casa, cumpliendo con su trabajo aunque abarque más de lo debido, fue también la posición que jugó desde pequeño para **evitar los regaños**. Con esta sesión se puede apreciar, que mientras se evalúa, mientras se obtienen datos del paciente, se va trabajando también con él y comienza a darse cuenta de las cosas que suceden en su vida. De este patrón de vida, que el paciente siempre ha jugado, el motor es el reconocimiento, que no obtuvo de pequeño.

Las sesiones 4 y 5, fueron largas y como el tema de trabajo fue el mismo, las tomamos en cuenta juntas, como si fueran una sola sesión. Continuando con la metáfora de la enfermedad diabetes, exploramos lo que lo dulce es para el paciente, que tiene que ver con la alegría. Esta sesión fue algo complicada para los terapeutas y el paciente. Notamos que aún no estaba listo, pues no quería darse cuenta del tema que estábamos trabajando. Entonces fue necesario el desplazar la metáfora de lo dulce hacia una planta. Lo que resultó de esto fue muy bueno, ya que el paciente se percató de que **evita la tristeza** y es necesario que en él exista una apertura hacia el tema de lo **dulce y lo triste en su vida**.

SEGUNDA ETAPA DEL TRATAMIENTO

Nuevamente se le pidió al paciente que nos entregará un reporte de su nivel de glucosa, el registro dio como resultado 132 mg/dL (se puede consultar en la gráfica). Las sesiones que se registraron dentro de este rango de glucosa fueron la 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

En este segundo bloque comenzamos a indagar sobre lo que le presiona al paciente que tiene que ver con su carga de trabajo, además de que se comenzó a tratar más a fondo la tristeza que él siente. Se hizo también trabajo corporal para que contactara la emoción. Otro tema que se trató fue el lugar que ocupa en su familia, cómo se siente respecto a su función, etc. Se trabajó también las ganancias secundarias de su manera de acceder a las cosas, hablamos de su necesidad de reconocimiento. Notamos que prefiere no delegar responsabilidades. Revisamos su falta de tomar decisiones, le es preferible no ser asertivo.

Un tema de relevancia resultó ser el tema de la contaminación en su cuerpo, de acuerdo con su fenomenología es exceso de basura, se logró ver que es tanto coraje hacia su padre, tristeza por lo que éste hacía, tristeza que se fue acumulando con el paso de los años. Se hizo presente la importancia de que la vaya desechando para irse liberando, para poderse dar alegría.

De igual forma se trabajaron las partes que dejó inconclusas en la Historia Clínica. En estos momentos comienza a darse cuenta de muchas situaciones de su pasado, de cómo en su presente endulza su tristeza. Los terapeutas junto con el paciente nos damos cuenta de que la diabetes resulta ser un buen pretexto para prohibirse la alegría que le fue negada en su infancia, pues desde pequeño empezó a trabajar. El sujeto logra hacerles un reclamo a sus padres y comienza su proceso de autoliberación.

Es importante señalar que en esta etapa del tratamiento logra registrar un nivel de glucosa de 110 mg/dL. Es una prueba que se hace en su trabajo debido a un chequeo rutinario. Fue a partir de la sesión séptima.

SESIÓN no. 6

T: ¿Qué es lo que no comentas con tu familia?

P: No comento cosas problemáticas de mi trabajo, dificultades. Me tienen muy **presionado** y no lo comento.

T: ¿Sería no comentarles que te sientes cómo?

P: **Presionado**, por ejemplo me piden cosas, dinero, no les digo, no tengo dinero. Después veo como y lo pago.

T: ¿Esta situación cómo te hace sentir?

P: Me preocupa, **no puedo decirles “No”**. A futuro se que voy a tener presión y problemas. Muy pocas cosas les digo “No”.

T: ¿Alguna vez ha habido un lugar al que no quieras ir, que te digan tu esposa e hijos y digas que sí?

P: Sí, como cuando vamos al mercado, a la tintorería, situaciones en las que mi esposa puede ir sola.

T: ¿Qué te gustaría decirle?

P: Ve sola.

T: ¿Qué crees que pasaría si le dijeras ve sola?

P: Nada, pero se incomodaría, ella dice ¡ahora que le pido que me acompañe no quiere ir!

T: ¿Si te pusieran un adjetivo calificativo, de tu actitud, cuál crees que sería?

P: mmm... eres un ingrato, una mala persona. A veces han visto que me llaman cuando estoy aquí con ustedes para decirme, ¿qué paso ya terminaste?, aunque no quieran nada, me presionan para que esté en casa con ellos.

T: ¿Qué te gustaría hacer para ti, si no salieras con tu esposa?

P: Leer, ver fútbol. Ir a hacer ejercicio.

T: ¿Estas cosas cómo te hacen sentir?

P: **Tranquilo.**

T: ¿Cómo te hace sentir el acompañar a la tintorería a tu esposa sin quererlo?

P: A lo mejor me hace sentirme **resignado.**

T: ¿Si el ser resignado tuviera una emoción cuál sería?

P: **Tristeza.**

T: Vamos a trabajar con el alcatraz de la sesión pasada. Cierra tus ojos, toma una profunda respiración. Ahora imagínate ese alcatraz con el cual trabajamos. Ese alcatraz que está oprimido, descuidado, que no tiene atención del propietario. Ahora quiero que con una postura corporal me dejes ver ese alcatraz a través de ti. Exagera la postura y préstale tu voz.

¿Alcatraz, cómo te sientes de vivir oprimido, apachurrado, sin atención del propietario?

P: Mal.

T: ¿Mal, cómo?

P: Es incómodo, mal, no es cómodo ni para respirar.

T: ¿Cómo te sientes estando así sin poder respirar e incómodo, así como estás viviendo?

P: **Tristeza**, es algo difícil.

T: Oye alcastraz Ernesto ¿en qué situaciones te haz sentido así, reprimido, incómodo?

P: En la **atención, a la familia y al trabajo**.

T: ¿Sería como todo lo que nos platicaste hace un momento, de que estás en un lugar en el no quieres estar, haciendo lo que los demás quieren, no lo que tú quieres hacer?

P: Sí.

T: ¿Alcastraz Ernesto, en qué parte de tu cuerpo sientes esta tristeza?

P: En el abdomen, en mi estómago.

T: ¿Qué le notas a tu estómago, a tu abdomen, cómo están?

P: **Oprimido**.

T: ¿Si esta sensación tuviera un color cuál sería?

P: **Negro**.

T: ¿Si tuviera una textura, cuál sería?

P: **Áspero**.

T: ¿Si tuviera una temperatura, cuál sería?

P: **Frío**.

T: ¿Cómo estuvo el trabajo ese día?

P: Lo pendiente de los días anteriores.

T: ¿Cómo estabas en los días anteriores?

P: Con **presión**.

T: ¿A alguien le comentaste que te sentías presionado?

P: No.

T: ¿Por qué situaciones estabas presionado?

P: La carga de trabajo, demasiados asuntos a la vez, varios sin resolver.

T: ¿En tu casa cómo estabas?

P: Bien.

T: Como siempre no.....¿Pediste ayuda, delegaste responsabilidades?

P: Sí, sí. Pero me cuesta trabajo.

T: Y me cuesta trabajo.

P: Y me cuesta trabajo delegar responsabilidades, el personal es muy, muy flojo, pocos se pueden considerar apoyo.

T: ¿En casa no comentaste que estabas presionado?

P: No, no les comento ese tipo de cosas.

T: ¿Y tú si andas presionado, no? No comentas, andas con presión, con dolor de estómago. Pero llegas a tu casa y estás bien.

P: Aparentemente, doy la apariencia, lo demuestro.

T: Oye alcatraz. ¿Tu puedes ver muchas cosas que Ernesto no puede ver, que no quiere ver. Cuando Ernesto no delega responsabilidades en su trabajo; se parece la situación a cuando no le dice a su esposa, ve tu sola quiero ver televisión?

P: Sí, por supuesto. Ahí está la situación de no comentar, de no decir.

T: ¿Tú cómo ves lo que anda haciendo Ernesto?

P: Mal, no está bien.

T: ¿A qué se dedica Ernesto si no comenta sus cosas, si no expresa que se siente presionado, que siempre es incondicional?

P: A no comentar asuntos que tienen que ver conmigo, con mi esposa e hijos.

T: ¿Qué impresión te da alcatraz de lo que se hace Ernesto, de callarse, de no comentar?

P: Debería desahogar, debería comentar. Debería Delegar en cuestiones de trabajo.

T: Si esta postura fuera una actitud frente a la vida, ¿cuál sería?

P: Actitud negativa, de tristeza, de soledad, de sombra.

T: ¿Con esta actitud cómo tomas las oportunidades?

P: No se toman.

T: Repítelo en primera persona.

P: No las tomo, las dejo pasar, pierdo oportunidad.

T: Alcatraz, tú te das cuenta de muchas cosas. ¿Qué ventaja loca tiene ser incondicional, el no comentar que estás presionado?

P: A lo mejor, satisfacción de poder atender a terceros.

T: Alcatraz tú que te das cuenta de todo. ¿Con qué cara ven a Ernesto los demás cuando les hace sus cosas, como si fuera quién?

P: Como loco, como sobreprotector.

T: ¿Sobreprotector, qué crees que le das a tu familia para que quieran que estés en tu casa?

P: Como seguridad.

T: ¿Cómo te sientes de darles seguridad, de ser sobreprotector?

P: Cumplido, trabajador, comprometido.

T: El ser cumplido, trabajador, ¿se parece a cuando el jugador “centro” gana el reconocimiento de todos?

P: Sí, la misma intención.

T: Te acuerdas que el jugador centro ganaba el reconocimiento de los demás. ¿Qué ventaja tiene el ser cumplido, trabajador, comprometido e incondicional?

P: El mismo, no.

T: ¿Cuál?

P: El reconocimiento de las personas que están alrededor.

T: Ya te diste cuenta, ¿qué ventaja tiene el ser siempre incondicional?

P: Sí, el **reconocimiento**, el que terceros reconozcan.

T: Esos terceros por todos lados aparecen, ¿que terceros reconozcan, qué?

P: Que soy responsable, trabajador, cumplidor.

T: Recuerdo que para que papá no te regañara, cumplías con todo el trabajo que te dejaba aunque sólo fueras un niño. Decías que eran tareas **injustas** para un niño. ¿Un niño qué debería de andar haciendo en vez de trabajar?

P: Aprender a través del juego.

T: Jugar, verdad, en vez de trabajar. ¿Desde cuándo siempre haz sido cumplido?

P: Desde que tengo memoria siempre he sido así, con todo mundo.

T: ¿Cuál es la ventaja de ser así de comprometido?

P: El reconocimiento.

T: ¿Cuál es el costo que haz pagado por este reconocimiento?

P: Muy alto, incluso injusto.

T: Alcatraz, dile tres verdades que nadie se ha atrevido a decirle a Ernesto, tres verdades que todo el mundo sabe y nadie se atreve a decirle:

P: No es justo el estar así oprimido, porque esto se puede resolver decidiéndote a un cambio.

T: Dale tres consejos a Ernesto de cómo puede hacer estos cambios:

P: Tienes que delegar trabajo, los problemas que te aquejan tienes que comentarlos, no quedarte con ellos. Cuando sea necesario decir no y sí. Fíjate más en ti, porque esa actitud es dañina para tu cuerpo y para ti. Preocúpate por ti.

T: Ahora dale las gracias a este alcatraz, que te dejó ver tantas cosas:

P: Gracias por haberme dejado ver las verdades, ojalá pudiera seguir contando con esos consejos.

T: Toma una profunda respiración y poco a poco vete incorporando. Fíjate como ahora aparece en tu pantalla mental una flor que es totalmente lo contrario a este alcatraz. ¿Ya te diste cuenta qué aparece?

P: Sí, es un clavel.

T: ¿Qué impresión te da este clavel?

P: Es **rebosante**.

T: Si ese clavel tuviera una emoción, ¿cuál sería?

P: **Alegría**.

T: Si tuviera un color:

P: **Blanco**.

T: ¿Qué impresión te da este blanco?

P: Luz, **claridad**, brillo, resplandece. Está **erguido**.

T: Ahora préstale tu cuerpo a este clavel y tu voz. ¿Cómo te sientes estando así en esta postura?

P: Erguido, **libre**.

T: ¿Así como estás te sientes incómodo?

P: No

T: ¿Te sientes triste, apachurrado?. ¿Cómo estás?

P: Sensación de libertad completa. Siento paz, armonía.

T: ¿En qué parte de tu cuerpo sientes esta paz?

P: En mi pecho, en el estómago

T: ¿Qué le notas ahora a tu estómago?

P: No está oprimido.

T: Oye clavel tú también te das cuenta de muchas cosas. ¿Qué consejo le darías a Ernesto de su forma de vida?

P: Que tome la actitud de libertad, que trate de... que resplandezca

T: Clavel, dile a Ernesto en riesgo de qué está si sigue viviendo de esta manera:

P: Algo que esto te puede ocasionar el estar viviendo de esta forma, enfermedades, una que ya tienes, la Diabetes, te puede ocasionar algo más serio y complicado.

T: Hazle una advertencia de seguir siendo incondicional para todos, aparte de enfermarse. No sé si te sirva pero para mí sería como **dejar de vivir para ti:**

P: Limitarte, restringirte. No sentirte realizado, libre.

T: ¿Qué otro conejo le darías clavel para que Ernesto resplandezca?

P: Haciendo las cosas para ti, sin sentirte egoísta, vas a poder brillar y sentirte libre, satisfecho, feliz. Tomarme en cuenta, los consejos que son para beneficiarme.

T: Toma una profunda respiración e incorpórate poco a poco. Ahora fíjate como en tu pantalla mental aparecen estos dos símbolos, el alcatraz y el clavel, para unirse, para fusionarse en un tercer elemento. ¿Ya te diste cuenta qué surge de estos dos símbolos?

P: Es un árbol más fuerte, es un ahuejote.

T: ¿Qué impresión te da este árbol?

P: **Fuerza y energía.**

T: Ahora fíjate como este árbol, se quiere venir a quedar en alguna parte de tu cuerpo. ¿Ya te diste cuenta en qué parte de tu cuerpo se quiere venir a quedar?

P: En mi tronco y mi espalda.

SESIÓN no. 7 y 8

T: ¿Qué hiciste esta semana?

P: Mi esposa pensó como que estaba enojado, como que su reacción fue de tratarme como enojado, incluso llegamos a hablar por algunas de mis actitudes o incluso de mis decisiones. Para poder definir exactamente en que sí y en que no estaba de acuerdo en algunos aspectos de la relación cotidiana.

Inclusive en la oficina delegué y mande más situaciones al personal, responsabilizarlo, estamos en ese proceso incluso hasta mi escritorio se ve más limpio, creo que tenía muchas cositas en desorden. En el trabajo como casi no tengo contacto con el personal, no he visto las reacciones directas, pero estas personas creo que son insensibles a todo como son gente sindicalizada, dicen: “ya

me dio esto lo voy a hacer”, pero sólo en su horario de trabajo, no trabajan más, tratan de no hacer nada fuera de su horario y se retiran en su horario, sin que hayan terminado. Solamente los que somos de confianza a manos limpias normalmente trabajamos más tiempo que el horario, no hay un horario establecido, según trabajamos de 9 a 6, pero siempre sale un problema.

T: ¿Cómo te sentiste delegando responsabilidades?

P: Bien. Se da uno cuenta que uno no confía al 100% en las personas.

T: Dilo en primera persona.

P: No confío en las personas, por como son y por como actúan, no le toman mucha importancia a lo que se les encomienda y confía, pese a que se les dice esto urge, la mayoría es floja. Y en la cuestión personal, siento que notaron un cambio en mí, no sé si para bien o para mal de ellos, pensaban que estaba enojado o que tenía molestia, mi hijo me lo preguntó

Mi actitud con mi familia es como de mucha confianza y mucha broma, siempre les estoy jugando bromas, por lo regular es mi forma de actuar con ellos. Cuando platicamos esto, al tomar otra actitud ya no tomaba las cuestiones de la broma tan directa o tomaba la actitud de decidir alguna cosa de decir si o no o tomaba la actitud de broma, de vacilar con todos, es así mi forma de ser. Creo que si es necesario cambiar la actitud para hacer esas cosas porque sería contrapunteado decidir algo y tomar una actitud diferente, no sería congruente.

T: ¿Qué adjetivo le pondrías a cuando vacilas al tomar una decisión?

P: Al vacilar como que **no me tomaban en cuenta**, como que no era en serio y ahora si es en serio o más **firme**.

T: ¿Qué ventaja tenía el ser bromista y vacilarlos?

P: No sé si pueda disminuir la confianza y el acercamiento es menos con esta decisión.

T: Danos un ejemplo de esto:

P: Normalmente yo pago las tarjetas de crédito, el gas, la luz y a partir de que comencé a decir qué si y qué no, hay una actitud de seriedad. El mes pasado, fuimos a comprar ropa a una de mis hijas y me sorprendió que mi esposa dijera yo pago. Nunca, nunca, había dicho yo pago. Eso lo percibí como si hubiera una molestia porque comencé a cuestionar muchas cosas a las cuales antes accedía. Tal vez quiso tomar más participación en los gastos. Creo que pagó porque le van a dar un bono en el trabajo y ya se lo está gastando.

T: ¿Qué decisiones haz tomado con tus hijos con la actitud de seriedad?

P: Siempre se acataba la orden, pero quizá no tan inmediato y ahora sí, inmediatamente si se hace lo que pido. Regresando a los gastos cuando cuestioné qué se iba a comprar para ver si era necesario, cuando los cuestiono, toman la decisión de comprarlo ellos, sin decirme a mí. A veces iba con ellos a comprar las cosas aunque tuviera cosas pendientes del trabajo y cuando regresaba me presionaba mucho por acabarlas, luego no terminaba o me quedaba toda la noche haciendo mis cosas.

T: ¿Entonces haz cuestionado. Y haz dicho directamente el por qué no quieres comprar las cosas?

P: Sólo lo he cuestionado.

T: ¿Las decisiones en tu familia las tomas junto con tu pareja?

P: Sí

T: ¿Cómo te hace sentir que cuando tú tomas una decisión, tu familia no haga caso de la decisión tomada?

P: No digo nada porque no me gusta ser **autoritario**, y la mayoría de las decisiones las tomamos por separado.

T: Por qué no le haz dicho directamente a tu esposa que te ayude con los gastos.

P: Tenemos ese error aun sin ponernos de acuerdo, de manera automática cada quien asumió quien hace cada cosa en la casa. Lo que he notado es que ella se compra mucha ropa y gasta mucho aunque no lo tenga, si le gusta lo compra con las tarjetas y en mi caso no me compro mucha ropa.

