

UNIVERSIDAD ANDINA “SIMÓN BOLIVAR”

PSICOTERAPIA GESTÁLTICA
PROGRAMA DE POSTGRADO
(2009-2011)



ESTUDIO DE CASO

“NO TODO LO INGERIDO ES DIGERIDO”

Influencias de los introyectos positivos y negativos en personas adultas diagnosticadas con cáncer que participaron en un grupo de autoconocimiento con un enfoque gestáltico en el Centro Onco-hematológico "Curare" de la ciudad de La Paz.

Maestría en Psicoterapia Gestáltica

ALUMNA: CAROLA MÓNICA TERÁN LUJÁN

TUTOR: TERESA BALDIVIEZO ÁLVAREZ

La Paz – Mayo

2013

A Dios y a mi familia por la
Fortaleza que me ha brindado.

Agradecimiento

Quiero agradecer a todas las personas, que de alguna manera colaboraron con la presente Investigación:

Mi mas sincero agradecimiento a la Mgtr. Teresa Baldiviezo, por su apoyo y dedicación incondicional en el desarrollo de esta investigación.

Quiero agradecer especialmente a mi madre por brindarme su cariño y apoyo.

A mi esposo Sergio por su inmenso amor, comprensión y apoyo incondicional.

A mí querida hermana Karina y a Jorge por su apoyo y su amor.

A esas mujeres valientes que participaron en la investigación, por su confianza, por que sin ellas no hubiera sido posible esta investigación.

Al Dr. Fernando Patiño por su tiempo y sugerencias.

Al Centro Onco-hematológico "Curare" de la ciudad de La Paz.

A Mis amigos que siempre me acompañaron y confiaron en mí.

A los Docentes de la Maestría de Psicoterapia Gestáltica, por la formación profesional.

A la Universidad Andina Simón Bolívar, por los gratos años de estudio.

No todo lo ingerido es digerido

Por

Carola Mónica Terán Luján

El ser humano crece mediante el ejercicio de la capacidad de discriminar, de diferenciar, de elegir y de actuar para satisfacer sus necesidades. Esto se consigue mediante el intercambio continuo entre el organismo y el ambiente, lo cual puede verse distorsionado, en cuyo caso resultaría afectado su buen funcionamiento.

Desde el punto de vista fisiológico crecemos y nos mantenemos vivos mediante los alimentos que masticamos y digerimos. El alimento físico, una vez digerido y asimilado, pasa a formar y a ser parte de la persona, convirtiéndose en huesos, músculos, sangre. Aquellos alimentos que tragamos o ingerimos, no porque queremos sino por obligación o por cualquier otra causa, permanecen pesadamente dentro del estómago provocándonos incomodidad con deseos de expulsarlos de nuestro interior. Si reprimimos nuestras náuseas y deseos de deshacernos de ellos, entonces logramos finalmente digerirlos dolorosamente; a veces nos intoxican, llegando al empacho o al cólico.

El proceso psicológico de la asimilación es muy parecido al proceso fisiológico. Los conceptos, patrones de conducta, valores morales, éticos, estéticos, políticos, etc., proceden todos del mundo exterior. Y no parece que haya nada que, de algún modo, no proceda del ambiente, como tampoco hay nada en el ambiente para lo cual no haya una necesidad *organísmica*, ya sea ésta física, fisiológica o psicológica.

Sin embargo, todos estos conceptos o valores tienen que ser digeridos para convertirse en propios, en partes nuestras integradas y que formen parte de nuestra personalidad. Pero si sencillamente aceptamos todo sin críticas, si aceptamos las palabras de los otros, ya sea por deber o por ser de buen gusto o educación, entonces permanecen pesadamente en nosotros como los alimentos sin digerir; continúan siendo cuerpos extraños aunque estén en nuestras mentes y en nuestras conductas. A estos modos de actuar: actitudes, ideas, juicios o evaluaciones sin digerir se los llama introyectos, y el mecanismo mediante el cual estos cuerpos extraños se agregan a la personalidad se llama introyección.

La presente investigación enfatiza sobre la influencia de los introyectos positivos y negativos en personas adultas diagnosticadas con cáncer que participaron en un grupo de autoconocimiento. Para dicho estudio se utilizó

técnicas de la terapia gestáltica que fueron de gran ayuda para que las personas se contacten con su experiencia vivencial y obtengan conocimientos sobre si mismas a través de sensaciones, afectos, percepciones y emociones de los introyectos.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, los introyectos positivos y negativos ocasionaron en la vida de estas personas interferencias tanto a nivel personal, familiar y social.

La desintegración y la alienación de estos introyectos en estas personas afectaron en la forma de pensar y enfrentar al cáncer. Algunas de las participantes no tuvieron la oportunidad de desarrollar su propia personalidad, ya que estaban muy ocupadas reteniendo los cuerpos extraños alojados en su sistema.

En la investigación se pudo evidenciar que los introyectos positivos y negativos tienen un gran impacto psicológico y social en la vida de las personas con cáncer.

