



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en psicología
Convocatoria junio de 2019

**PSICOSIS Y LA GESTALT. Estudio de
caso único**

Autor: Julián Enrique Velásquez
Ateortúa

Tutor: Antonio Molina Moreno

RESUMEN

ÍNDICE

	Página
1. Introducción.....	4
2. Marco teórico.....	4
• Psicosis según manual diagnóstico DSM-V.....	4
3. Influencia ambiental de la familia en la esquizofrenia.....	8
4. Teoría de la comunicación patológica.....	9
5. Psicosis desde la teoría de la Gestalt.....	11
6. Descripción del caso.....	18
7. Terapia Gestalt.....	20
• Taller de sexualidad.....	21
• Taller de conciencia clown.....	22
8. Tabla 1. Sesiones de terapia Gestalt.....	23
9. Explicación de las sesiones terapéuticas.....	23
10. Conclusión del primer periodo terapéutico.....	25
11. Tabla 2. Sesiones de terapia Gestalt.....	26
12. Explicación de las sesiones terapéuticas.....	27
13. Conclusión del segundo periodo terapéutico.....	31
14. Conclusión de la terapia Gestalt en la comunicación.....	33
15. Bibliografía.....	36

RESUMEN

Con el presente trabajo pretendo prestar atención al aspecto de la comunicación en la patología de la psicosis y esquizofrenia. Además, planteo a modo de ejemplo mi caso concreto, que después de algunas crisis psicóticas he asistido a terapia Gestalt y diversas actividades desde este enfoque terapéutico y haré una explicación sesión a sesión de los beneficios y consecuencias de este enfoque terapéutico.

He hecho primero un análisis diagnóstico con el manual diagnóstico DSM-V y posteriormente algunas de las teorías sobre la comunicación que afectan a las personas con este trastorno.

Finalmente, enmarcaré desde la teoría de la Gestalt esta patología y mostraré a modo explicativo, las técnicas y beneficios utilizados en esta terapia. Sin embargo, matizo que no ha sido solo la aplicación de esta teoría psicológica la que ha ayudado a la mejora de la comunicación en mi caso concreto.

ABSTRACT

The goal of this study is focus the attention in the communication in my particular case of the psychosis and schizophrenia disorder. Also, i will show as an example, my particular case taking Gestalt therapy and others activities from this therapeutic perspective and an explanation sesión by sesión of the benefits and consequences of this therapeutic perspective.

Firstable there is a diagnostic análisis with the diagnostic manual DSM-V and subsequently, some theories about how comunication affect people with this disorder.

Finally, this disorder will be focused from Gestalt Theory and i will show an explanation, tecniques an benefits used in this therapy. However, it puts into context that there are more aspects and activities maded to get better the communication in my particular case.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el ámbito de la comunicación, diferentes teorías proponen la interacción en el núcleo familiar como principal para poder dotar de herramientas a las personas a lo largo de su vida.

Las diferentes técnicas terapéuticas abordan los problemas en personas con la patología de la psicosis y esquizofrenia con asunciones sobre lo que está en el fondo de la patología. Así, la teoría de la Gestalt propone una terapia experiencial de descubrimiento paulatino a través del darse cuenta de los asuntos que están afectando a la persona.

En el presente trabajo expongo algunos enfoques teóricos sobre la comunicación en personas con psicosis y esquizofrenia y particularmente como la teoría de la Gestalt entiende y aborda esta patología, así como mi caso concreto tras recibir el diagnóstico de psicosis paranoide.

A modo de diagnóstico expongo también los requerimientos para el diagnóstico de esta patología según el manual diagnóstico DSM-V y sus definiciones.

Con todo esto, analizaré las características y bases fundamentales de la teoría de la Gestalt en el ámbito clínico y expondré para una mayor comprensión de cómo esta patología se puede trabajar con este enfoque terapéutico.

Además, planteo mi caso concreto y el curso por sesiones de terapia Gestalt y los beneficios que me ha otorgado, así como los diferentes cambios en mi vida durante y después del proceso terapéutico.

Con el presente trabajo no persigo una generalización sobre la teoría de la Gestalt a la patología de la psicosis, sino más bien una explicación de mi caso concreto elaborado y las aplicaciones y beneficios de este enfoque.

La cuantificación más que cuantitativa, será cualitativa explicando algunos aspectos específicos de las sesiones, así como algunos generales que permitieron la mejoría y adaptación de nuevas herramientas comunicativas en mi núcleo familiar.

2. MARCO TEÓRICO

Psicosis según manual diagnóstico DSM-V

Para un entendimiento de la patología de la psicosis, en el siguiente apartado se establece la definición en términos del manual diagnóstico DSM V (En adelante DSM V) sobre la psicosis, características diagnósticas y definiciones de los síntomas. Así, el DSM V, establece los siguientes criterios y síntomas para su diagnóstico pudiendo establecerse este diagnóstico de psicosis con la aparición de los siguientes síntomas.

A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes (DSM-5, 2016).

1. Delirios.

2. Alucinaciones.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2) (DSM-5, 2016).

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/ medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos) (DSM-5, 2016).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium (DSM-5, 2016).

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento (DSM-5, 2016).

Nota: Este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas del Criterio A y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica.

Especificar si:

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de dejar la sustancia.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis tales como: delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de la psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad (DSM-5, 2016).

- **Delirios:** Los *delirios* son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza) (DSM-5, 2016).
- **Alucinaciones:** Las *alucinaciones* son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos• relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (*hipnagógicas*) o al despertar (*hipnopómpicas*) se considera que están dentro del rango de las experiencias normales (DSM-5, 2016).
- **Pensamiento (Discurso) desorganizado:** El *pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento)* habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (*descarrilamiento o asociaciones laxas*). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (*tangencialidad*). (DSM-5, 2016).

- Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (Incluida la catatonía): El *comportamiento motor muy desorganizado o anómalo* se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (*negativismo*), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (*mutismo y estupor*) (DSM-5, 2016).
- Síntomas negativos: Los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La *expresión emotiva disminuida* consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La *abulia* es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. La *anhedonia* es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. La *asocialidad*, que se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social. (DSM-5, 2016).

Teniendo en cuenta la sintomatología de este trastorno, cabría explicar algunas de las aproximaciones o teorías relacionadas con estos síntomas. Así, abordaremos la teoría de la comunicación patológica con el fin de centrar nuestra atención en el aspecto comunicativo de las personas con psicosis.

De esta manera, pretendo explicar cómo este tipo de personas articulan y expresan verbalmente la comunicación con los demás y consigo mismos, que errores o factores erráticos existen en sus maneras de comunicación y pensamiento, y, que se propone desde la terapia de la Gestalt como marco teórico para abordar la terapia con personas con psicosis. Además, se expondrá como la terapia Gestalt ha contribuido en la mejora de mi comunicación intrafamiliar con el diagnóstico de psicosis, y que elementos entiendo que han sido clave para mi mejora y recuperación de las crisis psicóticas recurrentes.

3. INFLUENCIA AMBIENTAL DE LA FAMILIA EN LA ESQUIZOFRENIA

Sabemos que la familia es la unidad social más importante para el desarrollo de la personalidad. Así, las interacciones y relaciones familiares pueden nutrir o estar en relación a la expresión de trastornos como la psicosis o esquizofrenia (Hipólito y María, 1990). Las hipótesis al respecto de la influencia de la familia en la expresión de los síntomas esquizofrénicos cabe mencionar lo dicho en (Liem, 1980) “... *condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia*”.

A la luz de lo dicho anteriormente, se realizaron estudios en la década de los 70' con el fin de aclarar si el factor “comunicación familiar” precedía o no a la aparición de los síntomas psicóticos. Con esto, se llegó a un resultado muy consistente en el que según se dice en (Hipólito y María, 1990), “*Los padres esquizofrénicos muestran un déficit en su capacidad para compartir un foco de atención, adoptar la perspectiva el otro, y comunicar el significado claro y precisamente*”, sustentando el modelo de vulnerabilidad-estrés como predictor de la aparición de los síntomas, pero aun sin aclarar el papel etiológico de la comunicación familiar en la esquizofrenia.