T: Retomando el ejemplo que nos diste cuando se iban de compras y dejabas de hacer tus cosas, ¿cómo te sentías cuando regresabas?

P: Me sentía defraudado conmigo mismo, me preguntaba y me decía; qué sonso, cómo me fui y dejé mis cosas, me preocupaba.

T: ¿Si esto fuera una emoción o un sentimiento que sería?

P: Tristeza.

T: Viendo todo esto, ¿para qué te sirve el ser bromista estando con tu familia?

P: Lo utilizo para disfrazar mi preocupación y mi tristeza.

T: ¿En qué se parece este ejemplo a cuando eras pequeño y papá te pegaba y en lugar de mostrar tu tristeza te ponías a jugar?

P: Para disfrazar mi tristeza.

T: En que se parece juego, broma y vacilada.

P: Es lo mismo.

T: Decías que los niños aprenden mucho del juego. ¿Ya te diste cuenta en dónde aprendiste a disfrazar tu tristeza?.

P: Sí.

T: ¿Cómo dices que era papá?

P: Autoritario

T: Comentaste que haces bromas porque no te gusta ser autoritario. A quien haz querido disfrazar a través del juego y la broma.

P: A la actitud autoritaria de papá, a mi papá, a quien tenía la mano dura, la actitud recia.

T: Dame 5 sinónimos tuyos de lo que es juego.

P: Distracción, alegría, entretenimiento.

T: Si el juego tuviera un sabor, ¿cuál sería?

P: Sería dulce, es agradable.

T: ¿Qué pasa contigo con las cosas dulces?

P: Tengo demasiado dulce demasiada glucosa.

T: ¿Será que tienes demasiada broma demasiada vacilada, para tomar las decisiones, para cuestionar las cosas, para decir lo que quieres y lo que no quieres?

P: Tal vez eso se convierte en ligereza en no ser firme. Y tal vez así es percibido por los demás como si medio diera la instrucción y medio me hicieran caso, como que hago que doy la instrucción y como que medio hacen las cosas. Y lo que veo es que difícilmente me enoja si no hacen las cosas, sólo cuando es algo muy fuerte.

T: ¿Si te enojaras a quién te parecerías?

P: A mi papá. Es increíble como hay cosas que están relacionadas.

T: ¿Cuándo eres autoritario con tus hijos que crees que sientan ellos?

P: Me imagino que sienten tristeza.

T: Cómo te hace sentir que tus hijos se sientan tristes.

P: Me siento responsable de hacerlos sentir tristes, digo cómo es posible que les esté haciendo sentir algo que ya viví.

T: ¿Por eso aceptas darles y hacer todo lo que te pidan?

P: Sí.

T: ¿Prefieres hacer sus cosas que las tuyas?

P: Sí.

T: ¿Cómo te sientes cuando dejas tus cosas pendientes?

P: Preocupado y triste.

T: ¿Cómo es vivir una vida triste?

P: Inmóvil, sin poder jugar, sin poder divertirse. Creo que una vida así ni regalada.

T: ¿Ya te diste cuenta de cómo vives?

P: Siempre estando triste, haciendo sentir bien a los demás y olvidándome a mí.

T: ¿Cómo eres como papá?

P: Soy la persona que orienta a los hijos, que como todos tengo derechos y obligaciones. Uno es el que pone el ejemplo a seguir.

T: ¿Date cuenta qué ejemplo les estás dando a tus hijos?

P: En mi casa siempre he sido el buena onda. Mi esposa les ha puesto las cosas duras, las cosas difíciles, las obligaciones.

T: ¿Qué crees que sienta tu esposa de ver cómo eres?

P: Creo que ha de sentir que no me interesa para no meterme en problemas con mis hijos, para que no me reclamen. Será quizá para no hacerlos sentir tristes.

T: Entonces no eres autoritario, ni el que pone las obligaciones y tampoco el duro, para evitar problemas y que te reclamen. Con esto regresando un poco a tu

infancia. Si tu papá ponía las obligaciones, era el duro. ¿Qué tienes que reclamarle?

P: Que fue injusto conmigo, que fue muy ingrato.

T: ¿Al no ser autoritario con los demás con quién estás siendo autoritario?

P: Conmigo mismo.

T: Eres injusto e ingrato contigo mismo al disfrazar tu tristeza. ¿Qué costo estás pagando al tapar tu tristeza a los demás?

P: Vivir siempre triste.

T: Si tu esposa es la persona que pone las reglas y las obligaciones, al igual que tus hijos. ¿En qué te haz convertido?

P: En una persona que acata las órdenes de los demás, en un seguidor de línea.

T: Si esto fuera un partido de básquetbol ¿qué posición ha jugado tu esposa y tú que posición tienes?

P: Mi esposa el centro y yo un ala o un poste nada más de apoyo.

T: Imaginando, si tú hubieras tenido la capacidad siendo niño de haber dicho no a las órdenes de papá. ¿Qué hubieras preferido hacer?

P: Ir a jugar con mis amigos, ir a nadar o jugar fútbol. Hacer otra cosa que no fuera trabajo.

T: ¿Cómo te hubiera hecho sentir eso?

P: Que hice lo que quería, me sentiría contento, hubiera podido lograr lo que quería.

T: ¿De que te estás perdiendo por seguir siendo el que sigue la línea?

P: De las cosas que me hagan sentir contento.

T: Si contento fuera un sabor. ¿Cuál sería?

P: Lo dulce.

T: ¿Qué le faltó a Ernesto chico que le falta a Ernesto grande?

P: La decisión de poder decir no.

T: Decir no. ¿Para qué te serviría?

P: Para dejar de estar presionado, para hacer lo que quiero, lo que me haga sentir bien.

T: Regresando a tu trabajo. ¿Qué te contestan las personas que trabajan contigo, las cuales están a tus órdenes y que son de base?

P: Si les pido algo, me dicen que no tienen tiempo y termino haciendo su trabajo.

T: ¿Entonces también sigues la línea de ellos?

P: Pasa lo mismo en mi trabajo que en mi casa, es idéntico.

T: ¿En qué se parecen tus hijos a tu papá?

P: Son autoritarios, se están convirtiendo en lo que no quería.

T: Te das cuenta que lo que estás evitando, lo provocas sin darte cuenta.

P: Sí.

T: Qué estas haciendo con tu contentura, con tu dulzura.

P: Prohibiéndomela y guardando la que llego a tener. Hoy me gusto mucho, porque me di cuenta cómo todo esto ha caído sobre mí. Voy a hacer lo que quiero, lo que sea para bienestar mío, me voy a divertir, me quiero sentir contento.

T: Es importante que también le preguntes a tu esposa y a tus hijos, ¿qué están sintiendo, si están enojados, tristes, contentos, etc? Seguramente esto te hubiera gustado que lo hiciera papá.

SESIÓN No. 9

T: Cierra tus ojos e imagínate una ciudad, no importa cuál sea, sólo deja que aparezca la imagen en tu mente. Fíjate qué es lo que hay en ella, cómo es, si hay algo que te llame la atención, qué es.

Ahora que ya imaginaste la ciudad, fíjate cómo es el tipo de gobierno que hay en ella, cómo están sus gobernados, cuál es la relación que existe entre la gente.

Cuando ya te hayas imaginado esto, abres tus ojos y describes esa ciudad.

P: Es la Ciudad de México:

Su color es gris, con mucho humo despedido por automóviles y camiones, así como por las fábricas que están instaladas en la ciudad. Habitantes en exceso, los

cuales generan una cantidad considerable de basura, misma que tiran en la vía pública.

Ciudad con muchos riesgos como: asaltos, peligro de ser arrollado por un auto o camión, intoxicación con alimentos contaminados o caducados, contagio de enfermedades, etc.

Sus habitantes son **desconfiados** a causa de tanta inseguridad, por lo que también pueden ser violentos.

T: Háblanos de ese **humo** que describes de color **gris** que hay en la ciudad

P: Sí.

T: ¿Si ese color tuviera una emoción o sentimiento cuál sería?

P: **Tristeza.**

T: ¿Para ti qué es el **humo**?

P: Es el producto de la combustión de los vehículos o de cualquier combustión y que **contrasta** con el **aire** que necesitamos para **vivir**. El **aire y el oxígeno** se pierde con el humo.

T: ¿En qué son diferentes el **aire** y el humo?

P: El humo acaba la **vida** y el aire nos conserva la vida o nos la da.

T: Si pusieras el humo en una metáfora, ¿cuál sería?

P: El humo es **muerte** para cualquier ser vivo, creo que con humo nadie subsiste.

T: ¿Cómo te sientes cuando respiras humo?

P: Se siente como que falta el aire.

T: Habla en primera persona.

P: Siento que me ahogo y creo que es porque no es **algo natural** que se deba introducir en mi organismo, lo natural es el aire.

T: Si hubiera puro humo que respiraras que te causaría.

P: La **muerte**, mínimo una intoxicación.

T: Ahora dinos, ¿qué es el aire?

P: Es vida, todo lo contrario que el humo. Si no hubiera aire no podría vivir.

T: Explícanos que es para ti la **basura**.

P: Son **desechos** de productos que consume el humano, que consumo yo, como comestibles o de bienes que se adquieren, envolturas. Que podríamos clasificar o separar para poder **reciclar y reutilizar**.

T: ¿Dame 5 sinónimos de basura, tuyos que no sean de diccionario?

P: Porquería, desechos, inservible, cosas inútiles.

T: Si la **basura** fuera una emoción qué emoción sería.

P: **Tristeza**

T: ¿Qué le hace la basura a una ciudad?

P: Le da un aspecto desagradable, si los **drenajes** no están lo suficientemente **libres** para que el agua circule libremente puede haber una **inundación**.

T: ¿Cómo te sientes cuando ves tanta basura?

P: No me gusta, no lo acepto.

T: Siguiendo con la dinámica hablabas de los asaltos, ¿dinos qué es un asalto?

P: Es que algún extraño **interfiera** contigo y te **quite tus pertenencias**, tu dinero y hasta te **secuestre**.

T: ¿Te han asaltado?

P: Sí.

T: ¿Y qué sentiste?

P: **Coraje e impotencia**.

T: Al igual que lo anterior, ¿cómo describirías el ser **atropellado**?

P: Es el estar expuesto a un accidente por descuido o mala suerte.

T: ¿Cómo describirías la **contaminación**?

P: Es estar en un lugar inhabitable, algo malo para la salud, algo **dañino**.

T: ¿Qué me pasaría si me como algo contaminado?

P: Lo mínimo sería una intoxicación o lo grave sería un envenenamiento.

T: Siendo así la Ciudad de México, si yo fuera un habitante del pasado como en la época en la que eras niño que había campo y viniera al presente. ¿Cómo me sentiría?

P: Viendo la mancha urbana, que ya no hay agua cristalina, que ya no áreas verdes. Sentiría que el mundo se está acabando.

T: Comentabas que la diabetes te va **menguando**. Explícanos qué es menguar.

P: Es el hecho de ir restando o **perdiendo capacidades y funcionalidades**, en mi caso es ir perdiendo la visibilidad, se pierde dentadura, creo es todo el cuerpo.

T: Si el menguar es restar capacidades y esto se genera en el riñón, la vista, los dientes. ¿Qué ocurre con los órganos?

P: Comienzan a ser inservibles los órganos y se va uno contaminando. Me voy **contaminando**.

T: Se parece en algo la diabetes a la ciudad.

P: Bueno, cuando niño podría decir que desbordaba salud, aquí donde vivía todo lo que comía podría decir que era muy natural y generaba un estado de salud excelente y con el paso del tiempo me voy enfermando también por cuestiones naturales. Comparándolo con la ciudad, cuando se fundó era una ciudad limpia, sin humo, no había tanta industria, tantos vehículos, no se generaba tanta basura; y cuando niño era muy sano, muy limpio no tenía tantos padecimientos. Con tanto edificio se ha menguado su belleza.

T: Por lo que entiendo tu infancia se parece a como estaba la ciudad de México sin contaminación y con el paso del tiempo se ha ido menguando su belleza, su seguridad, con la contaminación, con la basura. ¿La diabetes en qué se parece a la ciudad de México actual?

P: En que se está destruyendo como yo, poco a poco me va destruyendo más, podría decir que en la ciudad de México hay un **desgaste acelerado** con la cantidad de vehículos.

T: ¿Cómo es tu desgaste en el **trabajo**?

P: Ese es un ejemplo. Es mucho **desgaste y está acelerado**, porque tengo plazos para muchas cosas y muchas veces no hay respuesta por parte de los responsables de hacer su trabajo, dependo de otras personas, no se ponen las pilas y soy el responsable de dar la cara a los expertos, a los proveedores.

T: Por no delegar responsabilidades ¿quién se desgasta y se acelera?

P: Actualmente, en la oficina ya **delego responsabilidades** han habido resultados favorables, esta más equilibrado, ya les digo no me interesa que te tengas que ir, también éntrale tú al trabajo y ha funcionado.

T: ¿A partir de cuándo comenzaste a delegar responsabilidades?

P: A partir del trabajo que realizamos aquí, donde **me di cuenta** de la gran **presión y responsabilidad** que caía sobre mí y cargaba en su mayoría sólo.

T: ¿Cómo te hace sentir el ser así?

P: Definitivamente es algo diferente, porque ahora tengo la posibilidad de caminar y hacer otras cosas, como el ir sólo a ver que hagan su trabajo sin necesidad de quedarme a hacer el trabajo de los otros.

T: Como nos explicabas la ciudad pasó por un proceso para estar contaminada, para irse menguando. ¿Crees que se parece en algo a la diabetes?

P: Sí, hay un proceso. Nada más que, no veía las cosas que estaban pasando y cambiando en mí que me avisaban de la presencia de la diabetes, hubo un proceso de **destrucción**.

T: Así como hubo un proceso de destrucción tanto en la ciudad como en el organismo, ¿consideras que hay un proceso que pueda retroceder la descomposición?

P: Claro que sí.

T: ¿Qué se necesita hacer en el caso de la ciudad para que se de ese retroceso?

P: Se necesita hacer algo que solucione, hacer un plan adecuado para **recolectar y concientizar** a los ciudadanos, para que la **basura** esté en los lugares adecuados y se pueda **reciclar**.

T: ¿De qué manera te podrías reciclar tú?

P: Creo que es volver a ser responsable en el trabajo pero **sin ser aprehensivo** y no tomar para mí todos los problemas. Los problemas existen y van a seguir existiendo aunque yo no este ahí.

T: En el caso de tu diabetes y de la ciudad hay exceso y acumulación de **basura, de humo, de contaminación**. Si lo traducimos se podría decir que hay un **exceso de tristeza**. ¿Te das cuenta, en ti, exceso y acumulación de que hay?

P: Creo que en mi caso hay exceso de trabajo de presiones, de estrés. Que traduciéndolo son generadores de tristeza, de depresión. Se puede traducir como **tristeza, depresión, apachurramiento**, es algo que me está afectando.

T: Hay exceso de tristeza. Recuerdas cuando tu **papá te pegó** y lo que hacías era irte. ¿Qué sentías?

P: **Coraje** con él, en ese momento, no tenía en ese entonces la capacidad de **reclamar**.

T: ¿Cómo te sentías cuando esto pasaba?

P: **Triste y apesadumbrado**, porque no era motivo para que me golpeará.

T: Puedes cerrar tus ojos y seguirnos platicando así.

P: Sentía **coraje**, sentimiento de **injusticia, tristeza**, pero **no odio**.

T: Cuando te dieron el diagnóstico de diabetes, nos habías comentado que el doctor para **controlarte** te dio **medicamento**. ¿Tú papá qué te dio para controlarte?

P: Nunca nada, siempre fue....

T: ¿Cómo te **controlaba tu papá**?

P: Para control no había otra cosa, muy tajante, **golpe o grito**. Esos eran sus métodos y esa era su medicina. Era contra mi voluntad, sabiendo que no era justo.

T: ¿En qué se parece el **coraje y la desesperación**?

P: En el que no puedo hacer algo. No logro mi objetivo.

T: Recuerdas cuando trabajamos la **emoción que evitabas** sentir, ¿Te acuerdas cuál fue?

P: No.

T: Era la **tristeza. Llorar**, sentirte triste.

P: Sí, porque por mis características, por lo regular, no soy una persona que se sienta o que quiera estar triste. Por lo regular siempre trato de estar optimista.

T: En las ocasiones en las que tu papá te daba tu medicina, ¿qué hacías para no mostrar esa tristeza?

P: Si era regaño, ponerme **triste**. Si era golpe, iba a un rincón para refugiarme.

T: ¿Cuándo te pegaba tu papá, llorabas?

P: Por lo regular sí. Por el dolor y la tristeza de la forma en cómo le daba solución a las situaciones. Pero ya sabía que él era así, incluso creía que todos los papás eran así.

T: ¿Cómo te sientes de recordar esos momentos de tu infancia?

P: A lo mejor como momentos que se me quedaron como algo malo, que no se deberían dar, que no se pudieron evitar en su momento.

T: ¿Será casualidad que ahora trates de evitar la **tristeza**?

P: No creo, yo creo que **el subconsciente** a lo mejor **recuerda** y **no quiero regresar a esa situación**.

T: No quiero regresar.

P: No quiero regresar y lo evito con mis hijos, lo reflejo de manera inconsciente con mis hijos. A lo mejor sin recordar, lo traigo y **lo evito** con mis hijos.

T: ¿Eso pasa con tus hijos y contigo?

P: Ahí es donde ha habido falla.

T: Si comparamos la ciudad de México, con la diabetes, en donde hay acumulación de desechos. ¿Qué está pasando contigo?

P: Hay **acumulación** de **tristeza**, de problemas de trabajo, de presiones. Yo no lo he atendido, ni le he invertido el tiempo necesario para poder **revertirlo**.

T: Dices que sí hay solución para lo de la contaminación en la ciudad. ¿Qué necesitas hacer tú?

P: Tratar de corregir todas estas situaciones.

T: ¿Lo que tienes acumulado, cómo lo puedes **reciclar**?

P: Desechando, es algo que me está ocasionando problemas. **Desechar e ir cambiando**.

T: ¿Desechándola, de qué manera? Recordando sesiones anteriores. ¿Le haz comentado a tu familia que estás presionado por trabajo y que no quieres hacer cosas con ellos?

P: Últimamente sí, pero antes no.

T: ¿Sería una forma de desechar la tristeza?

P: Sí, porque es una acumulación de compromisos, es comprometerme con terceros y no para mí.

T: ¿Con quién sería bueno que te comprometieras?

P: Conmigo.