Es importante poner atención a las influencias de los introyectos, para que estos no se conviertan en un mecanismo neurótico mediante el cual la persona incorpore patrones y modos de actuar y de pensar que no son verdaderamente de si mismos.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de contenidos.....	iii
Índice de anexos.....	vi
Resumen.....	vii
CAPÍTULO 1	
Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Objetivos.....	2
1.2.1 Objetivo general.....	2
1.2.1 Objetivos específicos.....	2
1.3 Justificación.....	3
CAPÍTULO 2	
Marco Teórico.....	5
2.1 Estado de la cuestión.....	5
2.2 Concepto básicos.....	6
2.2.1 Introyecto.....	7
2.2.2 Introyección.....	8
2.2.3 Proyección.....	9
2.2.4 Diagnostico.....	9
2.2.5 Cáncer.....	10
2.3 Psicoterapia gestáltica.....	12
2.3.1 Bases filisoficas.....	12
2.4 Conceptos principales de la gestalt.....	17
2.4.1 Gestalt.....	17
2.5 Ciclos gestálticos.....	18
2.6 Los estratos del Yo.....	19
2.7 Reglas de la terapia gestáltico.....	21
2.8 Técnicas de la psicoterapia gestáltica.....	25
2.8.1 T. Supresivas.....	25
2.8.2 T. Expresivas.....	26
2.8.3 T. Integrativas.....	28
2.9 La terapia gestáltica ayuda.....	29

CAPÍTULO 3

Metodología de la investigación.....	30
3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	30
3.2 Descripción de la Muestra.....	33
3.3 Técnicas e instrumentos de la investigación.....	33

CAPÍTULO 4

Caso clínico.....	34
4.1 Presentación del caso.....	34
4.2 Identificación.....	34
4.3 Particularidades.....	37
4.4 Proceso terapéutica.....	37

CAPÍTULO 5

Sesiones de psicoterapia.....	40
Gráfica Procedimiento.....	54
Gráfica 1 sesiones.....	55
Gráfica 2 sesiones.....	56
Gráfica 4 historias.....	57
Gráfica 5 historias.....	58

CAPÍTULO 6

Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	66

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
----------------------------------------	-----------

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS

Anexo I	Fotos.....	68
Anexo II	Participante 1: Historia 1,2,3,4,5.....	69
Anexo III	Participante 2: Historia 1,2,3,4,5.....	70
Anexo IV	Participante 3: Historia 1,2,3,4,5.....	71
Anexo V	Participante 4: Historia 1,2,3,4,5.....	72
Anexo VI	Participante 5: Historia 1,2,3,4,5.....	73

CAPITULO 1

Introducción

El cáncer es un padecimiento complejo que tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la fase en la que se encuentre el paciente, ocasionando un gran impacto físico, **psicológico**, social y familiar tanto en las personas que lo padecen, como en las que las rodean.

En este tipo de enfermedades y otras pueden surgir varias reacciones psicológicas, entre ellos los mecanismos de introyección que pueden requerir apoyo psicológico para darse cuenta de ello.

1.1 Planteamiento del problema.-

Desde mi experiencia como observadora, los introyectos positivos y negativos son muy frecuentes en casi todas las personas que sobrellevan esta enfermedad, la aceptación de las proyecciones del otro/a es notable en las personas con cáncer y mediante el mecanismo de proyección incorporan en ellos mismos patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son verdaderamente de ellos, y requerir apoyo psicológico para darse cuenta de ello.

El presente estudio pretende conocer y exponer las influencias positivas y negativas de los introyectos en personas adultas diagnosticadas con cáncer en el Centro Onco-hematológico "Curare" de la ciudad de La Paz, en un grupo de personas de autoconocimiento con un enfoque gestáltico el tiempo

de estudio fue en 3 meses, tomando en cuenta su propio marco de referencia a través de un método cualitativo. A si mismo se observaron los aspectos vivenciales y experienciales para llegar a una mayor profundidad de dicho estudio.

La terapia aportó diferentes técnicas para los diferentes mecanismos de introyección, se integró a la persona como unidad, es decir, que no se divide en pensamientos por un lado y emociones por otro, se consideró todo lo que es y afecta a la persona de manera holística (total). Es así que se profundizó dicho estudio para conocer las influencias que tienen estos introyectos en dichas personas.

1.2 Objetivos.-

1.2.1 Objetivo general.-

Conocer la influencia de los introyectos positivos y negativos en personas adultas diagnosticadas con cáncer que participan en un grupo de autoconocimiento con un enfoque gestáltico en el Centro de Oncohematológico "Curare" de la ciudad de La Paz.

1.2.2 Objetivos Específicos.-

- 1.- Identificar introyectos positivos y negativos relacionados con la enfermedad.
- 2.- Analizar los efectos que causan los introyectos positivos y negativos en sus expectativas de vida.

3.- Determinar cómo influyen los introyectos positivos y negativos en las personas con cáncer en su relacionamiento dentro de su entorno familiar.

4.- Identificar Introyectos positivos y negativos que interfieren en su desenvolvimiento social.

1.3 Justificación.-

Este estudio ayudo a comprender que las influencias de los introyectos están muy relacionadas con un proceso de aprendizaje, sobre todo en las primeras etapas de la vida de estas personas, y de que manera repercutieron éstas en su adultez.

Las percepciones que tiene el niño de las reacciones, emociones y procesos de pensamiento de los padres como de los educadores pueden ser introyectadas, los niños pequeños aprenden de los adultos de su entorno (figuras parentales de autoridad), aprenden por imitación (identificándose como...), sin cuestionar la información que reciben, es decir incorporan un material no asimilado.

La introyección es un mecanismo de defensa inconsciente (que implica desentendimiento, negación y represión) utilizado con frecuencia cuando hay una falta de contacto psicológico pleno entre el niño y los cuidadores responsables de sus necesidades psicológicas.

Tanto terapeutas como personas en general deben conocer la importancia de las influencias positivas y negativas de los introyectos en las personas adultas con cáncer, ya que estos introyectos se van incrementando día a día y no hay estudios profundos que puedan orientar y formar un criterio al respecto.

Este estudio fue realizado minuciosamente con un enfoque gestáltico sobre las influencias de los introyectos positivos y negativos en personas adultas con cáncer. Dicho estudio también profundizó en la vivencia de estas personas, la cual ayudo a comprender el proceso por el que atraviesan estas personas.

Los introyectos positivos y negativos son muy frecuentes en personas con cáncer e influyen en las diferentes etapas de su vida, como en la enfermedad, en su vida personal, familiar y social, incorporando en ellos modelos, formas, caracteres y procederes que no son verdaderamente de ellos.