La identificación de si la comunicación familiar era previa a la aparición de los síntomas y desarrollo de la esquizofrenia fue avalado por el estudio “El proyecto familiar UCLA” estableciendo que, como se dice en (Hipólito y María, 1990). “*La perturbación de las relaciones familiares, indicada por la desviación de la comunicación, precede al comienzo de los trastornos del spectrum esquizofrénico*” (Hipólito y María, 1990). Por otro lado y a favor de esta hipótesis de la comunicación familiar como factor etiológico de la esquizofrenia, se realizó “El estudio de adopción finlandés”, aun sin terminar, así como “El estudio de alto riesgo israelí”, en el que los resultados hasta la fecha muestran un alto nivel de influencia de las madres con esquizofrenia en hijos normales llegando a establecerse que hasta un 48%-52% de estos hijos presentan en el futuro síntomas catalogados al menos en (Trastornos de la personalidad, estados borderline y psicosis). Así, y a la espera de los resultados definitivos, todo apunta a que el factor ambiental de comunicación familiar y relaciones familiares son factores etiológicos de la expresión de la esquizofrenia o psicosis. Y los resultados del estudio israelí apuntan a que hay una alta aparición de diagnóstico del DSM-III por parte de los hijos de padres con esquizofrenia, (Mayoritariamente las madres) y que la mayoría de estos hijos habían sido criados en Kibbutz. (Hipólito y María, 1990).

En resumen, con todo lo anterior, podemos establecer que los factores ambientales de la comunicación familiar están presentes en la etiología de la psicosis y esquizofrenia, así como de la aparición de otros trastornos establecidos en el manual diagnóstico DSM.

4. TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN PATOLÓGICA

Desde este marco teórico en el que se analiza e interpreta las formas de comunicación que utilizan las personas con psicosis, se establece que las personas con psicosis tienen cierta imposibilidad de comunicar, es decir, se comportan como si trataran de negar que se comunican, llegando incluso a negar el valor de esta negación (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). Cabría suponer que la razón por la cual esto sucede sería que la persona con psicosis no desea un compromiso de comunicación (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). Con esto, la persona con psicosis recurriría a técnicas para evadirse de la comunicación, tales como rechazar la comunicación con el coste de ser maleducado, aceptar la comunicación en contra de sus deseos, descalificar la comunicación invalidando la comunicación que se establezca y, por último, la persona puede fingir que algo superior a sí mismo le impide entablar la comunicación como por ejemplo, tener sueño, sordera, borrachera etc. (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993).

La cuestión de relevancia en mi caso particular no es tanto que me evada de la conversación sino el haberme llegado a creer las técnicas de evasión como si fueran reales. Dicho de otro modo, llegar a introyectar estas ideas hasta el punto de no diferenciar que fueron un recurso para evitar la comunicación. Con todo esto, hay que decir que estas técnicas no son solo usadas por personas con alguna patología, sino que forman parte del repertorio de respuestas comunicativas de personas normales, con la diferencia de que ellos no presentan la vulnerabilidad a la psicosis (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). Teniendo en cuenta lo anterior, los síntomas de las personas con psicosis se interpretan como un mensaje no verbal (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993) en el que el contenido simbólico de lo que no se dice posee información sobre lo que le ocurre al paciente o le ha ocurrido. Es decir, cualquier tipo de no-comunicación, se puede interpretar como un síntoma de lo que le ocurre a la persona, de sus ideas introyectadas, de su manera de pensar y desenvolverse en el mundo. Por tanto, cada manera de no-comunicación, es una oportunidad para poder acceder a lo que le ocurre a la persona más que un hecho específico de evasión.

A modo de ampliación sobre la comunicación patológica, es relevante entender la estructura de los niveles de la comunicación (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). Aquí, observamos que existen dos elementos relevantes en una comunicación con cualquier persona. Por un lado, está el nivel del contenido de la comunicación y por otro el nivel de la relación en la comunicación (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993).

Cabe decir que todas las personas, con algún trastorno o no, estamos vulnerables a desarrollar conflictos en algunos de estos dos niveles. La mayoría de conflictos suceden por no diferenciar en cuál de los dos niveles se está teniendo problemas y por tanto es necesario entender donde se tienen los conflictos.

De esta manera, podemos entender que en el ámbito clínico se puede dar, por tanto, problemas en cada uno de estos niveles, en ambos, en ninguno o intentar solucionar un problema de un nivel en el otro nivel. Ahora bien, en cuanto a las personas con psicosis se refiere, estaríamos hablando de una opción alternativa en la que la persona duda de sus percepciones por no querer poner en peligro la relación hasta el punto de llegar a idearse otras percepciones y a creérselas, esto es lo denominado como comunicación paradójica (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). Las personas con psicosis parecen evadirse de lo que está ocurriendo en una situación de conflicto y no reconocer si están teniendo problemas en el nivel de contenido o en el nivel de la relación. Sin embargo, no son capaces de reconocer en cuál de los dos niveles se están moviendo o si la solución que pretender desarrollar es para un nivel o el otro. Por tanto, su situación personal, su self, sus creencias, se encontrarían confundidas por no adecuarse al nivel concreto o por evadirse de las consecuencias de asumir su papel en el conflicto. En este caso, el self de la persona se queda resentido y en un lugar excluido de la relación, del contenido y de sí mismo pues podría esa persona preguntarse, ¿Yo soy yo, o soy el otro? (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). Así, la persona estaría siendo desconfirmada por el entorno, por los otros, o lo que es lo mismo, recibiría por parte de los otros, información que sustenta la idea de no existir en la relación. Entendiendo desconfirmación como la negación que recibe una persona de su existencia, de la realidad de sus ideas, de la existencia de sus ideas y pensamientos como algo posible. Con todo esto, las personas, estando en un constante enfrentamiento entre la visión que se tiene de sí mismo y la que los otros tienen de él, se plantean una especie de bucle de significados sin contrastar que terminan por creerse y al mismo tiempo genera una hiperactividad de los procesos de pensamientos por funcionar de manera circular y sin contrastación o confirmación por

parte del entorno o de sí mismo. Entonces, una persona con psicosis podría ver, como se relata en (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993). *“El esquizofrénico ve el punto de vista de su madre mejor que su propio punto de vista. A su vez, comprende que la madre no comprende que él ve su punto de vista, y que ella cree que ella ve su punto de vista, y que ella no entiende que no es así. Por otro lado, la madre cree que ve el punto de vista del esquizofrénico y que el esquizofrénico no ve el de ella y no se da cuenta de que el esquizofrénico sabe que eso es lo que ella cree, y ella no sabe que él lo sabe”*. Así, la madre mantendría la creencia de la no existencia de las ideas de su hijo por desconocimiento, generando la citada desconfirmación. Con todo lo anterior, queda establecido que en las relaciones familiares de las personas con psicosis, hay alteraciones comunicativas que reafirman las creencias elaboradas sobre sí mismo y los otros y erróneas en contraste con la realidad, favoreciendo la generación de fantasías o de percepciones erróneas; es como una relación de causa-efecto circular en constante imaginación sin contrastación, sin enfrentamiento directo de forma verbal sobre el contenido individual de las personas integrantes de la relación familiar o sobre lo que ocurre en el nivel de la relación entre ellos. Dado que cada una de las personas integrantes en la comunicación familiar dan por hecho que alguno “en este caso la persona con psicosis”, no sabe o no entiende lo que ocurre, se le pone en un lugar de no existencia o de desconocimiento, generando una distancia comunicativa y por tanto haciendo posible el desarrollo de más síntomas fantasiosos.

Sin embargo, teniendo en cuenta el carácter de sistema de un núcleo familiar, la familia tiende a una regulación u homeostasis familiar en la que se pretende un equilibrio de los elementos que la componen. Así, una persona con psicosis, o dicho de otra manera, una persona que en un núcleo familiar desarrolla los síntomas de la psicosis, estaría con la presencia de los mismos, buscando un equilibrio de su sistema familiar (Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson, 1993).

5. PSICOSIS DESDE LA TEORÍA DE LA GESTALT

Para comenzar, debemos establecer que la terapia de la Gestalt trabaja desde la experiencia presente, desde el aquí y el ahora como puerta para el acceso a los eventos que pueden resultar difíciles permitiendo una asimilación o aceptación más experiencial y directa. El papel que tiene el propio cuerpo con sus percepciones por los sentidos, las

emociones, pensamientos y sentimientos que se originan, forman parte de ese aquí y ahora que da lugar al darse cuenta de lo que está ocurriendo y afectando a la persona.

Con esto, la terapia Gestalt surge como manera de integrar las relaciones y el contacto que surge en cada una de las relaciones establecidas entre las personas desde el self individual, desde el contacto con otros, desde una visión psicoanalítica, existencialista, con herramientas del psicodrama y con la aportación del budismo zen.

Todo esto, fue integrado y desarrollado por Fritz Perls, fundador de la terapia Gestalt, aunando las concepciones del momento presente como el momento de experiencia donde todos los elementos necesarios pertenecen a ese momento concreto y por tanto es una exploración y descubrimiento constante. La persona, prestando atención a sus sensación, pensamientos y sentimientos logra entrar en contacto con los demás y consigo mismo, delimitando primero su self e integrándolo en un campo en constante cambio y sensible a las interacciones que se suceden entre las personas que lo integran. Estas mutaciones de lo que en Gestalt se denomina campo, permite trabajar sobre un concepto básico en terapia Gestalt conocido como la figura/fondo, sacando a la luz figuras, como conceptos o ideas, de la persona que recibe el trabajo terapéutico gestáltico.