T: ¿Con quién sería bueno que demostraras alegría? ¿Cuánta alegría te das?

P: Muy poca.

T: ¿Qué te ha faltado hacer?

P: Para mi atención ha sido poco.

T: Ya habíamos visto que esto también te generaba tristeza, el no hacer cosas para ti. ¿Coincides con lo de cada cosa en su lugar, como poner la basura en su lugar?

P: Sí.

T: ¿Si esa basura acumulada en tu cuerpo es necesario desecharla, sería tirarla como viene o sería bueno que cada habitante se hiciera responsable de la basura que produce?

P: Sería bueno que cada quien se responsabilizara.

T: ¿Cuánto cooperó tu papá para que se te acumulara tanta basura?

P: Puede ser una cantidad considerable para mí, porque siento que la acumulación también pudo ser posterior a, como mi vida en pareja, por las responsabilidades que se generaron.

T: Tomando el ejemplo de cuando te pegaba tu papá porque no hacías bien el trabajo que te dejaba, aunque sólo fueras un niño. ¿Con eso te sentías triste, qué tanto acumuló tu papá en ti?

P: Tengo la **predisposición a no devolver las cosas.**

T: ¿Qué ventaja tiene el no devolverle cosas a tu papá?

P: Ninguna, es algo que me pone en desventaja.

T: ¿Cuáles serían las razones por las cuales no le devuelves lo que le corresponde a papá?

P: Creo que ninguna razón válida, es la decisión de parte mía para **desechar los problemas tan añejos** que traigo cargando.

T: Y lo vas a poder hacer, trabajando también lo que no lo quisiste devolver a papá y haciendo cosas para ti, dejando que cada quien haga lo que le corresponde hacer. ¿Qué sería lo contrario a la **tristeza**?

P: Alegría y felicidad.

T: Para que tú te devuelvas alegría y felicidad. Como a ti te corresponda y le corresponda a los demás.

P: Claro, no quiere decir que por el hecho de darle la parte que les corresponde a los demás vaya a ocasionar que ya no tenga felicidad.

T: Toma una profunda respiración y poco a poco vas abriendo tus ojos. Te gusta hacer ejercicio para que estés bien físicamente. ¿De qué otra manera necesitas **ejercitarte**?

P: Liberándome, quitando esa presión y estrés mentalmente. Para que pueda estar tranquilo.

SESIÓN no. 10

T: Te pedimos que dejes la dieta.

P: De hecho no como azúcar, como poca sal. En medida posible como poca pasta, por los carbohidratos que generan.

T: ¿Qué son los carbohidratos?

P: Son energéticos. Me sirven para que mi cuerpo lo transforme en energía.

T: ¿Cómo adquieres carbohidratos- energía, si los evitas?

P: Muy buena pregunta, nunca lo había pensado.

T: La consumes en tu casa, haciendo ejercicio, en tu trabajo y la evitas:

P: No sé.

T: ¿De qué está lleno un paciente diabético?

P: De azúcar en la sangre.

T: ¿La glucosa qué es para el cuerpo?

P: Debe transformarse en energía, pero yo no lo hago. Genero glucosa de más, creo que me perjudica, se va al torrente sanguíneo.

T: ¿En aspectos de tu vida, Dónde consumes más energía?

P: En el trabajo.

T: ¿Dónde consumes menos energía?

P: En mi casa.

T: ¿Quién consume más energía en casa, tú o tu esposa?

P: Creo que yo. Quién sabe, la actividad de ella también es fuerte. Pero siento que soy yo.

T: La sesión pasada que trabajamos la ciudad, recuerdas que dijiste que el problema de la basura se podía arreglar si se reciclara. ¿Con lo que hemos trabajado crees que la diabetes sólo tiene que ver con los alimentos?

P: Se comenta que “eres lo que comes”. Yo soy Lo que como. Si me alimento bien, de manera **EQUILIBRADA**, mi cuerpo va a estar bien. **Si se come en EXCESO se abusa de algo en especial**. Esa alimentación no va a dar resultados, no obtendré actividad adecuada para trabajar sin sentirme agotado, estresado.

T: Recordando lo que hemos trabajado sobre tu papá y lo que hemos trabajado con anterioridad. Los psicólogos decimos que no nos enfermamos por lo que comemos sino por lo que nos tragamos ¿**Qué te haz tragado en exceso?**

P: La mayoría de todo, creo que todo lo he conservado y lo he mantenido en mí.

T: Si todo esto que te haz tragado lo pudieras poner en una palabra, ¿Cuál sería?

P: Mucha **tristeza** y a lo mejor **coraje**.

T: ¿Te das cuenta de que la diabetes no tiene que ver sólo con la comida?

P: Sí.

T: Toma una profunda respiración y cierra tus ojos. Ernesto ¿si te tragas las cosas las asimilas?

P: No. Al menos en mí no las asimilo, hablando de la **tristeza**.

T: ¿Entonces no la haz asimilado?

P: Yo creo que no.

T: ¿Para asimilarla crees que es necesario reconocerla?

P: Sí, es un primer paso.

T: ¿Será casualidad que está en ti en exceso la tristeza y el enojo?

P: No. Al razonar esta situación no.

T: ¿Qué veinte te está cayendo ahora, qué no haz querido reconocer que te hizo tragar papá?

P: Tristeza, impotencia y coraje.

T: Voy a retomar la historia clínica que contestaste. En la parte que te pide describir eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron tus problemas contestaste, que te quedaste sin trabajo sin tenerlo previsto, lo que ocasionó un **desequilibrio** económico y familiar. Y al señalar términos que se aplicaran a tu infancia, subrayaste que tuviste una infancia **feliz**, problemas familiares y escolares. ¿Con estos problemas eras feliz?

P: A lo mejor, no podía aceptar, como niño no entendía al 100% qué era bueno y qué era negativo. Qué podía aceptar como algo que fuera malo para mí.

T: ¿No podías o no querías?

P: No estoy seguro.

T: **Siempre quieres endulzar las cosas tristes.** ¿Cuántas veces paraste a tus hijos temprano para que trabajaran en el campo, cuántas veces les pegaste?

P: Ninguna.

T: ¿Tenías una infancia feliz?

P: Así en este tenor, No.

T: ¿En qué tenor?

P: Así como actuaba mi papá conmigo.

T: ¿Cómo era tu mamá?

P: Cariñosa, comprensiva.

T: ¿Dónde estaba mamá cuando papá te pegaba?

P: En la casa.

T: ¿Qué hacía cuando veía?

P: Salvo que el castigo fuera **justo**.

T: ¿Según tu, qué hacías para que fuera justo el castigo?

P: Salirme mucho tiempo a la calle.

T: ¿Sería justo que fueras así con tus hijos, cuando se salen a la calle?

P: No.

T: ¡¿Qué mamá tan justa tenías, no?!

P: No.

T: Otra vez a endulzar las cosas tristes, verdad.

P: Sí.

T: ¿Y qué hacías en la calle?

P: Estaba con compañeros jugando.

T: ¿Cómo te sentías con ellos?

P: Libre, feliz.

T: ¿Qué te prohibieron tus papás, cuál era el **medicamento para mantenerte equilibrado?**

P: **Restricción.**

T: ¿Qué te prohíbes ahora?

P: Libertad, felicidad. Inconscientemente no lo he querido.

T: ¡Qué justo eres contigo!

P: No.

T: ¿Cuánto tiempo más te vas a seguir tratando como lo hicieron tus padres?

P: Va a depender de mí el hecho de que quiera darme más.

T: En la historia clínica, dices que tus ambiciones presentes son, tener el suficiente respaldo económico para no depender de terceros. Sobre lo que te gustaría hacer más contestaste que practicar deporte y leer. Sobre lo que te gustaría hacer menos, dijiste que trabajar en exceso. ¿El trabajar en exceso a qué se parece a como te trataron tus papás?

P: Mucho. Era un exceso, bien pudieron haberme dado otro tipo de **correctivos**.

T: Más adelante mencionas que el sentimiento que se aplica frecuentemente a ti, es el ser feliz. ¿Y mira, qué te parece como te tratas?

P: Es incongruente.

T: Más adelante en la historia clínica, señalas que tus miedos, son no tener trabajo, dinero, estar enfermo de gravedad (ya estás enfermo), que tus hijos puedan tener problemas, que tus hermanos tengan problemas. ¡Eres bien buena onda, pero con los demás! ¡Qué justo eres!

P: No hay estima para mí.

T: ¿Con qué acabaron tus papás?

P: Con mi autoestima, mi alegría, con la **libertad de pensar en mí**.

T: Luego en la historia, dices que los sentimientos que te gustaría experimentar menos a menudo, es la **ansia**. Experimentar más a menudo, es el estar contento. Y de los sentimientos que recientemente experimentaste es felicidad. ¿Cómo ves?

P: No es lógico.

T: Cuando explicas cómo te describirían los demás, comentas que equilibrado, buena onda. Tenemos un epitafio para ti, “vivió siendo buena onda, murió por buena onda”. ¿Qué te parece?

P: Mala onda para mí.

T: Dices que una situación que te **relaja y te calma es cumplir con tu trabajo**.

P: Para recomendarte cosas que te relajen, búscate otro trabajo de medio tiempo para que te relajen....¿Qué 20' te cae?

T: Mucha incongruencia, ignorancia para mí, no hay cosas que yo me dé. No me veo, no me observo, no me cuido.

P: ¿Cómo te hace sentir el darte cuenta de esto?

T: No bien.

P: ¿Cómo?

T: Mal.

P: ¿Mal cómo?

T: Triste, decepcionado de mí.

P: Señalas en la historia clínica que lo que más feliz te hace, es el **ayudar** a una persona. Y que lo que más triste te pone es el ver **injusticias**. ¡Qué congruente eres! ¿Será casualidad que no asimiles lo dulce, lo alegre, lo feliz?

T: No, no es casualidad.

P: Cuando hablas de las sensaciones que te son más placenteras físicamente, dices que sexo, una buena comida y la música. ¿Qué tan frecuente haces estas cosas?

T: La buena comida pocas veces, la música sí la escucho y sexo una vez por semana.

P: ¿Qué tanto ha influido la diabetes para que no disfrutes de todo esto?

T: Es el principal.

P: ¡Qué buen pretexto es la diabetes para que te prohíbas cosas, así como tus papás lo hicieron! Te prohibieron sentirte contento, feliz ¿Qué sientes de ver esto?

T: Hay situaciones que no había pensado, de las que no me había dado cuenta.

P: No es de pensar, ¿Qué tanto te haz prohibido sentir?

T: Mucho, lo que no me he dado la oportunidad. Tengo que hacer las cosas.

P: ¿Tienes? O quieres, necesitas, deseas, prefieres.

T: Quiero, deseo, lo quiero.

P: ¿A quién representa la diabetes, porque es hereditaria, no?

T: Sí, lo traigo ahí.

P: ¿Quiénes se ocultan a través de la diabetes?

T: Sí, dos personajes principales.

P: ¿Quiénes?

T: Mi papá, mi mamá, mis hermanos, mi jefe. Todos a los que atiende mucho más que a mí mismo.

P: ¿Qué sientes contra ellos?

T: Coraje, rencor, tristeza. (Tensa sus manos sobre las coderas de la silla)

P: Exagera lo que haces con tus manos. Ahora préstales tu voz. ¿Qué sienten manos de estar así?

T: Rabia, rencor, coraje.

P: ¿Qué haz hecho con tu coraje?

T: Nada.

P: ¿Qué quieren hacer manos?

T: Surtir a Ernesto, por tontejo.

P: ¿Otra vez a Ernesto?

T: ¿Qué 20' te cae?

P: Es una injusticia total de Ernesto a Ernesto. De mí, contra mí mismo.

T: ¿Qué sientes?

P: Aún no lo acabo de entender, es algo extraño.

T: Todavía no lo entiendes. ¿Por qué eres injusto contigo?

P: Por no quererlo reconocer

T: ¿A quién representa la diabetes?

P: A todos.

T: Haz aprendido tan bien, a tratarte como te trataron, que no hace falta que los demás estén contigo.

P: Creo que me siento....ahora que me doy cuenta negando estas cosas que ponía como barreras de manera inconsciente. Voy a poner mi mejor esfuerzo para que **me fije más en mí**.

T: Ahora que reconoces tu tristeza, tu coraje. ¿Por quién sientes esto?

P: Por todas las personas terceras, que han estado junto a mí.

T: Me da no sé qué de oírte tan tranquilo decir que sientes coraje. ¿Eso es sentir coraje?

P: A lo mejor no expresarlo, así (gritando) estoy enojado por esto.

T: ¿Por qué no expresarlo así? Como sostenías la silla, ¿Por qué seguirlos protegiendo? ¡Por qué no decirles chinguen a su madre, son una bola de culeros, mira la situación en la que me tienen! ¡date permiso!

P: Creo que se puede hacer, eso de explotar y decir. Nunca he sido tan expresivo, pero bueno.

(Alzó la voz) sí me afectó en su momento. A la fregada quienes pudieron haber afectado en un momento dado, ¡y tenerme como estoy!. Que no es justo, ni quiero que siga siendo. Porque yo **tengo** que ser otra persona, que se tome en cuenta, porque de lo contrario no sirve para nada esto. Y si no sirvo para mí, pues no va a ser importante esta vida. Si no es importante para mí, nadie va a ver nada por mí, si yo no doy nada para mí mismo. Creo que eso es, nada más.

T: Este proceso está comenzando. Depende de ti mandar a la fregada lo que no te corresponde. ¿Cómo es expresivo el cuerpo de un diabético?

P: Poco expresivo.

T: ¿Y te das cuenta qué estás haciendo en este momento?

P: Sí.

T: Lo que expresas, lo que sacas, lo que ocupa un espacio en todo tu ser. Esa tristeza que ocupa tu cuerpo, esa diabetes. Al sacarla, ¿Qué crees que va a poder asimilar de nuevo?

P: La alegría, la salud, la felicidad.

T: Pero necesitas sacar ese coraje, esa tristeza.

P: Sí.

T: ¿Cómo te sentiste de decir así las cosas, de la manera en la que las dijiste tan congruente contigo y lo que decías?

P: Bien. Como **liberado** de algo.

T: ¿En qué parte de tu cuerpo lo sientes?

P: En el estómago y en mi pecho.

T: ¿Qué el notas a tu estómago y a tu pecho?

P: Más ligero.

T: Te das cuenta que las cosas que estás devolviendo, fíjate cómo tiene que ver con tu estómago. Todo ese conjunto de órganos que procesa, que asimila lo dulce de la vida, lo dulce es vida. ¿Te das cuenta qué haces con tu dulzura? Te la haz pasado dando dulzura a los demás, dando libertad y alegría. ¿Prohibiéndosela a quién?

P: A mí.

T: ¿Te das cuenta Ernesto?

P: Muy bien, muy claro.

T: Estos cambios de los que te das cuenta que necesitas hacer, no le va a gustar a nadie. Y es necesario que los hagas. ¿De qué te das cuenta?

P: Del abandono en que me tenía, del haberme privado de atenciones.

T: ¿Qué tareas te dejas?

P: Que cada quien vea lo que le corresponde. Tener para mí lo que merezco y me corresponde hacer. Decidir esto, porque eso es lo que quiero y nada más.

T: Toma una profunda respiración y fíjate a qué se parece el dejar de respirar. Sosteniendo el aire lo más que puedas. Cuando vuelvas a respirar, fíjate qué se siente volver a respirar.

P: Respirar es como decidir por mí, dejar de respirar es estar sometido y oprimido.

T: Toma una profunda respiración. Hoy comienza un nuevo proceso para que te sientas como te quieras sentir. Poco a poco abres tus ojos.

SESIÓN no. 11

T: ¿Qué tareas realizaste en las dos semanas anteriores?

P: Hice que se comprometieran más las personas del área, para que fueran un apoyo de verdad. Les asigné tareas del trabajo y sólo hice lo que me toca, que es supervisar.

T: ¿En tu casa qué hiciste?

P: Poner algunas cosas en su lugar, como el planificar algunos gastos que se tienen de manera conjunta y ver en verdad a quién corresponden y que no toda la carga sea para mi, y si hay algún gasto excepcional que no esté programado, he dicho que no, porque no puedo con esto. Ellos han tomado mi actitud, diciendo que entre más viejo más codo, que no los quiero apoyar o que no los ayudo. En situaciones que considere importantes y necesarias, si los voy a apoyar y en las cosas que no considere importantes les digo que no y que se las arreglen.

T: ¿Entonces ya estás planificando?

P: Sí, porque si no, toda la carga es para mi. Siento que así el dinero me rinde más.

T: ¿Cómo era la relación de tus padres?

P: Uf!!...de pequeño me acuerdo que en unos momentos, mi papá la llegó a golpear. Y pues lógico mi mamá le decía: ¡te dejo! La cosa es que para todo golpes. Y todos le decíamos: ¡Oye mamá, no te vayas!

Me acuerdo perfectamente de esa situación. Y que yo veía que era una relación buena; y en los disgustos entre ellos, creo que mi papá no era tan tolerante e inmediatamente la golpeaba.

Conforme pasó el tiempo y fuimos creciendo, esto ya no pasó, porque interveníamos nosotros, para detenerlo, evitar que hiciera ese tipo de situaciones. Yo me imagino que habían golpes cuando nadie de mis hermanos podía evitarlos. (Al mismo tiempo que habla, mueve mucho las manos y/o los pies)

T: ¿Qué hacía tu mamá, cuando tu papá le pegaba?

P: Lloraba y se ponía triste, con coraje e impotencia de no poderle devolver los golpes. Yo creo que sí le hubiera gustado devolvérselos.

T: ¿Qué sientes de recordar esto?

P: Me da tristeza, porque la injusticia predominaba en eso.

T: Recuerdas que hemos visto que no descansas, que no te dedicas tiempo, etcétera. ¿De dónde aprendiste a ser injusto contigo?

P: (Continua moviendo sus pies y manos) Ahora que lo estamos razonando, pues creo que de ahí mismo. De actitudes que se daban en la casa, que se

presentaban en los golpes. Recuerdo que un día estaba acostado y mi papá llegó y me pegó, era salvaje.

T: Exagera el movimiento que haces con tus manos y tus pies. ¿Si esos movimientos que haces con tus pies y con tus manos, pudieran hablar, qué dirían?

P: Desesperación e impotencia de no poder solucionar o hacer algo.

T: Ahora con una postura corporal, quiero que representes esta impotencia y esta desesperación. Exagérala.

P: (Toma una postura corporal, inclinando su tronco sobre sus piernas, con los puños cerrados hacia el suelo)

T: ¿Si con esta postura corporal, reclamaras algo, qué reclamarías?