CAPITULO 2

Marco Teórico

2.1 Estado de la cuestión.-

En la ciudad de La Paz tenemos estudios de tesis, programas sobre tratamientos e intervenciones psicológicas del cáncer, planteados y realizados por Marcelo Rojas y Carlos Gonzales, trabajaron con soporte emocional para el afrontamiento de la situación actual, para la pérdida inminente y para el manejo de sus propias emociones ante la situación terminal.

Las intervenciones psicológicas que utilizaron fueron para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, han aplicado “técnicas de condicionamiento operante”¹, hipnosis, relajación progresiva y *biofeedback*.

Muchos de los tratamientos psicológicos en la ciudad de La Paz son utilizados en pacientes con cáncer a mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica esta integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinario, pero no hay estudios profundos con respecto a los introyectos positivos y negativos en personas con cáncer, por ello se enfatizo en dicho estudio.

¹.La Dra. Carmen Wilde (2005) señala, que se llevaron a cabo programas de condicionamiento operante que se han mostrado útiles sólo para aumentar niveles de actividad motora y disminuir las conductas de quejas y dolores en pacientes con cáncer.

El tratamiento del cáncer afecta su salud física, también afecta la manera como se siente, piensa y hace las cosas. El tratamiento, además de ocasionar muchas emociones, puede de hecho cambiar la forma en que funciona su cerebro. Así como necesita cuidar su cuerpo después del tratamiento, necesita también cuidar sus emociones.

La terapia Gestáltica postula que la enfermedad y la salud afectan a la persona en su totalidad y no al ámbito psíquico o físico por separado. La Terapia Gestalt, más que una teoría de la psiquis, es un eficaz abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la conciencia (*awareness*, darse cuenta), la propia responsabilidad de los procesos en curso y la fe en la sabiduría intrínseca del organismo (la persona total que somos) para auto-regularse de forma adecuada con un medio cambiante. Para Perls la persona es una Gestalt, viendo al hombre como un todo, un organismo unificado, estructurado de una manera significativa. Con una visión holística.

“La psicología Gestalt es el campo psicofísico quien determina la conducta, ya que por naturaleza es tanto psicológico como físico. Dentro de este campo se encuentran los determinantes de las conductas que constituyen al yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiental y la figura-fondo”².

2.2 Conceptos básicos.-

². PERLS, Fritz. (1893) “El enfoque gestáltico y testimonios de terapia”, Edit. Cuatro Vientos, Santiago, Chile.

2.2.1 Introyecto.-

“El introyecto es definido como la aceptación de las proyecciones del otro/a mediante el mecanismo de la introyección incorporamos dentro de nosotros/as mismos/as, patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son verdaderamente nuestros.”³.

“Cuando un niño incorpora de sus padres valores psicológicos; verdades sobre sí mismo, cuando ingieren y engullen sin discriminación, incorporan un material no asimilado”⁴.

“El introyector depende de los otros para establecer sus propias normas, valores y actitudes. En otro lugar: "Haz esto", "No hagas esto", "No debes", "Deberías", etc. Los introyectos impiden el libre flujo de los impulsos y la satisfacción de las necesidades: " no seas agresivo", "no forniques", "conserva tu virginidad", "a la madre no se le dice eso...bla, bla, bla". Importante: detrás de todo introyecto hay figuras importantes para nosotros/as y Gestalten inconclusas en relación a ellas. Su frase es "Debo pensarlo o hacerlo así”⁵.

³ . PERLS, Fritz. (1893) “El enfoque gestáltico y testimonios de terapia”, Edit. Cuatro Vientos, Santiago, Chile.

⁴.PERLS, Fritz y BAUMGARDNER, Patricia. (1999), “Terapia gestalt: teoría y práctica”, Editorial: Alianza, S.A. Madrid, España.

⁵. PERLS, Fritz. (1893) “El enfoque gestáltico y testimonios de terapia”, Edit. Cuatro Vientos, Santiago, Chile.

2.2.2 Introyección.-

“La introyección, media entre la formación de figura y movilización de energía para la acción. Aquí el sujeto se "traga" todo lo que le dan sin masticarlo lo suficiente; las influencias externas son engullidas sin hacer la necesaria crítica y selección, de acuerdo a sus necesidades personales. El sujeto sufre un verdadero empacho de mandatos, órdenes, influencias, imagos, etc., incuestionables, que cumplen en sí una función parasitaria pero que el sujeto asume erróneamente como propios, como normas y valores morales. "Haz esto", "No hagas esto", "No debes", "Deberías".”⁶

La introyección aparece cuando la propia necesidad comienza a hacerse presente y a aflorar en la consciencia. Si el entorno no apoya el desarrollo del deseo, el Self se apropia del deseo de otro. La persona sustituye su propia necesidad por la necesidad de otro. Este mecanismo se llama “introyección”; el elemento ajeno que se vive como propio es un “introyecto”

“Perls en su obra "Yo, Hambre y Agresión", concluye que la introyección es la forma de interacción primera del individuo con el entorno y elabora una analogía entre la consunción del alimento con nuestra absorción mental del mundo (chupar, morder y masticar)”⁷

⁶. PERLS, Fritz y BAUMGARDNER, Patricia. (1999), “Terapia gestalt: teoría y práctica”, Editorial: Alianza, S.A. Madrid, España.

⁷. PERLS, Fritz. (1899), “Yo, hambre y agresión”, Fondo de Cultura Económica, DF. México.

2.2.3 Proyección.-

“La proyección, se da entre sensación y formación de figura. Consiste en transferir lo que uno siente o piensa, pero que por diversos motivos (sobre todo por acción de los introyectos "no debes") no puede aceptar en sí mismo, a los demás: "Odiar es malo", dice la madre; el niño odia a su padre, pero como "no se debe odiar" se enajena de ese sentimiento y le echa la culpa al padre temido y amenazante: "Tú me odias, tú eres el malo". Su frase característica es "Por tú culpa". El proyector es una persona que no puede aceptar sus propios actos o sentimientos”⁸

Los introyectos producen sentimientos de inaceptación de uno mismo estos mismos sentimientos desencadenan las proyecciones, es decir, poner fuera aspectos propios que transgreden las normas introyectadas, para no vivir en conflicto interno.