El objetivo final, si es que lo hubiera en terapia Gestalt, sería el de generar una autorregulación del individuo a través del darse cuenta de lo que el momento presente le propone, aceptando lo que emana de la relación terapéutica e integrándola en su vida.

Bajo la asunción del principio básico sobre el que se sustenta la terapia Gestalt del paradigma intrapsíquico al paradigma del entre co-creado (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013), esto nos viene a decir que en el contacto con el otro, en terapia, la experiencia de lo que ocurre es un acontecimiento de la frontera de contacto, es lo que surge entre el yo y el tú (Spagnuolo Lobb, 2003) en (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013), lo que surge en el momento concreto en el lugar concreto en el que se está dando el contacto. Esto favorece la percepción y espontaneidad del self del paciente, de lo que está siendo en contacto con la otra persona desde su self individual permitiendo una creatividad y constante evolución co-creada con el otro.

No obstante, tenemos que matizar el hecho fenomenológico que se produce en el contacto como una aproximación paulatina a lo que sucede. El aspecto fenomenológico, es un ente en constante cambio y sensible a las variaciones individuales de las personas

que lo integran. De la misma manera, lo que denominamos entorno, en la teoría de la Gestalt lo denominamos campo, pero sabiendo que no es solo el entorno.

Así mismo, otro de los elementos importantes en el ámbito clínico desde la terapia de la Gestalt, tiene que ver en la integración de la figura del terapeuta. Como bien hemos dicho, la terapia Gestalt es la terapia del aquí y el ahora, del contacto en el momento presente, por tanto, la figura del terapeuta, tanto como persona externa al paciente, tanto como persona que forma parte integradora de ese contacto, es de vital importancia. Aquí, la relación terapéutica va más allá que una mera relación profesional, son aspectos distintos pero que se encuentran relacionados, y que permiten que la persona en contacto con el terapeuta y en el marco de la relación terapéutica, se apoye sobre estos dos conceptos para poder dar solidez y realismo a la experiencia terapéutica (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013).

La terapia Gestalt entiende qué bajo una relación terapéutica equilibrada, de control/confianza, se permite una oxigenación de la situación que el paciente esté desarrollando y esto permite una aceptación ligera y fluida de las cuestiones que surgen en la terapia dotando al paciente de una autorregulación y de una posición participativa de las cosas que este elaborando, dentro del marco experiencial de la terapia (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013).

El campo se entiende que posee una naturaleza unitaria. Este concepto de naturaleza unitaria del campo organismo/entorno, nos viene a decir que los individuos no están aislados del entorno, sino que más bien existe una interacción recíproca y que desde la confianza y estabilidad de la relación terapéutica se permite una expresión de los conflictos y una integración y crecimiento de lo que ahí está ocurriendo (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013).

Aquí, estamos usando el concepto de intencionalidad dado desde la fenomenología (Husserl, 1965) explicada en (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013) *“la conciencia existe solo en su “relación con”, en su “tender hacia” un objeto, en su trascendencia en sí misma”*. Así, el paciente es solo en relación a lo que ocurre en el campo en el contexto terapéutico, en la tendencia hacia el darse cuenta de lo que fenomenológicamente está apareciendo en ese momento presente en ese lugar concreto, manteniendo su atención en sus sensaciones y sentimientos permitiendo una homeostasis

entre la persona y el contacto de forma espontánea y armoniosa (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013).

Por último, el principio de la terapia Gestalt, en el ámbito clínico, “la retirada”, nos informa de una vuelta a un estadio de calma, a un retroceso de las funciones hacia un lugar de equilibrio, de autorregulación del individuo, donde después de haber entrado en contacto con algo que era desconocido, después de una aceptación del mismo, ahora el individuo se retrae de la situación y vuelve a su individualidad, a su unicidad. Así, el contacto pasaría por 4 fases, (pre-contacto, toma de contacto, contacto final y post-contacto), (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013). Es esta última fase de post-contacto donde se encuentra la retirada, es definida por Spagnuolo Lobb M. en (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013) como *“En el post-contacto, el self disminuye para dejar al organismo la posibilidad de digerir la novedad conseguida, e integrarla, de un modo no consciente, en la estructura pre-existente”*.

Con todo lo anterior, es necesario establecer los principios en los que se sustenta la teoría de campo para poder establecer los elementos que hacen posible la co-creación de una Gestalt, de un proceso de darse cuenta, de un aquí y ahora en desarrollo. Así, la teoría de campo se basa en los cinco principios de Organización, Contemporaneidad, Singularidad, Proceso cambiante y por último de Relevancia posible, y hacen que el contacto con algo del campo sea un proceso dinámico y en movimiento, y, por tanto, que sea un proceso experiencial. (Parlett, 2007).

En mi caso particular, fui diagnosticado con psicosis y actualmente estoy siendo medicado. Desde la terapia de la Gestalt, la medicación tiene un significado, es un elemento que forma parte de ese campo de la persona, es un elemento a tener en cuenta y que cumple una función, además de bioquímica, de historia del sujeto. Así como el terapeuta puede llegar a terapia con una historia con diferentes elementos, el paciente posee en su historia el elemento de la medicación. (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013). Sin embargo, no hay que minimizar el gran efecto terapéutico bioquímico de los fármacos, ya que, en algunas circunstancias, la medicación genera cambios importantes en la percepción del mundo del paciente, en su manera de moverse en él y de integrar los elementos del mismo. La medicación modifica el entorno, modifica la historia del paciente y su comportamiento. (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013)

Con el objetivo de satisfacer las necesidades del paciente, de una forma holística y presente en el momento, el uso de fármacos también cumple la función apetitiva de satisfacer la necesidad del paciente en el momento en el que la toma, sin olvidar que este elemento del campo, “la medicación”, entra en contacto con los otros elementos del campo del paciente como se dice en (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013), *“Cuando el paciente, por ejemplo, debido a la medicación, esta menos tenso o con sueño, se cambia toda la situación terapéutica, el medicamento afecta al proceso de la terapia y también a la experiencia que el terapeuta tiene de estar con el cliente”*.

El papel de los antipsicóticos de frenar el flujo de liberación y absorción de dopamina, disminuye el nivel de excitación mental y por tanto la cantidad de información reduciendo la sobrecarga y permitiendo una mejor organización de la información. (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013)

En relación a la psicosis, los antipsicóticos cumplen una función aclarando y fortaleciendo el límite entre el cuerpo y el entorno. (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013). Así, una persona con psicosis, con el problema de no diferenciación de sí mismo y del entorno, se podría hablar que padece de no tener piel, de fundirse con el afuera, de no saber dónde empieza él y donde empieza el exterior. Por tanto, los antipsicóticos, podrían ayudar al paciente a diferenciar y a delimitar su yo, poder generar una distinción entre lo que sucede en el exterior y lo que le sucede a él, favoreciendo la integración de la experiencia. Es como si se crearan una piel con la medicación y se delimitaran a sí mismos. (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013). Por otro lado, es importante que el paciente entienda y asimile el papel de la medicación como un aliado o amigo en el proceso terapéutico holístico en el que se esté trabajando, tanto bioquímica como terapéuticamente. (Francesetti, Gecele, y Roubal, 2013).

Podemos observar que en relación a las funciones del si-mismo, puede suceder que la función “ello” esta perturbada y por tanto estaríamos ante una persona con psicosis. Aquí se dice que la persona se pierde la sensación (Gimeno-Bayón Cobos, 2011).

La psicosis seria, a modo de explicación como se dice en (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). *“Se concibe la neurosis como una perturbación en el límite del contacto y en la alternancia en el proceso del ciclo-retirada. La neurosis se entiende como un déficit de maduración, que hace que la persona se sienta en dependencia respecto a otra para la satisfacción de sus necesidades de supervivencia y crecimiento. Como esta persona se*

siente desvalida y vive el mundo como amenazante, sustituye el contacto autentico y funcional (que no sabe realizar o que cree que no puede realizar) y lo sustituye por la manipulación de quienes lo rodean”.

Con esto, se produciría una sobre excitación mental que estaría en relación con la sobre estimulación dopaminérgica que ocasiona bioquímicamente la psicosis.