P: Justicia, equidad, comprensión.

T: Dame cinco sinónimos tuyos, no de diccionario de “justicia”:

P: Ayuda, equidad, comprender, comprensión.

T: ¿Si con esta postura, pidieras algo, qué pides?

P: Apoyo, entendimiento.

T: Si con esta postura tuvieras una edad, de tu niñez, ¿qué edad tendrías?

P: Nueve años.

T: ¿Qué pasó cuando tenías nueve años Ernesto?

P: Fue la edad en la que padecí, algunos golpes. Que me hicieron pensar que no era justa la actitud y el castigo por parte de mi padre, de mis padres. (a partir de este momento comienza a sudar demasiado)

T: ¿Qué le reclamarías a tus papás con esta postura que tienes?

P: No haber entendido, no haber querido,

T: Repite: no entenderme, no quererme.

P: No entenderme, no quererme. No hacer algo por mí, quererme. Si me hubieran querido, me hubieran entendido, me hubieran explicado, llamarme la atención de otra forma. En vez del golpeteo.

T: Reclámale a tu papá:

P: Por qué no me quieres, por qué me haces esto, por qué me pegas, por qué me lastimas, por qué haces que me sienta mal. No es justo. No quieres que esté frente a ti, como si quisieras que me vaya.

T: Evita ser injusto contigo Ernesto, no le reclames preguntando, reclámale por lo que te hizo:

P: No quiero hacerlo, no voy a aceptar, me voy de aquí contigo, no quiero estar frente a ti. Porque quiero sentirme bien, yo no quiero sentirme maltratado. Me siento mal, con ganas de llorar, me duele cuando me pegas, me siento despreciado, triste, que tú quisieras que me corrieran. No es justo, no debe ser, ¡Qué no soy tu hijo!

T: Tienes algo más que reclamarle.

P: Ya no.

T: Date el permiso de llorar de gritar, ahora reclámale a tú mamá:

P: (Comienza a llorar) no te entiendo, por qué no lo dejaste, ¿Qué te daba miedo?. **No metiste las manos por mi**, cuando sabías que él estaba siendo malo conmigo.

T: Dile a tu mama cómo se portaba contigo, por su miedo:

P: Eres una cobarde, no te enfrentabas a él, por qué no defendías a tu hijo cuando lo maltrataba, cuando me hacía llorar y me lastimaba. **Son injustos los dos.**

T: Diles cinco verdades que tú y tus hermanos sabían, que nadie se atrevía a decirles:

P: Papá, eres un cabrón. Los dos, porque parecía que se ponían de acuerdo. Ojetes, algo que no deberían de hacer conmigo, lo hacían injustamente. Ya parecía que se ponían de acuerdo...! Váyanse a la chingada ¡

T: Toma una profunda respiración, con esta postura corporal, con todo lo que representa, lo que recordaste. ¿En qué situaciones de tu vida presente te sientes así, siendo injusto contigo mismo, sin apoyarte, sin ayudarte?

P: En muchas formas, haciéndome cargo de situaciones que no necesariamente tengo que cargar con ellos.

T: Eres mamá y papá de todos, en tu trabajo, con tu pareja, con tus hermanos....

P: Sí.

T: ¡Qué justo eres contigo, no!

P: Nunca podría llamarlo justo a esto.

T: ¿Qué equitativo eres contigo, qué comprensible? Ya te diste cuenta de que te sigues haciendo lo que tus papás te hicieron

P: Sí.

T: ¿Hasta cuándo te vas a dejar de tratar como lo hicieron tus padres?

P: Yá.

T: ¿Qué vas a hacer?

P: Darme más cosas a mí, atenderme más, no darle solución a problemas que no están a mi alcance. Y que no tengo posibilidades, incluso de solucionar.

T: De está manera, sí vas a ser equilibrado contigo y justo. Cuando haces las cosas por los demás, eres injusto contigo.

P: Sí, realmente no encuentro otra palabra para decir lo que me hago.

T: ¿Dime cuál es la ventaja loca o absurda de hacer las cosas que les corresponden a los demás?

P: Obtener el **reconocimiento** de los demás.

T: ¿Cuál es el costo que estás pagando por ser el buena onda?

P: Todo lo que padezco, esta enfermedad de la diabetes.

T: ¿Cómo te decían de niño?

P: Flaco.

T: Flaco, reclámale a Ernesto por lo que te ha hecho, por cómo te ha tratado.

P: Eres muy mala onda, eres un... carajo, como es posible que hayas permitido tantas cosas, eres muy injusto contigo mismo.

T: Flaco, dile tres verdades a Ernesto, de esas que todos saben y que nadie se ha atrevido a decirle.

P: Eres un tarugo, un pendejo que no sabes defenderte, nunca haces cosas pata ti, no defiendes tu posición ante los demás y te vuelves injusto contigo.

T: Flaco, adviértele a Ernesto lo peor que le puede pasar de seguir siendo el buena onda con los demás.

P: De empeorar su situación, de enfermarse más, de morirse de un infarto y si sigues así nadie te va a reconocer nada, ni en tu trabajo, ni en tu familia, nadie te va a decir que buena onda eres y así nada te va a beneficiar a ti.

T: Ya te diste cuenta que te puedes morir por buscar el reconocimiento que papá y mamá no te dieron. Buscar el reconocimiento por todas partes, en tu trabajo, con tu familia, con tus conocidos, te la pasas siendo el papá y la mamá de todo el mundo menos de ti mismo. Ya es hora que te reconozcas.

P: Sí, no me reconozco, me trato como mis papás lo hacían, no es justo no reconocirme y no darme cosas buenas para mí.

T: Flaco, ponle una condición a Ernesto para que lo perdones.

P: La condición es que sea justo conmigo, que yo sea justo conmigo mismo y que vea primero por mí. Que se reconozca.

T: Ernesto, dale las gracias a el flaco de nueve años, por lo que te ha permitido ver.

P: Gracias por abrirme los ojos y hacerme ver cómo me estoy tratando, de ver que soy primero yo.

T: Ahora toma una profunda respiración y con tus ojos cerrados poco a poco vete incorporando. Fíjate como en tu pantalla mental parecen Ernesto niño de 9 años y Ernesto adulto, observa como los dos se van fusionando, se van uniendo hasta formar uno sólo, “la unión hace la fuerza” y fíjate como quieren venirse a quedar en alguna parte de tu cuerpo... ¿Ya te diste cuenta en qué parte de tu cuerpo se quieren quedar?

P: Sí, en mi corazón.

T: ¿Qué le notas a tu corazón?

P: Lo siento más tranquilo, relajado, descansado y alegre.

T: Comienza a darse un cambio, para que te sientas como te quieres sentir, siendo justo contigo, equilibrado contigo, para que te sientas tranquilamente relajado. En ausencia ya de necesidad de andar quedando bien con los demás, de ser el buena onda, en ausencia ya de necesidad de ser injusto contigo. Ese cambio se da a partir de hoy domingo 26 de agosto del año 2007, y el cambio se da de día y de noche, para que te sientas como te quieres sentir, en compañía de tu respiración que te cuida y te protege a cada momento... Toma una profunda respiración y cuando estés listo te preparas para abrir tus ojos.

P: Ah Caray!...estaba sudando demasiado. Aparentemente en una posición que no ameritaba ningún esfuerzo.

T: Tal vez esfuerzo físico no, pero psicológico y emocional sí.

P: Sí, seguro que fue emocional.

T: ¿Cómo te sientes?

P: Relajado. Es increíble de las cosas que me estoy dando cuento.

T: ¿Algo más que quieras comentar?

P: Sí, le pedí unas vacaciones a mi jefa, para descansar y me dijo que no era posible.

T: Oye, con lo que hemos trabajado, si tú no te das tus descansos, tus recreos, tus vacaciones. ¿Será casualidad que tu jefa no te de vacaciones?.

P: (Se ríe) Bien, ya entendí.

SESIÓN no. 12

T: ¿De qué manera te haz dado tus vacaciones-descanso?

P: No he ido al gimnasio, me quedo a dormir.

T: ¿Cuál es la diferencia que encuentras?

P: No voy con la presión, de que se me hizo tarde para el trabajo.

T: ¿Físicamente cómo te has sentido?

P: Bien, menos cansado, con más posibilidades de estar activo.

T: ¿En la historia clínica, mencionas que lo que tomas con mayor frecuencia es el alcohol y el café. Qué tienen en común estos dos y el hecho de que duermas más?

P: Me reaniman.

T: ¿Entonces cómo te sientes descansando más?

P: Estoy en una mejor situación física, estoy animado, más al pendiente de mí.

T: Te voy a hacer algunas preguntas que no contestaste en la historia clínica y también mostrándote algunas contradicciones. En la historia, no comentas nada, sobre la vez que te fuiste de tu casa cuando eras niño. ¿Qué fue lo que pasó?

P: Cuando tenía 12 años, entré a la secundaria y un niño me quería golpear porque volé un balón. Yo tenía miedo de que el muchacho me pegara y no le quise contar a mis papás. Entonces dejé de ir a la escuela, mis papás se enteraron de que dejé de ir. Y como sabía que me iban a preguntar, POR QUÉ no iba a la escuela, decidí irme de mi casa. Me fui 3 ó 4 días, anduve en la calle, dormía debajo de un puente.

T: ¿Por qué no lo escribiste en la historia clínica?

P: No me acordé.

T: Si pusieras en una palabra cómo te sentiste en los días que no estuviste en tu casa, ¿cuál sería?

P: Abandonado, triste, sólo, con falta de conexión, de contacto con mis papás porque les pude haber contado. Pero me lo guardé hasta que tronó el problema, sin saber que me ayudarían. Por temor a la tunda que me iban a poner.

T: ¿De qué manera has endulzado esto?

P: No recordándolo

T: En la historia clínica dices que eres una persona feliz, que toda tu vida has vivido con tu familia, que desde que eras niño has tenido una familia. Pero no respondiste es difícil para mí admitir que:

P: Ya no soy feliz. Ahora tengo un panorama más claro.

T: Después dices una de las formas en que pudiera ayudarme y no lo hago es: delegar actividades en oficina. ¿Te das cuenta de cómo ya tenías la respuesta a uno de tus problemas?

P: Sí, estaba consciente de eso.

T: Después dices que fuiste capaz de confiar en tus padres, que tus padres te comprendieron y que sientes amor y respeto por ellos. Después de lo que hemos visto de tus padres hasta ahora, ¿a quién trataste de endulzar con estas respuestas?

P: A ellos, no es esa la respuesta. Siempre tenía que ir a trabajar.

T: ¿Para qué le convenía a tu papá que tú hicieras el trabajo?

P: Para no trabajar tanto, porque bien podía contratar a una persona.

T: ¿Dónde estaba tú mamá en esos momentos?

P: Extraviada, perdida, como cómplice de mi papá, complaciéndole.

T: Después en la historia clínica dices que generalmente sí expresas tus sentimientos, opiniones y deseos a otros en forma directa y adecuada. ¿Realmente así lo crees?

P: No siempre lo hago de forma oportuna, pierden el efecto una reclamación o un no, si no se dicen en el momento indicado. Antes me preocupaba por lo que pensarían de mí, ahora, que piensen lo que quieran, me vale.

T: En la siguiente pregunta no contestaste con qué personas o situaciones tienes problemas de relación:

P: Mis jefes y ahora veo que con mis papás no había relación.

T: Dices que una de las formas en las que una persona te lastima es ignorándote. ¿Qué es lo que te has estado haciendo todo este tiempo?

P: Ignorándome. Todo el tiempo no me tomaba en cuenta, no me ponía atención.

T: Mencionas que una madre debería guiar por el buen camino, con mano firme:

P: Salió la luz, Mano firme, no había consideraciones, sobre todo era su autoridad.

T: ¿En qué se parece a tu jefa que es presionante, exigente, intolerante, desgastante, desesperante y humillante?

P: Sí.

T: Comentas que tu pareja te describe como un inmejorable compañero, bueno, cumplido, agradable y trabajador. ¿Qué tienen en común estos adjetivos?

P: Está todo recargado sobre mí.

T: ¿Y tú eres un inmejorable compañero contigo?

P: Yo lo daba, pero no me lo daba, nunca menciono estas cosas para mí.

T: ¿Qué te llevas de esta sesión?

P: Más claridad, respecto a que no había tomado en cuenta darme cosas para mí. No seguir echándome dulce. No la carga de presiones. Con todo lo que me leíste,

yo no les había visto el verdadero fondo, la verdadera importancia de las preguntas. Me sorprende el descubrir cosas que puedo tomar para favorecerme.

T: ¿Qué sentiste cuando viste tus últimos resultados de glucosa?

P: ¡Mucho gusto! Pienso que sí se pueden hacer muchos cambios. Me siento diferente. No estoy igual que antes, físicamente me siento mejor, ya no me canso tanto.

T: ¿Qué es lo contrario a lo dulce?

P: Lo amargo.

T: Para asimilar lo dulce necesitas asimilar primero lo amargo.

P: Sí. Con el ejercicio no era suficiente, nunca alcancé estos niveles, a pesar de que antes hacía más ejercicio, no bajaba de 140 ó 150, ni con dieta y hasta me tomaba un jugo de sábila con no sé que cosas.

T: ¿Cuál es tu visión sobre el tratamiento?

P: Honestamente en un inicio era escéptico, pero con mi baja de glucosa no hay más explicación más que la terapia, ya que no he hecho nada más que pudiera haber influido, sólo el cambio de actitud.

Lo que trabajamos en la sexta sesión lo podemos relacionar con lo que su perfil psicológico nos muestra, sobre su falta de expresión de lo que le sucede, en esta sesión podemos apreciar abiertamente su **mal manejo de la hostilidad**, como lo vemos en el cuadrante cuatro de la prueba de afirmatividad. La mayor presión que el paciente puede sentir es al no expresar lo que siente. Durante la consulta trabajamos con el plano corporal, pues representó al alcastraz actuándolo, esta técnica es gestáltica también. Se puede apreciar que constantemente a lo largo de las intervenciones se le hacía hincapié en que repitiera las cosas que decía en primera persona. En esta sexta sesión pudimos darnos cuenta de cómo el paciente **protoflecta**, atendiendo a terceros y sintiendo satisfacción por ello, también lo hace al ser **sobrepoteccionador** de los demás. Trabajamos con él, las ventajas de atender siempre a terceros, lo que resultó fue la **obtención de reconocimiento** y el costo de esto es el que no se reconozca a sí mismo y su enfermedad. Es relevante apreciar en este trabajo que el paciente habla mucho utilizando la palabra “**tengo**”, lo que también se trabajó a lo largo de las sesiones,

ya que dicha expresión la utiliza porque **introyecta** y con ello interrumpe el ciclo de la experiencia, por lo que la técnica que se utilizó para esto fue supresiva.

En esta séptima consulta es notorio cómo el paciente comienza a ser más firme como el árbol que contactó en la dinámica anterior, este árbol, es su representante de ánimos que le hace falta integrar de una manera más sana. Podemos apreciar cómo es que el paciente **deflecta, lo hace bromeando** para decir lo que piensa, quiere o necesita; en vez de ser asertivo. Lo que hace con su energía (temas que ya se ha estado trabajando anteriormente), es deflectarla y **disfraza así su preocupación y tristeza**. El sujeto también **retroreflecta** pues difícilmente se enoja y todo el **enojo lo vuelca contra sí mismo** y no con los demás. Se puede notar también que constantemente se hace el trabajo de relacionar las sesiones anteriores, con la que se esté llevando a cabo. Para que lo que resultó en el pasado, tenga repercusiones en el “aquí y ahora” de su vida como adulto.

En la intervención número nueve se trabajó con una dinámica de “la ciudad y el gobierno” en donde la ciudad que él describió estaba contaminada, tema que se trabajó, para entender que esta basura acumulada en la ciudad, es todo lo que **no se atreve a descargar (su enojo)**. Lo que el paciente logró hacer consciente, fue su acumulación de tristeza y que necesita **comprometerse consigo mismo y no con los demás**. Su manera de reciclarse será demostrándose alegría también.

En esta parte del trabajo (sesión 10) el paciente pudo notar que se ha **tragado** en exceso **tristeza y coraje**, además de que **no lo ha asimilado**. Se trabajó con la historia clínica que había contestado con anterioridad. Como conclusiones de este trabajo, Ernesto se dio cuenta de que **suele endulzar las cosas tristes de su vida, infancia y familia**. Se percató de que es **injusto** consigo mismo desde hace mucho tiempo. Notó que su **diabetes le sirve para prohibirse cosas dulces de la vida, como lo hicieron sus padres con él**. Descubrimos entonces que el paciente no ha hecho nada con su coraje y esa es la **ENERGÍA QUE NO UTILIZA Y QUE ESTÁ EN EXCESO EN SU CUERPO**, aquí

comenzó su proceso de autoliberación. También podemos apreciar que en esta sesión el paciente comienza a hablar en primera persona por sí sólo.

La consulta número once sirvió para trabajar con sus padres, se realizó de manera corporal y se logró hacer una regresión a los nueve años de edad del paciente. Trabajando uno de los temas importantes para él, la injusticia. Se dio cuenta así, de en qué situaciones eran injustos sus padre con él y cómo es que el mismo sigue siendo **injusto consigo mismo**.

En la intervención doceava el trabajo con la historia clínica continuó, para que se diera al final cuenta de que le es difícil admitir el **dolor** en él, además de trabajar con la relación que existe con su mamá, su pareja y su actual jefa de trabajo. Casualmente **todas han sido y son injustas con él**. Se siguió trabajando con la metáfora de endulzar sus vivencias.

En las próximas citas hubo un periodo largo en el que dejó el tratamiento, aproximadamente fue de quince días por sesión, cancelaba. Durante este periodo no le pedimos al paciente otro estudio de glucosa, porque pensábamos con lo que nos reportaba, que las cosas estaban marchando bien, de manera más sana. Lo que se trabajó en las últimas sesiones fueron sus gastos, situación que le preocupaba.

TERCER BLOQUE DEL TRATAMIENTO.

A partir de la treceava sesión como se comentó en el segundo bloque hubo ausencias por parte del sujeto, sin embargo el proceso siguió llevándose a cabo debida a que habían situaciones importantes para trabajar. Transcurrieron la sesiones 14, 15, 16, 17 y por último la 18.

En esta parte de la investigación se dio cuenta Ernesto de que se trata a sí mismo, como lo hicieron sus padres, es decir, injustamente. Para este proceso se lleva a cabo una dinámica de las frutas (la que más le gusta y la que menos le

agrada) que consiste en trabajar las polaridades, para relacionarlas con los distintos planos de su vida.