2.2.4 Diagnostico.-

“El término diagnóstico proviene del griego *diagnostikós* formado por el prefijo *día* “a través” y *gnosis* “conocimiento”, “apto para conocer”; por lo tanto, se trata de un “conocer a través” o un “conocer por medio de.”, esta primera aproximación al término nos permite precisar el concepto al que se quiere llegar”⁹

⁸. ANDERSON y Anderson. (2007), “Técnicas Proyectivas del diagnóstico psicológico”, Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

⁹. Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L

“En medicina, el diagnóstico o propedéutica clínica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica), un diagnóstico es el acto de conocer la naturaleza de una enfermedad a través de la observación de los síntomas y signos”¹⁰

Entonces el diagnóstico es el proceso mediante el cual se llega a las causas de los problemas que tiene o presenta aquello que se diagnostica, que puede tratarse de cualquier persona, animal, cosa y fenómeno, o de cualquier sistema, al que en general se denomina “sujeto de diagnóstico”.

2.2.5 Cáncer.-

“El término "cáncer" proviene etimológicamente del latín, y significa cangrejo. En Medicina, el médico griego Galeno en el siglo II designó con ese nombre a la enfermedad neoplásica caracterizada por mutación en el ADN de las células, que de manera descontrolada proliferan, crecen y se dividen; por la semejanza de la forma que toman las venas que rodean el tumor, con ese animal, que posee cinco pares de patas”¹¹.

¹⁰. Torres, P. A. (1996), “Manual de Investigación de la mortalidad por cáncer” Editorial: Aguilar Bogotá, Colombia

¹¹. Sloan, A. Feliu, J. Zamora, P. Wheeler, E. (Eds), (2006), “Tratado de medicina paliativa y tratamiento del soporte en el enfermo con cáncer”, Editorial: Panamericana, Madrid, España.

“El **cáncer** es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción, pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia)”¹².

La importancia de la terapia gestáltica radica en la posibilidad de producir aprendizajes de nuevas formas de comportamiento, en abrir nuevos canales de conocimiento y, en definitiva, en brindar la oportunidad a la persona de ponerse en el lugar del otro y ver sus propios introyectos.

¹². AMERICAN CANCER SOCIETY. (2008), “Cáncer Facts and Figures”, [Versión Electrónica], www.cancer.org

El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007.

2.3 Psicoterapia Gestáltica:

2.3.1. Base Filosófica.-

“Nació en la década de 1940 - 42 con la publicación del libro "Ego, Hunger and Aggression (Yo, hambre y agresión): A Revision of Freud's Theory and Method"i (Revisión de la teoría y método de Freud), (Durban, 1942) escrito por Fritz Perls y Laura Perls. Aunque más conocido con el subtítulo "The Beginning of Gestalt Therapy" (El principio de la terapia gestáltica), éste sólo fue añadido para una nueva edición en 1966”¹³.

“Frederick S. Perls empezó a elaborar la Terapia Gestalt alrededor del año 1942. Gracias al equipo neoyorquino, con el que formó la primera escuela, las bases teóricas del método fueron establecidas en 1951 sobre los fundamentos de la Psicología Gestalt, el psicoanálisis y las investigaciones fenomenológicas y existencialistas. Con el crecimiento de esta corriente, otras teorías y modelos fueron influenciando el pensamiento de Perls, que terminó rechazando toda teorización, considerándola como una “masturbación de meninges”. Mencionamos aquí las bases de lo que hoy se entiende por Terapia Gestalt.”¹⁴

¹³. www.inspirandosoluciones.com/terapia-gestalt

¹⁴ Castanedo C. Terapia Gestalt: Orígenes y aplicación al campo de la salud mental. Ponencia presentada en las Jornadas de Psicología Humanista

En el **psicoanálisis** la formación profesional de Perls está relacionada con grandes nombres del psicoanálisis, incluso, con el propio Freud, con el que acabó de diferenciarse en su obra “Yo hambre y agresión”. Consideraba los descubrimientos de Freud como de gran valor, pero veía obsoletos los aspectos filosóficos y técnicos de la terapia. Si bien, como años de psicoanalista, la influencia sea inevitable, esta queda patente en sus ideas en la reformulación que hace de los mecanismos de defensa y el trabajo con sueño.

En el **existencialismo**, el principio básico es el de que una persona debe responsabilizarse de su propia existencia. De aquí viene en parte una de las frases básicas de la Gestalt:

*Yo hago lo mío y tú haces lo tuyo.
No estoy en este mundo para llenar tus expectativas,
Y tú no estás en este mundo para llenar las mías.
Tú eres tú y yo soy yo.
Y, si por casualidad nos encontramos, es hermoso.
Si no, no puede remediarse.*

Según Perls uno mismo es el único que se puede mover, pensar, sentir o vivir. Fue Laura Perls la que abrió el acceso a los existencialistas de los años 20/30, en particular a Martín Buber desde su visión de *El YO y el TÚ*.

La **Fenomenología** corriente que se desarrolla otro punto, se defiende que la experiencia debe ser simplemente descrita como se da, nunca debe analizarse ni interpretarse. La base de la fenomenología está en el planteamiento de Husserl: “No expliquemos, solo describamos”. Este planteamiento incidió en la

Terapia Gestalt en su apego por *lo obvio y el trabajo en el aquí y ahora*.

Laura Perls, que era doctora en Psicología Gestalt, aportó su conocimiento en este terreno para el desarrollo de la Terapia Gestalt. No fue la única.