Hablando de las interrupciones y teniendo en cuenta que cualquier neurosis se produce en la frontera de contacto, podemos decir que en el caso de la psicosis y esquizofrenia la persona no percibe su propia necesidad y por tanto no responde a las insinuaciones de su cuerpo (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). Aquí la persona podría ponerse un jersey en invierno o un pantalón corto en verano. Por tanto, cuando se inicia el ciclo del contacto, véase figura 1., al no detectarse el estímulo corporal el ciclo no se inicia y entonces las necesidades de la persona no son cubiertas (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). Aquí, el papel del terapeuta será el de hacer que la persona encuentre en su cuerpo una parte que sienta viva, que experimente como sensación ayudándole a pensar y sentir (Gimeno-Bayón Cobos, 2011).

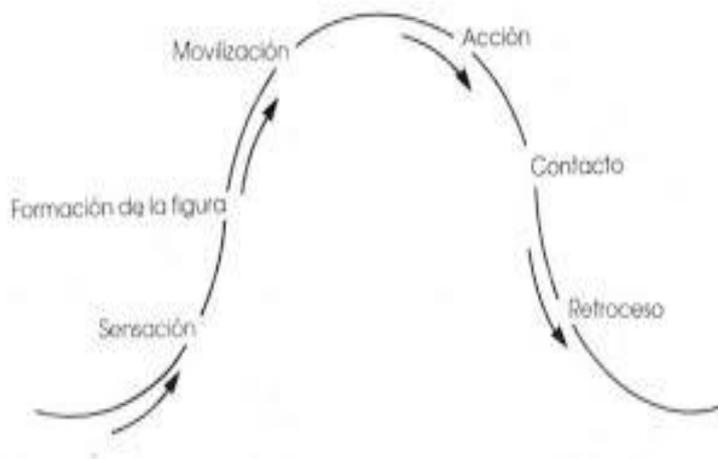


Figura 1. Ciclo de contacto

Cabe decir que en función de en qué parte del ciclo de contacto se produce la interrupción, estaríamos ante un mecanismo de defensa concreto. En el caso de la psicosis y esquizofrenia, estamos ante la desensibilización, véase figura 2. En la desensibilización, es como si se anestesiará la sensibilidad de tal forma que no se puede reaccionar ante los estímulos sensibles (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). Cuando se da la desensibilización, el no inicio del ciclo de contacto por no haber sensación, la frontera de contacto es demasiado rígida y no permite el acceso a la información interna y externa (Gimeno-Bayón Cobos, 2011).



Figura 2. Ciclo de contacto

Sin embargo, es necesario mencionar el carácter positivo de la desensibilización. Por ejemplo, nos ayuda a afrontar situaciones dolorosas o desagradables (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). No obstante, en el caso de psicosis, al no iniciarse el ciclo de contacto, y dado que la sensación indica la presencia de una necesidad por satisfacer, esa necesidad queda desatendida, no cubierta, y, por tanto, si no se satisface, tenderá a expresarse de una u otra manera surgiendo la enfermedad (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). Recordemos aquí “la ley de la tendencia al cierre” que nos viene a decir en (Gimeno-Bayón Cobos, 2011), que “*existe una tendencia del proceso a cerrarse, a culminar las Gestalts abiertas. Estos asuntos incompletos presionarán en el primer momento en que se dé algún parecido circunstancial con el proceso interrumpido, superponiéndose al proceso funcional del presente y generando otro asunto pendiente más (El correspondiente al presente)*”.

Para terminar, es importante saber que la experiencia psicótica como una perturbación del self, de aquello que se crea en un campo concreto, que es distinto del yo, porque integra la experiencia fenomenológica del campo, esta experiencia psicótica, suceden al no haberse establecido la distinción y la frontera entre el self y el mundo y por tanto al sujeto le ocurre que las cosas que ocurren fuera del sujeto puede tener efectos como si hubiera ocurrido en el interior, y viceversa (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). Por tanto, es como si no pudiera diferenciar su self del entorno, de los otros. Así, como dice en (Gimeno-Bayón Cobos, 2011). “*El delirio y las alucinaciones, son un intento de dar sentido a una experiencia de no diferenciación o de desconexión. El delirio es un ajuste creativo que construye una red de significados unilaterales y rígidos en donde no es*

posible acceder a ellos a través de la co-construcción del significado y las fronteras”, y además “el delirio es una acción que salva a quien lo sufre de una ansiedad incluso mayor cuando los dos actos del self no son posibles”. Por otro lado, con respecto a la alucinación se dice en (Gimeno-Bayón Cobos, 2011) que “La alucinación puede ser un ajuste creativo al construir un res-ob-jecta, algo arrojado fuera, para convertirse en una realidad que puede ser invocada; la frontera podría no ser precisa, pero constituye una realidad que aplaca una atmosfera más siniestra y más preocupante”.

6. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de mi caso particular. Tengo 33 años, he nacido en Colombia y llegado a España con 15 años de edad. Soy estudiante de la universidad de psicología y trabajador a media jornada.

Tras dejar de fumar marihuana por un año y medio, volví a fumar y a los 15 después tuve mi primera crisis psicótica. Hasta el momento he tenido 4 graves y 3 leves que he podido controlar yo mismo durmiendo y descansando bien. Sin embargo, llevo 5 años y 5 meses aproximadamente tomando Invega, un antipsicótico diario de 3mg hasta hace 2 meses cuando me han cambiado la medicación diaria por una inyectable al mes. Desde hace ya 5 años que no he consumido marihuana ni ninguna otra sustancia, sin embargo, cuando vivía en Granada, consumía cada fin de semana cocaína, anfetaminas y alcohol cuando salía de fiesta.

Me baso en un diario en el que escribo los acontecimientos relevantes de mi vida y que uso para poder determinar cuando he tomado las sesiones terapéuticas y que ha sucedido en cada una de ellas. Además, informo de que he tomado terapia Gestalt en 2 periodos de forma semanal en el centro de terapia y psicología Sinergia en Almería, así como talleres de conciencia clown y de sexualidad. Además, cuento que he asistido a terapia cognitivo conductual con el psicólogo de la seguridad social y considero que ambos enfoques me han servido de forma distinta además de otras cosas como conversaciones con mis amigos y familia.

Tras una lectura de una carta escrita a mi padre hace 8 años, pude observar una manera de comunicarme elaborada, confusa, saltando de una idea a otra sin mantener un hilo comunicativo, de exigencias constantes hacia mi padre y de quejas sobre lo que me

ha ocurrido culpando a otros sobre mis decisiones y situaciones difíciles. Se puede observar también que intentaba dar un significado a cada una de las cosas que me sucedían sin dejar de señalar mi pasado y mi aislamiento familiar como causa de mi malestar.

Además, pude observar que, al iniciar la elaboración de una idea, me “escapaba” de esa idea expresando algún chiste o contando alguna otra cosa no relacionada o relevante para lo que estaba queriendo desarrollar. Además, pude ver que mantenía la atención prestada en los demás, y que no expresaba mucho sobre lo que sentía o lo que pensaba.

En la relación con mi madre, me baso en una agenda donde le escribía a ella hace 8 años en la que señalaba constantemente que ella no sabía muchas cosas de mí y que veía imposible poder hablar con ella sobre esas cosas. La acusaba de ser la responsable principal de mis errores y de no poder hablar con ella porque creía que ella no es una persona preparada para poder hablar sobre ciertos temas. También expresaba que intentaba no hablar con mi madre y que la evitaba porque si hablara con ella creía que me regañaría y me sentiría peor.

Mi relación con mi hermana era muy conflictiva ya que creía que ella sabía todo lo que me ocurría con mi madre, pero ya que ella es madre y mujer no me iba a dar la razón. Me mantenía al margen de la vida de mi hermana y creía que ella es la que ha hecho que me aleje de los demás y que además no entendía por qué ella se comportaba de esa manera conmigo y creía que ella no sabía muchas cosas de la vida, al igual que mi madre.

En relación a esto último, me baso en algunas cartas que escribí a mi exnovia, en la que pude ver un discurso difuso y confuso, cargado de significados sobre la vida sin hablar de hechos concretos. Utilizaba muchas metáforas y me presentaba como una persona mística e intelectual. Además, decía que desde que empecé a consumir sustancias psicoactivas es como si mi capacidad para abstraerme de la situación y entender más allá de lo que ocurre se hubiera potenciado. Esto último se puede ver en una carta escrita a mi padre en la que le cuento los beneficios que estaba recibiendo al consumir estas sustancias diciéndole que, si al principio las usaba para aislarme de los problemas, ahora me hacían sentir mejor y entender la vida desde un lugar más sabio.

Decía que nunca había podido mantener una conversación con mi madre de forma íntima y con confianza porque temía que en cuanto empezara a hablar mi madre ella me

regañaría o me juzgaría y me reprocharía en vez de entenderme. A mi padre le dejé de hablar porque no recibía de él la atención que quería. Creía que mi padre no sabía nada sobre mi vida en España y era incapaz de hacerse una idea. Al comienzo de las crisis psicóticas, 5 años atrás, me encontraba en aislamiento social, vivía solo y pasaba días enteros solo sin hablar con nadie.