Se trabajaron las ganancias secundarias de preferir aceptar que decidir, lo que resultó fue que le es más fácil no ser asertivo para que no se enojen con él. Esto lo lleva a Protoflectar. Se hizo una revisión de sus gastos, que no son organizados, entonces comenzamos a entrar al tema de su esposa y familia más de lleno. Posiblemente este fue el tema que provocó mayor resistencia en él. Debido a que implicaba afirmar su ser, poner límites que no existen en su casa y que le son difíciles de llevar a cabo. Pues Ernesto no se limita tampoco, esta actitud, se relacionó con el “derramar miel”, para evitar un enojo.

Se habló sobre lo heredable de la diabetes, con relación a nuestro tratamiento encontramos que es heredable, por lo que le enseñaron sus padres de manera inconsciente, pues él mismo se trata así, además de que a sus hijos les hereda lo mismo, aunque de diferente forma, pues trata de evitarles lo que vivió, sin embargo al hacérselo a sí mismo, les enseña a sus hijos a tratarse de la misma manera.

En esta última fase del tratamiento, al paciente refirió un nivel de glucosa de 152 mg/dL, nos lo comunicó en la dieciochava sesión.

SESIÓN no. 13

T: ¿Qué haz hecho para seguir siendo justo contigo?

P: No **inundarme** de trabajo. Mandé a la fregada a mis hermanos, de cosas que me echaba a la espalda, sin apoyo de ellos, ya no me siento obligado. La **carga** económica no la he podido dejar al 100 %, me siento con la obligación de continuar con los pagos.

T: Danos ejemplos de la carga económica:

P: La colegiatura, aún cuando tengo el apoyo total de mi esposa. Me siento presionado, me obliga la forma de cómo solucionarlo.

T: ¿Cómo te apoya tu esposa con la colegiatura?

P: Ya no me deja el 100% de la carga, no me apoya con la colegiatura, me apoya con otros gastos de cosas que tengo que comprar. Me falta decirle: No le voy a entrar sólo, no quiero cargar con este gasto.

T: ¿Cuál es tu razón para no pedirle que te ayude con la colegiatura?

P: Que no tuviera la posibilidad económica, que todo lo tuviera comprometido o gastado.

T: ¿Ella en qué gasta su dinero?

P: En cosas para ella y las hijas.

T: ¿Con el dinero que ganas qué te compras?

P: Me compro muy poco, es menos frecuente, me compro ropa cada medio año. Ropa que no sea tan mala para que me dure.

T: ¿Cuál es la fruta que más te gusta?

P: El mango manila, es muy dulce, su sabor es agradable y sabroso.

T: Dime 5 sinónimos tuyos no de diccionario de agradable:

P: Suave, jugoso, alegría, felicidad y carnoso.

T: Si el mango tuviera una personalidad cuál sería:

P: Sería agradable, atractivo, con dulzura, feliz, alegre, sociable y cariñoso.

T: ¿Cuál es la fruta que menos te gusta?

P: El camote, es seco.

T: ¿Cómo es el camote?

P: Es como raíz remolacha, es una bolita, su consistencia es seca, sin chiste, ni tiene sabor, además se tiene que coser para comer, es duro y reseco

T: Dime 5 sinónimos tuyos no de diccionario de seco:

P: Inherte, sin vida, muerto, estéril, frágil, tristeza e indiferencia.

T: Si el camote tuviera una personalidad cuál sería:

P: Sería desagradable, triste, intrascendente, sin chiste, sin importancia. Como sin razón de ser.

T: Con lo que hemos trabajado hasta el momento, ¿a qué fruta se parece tu mamá?

P: Es el mango.

T: Deja de endulzar a tu mamá, Hemos trabajado ya ese tema. ¿A qué fruta se parece tu mamá?

P: Es el mango.

T: ¿Cómo sientes si colocas a tu mamá como el camote?

P: Injusto con mi mamá. No era al 100 % desagradable, insípida o mala. Pero hay una mezcla.

T: ¿Si tuvieras que clasificar a tu mamá en mango o camote, cuál sería?

P: Definitivamente camote, no hay un término medio.

T: Tú mamá no se parece en nada al mango. Haz dicho que es autoritaria, injusta, que no te consentía. Que vivía reprimida por tu papá.

P: Sí sería incongruente.

T: ¿Quién sería incongruente?

P: Yo. Al decir una cosa y clasificarla en otra.

T: Qué incongruente eres, ¿todo, por querer ser justo con quién?

P: Con otras personas y no conmigo. Con mi mamá.

T: ¿Con quién eres injusto al disfrazar con dulzura a tu mamá?

P: Otra vez caigo, conmigo.

T: ¿Qué veinte te cae ahora con esto?

P: Sigo justificando a la demás gente y no me justifico a mí. Sigo dando y yo no me doy.

T: Descríbenos a tu esposa:

P: Es autoritaria, injusta, agresiva, trabajadora, hasta exagera.

T: ¿A qué fruta se parece tu esposa?

P: Al camote.

T: ¿En qué se parece a tu mamá?

P: En lo autoritaria, a lo injusta.

T: ¿Tú papá qué fruta sería?

P: Igual.

T: ¿Será casualidad que la vida te ha puesto tres camotes?

P: Yo creo que no hay casualidades en este mundo.

T: ¿Para qué crees que te pasa esto?

P: Para que me deje de tratar como lo hago. Para que no les eche miel a ellos, para que sean medio agradables. Yo primero.

T: ¿Y en qué se parece tu descripción del camote a tu diabetes?

P: En mucho. Coincide en que estoy en malas condiciones, en una condición muy negativa.

T: Hay una frase que dice “te ponen como camote”, ¿quién te pone como camote en la actualidad?

P: mmmm....**Mi mujer.**

T: Tú papá le pegaba a tú mamá y ella se quedaba inmóvil. ¿De qué manera te pega tu esposa sin tocarte, para dejarte inmóvil?

P: De muchas formas. No apoyándome con los gastos. Si vas a gastar consúltame. Se compra cosas y a las hijas y no me toma en cuenta. Pero si la tengo que apoyar con gastos, me pide ayuda.

T: ¿Qué ventaja tiene dejar que te pegue?

P: Uf...Evitar problemas, que no se enoje conmigo.

T: ¿Cuál es el costo que estás pagando?

P: Muy alto, el estar en esta situación de mi enfermedad, de mi tristeza, de mi depresión.

T: ¿Qué necesitas hacer, para cambiar la relación con tu esposa?

P: Hablar y decirnos hasta de qué nos vamos a morir, pero solucionar las cosas juntos, que es necesario ser EQUITATIVOS y tomarnos en cuenta uno al otro. Para que no se vaya de un sólo lado la carga.

SESIÓN no. 14

T: Toma una profunda respiración, sosteniendo el aire lo más que puedas. Fíjate cómo en tu pantalla mental, aparece el mango que te gusta, con su suavidad, su dulzura, su sabor, su color. Ahora préstale tu cuerpo y tu voz al mango, déjanos ver a través de ti, cómo es.

Mango, hábleme de ti, de tu personalidad ¿cómo eres?

P: Agradable, dulce, bonito, suave, carnosos. Jugoso.

T: ¿Cómo te sientes de ser así, tan dulce, tan bonito, tan suave, tan agradable?

P: Feliz, contento.

T: ¿Mango en qué eres diferente al camote?

P: Estoy bien delineado, el camote está torcido, con chipotes, mal hecho. Soy suave, jugoso y el camote es seco.

T: Mango tú que sabes mucho, que te das cuenta de muchas cosas. ¿En qué situaciones Ernesto se pasa de dulce, es agradable, muy feliz, se pasa de contento, de suave?

P: Siempre. Cuando accede aunque no esté de acuerdo. En ser blando al no aceptar mis vacaciones en el trabajo, en el ver la forma de solucionar las cuestiones económicas de mi familia. Cuando estoy dispuesto con todo mundo, en ayudar. En el dar consejos y no tomar mis consejos hacia mí.

T: Mango, Ernesto tiene diabetes. ¿Qué es lo que le pasa con su enfermedad?

P: Exceso de glucosa en la sangre.

T: ¿En qué se parece la diabetes al mango?

P: En el exceso de dulce, en su carne, tan jugosa.

T: ¿Cómo queda un mango después de que alguien se lo come?

P: En el puro hueso.

T: ¿Mango, qué le pasa a alguien que siempre está al servicio de los demás, cuando acepta sin estar de acuerdo, cuando soluciona problemas que no son suyos. No se queda en el puro hueso?

P: Es como si lo consumiera todo mundo.

T: ¿Ya te diste cuenta en qué se parece el diabético al mango, cuando se lo comen?

P: En mucho, en las actitudes y situaciones.

T: ¿Ya te diste cuenta Ernesto que te estás pasando de mango?

P: Sí.

T: Por no quererte convertir en camote, te conviertes en mango. ¿Qué veinte te cae con esto?

P: El que rechace al camote, es una actitud que yo rechazo, para no querer aparecer ante los demás como desagradable, como no apetecible, como no dulce, no agradable.

T: ¿Entonces cómo te presentas ante los demás?

P: Como mango, agradable.

T: ¿Cuál es el costo de vivir así, de no presentarte como desagradable, no dulce, no apetecible?

P: Muy alto, el consumirme, enfermarme, tener todas esas situaciones en contra de mí.

T: Esto te pasó también en la sesión pasada cuando no querías relacionar a tu mamá con el camote y la endulzabas. Mango con lo que le haz mostrado a Ernesto, hazle una advertencia si sigue viviendo así:

P: Necesitas tomar otras actitudes porque esa actitud es de desventaja. Esa actitud te acerca mucho a seguir enfermándote, a seguir debilitándote, seguir quedándote en los puros huesos después de que te consume todo mundo. Sino seguramente va a haber empeoramiento.

T: Sí, eres mango pero de los demás, todos llegan y te comen, te saborean y mira cómo te dejan. Por ser un mango con los demás y no contigo. Si tuviera una ventaja muy loca el presentarte siempre como mango, ¿cuál sería?

P: Que lo recompensen y nadie lo va a hacer. Y reconocimiento.

T: ¿Ya te diste cuenta qué andas buscando?

P: Sí.

T: Pero te sale más caro el caldo que las albóndigas. ¿Tú qué te compras Ernesto?

P: Muy poco.

T: ¿Y cuántos gastos tienes?

P: Muchos.

T: ¿Quién no te reconoció?

P: Alguien que nunca me va a reconocer, mi papá y mi mamá.

T: ¿Quién es ahora el principal que no te reconoce?

P: Yo.

T: Mango, dile tres verdades a Ernesto que nadie se ha atrevido a decirle y que todo el mundo piensa de él:

P: Eres tonto, mediocre, iluso que crees que vas a obtener algo, dando a todos y no dándote a ti mismo.

T: Ahora, mango dale unos consejos a Ernesto:

P: Ver por ti, darte a ti, que gastes en ti, que si hay que hacer algo sea primero por ti. Si hay que negar algo, que te beneficie, adelante. Quiérete, el consumo es contigo y si te dejas consumir, te vas rápidamente.

T: Toma una profunda respiración. Poco a poco, te vas incorporando. (Hace una expresión el paciente). ¿Si tu expresión pudiera hablar qué diría?

P: Que me duele.

T: ¿Ahora sí te dolió, verdad, ser como mango?

P: Sí.

T: Ahora fijate cómo en tu pantalla mental aparece el camote. Representalo con una postura corporal, prestándole tu voz ahora a éste elemento. ¿Cómo te sientes de estar así, como camote?

P: Incómodo, mal, no es una posición fácil.

T: ¿Camote, cómo te sientes de ser seco, sin chiste?

P: Incómodo, torcido. No es una buena posición. Soy desabrido, sin forma.

T: ¿Cómo crees que te vea Ernesto?

P: No me quiere, me rechaza. No le gusto, no soy agradable para él.

T: ¿Cómo eres, que no eres agradable para él?

P: No soy dulce, soy desabrido. Pálido.

T: Camote, el mango dice que eres seco, triste, sin chiste, sin razón de ser. Dile al mango lo que todo el mundo sabe de él, pero nadie se ha atrevido a decirle:

P: En tu dulzura llevas tu fin, en tu manera de ser suave, dulce. Todo mundo te va a consumir, a acabar. Esa dulzura te acaba.

T: Dile cómo eres tú camote:

P: Como no soy del agrado de todos, menos me consumen. Menos agotamiento, pocos me van a estar fastidiando.

T: Dile al mango cuál es la ventaja de vivir como camote:

P: Ser selectivo, sólo algunas personas me van a querer y a cuidar, sin tanto interés y falsedad. Los que me cuiden lo van a hacer porque me quieren de verdad.

T: ¿En qué eres diferente al mango, que es muy sociable, feliz, alegre?

P: No soy compañero de todo el mundo.

T: ¿Cómo tomas tus decisiones camote?

P: Contra todos, sin pensar los que opinen de mí. Si a alguien no le agrada pues qué pena.

T: Camote dile a Ernesto de qué se está perdiendo cada vez que te rechaza, cada vez que no te quiere consumir, cada vez que no te quiere asimilar:

P: De adoptar mi actitud, insípida. De ser desagradable para muchas personas, no de ser sabroso y agradable para todo el mundo. De ser transparente.

T: Ernesto así como dices que es el camote, ¿así era tu papá?

P: Sí.

T: ¿A quién no te quieres parecer?

P: A mi papá.

T: ¿Y a quién te terminas pareciendo. Por no querer ser amote?

P: Como el mango.

T: ¿Y con quién te pasas de camote?

P: Conmigo mismo.

T: ¿Será casualidad que no te guste el camote?

P: No.

T: ¿Te das cuenta que lo malo, no es tan malo y lo bueno, no es tan bueno?

P: Sí.

T: Toma una profunda respiración y poco a poco te vas incorporando. Fíjate cómo en tu pantalla mental aparece el mago y dale las gracias por lo que te ha dejado ver:

P: De haberme dado cuenta de que la succulencia, la consistencia no es buena. Toda esa buena presentación es en contra mía. Por dejarme ver cosas que por mí mismo no podía ver.

T: Ahora fíjate como aparece el camote y les das las gracias por lo que te enseñó:

P: A él le doy las gracias con más efusividad. Me haz mostrado cómo sin una apariencia, sin ser agradable con todo el mundo. Si alguien es compatible conmigo, me va a aceptar y a querer tal cual soy, desabrido, feo, sin sabor.

T: Toma una profunda respiración y fíjate como es camote y el mango, se van uniendo y fusionando, para formar un tercer elemento. ¿Ya te diste cuenta qué aparece de la unión de estos dos?

P: Es un frutero con muchas frutas está el mango, el camote y muchas manzanas hacia arriba; y brilla. Es agradable.

T: ¿Qué impresión te da?

P: Me agrada, me siento seguro, ligero, libre, confiado, desahogado.

T: Fíjate cómo este frutero se quiere venir a quedar en alguna parte de tu cuerpo. ¿Ya te diste cuenta de qué lugar es?

P: En el pecho.

T: ¿Qué le notas a tu pecho?

P: Se siente agradable y bueno, este encuentro de fuerzas, que se requiere de lo bueno y lo malo.

SESIÓN no. 15

T: ¿Qué opinas de esta manera de organizar los gastos junto con tu esposa?

P: Son gastos que van a quedar a la vista, todo transparentado, todo a la vista. Porque hay gastos de lo que no sé.

T: ¿El que tomes la decisión de dividir los gastos, sería una actitud de mango o de camote?

P: Definitivamente de camote, de que es mejor que se haga así lo de los gastos. Aunque no estés de acuerdo es necesario.

T: ¿Este ajuste en los pagos es necesario para ti?

P: Para mí, si es necesario. Porque le dije a mi esposa; ayúdame con un gasto. Y me dijo que no tenía dinero, “es que ya tengo todos los gastos y no me sobra gran cosa”. Yo le contesté, nada más te digo a mí me desequilibró el gasto anterior, porque no lo tenía contemplado.

Pero ahora sí, con ese comentario o pretexto, vamos a planear los gastos y a lo mejor hasta tenemos ahorros. Viendo todos los gastos, yo creo que de esta manera sí se ahorraría. Estoy completamente seguro.

T: Seguramente a tu esposa no le va a gustar, ¿Cuál ha sido tu actitud con todos estos gastos?

P: He sido muy indeciso, muy débil. Negativo para mí, no me he querido, he dejado que hagan lo que quieran.

T: ¿En qué se parecen tus gastos a tu trabajo?

P: Es lo mismo, me ejercen mucha presión.

T: ¿En qué se parecen tus hijos a las personas con las que trabajas?

P: Están muy consentidos.

T: ¿Con esta relación de gastos, qué porcentaje de tu sueldo das para pagarlos?

P: El 100 %

T: ¿Cuánto porcentaje de ti, das con tu pareja, en tu trabajo, con tus hijos?

P: El 100 %.

T: Para quedarte en el puro hueso, como el mango. Repartiéndole dulzura a todos. ¿Tu glucosa en qué porcentaje andaba?

P: Alto. No bajaba de 150 y tantos.

T: ¿Cuánta miel andabas derramando?

P: Sí, es cierto.

T: ¿Qué te llevas de esta sesión?

P: Más claridad, son cosas que pasan en mi vista y no las veo. Si no hago esto de los gastos, cargaría yo sólo con esta presión. Lo voy a hacer a partir de mañana.

T: ¿Cómo te sientes con lo que acabas de ver?

P: Con más confianza en mí, con más seguridad. De que quiero que las cosas cambien.

SESIÓN no. 16

T: ¿Qué pasó con los gastos?

P: Le dije a mi esposa, Vamos a revisar los gastos, porque todo mi sueldo lo distribuyo y se me acaba. Me contestó que sí. Me di cuenta de que gastan mucho, en cosas innecesarias, se van a comprar ropa, paga mensualmente 4,000. Le dije quiero ver los gastos y equilibrarlos más, porque siento que gastamos de más y algunos gastos no son necesarios, para ver qué gastos podemos eliminar. Todavía no dividimos los gastos. Pero ya hice la relación de los gastos.

T: Vamos a ver la relación que hiciste. ¿Para qué es el gasto de green peace?

P: Unas personas me pidieron ayuda, me dijeron que cargaban el gasto mensualmente e mi tarjeta.

T: ¿Y estás de acuerdo?

P: Sí, porque concientizan a muchas personas, cuidando al medio ambiente.

T: ¿Concientizar, qué es para ti?

P: Hacernos ver las cosas del problema ambiental.

T: ¿Qué pasa con el problema ambiental?

P: Estamos destruyendo nuestro medio ambiente, de una forma muy acelerada.

T: ¿De qué manera se le destruye?