La aportación mas clara desde la **psicología gestalt** es la diferencia que ésta hace de la *figura-fondo*. En psicoterapia un asunto inconcluso puede ser figura o foco de preocupación de la persona. Cuando esta gestalt es cerrada, se va al fondo y otra situación emerge del fondo y se convierte en figura de necesidad a satisfacer.

Relacionado con ello, otra de las aportaciones que hace la psicología gestalt a la Terapia Gestalt es la del *concepto de autoactualización*, que defendía Goldstein. Según este concepto, la autoactualización es la que dirige el organismo, la satisfacción de una necesidad específica se convierte en figura cuando es un requisito para la autorrealización del organismo total.

Por otra parte, la psicología gestalt enfatiza que *“el todo es más que la suma de sus partes”*, por lo que un cambio que se da en el todo (el sistema) afecta a todo el sistema. Se define, en parte, por este concepto a la gestalt como un *enfoque holístico*.

Si bien, **Wilhem Reich**, fue en principio psicoanalista, terminó como el propio Perls diferenciándose de esta corriente. Perls también fue

analizado por Reich. De las teorías de este retuvo varias ideas que se reflejaron en la terapia Gestalt.

La idea que más caló en **Perls de Reich**, fue *la importancia que tiene el cuerpo en el proceso terapéutico* y las resistencias que en él se dan como función del organismo. Esto permitió a Perls desarrollar el lenguaje no verbal de la comunicación del paciente. En este aspecto, Reich sugería que la resistencia del carácter se manifestaba mas claramente en el “ahora” de la comunicación del paciente “que” en el que de ésta. Esto contribuyó en la idea de Perls de pasar de centrarse *del porqué al como*; del porque, que es la justificación mediante palabras o petición de ayuda en el ambiente, al como un paciente resuelve su conflicto personal presente (para lo que necesita *madurar*: pasar del soporte que proporciona el entorno al autosoporte).

También están presentes en la terapia gestalt el **Taoísmo** y **Budismo Zen**. Estas corrientes, mediante sus símbolos, manifiestan que los extremos de un mismo contexto (*polaridades*) están relacionados entre sí, e incluso, pueden ser similares.

De ese concepto proviene una paradoja. Los sentimientos y pensamientos se tratan en Terapia Gestalt, siguiendo la *teoría paradójica del cambio*: aceptándolas primero (armonizándose con la naturaleza) y permitiendo después su expresión, sintiendo y no evitando o controlando las situaciones emocionales.

Por otra parte, los maestros Zen, defienden que para llenarse primero es necesario vaciarse. Perls sostenía que es necesario *perder la mente para llegar a los sentidos*.

Otras influencias fueron **el teatro y psicodrama**, desde joven, en su estancia en Berlín, Perls siguió enseñanza en una escuela de teatro, más tarde, tomo contacto con este terreno mediante el psicodrama de Moreno.

El Psicodrama: de J.L. Moreno, del que adopta la idea de dramatizar las experiencias y los sueños. La aportación del psicodrama y el teatro a la Terapia Gestalt se centra sobre todo en el aspecto práctico de esta última, ya que adopta de la primera la idea de *dramatizar las experiencias* y los sueños dentro de la propia terapia.

En junio de 1969 crea el Instituto Gestáltico de Lago Cowichan (Isla de Vancouver). Con la salud muy quebrantada, tras ser operado, muere de un ataque cardiaco el 14 de marzo de 1970. Fritz Perls dio un nuevo rumbo a la psicología humanista en la terapia Gestalt.

“La teoría humanista y el enfoque Gestalt, nacen con la finalidad de facilitar el crecimiento y el potencial humano, enfatizan la observación no manipulativa de la conducta en el aquí y ahora y se centran en la importancia del proceso de toma de conciencia de la persona, con un enfoque holístico de cómo está viviendo y creándose a sí misma, para comprender el proceso de crecimiento a través del auto descubrimiento de sus propias posibilidades, para satisfacer sus necesidades, tomando contacto consigo mismo y con los elementos

del ambiente, identificando aquellos que le son tóxicos y los que puede asimilar”¹⁵

2.4 Conceptos principales de la gestalt.-

2.4.1 Gestalt.-

“La Gestalt es la condición que permite experimentar un contacto más claro y profundo del ser humano con el mundo, la naturaleza, el entorno y con sus semejantes. Es capaz de reconocer que la naturaleza siempre ofrece lo mejor de sí misma y que es responsabilidad de cada uno el arriesgarse y atreverse a vivir, siempre que sea posible, en el contacto con lo nuevo, lo cual nos ofrece a cambio, el desarrollo de todo nuestro potencial como personas”¹⁶.

La palabra Gestalt se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa como se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria.

“La terapia Gestalt es una teoría de la conducta basada en la epistemología holística. Es descriptiva, integral y estructural, y resalta

¹⁵ Salama Hector (2001). Psicoterapia Gestalt Proceso y Metodología. México D.F. pag. 35

¹⁶. www.espaciocreaserjuntos.com

de ella la fenomenología y el presente. Es un enfoque coherente del mundo de los fenómenos: conocimiento, teoría y práctica"¹⁷

La psicología gestalt reanuda la percepción, la experiencia inmediata, las personas no perciben sensaciones aisladas que posteriormente van integrando en totalidades, sino que más bien tienen una sensación de totalidad.

2.5 Ciclos gestálticos.-

Para la terapia gestalt, el llamado ciclo de la experiencia es el núcleo básico de la vida humana, dado que ésta no es más que la sucesión interminable de ciclos. También se le conoce como el "Ciclo de la autorregulación organísmica", pues se considera que el organismo sabe lo que le conviene y tiende a regularse por sí mismo, y consta de cuatro etapas:

1. El pre-contacto: Se identifica por la emergencia del deseo o necesidad. Este deseo inicialmente se manifiesta por un conjunto de sensaciones que luego se transforma en excitación, y finalmente adopta la forma de una figura de interés (hambre, sed, necesidad de orinar, deseo sexual).