Con todo esto, tuve mi primera crisis psicótica en la que tuve un intento de suicidio tomando pastillas y estuve dormido cerca de 3 días hasta que desperté en el hospital del poniente con mi hermana acompañándome. Además, no recordaba haberlo hecho por deseo de morir sino porque tenía la idea de que al morir volvería a nacer y todo sería diferente. Cerca de 3 meses después tuve otro intento de suicidio tomando lejía y es cuando decidí ir al psiquiatra porque supe que esas ideas y voces en mi interior de alguna manera me ordenaban que lo hiciera. Recibí mi primer diagnóstico como “Psicosis paranoide” y empecé el tratamiento farmacológico con invega de 3mg al día. Los síntomas remiten hasta pasados cerca de un año cuando, por propia voluntad decidí dejar el tratamiento e ir a visitar a mi madre a Londres. Allí, dos semanas después de dejar el tratamiento, tuve mi tercera crisis psicótica con una explosión agresiva hacia la pareja de mi madre y hombre con el que me he criado. Duré hospitalizado en “Maudsley hospital of London” cerca de dos meses y luego volví a España a retomar mis estudios en el grado en psicología en la universidad de Almería.

7. TERAPIA GESTALT

Empecé a tomar terapia Gestalt a los pocos meses de llegar a Almería en torno a octubre de 2016. En la tabla 2. se muestra a modo de ejemplo las sesiones terapéuticas tomadas en el primer periodo terapéutico en el que estuve, así como algunas de las técnicas que practiqué con el terapeuta y el resultado, de forma resumida de los beneficios de cada sesión.

No obstante, explicaré cada una de las sesiones y sus repercusiones, así como una conclusión de lo que creo que me dió la terapia, de lo que me di cuenta y como lo integré en mi familia. Además, haré una explicación de lo que hice con mi familia y la forma de abordar esos asuntos que surgieron en terapia en mi núcleo familiar.

Para terminar, se explicarán los motivos de la terminación de la terapia por petición mía y mis acciones siguientes a la finalización de la terapia.

En el primer periodo de terapia Gestalt acudí a 4 sesiones terapéuticas. Las hice poco después de haber hecho un taller de sexualidad desde la terapia Gestalt y otro de consciencia clown desde la terapia Gestalt.

A continuación, explicare cada uno de los talleres, así como de las sesiones de terapia.

Taller de sexualidad

En el taller abordamos las relaciones de pareja y las relaciones íntimas en actividades grupales y por parejas.

Tuvimos que hacer peticiones a otros participantes al taller sobre lo que queríamos hacer como recibir o dar un masaje, bailar desnudos, acariciar, besar, hablar o compartir secretos. Siempre manteniendo la atención en las sensaciones del cuerpo.

Durante el taller me encontraba asustado por no saber que partes de mi quería mostrar y escribí que no sabía si quería sexo o no con algunas de mis compañeras o compañeros.

Durante el taller que duró un fin de semana, pedíamos y aceptábamos propuestas de mis compañeros según lo que yo creía era adecuado en ese momento. Sin embargo, en el segundo día me encontraba con una gran tensión sexual y sin poder hablar de ello.

Sin embargo, a medida que transcurría el taller me permitía confiar más en mis compañeros y pude confesarles algunas cosas que sentía.

Le hablé de esta situación al terapeuta del centro que me recomendó tomar terapia después del taller para poder cerrar bien ese ciclo.

En las actividades y juegos en pareja y grupales sentí atracción por varias de mis compañeras, pero no permití expresar esos sentimientos por actuar de acuerdo a lo que creía adecuado. Seguía comportándome con la presión de tener que ser de una determinada manera y no entendía por qué no estaba siendo espontáneo.

Un mes después asistí al taller de consciencia clown que describiré a continuación. Tras el cual, decido ir a terapia y poder cerrar el ciclo del taller de sexualidad y además lo que relato a continuación.

Taller de consciencia clown

En el taller, que duro un fin de semana, participamos en juegos grupales y por parejas para con la escenificación del payaso, poder abordar los asuntos emocionales que surgieran para poder dar espontaneidad a la expresión emocional.

Hicimos juegos tales como:

- Escenificación por parejas de la presentación de cada uno jugando a ser el payaso que se caracteriza por lo que está sintiendo en ese momento sin decir que es lo que siente, solo actuando espontáneamente.
- Juego con los dedos compitiendo por un aplauso.
- Escenificación por parejas de lo que el terapeuta Gestalt nos pide, sin usar palabras.
- Escenificación por parejas de una escena propuesta por el terapeuta llevándola al límite.
- Juego de baile grupal siempre escenificando el baile de forma exagerada actuando bajo el rol del payaso.

En cada uno de los juegos debíamos de estar presentes a nuestras emociones y a la espontaneidad, permitiendo que lo que surgiera emocionalmente no se juzgara ni nos parásemos a observarlo o trabajarlo a fondo. Era más bien una manera de poder aceptar lo que surgiera sin juicio y mostrando a todos con la actuación como impactaba en nosotros.

Durante el taller me di cuenta de que solía estar mucho en la mente y actuando en función de lo que pensaba era lo adecuado en ese momento, sin embargo, no permitía actuar en función de lo que sentía. En el juego de actuar por parejas una escena propuesta por el terapeuta me sentí juzgado y señalado por mis compañeros. Dramaticé el juicio sentándome asustado en un rincón con las manos cubriéndome la cara y empecé a sentir ganas de llorar. Cuando el terapeuta me pregunto que sentía le dije que no sabía y seguí jugando con lo que creía adecuado.

En la sesión de baile grupal pude sentirme más desinhibido, libre y creativo pudiendo expresar y compartir con mis compañeros mi ternura.

Tras el taller, a los pocos días, escribí que echaba de menos poder bailar y estar en familia pero que entendía que no podía ser y lloré esa noche sin saber por qué.

Luego de un par de semanas, empecé a ir a terapia. Mirar en la siguiente tabla 1.

8. TABLA 1. SESIONES DE TERAPIA GESTALT	
PERIODO 1. TERAPIA GESTALT	TÉCNICA
Sesión 1. Entrevista	Hacerse responsable
	Sensibilización cuerpo/emociones
	Continuo de la conciencia
Sesión 2.	Retomar lo hablado la sesión anterior
	Sensibilización cuerpo/emociones
	La silla vacía
Sesión 3.	Revisión del proceso hasta ahora
	Hacerse responsable
	Sensibilización cuerpo/emociones
Sesión 4.	Revisión del proceso hasta el momento presente
	Continuo de la conciencia
	Despedida y cierre de la terapia

9. Explicación de las sesiones terapéuticas

Sesión 1.

Tras la entrevista le dije a mi terapeuta que creía que me encontraba lejos de mí, y que no podía sentir ni dejar fluir mis sentimientos. Le dije que durante los talleres anteriores me había encontrado muy mental y que no había logrado sentir la satisfacción. Empezamos haciendo ejercicios para prestar atención a las sensaciones físicas y de mi cuerpo y a relacionar mis sensaciones con las cosas que me sucedían en ese momento de mi vida abordando las emociones sin juzgar.

Tras finalizar la sesión, sentía mi cuerpo relajado y me había dado cuenta que estaba desconectado de mis emociones por interpretar todo sin permitir ser lo que fuera.

Esa semana estuve aislado y sin hablar con nadie porque creía que así podía sentirme mejor. Sin embargo, empecé a sentir tristeza y frustración y esto me sorprendió porque estaba reconociendo lo que sentía.

Sesión 2.

Llegue a la sesión con una carta escrita esa semana y con un sueño que había tenido. Lo expuse a mi terapeuta y me propuso hacer un ejercicio para hablarle a la mujer de mi sueño con la silla vacía. Hablando con ella empecé a sentir enfado y cuando el terapeuta me preguntó quién podría ser esa mujer, entendí que podría ser la figura de mi madre. Le hablé y le dije que me sentía enfadado porque no podía hablar con ella y porque nos encontrábamos lejos el uno del otro. Entonces el enfado se convirtió en tristeza y me di cuenta de que detrás del enfado me sentía triste por estar lejos de mi familia y culpaba a mi madre de esa situación.

Salí de la sesión y llamé a mi madre. Le conté que echaba de menos a mi familia y que la culpaba de haberme traído a España y haberme sentido aislado de mi familia. Ella me explicó cuáles fueron sus motivos para traernos a España y entendí que estaba reprochándole mis sentimientos y no me estaba haciendo responsable de mi situación actual. Le pedí que nos pudiéramos ver para poder hablar de eso y le pedí perdón por reprocharle sus decisiones. Antes de ir a la siguiente sesión me sentía muy triste y abandonado.