P: Contaminando. La contaminación es la destrucción y pérdida de utilizar los medios que la naturaleza nos dio.

T: A penas hiciste tu tarea ayer, te enteraste de gastos que no sabías de tu esposa. Descubriste cuánto gana exactamente. ¿Cómo dirías que hiciste tu tarea?

P: No a medias, es algo que se va a hacer, no ahora.

T: ¿Dices que no la hiciste a medias, pero ¿por qué no hiciste tu división de gastos con tu esposa?

P: Porque los gastos ya están definidos y ahora no es posible que los podamos dividir.

T: ¿Y hasta cuándo va a ser posible?

P: Pues no sé.

T: Cambia el no sé, por el no quiero saber:

P: No quiero saber y veo que puede ser a finales de noviembre. Para que terminen algunos gastos, como los de la ropa.

T: Se tomaron una hora para revisar los gastos, no hiciste la división de pagos ¿compraste tu carpeta en dónde los vas a meter?

P: No lo hice.

T: Creo que en la sesión pasada que revisamos los gastos, te fuiste convencido de que era necesario para ti hacerlo. ¿Qué pasó? Sentiste que ella gastaba mucho, que hay gastos que no quieres pagar o qué.

P: Seguramente pensé que tiene mucho que pagar, porque gasta en cosas en las que yo no podría aportar.

T: Y no puedes aportar porque todo tu dinero ya lo tienes destinado a gastos. Llevamos tres fines de semana, casi un mes sin vernos, ¿se te ha quitado la presión por los gastos?

P: Hasta el momento no.

T: Tú ayudas a green peace para que sigan concientizando a la gente sobre el cuidado del medio ambiente. ¿Y tú logras concientizar a tu familia con los gastos innecesarios?

P: No lo he logrado.

T: Green peace ayuda a concientizar a la gente para el cuidado del ambiente porque se está destruyendo ¿qué está pasando contigo si no te concientizas de lo que no haces para ti?

P: Yo me estoy destruyendo.

T: Dices que ya tienen sus gastos establecidos, yo diría, ya tienen establecido quien se desgasta más que el otro. ¿En este caso quién es?

P: Yo, creo que ellos no se desgastan.

T: Trataste de concientizar a tu esposa, pero si no lo modifican, pasa lo que sucede con green peace, envían correos y el medio ambiente sigue igual. Es más fácil hacer una revolución interna que una externa.

Noté algo más, le dices a tu esposa, oye hay que revisar los gastos, creo que en algunos nos excedemos, gastamos de más. ¿Tú también te excedes o es ella?

P: Yo gasto mucho, pero ella tiene gastos que sí podría evitar.

T: Pero no le dijiste, “sabes qué, mi reina hay gastos innecesarios que tú tienes”. Le hablaste muy dulcemente:

P: Yo creo que el pluralizar no debo hacerlo.

T: No debes, o no quieres, prefieres, necesitas o deseas:

P: No deseo pluralizar, lo que necesito hacer es ver los gastos que cada quien tiene y que cada uno se responsabilice de ellos.

T: ¿Qué sería lo peor que pasaría si le dijeras te excedes en algunos gastos?

P: No creo que se hubiera ido más allá, de decirme que tiene más gastos.

T: Ya trabajamos que tu esposa se parece a tu papá, ¿Qué has estado tratando de evitar?

P: Un encuentro con mi papá. Evitar que se enojara y dijera yo les compro porque quiero.

T: ¿Qué costo pagas por evitar que se enoje?

P: El seguir deteriorándome.

T: ¡Qué consciente eres de ti!

P: Pues no.

T: Ahora sí, ¿cómo te sientes de no haber hecho tu tarea?

P: No bien, todo para evitar las confrontaciones, para que no me vean como camote. Can falta de decisión, de firmeza. Creo que no es justo

T: Hace un momento dijiste que tu esposa no da paso sin guarache, pero creo que tú andas descalzo.

P: Sí. Me enteré de gastos que, si hubiéramos tomado la decisión juntos de comprar la ropa, le habría dicho no. O veíamos cómo hacerle.

T: Esperábamos que en esta sesión ya lo hubieras hecho, queríamos que te hicieras un examen de glucosa, pero con tú actitud de mango que has tenido, ¿cómo crees que salga tu nivel de glucosa?

P: Alto.

T: No estoy en contra de green peace, pero dicen que el buen juez por su casa empieza. Tú sabes si sigues aportando para la fundación. O para tu gasto de energía, de glucosa, de dinero, para seguir quedándote como mango chupado. ¿Qué te llevas de esta sesión?

P: Veo que hacer lo de los gastos me va a beneficiar a mí, hablar con decisión, tal vez ella no quiera, pero la puedo convencer. Yo creo que en la siguiente quincena, le voy a decir pon tu parte aquí y yo también lo haré.

Sesión no. 17

T: ¿Cómo te fue con la relación de gastos?

P: Considero que bien, hice una relación con los gastos generales y compartidos; y otra con los gastos individuales. Ya dimos la primera aportación de los gastos que dividimos. Hablé para cancelar lo de green peace por lo que trabajamos la sesión anterior.

T: ¿Ya te estás concientizando de ti?

P: Sí.

T: La finalidad de la tarea es reducir gastos, para que te sientas menos **presionado** y pongas **orden** en tu casa.

P: Me he dado cuenta que no hay orden en mi casa, que en verdad hay gastos excesivos. Ahora que platicué con mi esposa dijo que está de acuerdo y me va apoyar.

T: Vamos a ir revisando cada punto y vemos las propuestas que tenemos para ti. Lo primero que nos llamó la atención fue la cantidad total que se gasta en comida.

P: Si, también considero que es elevada, siendo mi suegra la que nos hace de comer consideramos darle algo extra.

T: Hicimos la cuenta de cuánto gastarías en una comida corrida y el gasto total se reduce por \$2000. ¿Te das cuenta de cuánto dinero se está quedando tu suegra?

P: Es que no sólo comemos nosotros ahí, consideramos la comida de ella y también de un hermano de ella que vive ahí.

T: ¿Podemos decir que los mantienes?

P: Sí, le damos esa cantidad porque ya estamos acostumbrados y además agradecidos, ya que cuando nos casamos mi suegra se hizo cargo de mis hijos de pequeños y es una forma de agradecerle.

T: ¡Qué buena onda sigues siendo con los demás!. ¿Entonces te cobró y te sigue cobrando por hacerse cargo de tus hijos?

P: Sí, lo voy a platicar con ella y tal vez se enoje pero vale la pena, sería para ver realmente cuánto vamos a dar para la comida y ver si estamos de acuerdo cuánto le damos a su mamá.

T: Otro punto que es importante para los gastos, es que no adquieran nuevas deudas hasta finalizar las que ya tienen.

P: También platicamos la situación de no comprar nada más hasta equilibrarnos. Lo único que me dijo, es que ella me está apoyando y yo no he cambiado, ya que habíamos acordado comer un día a la semana juntos y por cuestiones de trabajo no he podido o no he querido salir a comer.

T: ¿Cuál es la finalidad de comer juntos?

P: El convivir como pareja.

T: De los cuatro fines de semana del mes que descansan cuántos salen juntos.

P: Ninguno, todos los pasamos en la casa de su mamá, sólo cuando es un compromiso social no estamos con mi suegra.

T: Lo que te pide tu esposa es tiempo y estar juntos, es válido que busques la posibilidad de salir un día a comer con ella, y también es válido que ella sacrifique un fin de semana con su mamá para que pasen tiempo como pareja.

P: Claro.

T: Pasando a otro punto. Los gastos en ropa que tienen tanto tu esposa como tus hijas es más de lo que creemos pueden necesitar.

P: Realmente si.

T: Tenemos una propuesta para que la consideres y la lleves acabo. Que acuerden tu y tu esposa sólo comprarles ropa a tus hijas tres veces al año y no más.

P: Me parece bueno y lo voy a considerar.

T: También vimos que es excesivo lo que tus hijas gastan en celulares y consideramos que siendo estudiantes no necesitan de la contratación de un plan, gastan más que tu y eres subdirector de una empresa. Una forma de reducir sería dándoles \$200 al mes para una tarjeta y nada más.

P: Esto de los celulares no lo platicamos, pero lo voy a considerar para platicarlo con ella y acordar reducir este gasto de las hijas.

T: En el caso de tu hijo, creemos que para la edad que tiene (29 años) y su situación laboral, bien puede cooperar con el 10% de su sueldo, el cual no aporta ya que les da vales de despensa, pero a la vez le ayuda su mamá con \$1500 para el carro.

P: Lo platicué con ella y se los quiere dar para apoyarlo.

T: Viendo su situación de gastos excesivos, creo que necesitas más apoyo tu por tu salud que él, necesitas hacerle ver a tu esposa que ese dinero se necesita en la casa para cubrir las deudas que tienen.

P: También lo voy a platicar con ella.

T: En la historia clínica mencionas que la diabetes puede ser por cuestiones hereditarias, con estos gastos tan desordenados, ¿qué les estás heredando a tus hijos?

P: La diabetes.

T: Te excedes en el trabajo, te excedes en tus gastos, tu glucosa se eleva y provocas que te desgastes.

P: Les estoy heredando la excesiva forma de desgastarse, ¡qué malo!

SESIÓN no. 18

T: ¿Viste la película de “Locos de ira”?

P: Vi como el personaje tiene que tomar cambios de actitud ante ciertas situaciones, que son en beneficio de su actitud pasiva. Como cuando le lee la cartilla a su jefe, e incluso logra obtener un puesto mejor en su trabajo. Rebelándose logra que reaccionen las otras personas. A final de cuentas queda en una mejor situación y con el reconocimiento de su jefe y de sus compañeros. El tema principal es que el personaje todo lo acepta y al final se rebela.

T: ¿Qué veintes te cayeron?

P: Que no hay que aceptar la totalidad de las cosas, de las otras personas. No todo lo que dicen es verdad. Hay que cuestionar y no siempre aceptarlo todo de forma sumisa, sin protestar.

T: ¿Tú que aceptas de manera sumisa?

P: Todo, sin protestar.

T: ¿Ya te dieron tus vacaciones?

P: Van a ser para enero. Pero sucedió otra cosa, me cambiaron de área en el trabajo, me van a aumentar el sueldo y seré director de servicios generales. Es un área que tiene un poco de problemas, pero está más tranquilo que donde estaba y me van a pagar más. Como subdirector estaba muy agobiado y era pesado, ceo que ahora como director voy a estar más tranquilo.

T: ¿Qué pasó con los resultados del examen de glucosa?

P: Ahora salí elevado, en 155. Me siento un poco decepcionado.

T: ¿Desde hace cuánto tiempo te dejamos ver la película?

P: Tiene más o menos un mes o más.

T: ¿Cuánto tiempo te tardaste con la tarea de los gastos de tu casa, para que no te sintieras presionado?

P: Hace más de un mes.

T: Al decir que te sientes decepcionado con tus resultados, es como si nos hicieras responsables de ellos. Cuando estas tareas te correspondían a ti, como un primer paso de muchos que vas a dar en la terapia.

¿Entregaste tus tareas de la terapia en “forma y tiempo”, como sueles decir?

P: No.

T: ¿Fuiste cumplido con tus tareas, como eres cumplido en tu trabajo?

P: No, simplemente no cumplí.

T: Tú 100 % de energía, ¿En dónde lo gastas?

P: En el trabajo.

T: Y esto no sólo lo sabemos nosotros, te lo dice tu esposa, tus hijos seguramente. Toda tu energía se va en tu trabajo, ¿y tú, dónde te quedas, si esto es para tí?

P: Al último.

T: ¿Has sido justo contigo?

P: No.

T: ¿Fue justo tu resultado de glucosa?

P: Se refleja, es resultado de que no cumplí conmigo.

T: Uno de los riesgos que corre el diabético, cuando la enfermedad avanza, es la ceguera. Con lo que haces contigo, de no ser justo contigo. ¿Qué riesgo corres por no hacer tus tareas, por no querer ver las cosas que te pasan?

P: Que la enfermedad me perjudique en mis sentidos. Como en mi vista.

T: ¿Qué te ha costado trabajo ver de tí?

P: El darme a mí, las cosas que merezco y ser justo conmigo mismo. Es lo que he hecho.

T: ¿Con quién te haces el más ciego del mundo?

P: Conmigo, no me veo. Me aboco a otras cosas y mí no.

T: Mientras sigas dando el 100 % en tu trabajo, tus niveles de glucosa no bajarán. Ya habíamos visto que es importante que descanses. ¿Cuánto de esto haz hecho?

P: Volví a lo mismo, porque mi horario de trabajo no ha reducido.

T: Tu resultado de glucosa es el reflejo de que te has comprometido más con otras personas que contigo. Tu cuerpo sí te reclama las cosas. ¿Ya te diste cuenta por qué los diabéticos se quedan ciegos?

P: Por no verse ellos mismos, por no darse atención.

T: ¿En qué área de tu vida te desgastas más?

P: En el trabajo al 100 %, no separo más actividades para mí, ni para mi familia.

T: ¿En dónde te estás desgastando?

P: En mi salud. Con mi trabajo se queda toda mi energía, lo que puedo darme, lo dejo en mi oficina.

T: ¿Tú no tienes gastos de dinero excesivo, pero en qué te desgastas excesivamente?

P: En el trabajo. Es exagerado.

T: ¿De qué te das cuenta con esto del “gasto” y el “desgasto”?

P: Quiero poner un límite. Si no lo corrijo, no sé cuánto tiempo mi cuerpo pueda soportarlo

T: Dices que te hace falta ponerte un límite, ¿qué te hace falta poner con tus gastos familiares, con tu esposa y tus hijos?

P: Límites, que no he puesto en ningún lado.

T: Dicen que el “buen juez por su casa empieza”. Ten cuidado porque si no haces tu tarea, si no eres **cumplido** contigo mira lo que te pasa. Te molesta que las personas que están a tu cargo en el trabajo sean incumplidos. ¿Con quién eres el más incumplido?

P: Conmigo, otra vez. Yo me dejo hasta el último lugar.

En la sesión número trece se realizó una dinámica de la fruta que más le gusta y la que menos le gusta, para trabajar con su sombra y máscara. La metáfora de endulzar todo en su vida, siguió presente pues resultó muy benéfica

para él. Ernesto pudo darse cuenta de que **le conviene aceptar todo lo que no gusta para que no se enojen con él**. El **costo** que esto le ha ocasionado es muy alto, la **diabetes mellitus tipo 2** que padece.

Se continuó trabajando en la catorceava intervención lo de las frutas, sólo que ahora se hizo de manera corporal, para que lo contactara desde esta perspectiva. El paciente se percató entonces de que suele presentarse como mango (fruta que le gusta) **para no ser desagradable** con los demás, nos damos cuenta de nuevo de que sigue **protoflectando**. Sin embargo el camote (fruta que no le gusta) le dijo al mango que en su dulzura está su fin. Esto es lo que le está pasando al sujeto.

La quinceava consulta se comenzó a revisar a grosso modo, los gastos que tiene con su familia. En la sesión dieciseisava llevó impresa su lista de gastos y nos llamó la atención una aportación que tiene mensualmente para green peace, según él dona porque cree que la asociación se encarga de concientizar a la gente. Cabe señalar que en esta sesión debía de hacer una división de los gastos que tanto él como su esposa tienen, pero no lo hizo, sólo llevó una lista de gastos general. Aquí fue cuando la persona comenzaba **a rehusarse en la sesiones**, además de que cada vez se hacían más prolongado el tiempo entre cada sesión, pues creíamos que ya había realizado un buen trabajo, sobre todo por los niveles de glucosa que había registrado la última vez, Consideramos que se empezó a confiar y creyó que ya estaba totalmente “curado de la Diabetes”. Así que la tarea para la siguiente sesión seguía siendo que llevara la lista de gastos para que fuera más equilibrada la manera de asumir los gastos para él y su esposa.

Hizo su tarea para la sesión 17 y se trabajó con él, el tema de que en un inicio hablaba de que la diabetes es hereditaria; y según los gastos que presentó logramos ver, con ayuda de las demás sesiones, que en efecto lo que les hereda a sus hijos no es bueno, pues es el mismo patrón que él tiene. Se le dejó ver también de tarea una película llamada “locos de ira”.

La última cita fue la dieciochava y llevó unos análisis de glucosa en los que resultó muy elevado, pues presentó 152 mg/dL (consultar anexo), manifestó sentirse desilusionado del tratamiento. Pero se le devolvió su parte de responsabilidad, al empezar a no comprometerse con su tratamiento, con sus tareas. Su trabajo se empezó a detener en el momento en que las tareas cada vez eran más firmes para que integrara lo que le hacía falta de manera vivencial en un plano más práctico, fuera del consultorio. Comenzó a no ser cumplido para sí mismo y dejó que el patrón anterior ganara. **La ceguera**, que corre como riesgo los pacientes diabéticos, se hizo presente de esta manera metafórica.

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es importante señalar que el modelo biomédico no toma en cuenta los aspectos y psicológicos (manejo de emociones, perfil cognitivo, formas de relación, sensaciones, estilo de vida, etc) del paciente con diabetes mellitus tipo 2, sólo hace referencia a que lo que influye en el sujeto es su estado físico (su talla y peso), su alimentación (una dieta) y la medicación necesaria para su tratamiento. Como lo pudimos ver en capítulos anteriores. Ésta resulta ser una visión de la enfermedad muy lineal que sólo logra que la diabetes sea controlable y no que haya un descenso adecuado en los niveles de glucosa del paciente después de haber recuperado partes del sí mismo que ha sido mutilado por su patrón disfuncional.

Con este estudio se puede notar la importancia de la parte psicológica en el tratamiento del paciente diabético, desde un enfoque terapéutico transpersonal, que no sólo retoma el diagnóstico de la enfermedad, como lo hace el enfoque biomédico, sino que a diferencia de éste, se toma en cuenta toda la vida de la persona; desde su presente, haciendo síntesis con su pasado, logrando así que su visión respecto al futuro cambie para que se responsabilice de sí mismo y de su enfermedad. Este enfoque también toma en cuenta las esferas de la vida en las que se encuentra el paciente, es decir; como padre, pareja, hijo, hermano, trabajador, jefe, jugador de su deporte favorito, desde lo que le gusta y le disgusta comer, desde un símbolo que signifique algo para él, etc.