2. El contacto (o toma de contacto): Se produce activación de la energía, y la excitación retrocede al fondo. La acción resultante determina que el sujeto movilice todo su cuerpo para dirigirse al objeto que va a satisfacer su

¹⁷ . ALLERAND, Mabel. (1992) Piedra libre "Terapia gestáltica", Editorial: Planeta, Buenos Aires, Argentina.

necesidad, lo que implica la elección o rechazo de las diversas posibilidades de acción.

3. Fase de pleno contacto o contacto final: Tiene lugar una confluencia o indiferenciación entre el organismo y aquello que satisface la necesidad. Para ello se requiere una congruencia entre percepción, emoción, pensamiento y acción, que finalmente conduce a la satisfacción de la necesidad.

4. El post-contacto o retirada: aquí se produce la retirada del objeto de satisfacción y la asimilación de la experiencia; por tanto, la integración y el crecimiento.¹⁸

En términos generales, se puede decir que el ciclo de la experiencia, dado en un contexto específico y significativo, constituye en sí misma una Gestalt. Un ciclo interrumpido es una Gestalt inconclusa; un ente que parasitará al organismo consumiendo su energía hasta verse satisfecho.

2.6 Los estratos del yo.-

De acuerdo a Fritz Perls, en el Yo de todo ser humano existen seis capas que recubren, a manera de una cebolla, al Ser auténtico de las personas. Estas capas o estratos del Self, como también se les conoce, son las siguientes: 1) E. Falso; 2) E. del como sí; 3) E. Fóbico; 4) E. Implosivo o del Atolladero; 5) E. Explosivo; y 6) El Self verdadero.

¹⁸ Instituto Argentino de Formación e Investigación (2012), pag. 3, 4

En el estrato Falso se encuentra nuestra "fachada", lo que colocamos en nuestra vitrina de nosotros mismos y dejamos ver a los demás. Luego viene el estrato del "como sí"; allí están los roles, los juegos que empleamos para manipular a los demás, el actuar "como sí" fuéramos esto o aquello. Es nuestro carácter o forma habitual y rígida de actuar.

Si en el proceso terapéutico atravesamos el estrato Falso y el del "como sí" llegaremos al estrato Fóbico. Allí se encuentran todos nuestros temores y todas nuestras inseguridades frente a nosotros mismos; nuestros secretos mejor guardados y nuestras heridas narcisísticas; la pena, el dolor, la tristeza o la desesperación; aquello que no queremos ver ni tocar de nuestra personalidad y menos aún descubrir frente a los demás.

Si logramos pasar lo fóbico sentiremos una sensación de vacío, de inamovilidad, de falta de energía, de muerte. Hemos llegado al estrato del Atolladero, donde nos sentimos "atorados", sin salida. Sin embargo, detrás se encuentra el estrato Implosivo, donde se hallan todas nuestras energías sin usar, nuestra vitalidad "congelada" o dirigida hacia nosotros mismos para mantener nuestras defensas.

Finalmente, detrás de lo implosivo se encuentra el estrato Explosivo, donde las fuerzas estancadas se disparan hacia afuera en un arranque de autenticidad, dando paso al Yo verdadero que permanece oculto. Existen

básicamente cuatro tipos de explosión: gozo, aflicción, orgasmo y coraje. (Criterio planteado por Cesar Vázquez)¹⁹.

2.7 Reglas de la terapia gestáltica.-

La terapia tiene por objetivo el despertar de la conciencia, y de la responsabilidad, esto es equivalente a darse cuenta cómo somos y tomar responsabilidad en ello. Se apoya en una serie de reglas cuya filosofía implícita es proporcionarnos medios eficaces para unificar pensamiento y sentimientos, sacar a la luz resistencias y facilitar la maduración.

Las 12 reglas son las siguientes:

1. El principio del ahora:

Con el fin de fomentar la conciencia del ahora, y facilitar así el darse cuenta, sugerimos que la persona comunique sus experiencias en tiempo presente. La forma más efectiva de reintegrar a la personalidad las experiencias pasadas es traerlas al presente, actualizarlas. Hacer que el sujeto se sitúe allí en fantasía y que haga de cuenta que lo pasado está ocurriendo ahora. Para ello hacemos preguntas como las siguientes: ¿De qué tienes conciencia en este momento? ¿De qué de das cuenta ahora?, ¿A qué le tienes miedo ahora? ¿Qué estás evitando actualmente? ¿Cómo te sientes en este momento? ¿Qué deseas?

2. La relación Yo-Tú:

¹⁹ Vazquez, C, (1988), "Conceptos, principios y técnicas de la psicoterapia gestáltica", Alianza, S.A. Madrid, España.

Con este principio procuramos expresar la idea de que la verdadera comunicación incluye tanto al receptor como al emisor. Tan importante como lo que decimos es como lo recibe la otra persona y qué nos hace sentir su reacción ante nuestro mensaje (poner ejemplos de cómo mandamos mensajes indirectos hirientes en una reunión social).

3. Asumir la propiedad del lenguaje y la conducta:

Significa responsabilizarse de lo que se dice y/o se hace. Esto se vincula directamente con el lenguaje personal e impersonal. Para asumir y vivir en esa responsabilidad personal, hablaremos en primera persona (yo siento, ahora pienso, me esta pasando. etc.) asumiendo así lo que sentimos o vivimos. Es común que para referirnos a nuestro cuerpo, a nuestras acciones o emociones, utilicemos la 2º ó 3º persona. “Me causas pena” en lugar de “yo siento pena”, “mi cuerpo está tenso” en lugar de “yo estoy tensa”, etc. Merced al simple recurso de convertir el lenguaje impersonal en personal aprendemos a identificar mejor la conducta y a asumir la responsabilidad por ella. Como consecuencia, es más probable que el individuo se vea más como un ser activo, que “hace cosas”, en lugar de creerse un sujeto pasivo, al que “le suceden cosas”.