Sesión 3.

Le cuento a mi terapeuta que había empezado a hablar con mi madre de cómo me sentía en España y del enfado que sentía hacia ella. Me preguntó cómo me sentía en relación al hablar con mi madre al respecto de eso y empecé a sentir miedo. Le expuse que sentía miedo de que ella se sintiera culpable de mis sentimientos y entonces empecé a fantasear y a tener una crisis. El terapeuta me preguntó cómo me estaba sirviendo la terapia Gestalt y que creía que podíamos hacer ahora y le dije que no sabía pero que le tenía miedo a mi madre. Me fui de la sesión confundido y mentalmente activo.

Esa semana estuve escribiendo mucho a mi padre sobre mi relación con mi mamá y como su ausencia había determinado que mi madre se hiciera responsable de todo. Después de 3 días escribiéndole mi padre me llamo y pude explicarle que me sentía solo y que echaba de menos sentirme en familia en Colombia. Mi padre se sorprendió y me

dijo que él no sabía que yo me sentía así de triste y que creía muy positivo que hablara con mi madre sobre el miedo que le tenía.

Sesión 4.

Vuelvo a terapia excitado mentalmente y habiendo dormido poco esos últimos 4 días. En mis escritos de esa semana escribía de forma confusa y dando significado a las cosas, sin embargo, no se lograba entender muy bien lo que quería decir. Le planteo a mi terapeuta que quiero decirle a mi madre que le tengo miedo y entonces me pregunta donde siento el miedo. Empiezo a sentir mi cuerpo temblando y siento rabia. Me doy cuenta de que mi distancia con mi madre y la falta de comunicación y confianza entre nosotros me producía sentimientos de soledad y abandono. Empiezo a sentir que me está dando una crisis y se lo digo al terapeuta. Decidimos ir al hospital a ver a mi psiquiatra y pedir que me dé somníferos para poder dormir y descansar. Me explica que las necesidades del cuerpo, incluso usando medicación, deben de ser satisfechas y le digo que no quiero seguir yendo a terapia porque me da miedo que sufra otra crisis. Acordamos seguir hablando para ver como estoy y que si en algún momento necesito volver a terapia que se lo comunique.

Esta siguiente semana estuve muy excitado mentalmente y al borde de una crisis. Escribí que tenía miedo de mí mismo y que me sentía frustrado al no poder hablar de mi miedo con mi madre porque a ella también le tenía miedo.

10. Conclusión del primer periodo terapéutico

Después de volver a estabilizarme, voy a ver a mi terapeuta y a decirle que ya me encuentro bien y estable pero que no puedo seguir asistiendo a terapia. Le informo que me había dado cuenta de que mis problemas de comunicación con mi madre estaban en el miedo que sentía hacia ella.

Decido empezar a hablar con mi madre acerca del miedo y concretamos una fecha para poder vernos en persona. Mi madre llega a Almería 6 meses después y le pido que me escuche en silencio. Al decirle que sentía miedo de ella y que eso me estaba impidiendo poder hablar de otras cosas, mi madre me pidió perdón por haberme tratado violentamente cuando era niño y me dijo que de ahora en adelante me escucharía más. Esa semana hablamos sobre mi sentimiento de tristeza y nostalgia por echar de menos a mi familia y me prometió que me daría el dinero para ir a Colombia al finalizar ese curso.

En la conversación me sentí de nuevo un niño pequeño hablando con mi madre y reconciliando nuestra relación.

Este periodo terapéutico me hizo darme cuenta de que la distancia de comunicación que tenía con mi familia, en especial con mi madre, estaba en el miedo que sentía por ella. Sin embargo, tras habérselo expresado, nuestra relación se reestructuró y empecé a sentir apoyado y me permitió poder expresar mi confusión sobre lo que sentía por mi familia.

Es de relevancia matizar que, durante todo el periodo de terapia, he estado medicado con antipsicóticos atípicos, Invega 3mg al día, somníferos para cuando tuviera problemas de insomnio y ansiolíticos para las situaciones que percibiera ansiosas.

La medicación ha jugado un papel importante como apoyo y como estabilizador de mi cuerpo y de mi mente. Sin embargo, la medicación vía oral me ha ocasionado problemas de estómago y digestivos, así como embotamiento afectivo.

Continuando, 8 meses después, con una relación con mi familia mucho más sincera y tranquila, vuelvo a terapia para poder mejorar más aspectos de mi vida. Las sesiones de este periodo están expuestas en la siguiente tabla 2.

11. TABLA 2. SESIONES DE TERAPIA GESTALT	
PERIODO 2. TERAPIA GESTALT	TÉCNICA
Sesión 1. Entrevista	Hacerse responsable
	Sensibilización cuerpo/emociones
	Continuo de la conciencia
Sesión 2.	Retomar lo hablado la sesión anterior
	Sensibilización cuerpo/emociones
	La silla vacía
Sesión 3.	Revisión del proceso hasta ahora
	Hacerse responsable
	Sensibilización cuerpo/emociones
Sesión 4.	Diálogo de asuntos pendientes
	Sensibilización cuerpo/emociones
	Continuo de la conciencia

	La silla vacía
Sesión 5.	Retomar lo hablado la sesión anterior
	La silla vacía
	Hacerse responsable
Sesión 6.	Continuo de la conciencia
	Revisión del proceso y de cómo está funcionando la terapia
	Hacerse responsable
	Recomendaciones para la semana
Sesión 7.	Revisión del proceso hasta el momento presente
	Continuo de la conciencia
	Despedida y cierre de la terapia

12. Explicación de las sesiones terapéuticas

Sesión 1.

Cuando llegue a la entrevista con el terapeuta me sentía confuso y curioso. Tras la información referente a como sería el curso de la terapia, el terapeuta me pregunto cómo me sentía al venir a terapia. Al no saber responder como me sentía me pidió que prestara atención a mi cuerpo y que notara las reacciones corporales como tensiones o lo que fuera. Al hacerlo, me di cuenta que tenía la espalda rígida y que me sentía incómodo con el hecho de estar en terapia. Al expresarlo la tensión empezó a desaparecer y empecé a sentir que él me prestaba mucha atención. Entonces le expliqué que me costaba algo de trabajo poder confiar en los demás y volví a prestar atención a mi cuerpo y a donde sentía esa desconfianza. Mi presión en el pecho y en la espalda volvieron y entonces le explique que en el pasado mis amigos me habían defraudado engañándome con mi exnovia. Entonces el me volvió a preguntar que sentía y entonces sentí tristeza y rabia y empecé a llorar. La sesión termino con la recomendación de estar presente esa semana a esa tristeza y rabia y darle espacio a que fuera posible estar triste y enfadado.

Esa semana escribí algunos textos sobre mi tristeza y estuve muy emocional llorando por sentirme solo y sin mi familia. Con respecto a la rabia tuve una discusión en mi trabajo y en vez de quedarme callado, exprese mi enfado a mi compañero y ese día

llegue a casa y escribí a mi madre que me encontraba enfadado. Esa semana me di cuenta de que no expresaba lo que sentía ni permitía que mis sentimientos surgieran de forma espontánea.

Sesión 2.

Le cuento a mi terapeuta que he estado muy emotivo y que tuve una discusión en mi trabajo con mi compañero y volvimos a sentir en mi cuerpo esa rabia. Al explicarle que me sentía pequeño e incapaz de expresar mi enfado por no ser muy masculino, él me preguntó quién en mi familia sería la persona más masculina y le hablo de mi padrino que murió a los 4 meses de llegar a España y lo importante que era en mi vida. Hicimos el ejercicio de la silla vacía para poder ver mi masculinidad y mi fuerza. En el ejercicio le decía a mi padrino que sentía pena por no haber podido estar en su funeral ni haberme despedido de él. Entonces cambiamos de lugar y la figura de mi padrino emergió para decirme que no me preocupara por eso porque no pasaba nada y que ahora era yo el que tenía que tomar fuerza y ser valiente. Esa sesión pude llorar libremente durante casi toda la sesión y me di cuenta de que extrañaba a mi familia y que quería poder estar con ellos.

Esa semana estuve hablando mucho con mi padre por teléfono y por mail. Le contaba que estando lejos de la familia me creí que tenía que ser fuerte y no tener que llorar ni expresar mis sentimientos, pero que estaba equivocado. Me di cuenta de que me había creído ideas erróneas sobre lo que significaba ser hombre y masculino y entonces escribí un texto en el que hablaba de la masculinidad como la capacidad de expresar la debilidad y la fortaleza. Además, me di cuenta de que era necesario que siguiera expresando mis sentimientos y que no había nada de malo en poder decirle a mi padre lo que pensaba de él y de mi familia.