La manera en la que esta visión del paciente diabético hacia sí mismo cambiara se pudo lograr en este estudio, a través de un enfoque transpersonal, que como propuesta resultó ser efectivo en el tratamiento del paciente, debido a que hubo un descenso importante en sus niveles de glucosa. Pues el trabajo terapéutico comenzó cuando el sujeto tenía un nivel de 149 mg/dL. Conforme avanzaron las sesiones (1, 2, 3, 4, 5) los niveles de glucosa bajaron a 132 mg/dL. El logro máximo alcanzado fue de 110 mg/dL, cabe mencionar que el

paciente se mantuvo en este nivel durante 7 sesiones, además del tiempo en el que no lo vimos, esto es, aproximadamente dos meses y medio. Esto resultó ser muy satisfactorio incluso para el sujeto que reconoció, no haber registrado dichos niveles de glucosa llevando a cabo dieta, ejercicio o tratamiento médico.

Otro factor por el cuál el enfoque transpersonal resultó ser efectivo es que la persona logró hacerse responsable de distintas situaciones que afectaban su vida de manera inconsciente, pues formaban parte de su patrón de vida que ya no resultaba sano para su contexto actual.

Lo más maravilloso de lo transpersonal es, que la persona con el padecimiento, es quien se da cuenta de su proceso de cambio, el terapeuta o los terapeutas, sólo somos acompañantes o guías para lo que el sujeto esté listo para ver de sí mismo, según el ritmo de trabajo que lleve en la terapia, en la medida en la que se vaya responsabilizando de sí.

Cabe señalar otro factor importante de los terapeutas, el respetar la fenomenología del paciente para que llegue a su proceso de cambio. Las preguntas que se le cuestionaban conforme avanzaban las sesiones se daban respetando de manera fiel sus metáforas, pues representan su experiencia de vida, su esencia, para llegar a un resultado favorable. Así se hace necesario entender que los terapeutas somos los cómplices en el proceso de darse cuenta de la persona. Siguiendo un camino que él está dispuesto a recorrer.

El enfoque transpersonal que se utilizó tuvo como base dos enfoques el gestáltico y el junguiano. El análisis que se realizó de ambas teorías, resultó rico para el estudio del paciente diabético, debido a que en ambas propuestas hay conceptos que son similares, o que son retomados desde ambas perspectivas. Lo que hizo que el trabajo estuviera bien cimentado para su elaboración. Pudimos ver que ambas perspectivas tratan el concepto del inconsciente, que la sombra para los junguianos es equivalente al fondo para los gestaltistas, la proyección y la introyección es manejada por ambas propuestas, el sí mismo es relevante en las

dos teorías, la polaridad resulta de suma importancia entre éstas dos, la individuación de Jung es equiparable a la autorrealización de Maslow, el concepto de máscara está ligado al de figura. Además su manera de intervenir también cuenta con una semejanza el juego de roles y la imaginación activa, pues consisten en un diálogo con las partes alienadas del sí mismo, lo que es significativo pues enseñó al paciente diabético cómo es que esto funciona en su proceso, haciéndolo notar que “lo bueno, no es tan bueno y lo malo, no es tan malo”; de esta manera fue como se iba logrando la expansión de la conciencia en la persona, como lo propone un enfoque transpersonal.

Cabe señalar que no sólo son importantes las similitudes entre la gestalt y lo junguiano, sino también el cómo es que ambos enfoques psicológicos pueden complementarse entre sí, debido a lo que una propuesta no dice, la otra teoría lo retoma; o también, si un concepto es complejo en una, la otra lo explica con más claridad. Los conceptos junguianos como símbolo, ánima, ánimus esclarecen lo que sucede en la vida del paciente; de la misma manera que lo hace la gestalt con la homeostasis y las autointerrupciones (desensibilización, retroflexión, deflexión, confluencia, fijación y retención).

Finalmente, cabe decir que lo transpersonal permite recuperar la sabiduría interior al constatar vivencialmente que una enfermedad, cualquiera que ésta sea, en realidad es una oportunidad de una rearmonización total para contribuir al proceso evolutivo del paciente.

Respecto al patrón que se encontró con las pruebas psicológicas aplicadas, fue de gran ayuda para entender la situación del paciente diabético de acuerdo a su perfil. Dicho patrón resultó ser provechoso pues se analizó de manera holística, ya que lo que una prueba arrojaba, resultaba afirmativo en la otra. Este patrón encontrado en las distintas aplicaciones, resultó de gran apoyo para la intervención psicológica, además de que en cada sesión terapéutica se pueden notar los rasgos de personalidad del sujeto. Lo rico de un enfoque transpersonal es que todo material sirve y es provechoso para el tratamiento terapéutico.

Lo más significativo en el patrón del paciente resultó ser su falta de hostilidad para expresar lo que siente, esto lo dejó ver como pasivo agresivo. Su inexpresividad explica parte de su padecimiento, pues la tristeza es una emoción que no exterioriza, prefiere evitarla, de esta manera se la traga, entonces se queda en exceso en su cuerpo (la tristeza), canaliza somáticamente.

Un rasgo importante de su personalidad es que antepone su trabajo ante sus necesidades, está muy enfocado al deber ser con excelencia, suele abarcar más de lo que le corresponde, sus logros en el empleo cuentan para él, como su bienestar, los confunde con el reconocimiento que no obtuvo de pequeño, con la dulzura que le hizo falta, principalmente de su padre, por lo que lo tiene introyectado con su actitud tan trabajadora. A su vez esto, lo lleva sentir presión por la cantidad de trabajo que tiene, sin embargo esta presión no la expresa, lo que va generando en él un desgaste acelerado, como lo hace la diabetes también.

El paciente está más recargado en su ánimo, pues suele no tomar decisiones, prefiere estar de acuerdo, se queda sin expresar su ser, sin utilizar sus recursos psicológicos. Esto lo hace por miedo a parecerse a su papá que fue quien se encargó de formarle este patrón de vida desde pequeño. Nuestro sujeto en vez de expresarse prefiere endulzar su enojo y principalmente su tristeza. Como conclusión se llegó a encontrar que la diabetes resultó ser un pretexto para prohibirse la dulzura de la vida, el sentirse feliz, como le enseñaron sus padres. Su coraje lo tiene acumulado en su cuerpo de manera excesiva, esta es la energía que no utiliza. Además de que esa dulzura (exceso de glucosa en su cuerpo) prefiere repartirla a los demás en vez de a sí mismo (protoflecta).

Con este estudio el paciente mostró una considerable disminución en sus niveles de glucosa, mostrando así que las dinámicas realizadas durante las sesiones apoyadas en las tareas que el paciente realizaba, para generar cambios en su vida, son efectivas para el tratamiento del paciente diabético, **sin necesidad de depender de algún tipo de medicamento, dieta o rutinas de ejercicio.**

En esta investigación se intentó mostrar la importancia que puede tener un tratamiento psicológico en pacientes diabéticos, que además esté basado en la identificación del patrón de vida de la persona, que está resultando perjudicial y se manifiesta de manera física con la enfermedad. Por lo que es necesario cambiar ese patrón por uno nuevo, más sano de acuerdo a su contexto y evolucionado, que generará cambios reales en el paciente y en su organismo, como se mostró en los niveles de glucosa del sujeto del presente estudio, reestableciendo así su salud.

El poder utilizar el enfoque de la psicología transpersonal en pacientes diabéticos es un desafío y una posibilidad de cambio para ellos, pero la evidencia aún no es conclusiva. Finalmente, es importante recordar que este estudio es piloto y pionero en el medio mexicano y por ello se realizó sólo con una persona y obviamente sería aventurado intentar hacer conclusiones definitivas.

Es importante señalar que este tratamiento no se propone como método único y exclusivo para tratar la diabetes, sino que es una opción más de la cual se pueden desprender métodos y sugerencias de técnicas de apoyo para la evaluación e intervención, que puedan ayudar al paciente con diabetes mellitus tipo dos.

Una de las grandes limitantes fue, el trabajar sólo con un sujeto, en parte justificada por ser este un estudio piloto. Sin embargo cabe señalar que la gestalt menciona que en la parte está el todo y el patrón que se encontró en este trabajo puede servir de apoyo para hacer una investigación futura.

Por otra parte cabe mencionar como limitación la manera de cómo se eligió al paciente que participó en dicho estudio, lo cual contribuyó a que no hubiera un buen apego entre el paciente y los terapeutas, dificultando la revisión de tareas a realizar fuera de las sesiones y que se estuvieran llevando a cabo de forma adecuada, además de las constantes faltas del paciente a sus sesiones, lo que desencadenó en él un abandono del tratamiento, cuando éste comenzaba a

mostrar resultados. Sin embargo desde la perspectiva transpersonal el hecho de que el paciente se vaya no es malo, debido a que el trabajo que en su momento se realizó, sirvió para que la persona lograra hacer conscientes cosas que no reconocía, que ni siquiera sabía que existían en él. En el trabajo terapéutico es importante descubrir lo que se encuentra en la sombra según lo junguiano o en el fondo para la gestalt; al hacer este ejercicio difícilmente podemos olvidarnos de esas partes que están alienadas, una vez vistas no podemos desdeñarlas y si lo hacemos en un futuro la llamada de atención puede ser más fuerte, como le sucedió a nuestro paciente, al comenzar a olvidarse de sí mismo, al confiarse, sus niveles de glucosa ascendieron incluso más que cuando comenzamos el tratamiento. Desde una perspectiva holístico transpersonal, comprendemos que estas llamadas de atención se hacen presentes por medio de los síntomas para detenernos a ver qué sucede dentro de nosotros o del individuo, por medio de esta externalización. Finalmente podemos decir que la persona ya está en el camino del darse cuenta depende de él si quiere permanecer en la ceguera (retomamos esta complicación de la diabetes porque hay que recordar que es uno de los riesgos de dicho padecimiento).

Por lo anterior cabe reiterar la necesidad de aplicar este tratamiento a un mayor número de personas, así como la posibilidad de establecer un sistema de monitoreo continuo de la práctica de tareas en casa y en algunos casos incluir a los miembros de su familia en algunas sesiones, ya que parece indicar que esto influye en el aspecto motivacional para generar cambios reales en el patrón de vida, que se ven reflejados con la mejoría bioquímica.

De esta manera intentamos demostrar la importancia de las aportaciones que la psicología puede dar a otras áreas de desarrollo profesional y científico, puesto que los conocimientos generados, pueden ayudar a comprender mejor la diabetes en cuanto a su inicio, evolución y tratamiento y sobre todo incluir una vez más al psicólogo dentro del trabajo directo con pacientes enfermos de diabetes u otros trastornos físicos, que tradicionalmente eran de incumbencia única y exclusiva del médico. Sin embargo, con la inclusión de la psicología en áreas

como éstas es posible abrir el mercado laboral del psicólogo, al realizar un trabajo más rico entre los diversos profesionales de la salud con la intención de dar al paciente una mejor calidad de vida, procurando en la medida de lo posible su bienestar físico, mental, emocional, psicológico y espiritual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ ADA, (2007). El efecto devastador de la diabetes. American Diabetes Association (Asociación Americana de Diabetes, página en red) disponible en: www.americandiabetesassociation.care.
- ◆ Aguilar Pérez O. (1995) *Estudio Exploratorio de dos casos para el tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus, con tres grupos: relajación pseudotratamiento y lista de espera*. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. F. E. S. Z.
- ◆ Aguilera, M.J. y Blanco, M.S. (1987). *Investigación cualitativa. Características, métodos y problemática*. Madrid: M.E.C.
- ◆ Álvarez, J. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa*. México. Editorial Paidós.
- ◆ Anónimo (2004). (En red). Disponible en www.educacionholista.com/cursos.htm
- ◆ Bartol C. y Bartol A. (2004). *Introduction to forensic psychology*. London: SAGE.
- ◆ Bech, J. (2001) *De Husserl a Heidegger. La transformación del pensamiento fenomenológico*. España: Ediciones Universitarias de Barcelona.
- ◆ Bogdan R. y Taylor, S. (1984). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. España, Barcelona: Paidos.
- ◆ Butcher J. y Ben-Porath Y. (2004). Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas critique. *Australian Psychologist*.
- ◆ Butcher J., Dahlstrom W., Graham, J., Tellegen A. y Kaemmer B. (1999). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. (Adaptación española realizada por Ávila E. y Jiménez G.). Madrid: TEA Ediciones.

- ◆ Cáceres H, y Cuellar Z. (1998) Recopilación histórica de la Diabetes (1873-1997). Colombia, Bogotá. Academia Nacional de Medicina de Colombia.
- ◆ Campbell J. (1972) El Héroe de las mil caras. México, D. F. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- ◆ Castanedo, C. (1997a) *Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora*. (3º Ed.). Barcelona. Editorial Herder.
- ◆ Corres, P. (2001). Alteridad y tiempo en el sujeto y la historia. México: Fontamara.
- ◆ Dahlke R. (1999) El Mensaje Curativo del Alma: *Enfermedad como Mensaje del Alma*. México: editorial Océano.
- ◆ Dartigues, A. (1981) La Fenomenología. España, Barcelona. Editorial Herder
- ◆ Descamps, Grof, Pániker, Almendro, Naranjo, Vaughan, Walsh, Rowan, Carvajal et al. (1999) La conciencia Transpersonal. Barcelona, España. Editorial Kairós.
- ◆ Dethlefsen T. y Dahlke R. (2002) La Enfermedad como Camino: *un Método para el Descubrimiento Profundo de las Enfermedades*. Barcelona, España: Plaza & Janés editores, S. A.
- ◆ Ellenberger, H. (2004). Fenomenología psiquiátrica y análisis existencial. (En red). Disponible en: www.facultadfilosofia.es.vg
- ◆ Ellenberger, H. E. (1970). El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la Psiquiatría Dinámica. Madrid: Editorial Gredos.
- ◆ Ferguson M. (1994) La Conspiración de Acuario. Barcelona, España. Editorial Biblioteca fundamental.
- ◆ Fernández, P. y Pértegas, S. (2006). Investigación cuantitativa y cualitativa. Disponible en:
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.htm
- ◆ Figuerola D. (1997) Diabetes (3ra edición). México: editorial Masson.
- ◆ Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (1996). How to design and evaluate research in education (3rd. Ed.). New York: McGraw-Hill.

- ◆ Gambrill, E. y Richey, C. (1975) An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy.
- ◆ Gerhard, K (1995). *Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Band I. Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- ◆ Gerhard, K. (1994). *Qualitativ-heuristische Sozialforschung. Schriften zur Theorie und Praxis*. Hamburg: Fechner.
- ◆ González, M.(2006). *Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa*. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/salactsi/mgonzalez5>.
- ◆ Hannah B. (1981) Encuentros con el alma: Imaginación Activa como C. G. Jung la desarrolló. México, D. F. Editorial Fata Morgana.
- ◆ Hillman J. (1999) *Re-Imaginar la Psicología*. Madrid, España. Editorial Siruela.
- ◆ <http://www.richardsurwit.com/diabetes.asp>(2005)
- ◆ <http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes>(2004)
- ◆ <http://www.aadiabetes.org>(2004)
- ◆ <http://www.bioetica.ops-oms.org>(2004)
- ◆ <http://www.diabetesvida.com.mx>(2004)
- ◆ <http://www.ssa.org>(2008)
- ◆ Islas Andrade S. y Lifshitz A. (1993) *Diabetes Mellitus*. México: Guinzberg Interamericana. Mc Graw-hill
- ◆ Jung C. (1964) *El Hombre y sus Símbolos*. Barcelona. Editorial Caralt.
- ◆ Jung, C. (1964) *El yo y el inconsciente*. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- ◆ Kepner J. (1992) *Proceso Corporal*. México, D. F. Editorial Manual Moderno.
- ◆ Kepner, J. I. (2000) *Proceso Corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo Corporal en psicoterapia*. México. Editorial El Manual Moderno
- ◆ Laboratorios de Investigación Lilly (1967) *Diabetes mellitus* (7ma edición). Indianápolis, E. U. A.

- ◆ Lajoie, D. y Shapiro, S. (1992) Definitions of Transpersonal Psychology: The first twenty-three years, *Journal of Transpersonal Psychology*, vol.24, nº.1, 79-99.
- ◆ Latner, J (1994) Fundamentos de la Gestalt. Santiago de Chile: Ed Cuatro Vientos.
- ◆ Lazarus, A. (1984) Terapia multimodal, México. Editorial McGraw Hill.
- ◆ Letterman, D.M. (1989). Ethnography step by step. Beverly Hills; California: Sage.
- ◆ Lyotard, J. (1989). *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. España, Madrid: Cátedra.
- ◆ Martínez, C. (2005). Aprendizaje Holístico-Vivencial en la Formación de Futuros Psicólogos desde una Perspectiva Gestáltico-Fenomenológica. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. F. E. S. Z.
- ◆ Maslow, A. (1973). *The farther reaches of human nature*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- ◆ Méndez L. D., Gómez L. V., García R. M., Pérez L. J. y Navarrete E. A. (2007). Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social. 42. (4). 281-282.
- ◆ Naranjo, C. (2004) La vieja y Novísima Gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo ateorico. Chile, Santiago. Editorial Cuatro Vientos
- ◆ Navarro Cueva, R.: (1994) "Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración", en Aprendizaje y Comportamiento, vol. 10, A.L.A.M.O.C., Lima.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. (Actualización en enero de 2006) Para la Prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la federación. Secretaria de Salud. Disponible en red: [www.ssa.gob.mx / nom/ mo15ssa24.htm](http://www.ssa.gob.mx/nom/mo15ssa24.htm) /ant
- ◆ Núñez R. (1994) Aplicación del MMPI a la Psicopatología (3ra edición). México. Editorial Manual Moderno.
- ◆ OMS (2007). Diabetes México. Organización Mundial de la Salud. Disponible en red: www.paho.org/diabetesbul/spanish

- ◆ Palacios, P. (2000) Manual de interpretación de los auxiliares en la evaluación. México: Ed. Centro de Desarrollo Transpersonal.
- ◆ Palacios, P. (2003) Psicología Transpersonal. México. Ed. Centro de Desarrollo Transpersonal.
- ◆ Palacios, P. (2005) La Fenomenología: un Método Psicoterapéutico. México. Ed. Centro de Desarrollo Transpersonal.
- ◆ Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General / Academia Nacional de Medicina (1998). Nefropatía Diabética. 3. (4). 47-49
- ◆ Quitmann, H. (1989) Psicología Humanística. España, Barcelona. Editorial Herder.
- ◆ Revisiones Bibliográficas para el Médico General (1998). Nueva clasificación de la diabetes. 3. (8). 25-29.
- ◆ Rodríguez G., Gil J. y García E. (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Málaga. Ediciones Aljibe.
- ◆ San Martín, J. (1987) La Fenomenología de Husserl como utopía de la Razón. España: Anthropos.
- ◆ Schnake, A. (2001) Los Diálogos del Cuerpo: Un enfoque holístico de la salud y la enfermedad. Santiago de Chile. Editorial Cuatro Vientos
- ◆ Serantes N. y Cardonnet L. (1980) Diabetes. Argentina, Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- ◆ Sharp, D. (1997) Lexicon junguiano. Santiago de Chile. Editorial Cuatro Vientos.
- ◆ Sosa, S. (2006). El Estudio de Casos como Estrategia de Investigación. Disponible en : <http://www.eumed.net/tesis/2006/ssc/2c.htm>
- ◆ SSA (2008). Principales Causas de Mortalidad. Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Disponible en red: www.ssa.gob.mx
- ◆ Strauss, A. Y J. Corbin (1994). Grounded Theory Methodology, An overview. In Denzil, N.K. y Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. New York: Sage Publications.