4. Desenmascarar el “no puedo”

Muchas veces la persona se niega a sí misma, debido a su forma condicionada de actuar, a experimentar, a entrar en contacto, descalificándose antes de intentarlo siquiera, diciendo “no puedo”.

No se puede obligar a la persona a hacer algo que no desea, pero sí se le puede exigir responsabilidad, a asumir las consecuencias de su decisión

evasiva, Permitiéndole así poner conciencia en las evitaciones o miedos condicionados por situaciones o experiencias pasadas. Para lo cual un honesto “no quiero” es lo más adecuado. Del mismo modo, también deben evitarse o hacer que el paciente se de cuenta de sus “peros”, “porqués”, “no sé”, etc.

Hay que recordar que en el ser humano el lenguaje es uno de los medios de evitación por excelencia; se puede hablar de todo y no entrar en contacto con nada, poner entre nosotros y la realidad una muralla de palabras.

5. El continuum del darse cuenta:

El dejar libre paso a las experiencias presentes, sin juzgarlas ni criticarlas, es algo imprescindible para integrar las diversas partes de la personalidad. No buscar grandes descubrimientos en uno mismo, no “empujar el río”, sino dejarlo fluir solo.²⁰

6. No murmurar:

Toda comunicación, incluso las que se supone son "privadas" o que "no interesan al grupo", debe ventilarse abiertamente en él o en su defecto evitarse. Las murmuraciones, los cuchicheos sobre los demás, las risitas cómplices, son evitaciones, formas de rehuir el contacto, además de faltar el respeto al grupo e ir contra su cohesión al establecer temas "que no le competen" en su presencia. Esta regla tiene por fin el promover sentimientos e impedir la evitación de sentimientos.

²⁰ CAÑO, Pablo. (1999) “Gestalt, el placer de vivir el aquí y el ahora”, Edit. Primigenia, S.A. Madrid, España.

7. Traducir las preguntas en afirmaciones; salvo cuando se trata de datos muy concretos:

Preguntas como "¿Puedo ir al baño? ¿Me puedo cambiar de sitio? ¿Me puedo ir?", etc., deben ser traducidas como "Quiero ir al baño; Me quiero cambiar de sitio; Me quiero ir". Así, el preguntón asume su responsabilidad y las consecuencias de lo que afirma, en lugar de adoptar una postura pasiva y de proyectar su responsabilidad en el otro, a fin de que él le dé la autorización.

8. Prestar atención al modo en que se atiende a los demás:

¿A quién le prestamos atención? ¿A quién ignoramos?, etc.

9. No interpretar ni buscar "la causa real" de lo que el otro expresa:

Simplemente escuchar y darse cuenta de lo que uno siente en función a dicho contacto.

10. Prestar atención a la propia experiencia física:

Observar los cambios de postura y gesto de los demás. Compartir con el otro lo que se *observa, lo obvio*, mediante la fórmula de "ahora me doy cuenta de".

11. Aceptar el experimento de turno; correr riesgos al participar en la discusión.

12. Confidencialidad: Considerar, aunque no se haga explícito, que todo lo dicho y vivido en el grupo es *estrictamente confidencial*.²¹

²¹ www.psicoterapiagestalt.net

2.8 Técnicas de la terapia gestáltica.-

Naranjo en La vieja y novísima gestalt (1991), cita las tres técnicas gestálticas: **“técnicas supresivas, técnicas expresivas, técnicas integrativas”**²².

2.8.1 Técnicas Supresivas: Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta. Entre las Principales Supresivas tenemos:

- Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.
- Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.
- Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.
- Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" que se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

²² NARANJO, Claudio (1991) "La vieja y novísima gestalt", Edit. Cuatro Vientos, Santiago, Chile, pag. 22

2.8.2 Técnicas Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía. Se buscan tres cosas básicamente:

- A) Expresar lo no expresado.
- B) Terminar o completar la expresión.
- C) Buscar la dirección y hacer la expresión directa.

A) Expresar lo no expresado:

1. Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloran temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.

2. Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.

3. Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

B) Terminar o completar la expresión:

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para

reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

C) Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

1. Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado. Ejemplos: "repite es frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", etc.

2. Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

3. Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus genitales".

4. Actuación e identificación: Es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

3. Técnicas Integrativas: Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

1. El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en conflicto.

2. Asimilación de proyecciones: Se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya. Ejemplo: "Mi madre me odia", "Imagina que eres tú quien odia a tu madre; cómo te sientes con ese sentimiento? ¿Honestamente, puedes reconocer que ese sentimiento es tuyo realmente?",²³

²³ Vazquez, C, (1988), "Conceptos, principios y técnicas de la psicoterapia gestáltica", Alianza, S.A. Madrid, España.