Sesión 3.

Retomamos la sesión anterior haciendo una observación a las dos sesiones anteriores y me pregunto cómo me había sentido esa semana. Le conté que me había sentido muy bajo, desanimado, triste y nostálgico. Al preguntarme donde sentía esas emociones, le conté que las sentía en todo mi cuerpo y que lo había escrito y dibujado esa semana. Me pregunto qué hacía cuando me sentía de esa manera y le conté que me iba a la playa a hablarle al cielo y al mar. Entonces me pregunto en quien me apoyaba en ese momento en la playa y al no entenderlo muy bien, él me dijo que pensara si era posible que yo me sintiera apoyado por mí mismo. Entonces sentí de repente una fuerza y un

impulso en el pecho y se lo conté. Me di cuenta de que había sido mi mejor apoyo en todos estos años pero que me gustaría poder tener otros apoyos en mi familia y con mis amigos. Me explico que significaba ser responsable desde la terapia Gestalt y era saber responder a las exigencias emocionales y corporales. Entonces le dije que necesitaba un abrazo de mi hermana y de mi padre. Salí de la sesión diciéndole que empezaría a planear mi viaje a Colombia para poder contarles sobre mi tristeza y enfado a mi familia y poder apoyarme en ellos.

Sesión 4.

Me pregunto cómo me sentía. Le dije que me sentía menos solo, porque esa semana anterior había hablado con mi hermana y le había dicho que me sentía muy triste y solo y que ella me dijo que no me encontraba solo y que ella estaba para ayudarme en lo que fuera. Había estado llorando con mi hermana y le había escrito a mi padre. A mi madre le dije que también quería hablar con ella de algo más que me daba vergüenza de mí mismo y entonces el terapeuta me pregunto dónde sentía esa vergüenza. Mi cabeza se agacho y los hombros y espalda empezaron a dolerme. El terapeuta me puso un cojín sobre la espalda. Me pregunto cómo me sentía ahora con eso. Yo me empecé a sentir muy incómodo y lo quite violentamente y lo tire en frente mío. Entonces hicimos el ejercicio de la silla vacía para hablarle a esa “carga” que tenía. Cuando me pregunto quién podría ser esa carga le dije que no sabría quién era pero que quería que se fuera de mi vida. Salí de la sesión incómodo y frustrado por no entender que o quien era esa carga.

Esa semana me di cuenta de que había cosas que no sabía y que no podía saber si no era más sincero con mi terapeuta. Estuve esa semana muy frustrado y en mi trabajo discutí con mi jefe. Escribí un texto en el que le decía a mi jefe que no entendía como era tan exigente para el sueldo tan pobre que me daba. Me di cuenta que me sentía frustrado profesionalmente y en mis relaciones íntimas con mis exparejas. El día anterior a la siguiente sesión tuve un sueño en el que una niña me decía que el problema no era con ella sino conmigo.

Sesión 5.

Al preguntarme que tal me había ido la semana le conté que me había sentido muy frustrado y triste, con una pena de muerte en mi pecho. Le conté el sueño y me pregunto quién podría ser esa niña. Yo no quise decírselo y cambié de tema. Entonces él me dijo que notaba que él se sentía lejos de mi ahora que yo evitaba hablar de esa niña y entonces

empecé a llorar. Le conté que con mi exnovia habíamos tenido un aborto y me di cuenta que mi sueño me quería mostrar esa frustración, pena y culpa por haberlo hecho. Hicimos el ejercicio de la silla vacía y llore libremente durante el resto de la sesión hablándole a la figura de mi hija no nata. Pude expresarle que me sentía culpable y le pedí a esa figura que me perdonara y que por favor me dejara en paz. El terapeuta me cambió de lugar y cuando estaba sentado en el lugar de ella, no sentía ese dolor ni pena, y entonces me surgió decir que ella no se sentía mal conmigo, y que sabía que era algo conmigo y que no tenía nada que ver con ella. Entonces volví a mi sitio y lloré dando las gracias a mi terapeuta por ayudarme a darme cuenta de que me estaba culpando y que eso me estaba impidiendo poder hablar con mi madre y hermana sin juzgarlas. Salí de la terapia y fui a comprar un ramo de flores y un jarrón y lo llevé a la clínica donde tuvimos el aborto. Ese día mis fuerzas desaparecieron y estuve triste toda la semana. Escribí a mi madre que quería hablarle de algo que me hacía sentir culpable pero que quería hacerlo en persona. Organizamos una visita para vernos y poder hablar de ello a los 6 meses.

Me di cuenta esa semana que me culpaba mucho de las cosas del pasado y eso me impedía estar en el presente sintiendo las cosas naturalmente. La frustración desapareció y entonces fui a hablar con mi hermana. Hablando con ella me di cuenta de que ella no me juzgaba tanto como yo creía y, además, podía hablar de cualquier cosa con ella. Me di cuenta también que mantenía a los demás lejos de mí para evitar que me hicieran daño o que me conocieran porque me juzgaba y reprochaba las cosas.

Estuve llorando mucho esa semana, casi todos los días escribí que no entendía el significado de la vida y de la muerte. Empecé a sentir que me iba mucho a la cabeza y a fantasear con la vida y la muerte. Estuve los últimos 4 días, antes de la siguiente sesión, durmiendo solo 3 horas y llorando el resto del día sin salir de mi habitación.

Sesión 6.

Le conté a mi terapeuta que estaba un poco en las nubes, y que no sentía nada malo. Empecé a hablar de forma elaborada y confusa y entonces él me preguntó cómo creía que me estaba sirviendo la terapia Gestalt. Yo le contesté que me había servido para dejar en paz el asunto del aborto y la muerte de mi padrino pero que estaba siendo muy intensa y profunda y que sentía miedo de que los demás supieran lo que hablábamos en terapia. Le conté que no había podido dormir bien y que me sentía un poco emocionado de más. Me dijo como sería hacerse responsable de eso y le dije que tomando alguna

pastilla para poder dormir bien y entonces me pregunto cuando me solía pasar estas cosas. Me di cuenta que esa era una señal de que me estaba dando una crisis psicótica. Fuimos en ese momento al hospital a ver a mi psiquiatra y cogimos somníferos para poder descansar. Hablamos sobre que la medicación antipsicótica y los somníferos eran mi apoyo para poder regular las necesidades de mi cuerpo. Me fui a casa y dormí un día entero.

Me desperté al día siguiente y tenía mucho miedo, hablé con mi madre y cogí un vuelo a Londres para ese mismo día y le dije que no podía aguantar más sin poder contarle lo que me ocurría. Escribí a mi terapeuta diciéndole que iba a Londres dos semanas y que la siguiente sesión no podía ir.

En Londres con mamá le conté todo lo vivido hasta ese momento en terapia excepto lo del aborto y mi madre me abrazo y me dijo que contara con ella para lo que fuera. Me acosté en sus piernas y me quedé dormido. Cuando me desperté me di cuenta que estaba equivocado con mi madre y que quería poder confiar más en ella, pedirle su consejo, hablar más a menudo y no reprocharle nada del pasado.

Sesión 7.

Tres semanas después vuelvo a terapia para decirle a mi terapeuta que necesito dejar de ir a terapia porque me siento con mucho miedo y necesito aislarme un poco de ese pasado tormentoso. Él me pregunta cómo me he sentido y le contesto que con mucho miedo y confuso. Pero le pido que no abordemos nada esa sesión y que nos despedamos. Hacemos un repaso de las sesiones de terapia y los beneficios que he tenido. Le cuento que me he dado cuenta que yo mismo me había estado bloqueando por miedo para poder apoyarme en mi familia y amigos. Le cuento que me había dado cuenta de que no expresaba lo que sentía por miedo a entrar en contacto emocional con los demás pero que ahora eso ya no me importaba y que había decidido contarle a mi mejor amigo lo del aborto. Le digo que ha cambiado la forma en que veo la medicación y a mi familia y le doy las gracias por haberme acompañado en todo este proceso. Salgo de terapia sintiéndome más ligero conmigo mismo y satisfecho.

13. Conclusión del segundo periodo terapéutico

Al inicio de este primer periodo mis ideas de mi realidad emocional no estaban claras y confusas. Mi manera de comunicarme con mi familia dándole un significado a

las cosas y no entrando en contacto emocional con nadie era la regla más que la excepción. Sin embargo, al prestar atención a mi cuerpo y a mis emociones, empecé a sentir que había más conexión con cada persona y que las conversaciones y encuentros podían ser más enriquecedores.