- ◆ Strauss, A. Y J. Corbin (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. London: SAGE publications.
- ◆ Tapia C. R. (2003). *Manual para el Manejo de las Insulinas (3ra edición)*. México: Secretaría de salud.
- ◆ Tepperwein, K. (1992). *Lo que tu Enfermedad Quiere Decirte*. España. Barcelona. Editorial: Elfos.
- ◆ Velázquez M. y Villicaña H. (1999). *Ideas Irracionales en Diabéticos y Prediabéticos y su Asociación con Ansiedad y Depresión*. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México. F. E. S. Z.
- ◆ Vera, L. (2006). *La investigación Cualitativa*. Disponible en : http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf
- ◆ Zinker, J. (1977) *El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica*. Argentina, Buenos Aires. Editorial Paidós.

Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: _____

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- a) Fecha de Nacimiento: 10 de agosto de 1953.
- b) Lugar de Nacimiento: Tulyehualco, Xochimilco. Distrito Federal.
- c) Hermanos: Número de hermanos: 5 Edades: 62, 56, 50, 45, 43
Número de hermanas: 1 Edades: 60
- d) Padre: ¿Vive? No si es así su edad es: _____.
Ocupación es: _____.
Su salud es: _____.
¿Murió? Sí, si es así dé la edad de él al morir 82 ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? 47.
- e) Madre: ¿Vive? No, si es así su edad es: _____.
Ocupación es: _____.
Su salud es: _____.
¿Murió? Sí, si es así dé la edad de ella al morir 67 ¿qué edad tenía usted cuando su madre murió? 37.
- f) Religión cuándo era niño Católica de adulto Católica
Creyente/Practicante
- g) Educación : ¿Cuál es su último grado escolar? Licenciatura, Contador Público.
Indique sus fuertes y debilidades académicas: Facilidad de aprendizaje y memorización.
Flojo para estudiar.
- h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.
1) Infancia feliz 2) Mojar la cama 3) problemas emocionales y de conducta
4) problemas escolares 5) problemas familiares
6) Fuertes creencias religiosas 7) Problemas médicos
8) Abuso de Alcohol 9) Infancia infeliz 10) Tartamudez
11) Problemas legales 12) Abuso de drogas
13) Terrores nocturnos 14) Comerse las uñas
15) Chuparse el dedo 16) Temores o miedos

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO (Rol correspondiente o no a la edad)

- i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? Relativo a las adquisiciones de la Secretaría de Salud.
¿Cuántas horas al día? Entre 10 y 12 horas. ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? De oficina relacionado con otras actividades.
¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual? Sí si contesta negativamente por favor explique _____
- ¿Cuál es su ingreso quincenal? 13, 000 aproximadamente.
¿Cuánto gasta a la quincena? 9,000 aproximadamente.
¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? Tener una casa y un automóvil.
¿Cuáles son sus ambiciones presentes? Jubilarme a las 65 años y tener el suficiente respaldo económico para no depender de terceros.

ANÁLISIS MULTIMODAL

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

IV. CONDUCTA:

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

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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a Buena memoria, sociable.

c) ¿Qué le gustaría hacer más? Practicar deporte y leer.

¿Qué le gustaría hacer menos? Quehaceres del hogar.

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? Iniciar un negocio.

¿Qué le gustaría dejar de hacer? Trabajar en exceso.

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? No Si es así diga ¿ Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? No .
Si es así, ¿Cuál? _____

V. SENTIMIENTOS

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

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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

b) Historia menstrual
Edad al primer período _____ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? _____

¿Es usted regular? _____ fecha del último período _____
duración _____ ¿Padece de malestares? _____ ¿Cuáles? _____
_____ ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? _____

si es así, explique _____

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? Sexo, disfrutar de una buena comida, música.

¿Cuáles displacenteras? Ver un accidente vehicular con resultados fatales.

c) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	<u>Reclamos, manoteos.</u>	<u>Tartamudeo</u>
-alegría	<u>Trato amable a terceros</u>	<u>Sonriente</u>
-tristeza	<u>No hablar, aislarse</u>	<u>Serio</u>
-ansiedad	<u>Impaciente, caminar, dando vueltas</u>	<u>Atento, a la expectativa</u>

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

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

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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

a) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? Los problemas de trabajo derivados de las actividades de oficina.

Describa la imagen o fantasía más placentera Relación sexual y vacaciones en la playa.

Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro Descansando en la sala de mi casa, leyendo o viendo televisión.

Describa los sueños más frecuentes Tengo pocos sueños, pero hace tiempo uno de los más frecuentes es que soñaba con personas ya fallecidas.

b) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? Muy poco frecuente

Descríbalas Sueño que me peleo con una persona no identificada, sólo que yo siento los brazos pesado y no puedo golpear.

c) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? Nunca

¿En qué? _____

VIII. PENSAMIENTOS

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

Ae : 1. Soy un don nadie

Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad

D : 1. La vida es vacía

D : 2. No hay nada que valga la pena

D : 3. La vida es un desperdicio

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

Ac1. ambicioso

Ac2. ingenuo

Ac3. sin valor

Ac4. valioso

Ac5. perseverante

Ai6. poco atractivo (imagen corporal)

Ac7. lleno de penas

Ac8. no puedo hacer nada bien

Ac9. malo

Ac10. leal

D11. desesperanzado

O12. culpable

Ac13. confuso

Ac14. optimista

Ac15. considerado

O16. celoso

O17. sin amor

Ac18. bueno para el trabajo

Al19. atractivo

O20. conflictuado

Ac21. con problemas de memoria

Ac22. confiable

O23. envidioso

Ac24. ideas suicidas

Ai. 25 feo (imagen corporal)

Ac26. inteligente

Ac27. loco

Ac28. con problemas para tomar decisiones

Ac 29. inútil

Ac30. con buen sentido del humor

O31. con pensamientos horribles

Ac32. honesto

Ac33. degenerado

Ac34. sensible

Ac35. con problemas de concentración

Ac36. seguro

Ac37. estúpido

Ac38. indeseable

Ac39. incompetente

Ac40. inadecuado

Ac41. desviado

Ac42. cometo muchos errores

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca?

Comprar una residencia en la playa, en Puerto Vallarta.

d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos

Cuando entro a un elevador siempre pienso que puede caerse.

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

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

-No debo proporcionar información personal 1 2 3 4 5

-Soy víctima de las circunstancias 1 2 3 4 5

-Mi vida está controlada por fuerzas externas 1 2 3 4 5

-No merezco ser feliz 1 2 3 4 5

-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros 1 2 3 4 5

Expectativas:

a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? Reflexión y reorientación de actitudes.

b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? Se clarifique alguna situación vaga y también eliminar algún temor oculto.

- c) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? Escuchar, orientar, guiar a su paciente a la solución de sus problemas.
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? Lo desconozco.
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? Ser paciente, honesto y sincero.

d) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que feliz.
- Toda mi vida la he vivido con mi familia.
- Desde que yo era niño-a he tenido una familia.
- Es difícil para mí admitir que ya no soy feliz.
- Una de las cosas que no puedo perdonar es el robo con violencia.
- Una ventaja de tener problemas es poderlos solucionar.
- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es delegando actividades en la oficina.

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

- a) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? _____
 ¿desde qué edad? _____ ¿cuánto tiempo? _____

Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) trabajador, honesto, poco cariñoso, más bien rudo con sus hijos, cuando pequeños, de mayores más acercamiento y buena relación. Cuando los hijos se casaron trataron de mantener siempre unida a la familia.

Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) hábil para dirigir y controlar la familia, amable, cariñosa, honesta, siempre inculcó a sus hijos las buenas costumbres. Conciliadora.

- d 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? Sí.
 ¿desde qué edad? 9 ó 10 años.

- d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? Sí en las labores del campo.

- d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? Sí.
 ¿desde qué edad? 9 ó 10 años.

- d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? Con regaños y a golpes.
 ¿por quién? Por mi padre, por lo regular a golpes, mi madre hablando y en ocasiones con golpes.

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos _____ la compatibilidad que existía era buena aunque en algunos aspectos obligada.

- f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? Sí.

- g) ¿Sus padres lo comprendieron? Sí.

- h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? Sí.

- i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar _____

- j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus matrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? _____

- k) ¿ Quién es la persona más importante en su vida? Mi esposa y mis hijos.

2. Amistades

- a) ¿hace amigos fácilmente? Sí, ¿conserva la amistad? Sí.

- b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? No ¿Cuándo u en qué circunstancias? _____

- c) Describa cualquier relación que le proporcione:
 - Alegría convivir con la familia y amigos
 - Molestia que los hermanos discutan y no se dirijan la palabra
 d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)

1. Muy relajado
2. Relativamente confortable
3. Relativamente incómodo
4. Muy ansioso

- e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? Sí

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación mis jefes y mis papás, no había relación

- f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? Sí
 g) ¿Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? Sí

3. Matrimonio o relaciones de pareja

- a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?
10 años
 b) ¿Hace cuanto que están juntos? 28 años
 c) ¿Qué edad tiene su pareja? 47 años
 d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? Contador público
 e) Describa la personalidad de su pareja recia

f) Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:

1. incompatible
2. poco compatible
3. regularmente compatible
4. compatible
5. Muy compatible

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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

- g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? Me llevo bien y la opinión depende de cada persona

- h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos?
Sí, si es así indique cuál muerte de mi madre y mi padre
 ¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida? 37 y 48 años respectivamente

1. Relaciones sexuales

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

PADRE totalmente vedado nunca algún comentarios.

MADRE actitud muy reservada, sin comentarios directos al respecto.

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

c) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? A los seis u ocho años por exploración de mi cuerpo.

d) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? A los 12 ó 13 años.

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? No o ¿en relación a la masturbación? No.

si es así, por favor explíquelo _____.

f) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? No.

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual _____.

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora _____.

2. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? No existe problema. Si es así, por favor descríbalo _____.

b) Complete las siguientes frases

- Una de las formas en la que la gente me lastima es ignorándome.

- Puedo fastidiar a alguien a través de comentarios en doble sentido o indirectas.

- Una madre debería guiar por el buen camino, con mano firme.

- Un padre debería predicar con el ejemplo, guiar en las buenas costumbres.

- Un verdadero amigo debería ayudar en momentos difíciles.

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:

Su pareja inmejorable compañero, bueno, cumplido, agradable y trabajador.

Su mejor amigo (a) agradable, comprensible y cumplido con el trabajo.

Alguien que no lo quiera a Ud. Grosero, flojo en el trabajo, mal amigo y compañero.

d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo no estoy en esa situación.

X. FACTORES BIOLÓGICOS

a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo padezco diabetes mellitus dos, mi preocupación es mantener un nivel adecuado de glucosa, de lo cual me ocupo.

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico sólo complementos alimenticios.

c) ¿Come en forma balanceada? Sí.

d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? Hacer ejercicio.

e) ¿Practica alguna actividad relajante? No.

f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? Ejercicio cardiovascular y pesas, diario.

g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? No.

h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor no son dificultades, sólo que en los fines de semana los utilizo para hacer pequeños arreglos a la casa y apoyar a mi esposa en los quehaceres.

i) ¿Cuántas horas de sueño tiene? Entre seis y siete horas.

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

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

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

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

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

l) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles no.

m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) sí, en diciembre del 2002 corregir desviación de nariz (tabique).

n) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido no aplica.

o) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0 - 5 a los cinco años ingresé a la institución primaria debido a que por haber escasez de alumnos se pretendía quitar el turno vespertino de la primaria.

6 - 10 mi actividad principal además de asistir a la escuela era ayudar a los trabajos del campo.

11 - 15 concluir el nivel de estudios de primaria, iniciar los de secundaria y que mi hermana me festejara mi cumpleaños número quince.

16 - 20 ingresar a bachillerato, tener mi primera novia y mi primera experiencia sexual. Iniciar mis estudios profesionales u ser parte de un equipo de básquetbol familiar.

20 - 25 a los 21 años iniciar un trabajo en una institución bancaria, conocer y hacerme novio de la persona que ahora es mi esposa y tener mi primer carro.

26 - 30 casarme con mi novia, tener mi primer hijo, cambiar de empleo a otra institución bancaria. Posteriormente al sector gobierno, mi esposa se titula.

31 - 35 tener mi primer casa, nace mi segundo y tercer hijo. Adquiero un mejor automóvil.

36 - 40 logro titularme después de doce años de concluidos mis estudios y logro un ascenso de nivel en mi trabajo.

41 - 45 entro a trabajar al IFE en un magnífico empleo.

46 - 50 construyo mi segunda casa desafortunadamente vendo mi primera casa, mi hijo el mayor termina su carrera profesional y se titula.

51 - 55 concluye mi colaboración en el IFE e ingreso a la secretaría de salud.

56 - 60 _____

61 en adelante _____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA:



2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starko R. Henkawy y J. Charnley McKinlay

FORMA 1 SUMARIO

Nombre _____ (letra de molde)

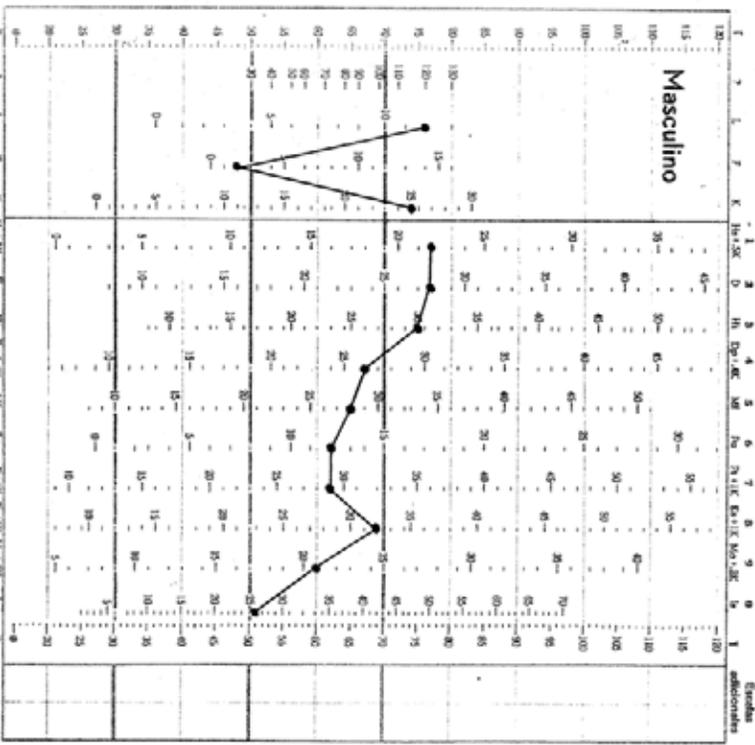
Dirección _____

Operador _____ Fecha de aplicación _____

Alas escalas e estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

M
Masculino



Estudio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

NOTAS

Firma _____ Fecha _____

Puntuación total **122**
 Puntuación corregida **22**
 Ayuda factor K **13**
 Puntuación corregida **26**
 Puntuación total **28**
 Puntuación corregida **10**
 Puntuación total **28**
 Puntuación corregida **12**
 Puntuación total **41**
 Puntuación corregida **16**
 Puntuación total **25**
 Puntuación corregida **5**
 Puntuación total **29**
 Puntuación corregida **21**

MATRIZ ASERTIVA

Respuestas de Aproximación Social o Peticiones Respuestas de Rechazo o Protectora

E
X
T
R
A
Y
Ñ
O
S

S
I
T
U
A
C
I
O
N
A
L
E
S

<p><u>4</u>; <u>6</u> <u>9</u> <u>10</u>; <u>14</u>; <u>15</u>; <u>17</u>; <u>18</u>; <u>19</u>; <u>20</u>; <u>21</u> <u>22</u> <u>26</u>; <u>29</u>; <u>36</u>; <u>37</u>;</p> <p>$\frac{15}{16}$ <u>i 12</u></p> <p><u>93%</u> <u>p 9</u></p>	<p><u>3</u> <u>5</u> <u>7</u>; <u>11</u> <u>23</u> <u>24</u>; <u>25</u> <u>27</u>; <u>28</u> <u>31</u>; <u>33</u>; <u>34</u>; <u>35</u>; <u>38</u>; <u>40</u>;</p> <p>$\frac{11}{15}$ <u>i 9</u></p> <p><u>73%</u> <u>p 5</u></p>	<p>$\frac{26}{31}$</p> <p><u>93%</u></p>
--	--	---

R
E
L
A
T
I
V
O
S

A
M
B
I
G
U
O
S

<p><u>2</u>; <u>4</u> <u>6</u> <u>9</u> <u>10</u> <u>12</u>; <u>14</u> <u>16</u>; <u>17</u> <u>18</u> <u>19</u> <u>20</u> <u>21</u> <u>22</u> <u>26</u> <u>29</u> <u>30</u> <u>36</u> <u>37</u></p> <p>$\frac{4}{19}$</p> <p><u>+ 3</u> <u>i 3</u></p> <p><u>21%</u> <u>p 3</u></p>	<p><u>1</u>; <u>3</u> <u>5</u>; <u>8</u> <u>11</u> <u>13</u>; <u>24</u> <u>27</u> <u>28</u>; <u>31</u>; <u>32</u>; <u>33</u>; <u>34</u>; <u>35</u> <u>38</u>; <u>39</u>; <u>40</u>;</p> <p>$\frac{14}{18}$</p> <p><u>+ 6</u> <u>i 12</u></p> <p><u>77%</u> <u>p 5</u></p>	<p>$\frac{28}{37}$</p> <p><u>75%</u></p> <p><u>48</u></p>
--	--	--

Expresión del ser
10 A = $\frac{45}{52}$ %
36 i = $\frac{52}{52}$ %

Defensa del ser
17 R = $\frac{42}{32}$ %
22 p = $\frac{32}{32}$ %

Individuación
T = $\frac{87}{87}$ %

PERFIL DE IDEAS Y CREENCIAS

Nombre _____ Fecha de aplicación ____/____/____
 Edad _____