La forma de comunicarme con mi familia era muy superficial y daba muchas cosas por entendidas. Creía cosas de mi familia y no las hablaba con ellos por miedo y por no entrar en contacto con nadie. Mi relación con mi cuerpo era escasa y no sabía reconocer que me ocurría cuando me sentía emotivo. Sin embargo, con la terapia y prestando atención al momento presente y a las sensaciones y emociones, empecé a darme cuenta de que había estado muy lejos de mí mismo. Empecé a darme cuenta que yo necesitaba y deseaba poder entrar en contacto con mi familia y abordar mi sentimiento de soledad y tristeza con su apoyo. Al inicio me sentía sin apoyos, pero poco a poco con la terapia empecé a acercarme a mi familia y a hablar con ellos de lo que me ocurría. Ellos me han manifestado que no sabían muchas cosas pero que se habían dado cuenta de que yo quería hablar con ellos y que no sabía hacerlo sin reprochar o juzgarles.

Mi relación con mi hermana se reestructuró y es ahora mucho más enriquecedora. Con mi madre ahora tenemos espacios en los que expresamos las cosas que creemos del otro sin dar las cosas por sentadas. Le pedí a mi familia que me preguntaran las dudas o cosas que les surgieran porque así salvaríamos esa distancia en el contacto entre nosotros sin dar cosas por supuestas. Me di cuenta de que en mi relación con mi exnovia había muchas cosas sin hablar y sin cerrar por ese miedo compartido de no poder confiar en el otro, y empiezo a hablar con ella para poder cerrar esas Gestalts abiertas.

Empecé a hablar con mi exnovia sobre el aborto y la comunicación mejoro mucho. Me di cuenta que mi miedo tenía una base en mi sentimiento de inferioridad por haber sido reprendido mucho de niño. Sin embargo, ahora ya no tenía juicios hacia mi madre ni hacia su manera de reprenderme cuando era niño. Ahora mi relación con mi madre es fructífera en todas las áreas y siento confianza para poder hablar con mi familia de cualquier cosa.

Al mismo tiempo siento que las cosas negativas que sentía también requerían un espacio y que las podía expresar sin ser destructivo ni conmigo ni con los demás. Mi acercamiento a mis amigos, partiendo de lo que siento en el momento en que estoy con

ellos, hace que conectemos más en las conversaciones y que tengamos una idea más clara de lo que nos está pasando.

Después de los dos periodos de terapia entiendo que el contacto con mi familia y amigos se reestructuró y ahora siento la confianza y seguridad en mí mismo como para poder expresar lo que siento sin miedo y sin reproches.

Ahora el contacto con mi familia es mucho más personal y me siento valorado y respetado por mi familia. El abordaje terapéutico de mi miedo y de los asuntos pendientes, ha hecho que mi relación conmigo mismo sea más indulgente y me permita sentir lo que surja sin pensar en si es adecuado o no.

Para terminar mi explicación de cómo la terapia Gestalt ha contribuido en mi proceso hasta ahora, falta hacer una leve exposición de un asunto que surgió en las prácticas de mi carrera en el centro de terapia Gestalt Cetha.

Al poco de iniciar las prácticas en el centro Cetha, mis compañeras me reconocieron que se sentían presionadas por mí y que las ponía en situaciones incómodas en algunas cuestiones. Me explican que, al no tomar postura en algunas situaciones, las fuerza a que ellas se posicionen a mi favor cuando en realidad no tienen que hacerlo. Me doy cuenta de que busco su aprobación y apoyo y que, por eso en ciertas situaciones conflictivas, en vez de tomar decisiones, las busco a ellas para que me digan que hacer.

Les hablo sobre el miedo que sentía y entonces nuestra relación durante las prácticas cambió. Ahora ante las cosas que surgen en las prácticas, en los ejercicios terapéuticos, tomo postura sobre las cosas sin que el miedo a equivocarme me controle.

Ahora mi relación de confianza con ellas es muy próxima y también relajada.

El tomar conciencia de como mi miedo y desconfianza hacia otros afecta a mis relaciones con ellos, me ha hecho expresarles lo que pienso y siento para que no se sientan presionadas por mí y para que yo tome una visión más holística de lo que está pasando y así poder decidir.

14. CONCLUSIÓN DE LA TERAPIA GESTALT EN LA COMUNICACIÓN

La terapia Gestalt provee de herramientas entradas en el cuerpo, en el aquí y el ahora, en lo que sucede en la relación con los otros. Esto ha permitido que desde un

aislamiento social y una ausencia de expresión de los pensamientos y sentimientos que pueden abrumar, la persona que la toma, en este caso yo, pude permitirme ser lo que soy en cada momento sin juicios de valor.

La comunicación patológica desde su marco teórico, se supera con la terapia Gestalt al abordar las percepciones y haciendo que lo obvio sea tratado, que lo inconsciente tome forma desde un fondo desconocido y así, el contacto con los otros sea una constante creación. La no-comunicación se supera al poder hablar de lo que existe en cada contacto de la relación con los demás y frena las asunciones sobre los demás.

La terapia Gestalt me ha ayudado a poder aceptar las cosas como son y a poder expresarlas sin juzgar ni reprochar, y esto ha producido que mi excitación mental y por tanto mis crisis psicóticas remitan.

Sin embargo, es necesario decir también que no solo ha ocurrido la terapia Gestalt como elemento de superación. Al mismo tiempo mis relaciones y conversaciones con mis amigos y la toma responsable de la medicación, así como una dieta sana y el deporte, han contribuido en diferentes niveles a integrar el momento presente y fluido en mi día a día. Además, he mantenido el seguimiento terapéutico con mi psicólogo de la seguridad social, de corte cognitivo conductual, y este también es un elemento a tener en cuenta.

No obstante, he de recalcar que los resultados obtenidos en las diferentes sesiones de terapia las he recopilado de las cartas, textos y diarios que tengo desde hace 6 años. Además, las conversaciones con mi madre y familia me han servido para poder recordar algunas de las cosas que he relatado anteriormente.

Otro aspecto que es de vital importancia para mí, es el papel que ha jugado la medicación en todo mi proceso. Ha sido un aliado para equilibrar mis estados de euforia o de desorganización y además me ha dado confianza en la terapia. Sin embargo, como mencione anteriormente, los problemas digestivos que me ocasiono me hicieron solicitar el cambio de esta medicación en capsulas por una inyectable que se me administra solo una vez al mes. Este hecho concreto también ha ayudado a una recuperación más rápida y a encontrarme a día de hoy libre de crisis psicóticas y estable.

Para terminar, he de mencionar que, en cuanto a mis soportes individuales para mejorar en todo el proceso, reconozco que aceptar la ayuda y reconocer que necesitaba ayuda de profesionales ha sido lo más importante. Sin embargo, mi alto nivel de

socialización posterior al retraimiento que vivía, han hecho que el proceso haya sido más armonioso y directo. Por otro lado, la disposición de escucha y atención a mi cuerpo, a mis sensaciones y emociones ha sido el hecho que más destaco en relación a los beneficios de la terapia y que actualmente mantengo practicando a diario. Mantener mi atención en mí mismo y en mis sensaciones me ha hecho asentar más los pies en la tierra y poder moverme y entrar en contacto con otros desde la realidad y no desde la fantasía de la psicosis.

No obstante, las actividades de deporte y el ritmo de trabajo intenso que producía un agotamiento físico elevado, también han contribuido a que centrara mi atención en la realidad y no en las fantasías.

Para terminar, como hecho más importante de la mejoría y superación está el hecho de buscar ayuda de especialistas, en este caso, de psicólogos y terapeutas.

Una vez se ha iniciado el proceso terapéutico, todo fue una consecución de lo anterior.

15. BIBLIOGRAFÍA

Asociación americana de psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª edición)*. Arlington, Virginia. American psychiatric publishing

Francesetti, G., Gecele, M. and Roubal, J. (2013). *Terapia Gestalt en la práctica clínica*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP, pp.35-237.

Gimeno-Bayón Cobos, A. (2011). *Comprendiendo la psicoterapia de la Gestalt*. Lleida: Milenio, pp.79-555.

Hipólito, M. and María, P. (1990). *Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar*. Anales de psicología, (6), pp.11-20.

Liem, J.H. (1980). Family studies of schizophrenia: An update and commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 429-455.

Parlett, M. (2007). *Reflexiones sobre la teoría de campo*.

Parlett, M. (2007). Terapia Gestalt contemporánea: Teoría de campo. En Woldt, A. L., & Toman, S. M. (Eds.), *Terapia gestalt: historia, teoría y práctica* (pp. 39-60), Manual Moderno.

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. and Jackson, D. (1993). *Teoría de la comunicación humana*. España: Editorial y Librería Herder, pp.73-139.