2.9 La terapia gestáltica ayuda:

El ser humano ha vivido cumpliendo las expectativas, deseos y mandatos de otros, haciendo así una Gestalt incompleta. La gestalt ayuda de la siguiente manera:

- La Terapia Gestalt ayuda a la persona a que llegue a ser ella misma, no aquello que no le corresponde o aquello que se espera de ella.
- Ayuda a utilizar su propio potencial, ser un líder sin ser un rebelde, que pueda apoyarse en sí misma en lugar de apoyarse en los demás o en las cosas.
- Ayuda a encarar con honestidad situaciones desagradables (encararnos al dolor y al sufrimiento siendo muy honestos).
- La Terapia Gestalt sirve para desestructurar el que hay estructurado (educación recibida) para volver a estructurarlo desde el sí mismo, Si SOMOS, en lugar de SER lo que QUEREMOS SER.
- La angustia, la depresión, la falta de comunicación, la soledad, el miedo son estados que bloquean nuestras capacidades para desenvolvernos en la vida de forma equilibrada, saludable y próspera. La Terapia Gestalt nos ayuda a superar estos estados limitantes utilizando diferentes técnicas para tomar conciencia de lo que nos ocurre, liberar emociones bloqueadas y resolver conflictos y asuntos pendientes.²⁴

²⁴. www.inspirandosoluciones.com/terapia-gestalt

CAPITULO 3

Metodología de la investigación

3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.-

En el presente trabajo de investigación se utilizo el método cualitativo, debido a que se adecua a temas poco investigados como es el caso de las influencias de los introyectos positivos y negativos en personas adultas con cáncer. El mismo permitió llegar a una mayor profundidad sobre aspectos vivenciales de las experiencias individuales dando pautas desde su propio marco de referencia (Taylor y Bogdan, 1990), el cual según Rogers (1977) es el mejor punto de vista para la comprensión ya que se trata de percibir el mundo de la experiencia a través de los ojos del otro. La flexibilidad otorgada por el método cualitativo es muy importante porque permite adecuar éste a los requerimientos tanto del investigador como de los participantes en la investigación.

Este método se interesa en el contexto en el que se da el fenómeno y las circunstancias particulares en las que se presenta el mismo. La investigación cualitativa emplea principalmente la lógica inductiva, por lo que permite desarrollar conceptos, ideas, comprensiones, partiendo de lo obtenido en los datos investigados sin teorías preconcebidas ni hipótesis (Taylor y Bogdan, 1990).

Entonces la lógico que sigue el estudio es de tipo inductiva debido a la importancia que se dará a las observaciones específicas de las personas concretas y de sus interacciones (Glaser y Strauss, 1967). Esto con fin de

rescatar la información partiendo del principio de que cada hecho es independiente e individual.

Por lo tanto en consecuencia, esta investigación refiere un carácter descriptivo cuyo propósito es describir situaciones y eventos de determinado fenómeno especificando las propiedades importantes de personas o grupos sometidos a análisis Dankhe citado en Hernández, et.al,1981. Por lo que desde un punto de vista científico, describir es medir ya que se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente para investigar lo que se busca.

Analítico y exploratorio cuyo objetivo es examinar un tema de investigación poco estudiado ya que nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos poco conocidos y obtener información que nos da la posibilidad de llevar a cabo una investigación mas completa sobre un contexto particular de la vida real debido al estado del conocimiento del tema de investigación que nos revela la revisión de la literatura y el enfoque que se pretende dar a este estudio y se asume, debe imprimirse al ejercicio de las ciencias humanas. La información por lo tanto, será registrada en forma escrita para luego realizar un análisis sistemático de está.

Diseño.-

Dentro de la investigación cualitativa, se trabajo con el estudio de caso el mismo que es definido como “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo” (Denny, 1978:370).

Mc Donald y Walker (citado en Glasser y Strauss 1977) se refieren al estudio de caso como un examen de un caso en acción considerando el mismo como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos. Estas definiciones coinciden en cuanto al estudio de caso implica un proceso de indagación que se caracteriza por un examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso que interesa para el estudio.

El estudio de caso se basa en el razonamiento inductivo donde las generalizaciones, conceptos o hipótesis surgen a partir del examen minucioso de los datos. La característica del estudio de caso es el descubrimiento de nuevas relaciones, conceptos más que la verificación o comprobación del lector del fenómeno que se está estudiando, por lo tanto, puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del investigador o confirmar lo que se sabe (Glasser y Strauss, 1967).

El estudio de caso se centra en una situación, suceso, programa o fenómeno concreto, por lo que se convierte en un método muy útil para el análisis de problemas prácticos, situaciones o acontecimientos que surgen en la cotidianidad. Como producto final de un estudio, en la que se utilizan las técnicas narrativas y literarias para describir, producir imágenes y analizar las situaciones (Stenhouse, citado en Glasser y Strauss, 1967).

En cuanto al estudio de casos múltiples, se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, explicar o evaluar; por esto para alcanzar resultados similares Yin citado en Glasser y Strauss denominada Republica Literal. En cambio si se producen resultados

contrarios pero por razones predecibles estaríamos considerando la Replicación Teórica.

3.2 Descripción de la Muestra.-

La muestra para la elaboración del presente estudio fue conformado de cinco personas, de sexo femenino que fueron diagnosticadas con cáncer, las mismas que están comprendidas en un rango de edades entre los 44 a los 57 años que representan a una población de personas adultas.

3.3 Técnicas e instrumentos de la investigación.-

Para este estudio se utilizó como instrumento las historias proyectivas y ejercicios corporales donde básicamente se trabajo con las 3 técnicas de la terapia gestáltica (expresivas, integrativas y la supresivas), dichas técnicas ayudaron en la investigación.

CAPITULO 4

Caso Clínico

4.1 Presentación del caso.-

Para esta investigación se invito a un grupo de personas que fueron diagnosticadas con cáncer en el Centro Onco-hematológico "Curare" de la ciudad de La Paz. Las mismas se presentaron voluntariamente a la reunión, fueron exhortadas a expresar sus sentimientos y preguntas sin sugerencias directivas. Posteriormente se les explico que este seria un grupo de autoconocimiento con un enfoque gestáltico, las sesiones se llevarían a cabo una vez por semana, también se les explico en que consistía este enfoque y que se utilizarían diferentes técnicas y herramientas para aplicar dicho estudio.

El ambiente donde se llevo a cabo las sesiones de grupo fue en el Centro Onco-hematológico "Curare" de la ciudad de La Paz, el lugar fue adecuado, cómodo, costaban del mobiliario suficiente, la iluminación era apropiada, el lugar estaban exento de ruidos externos

4.2 Identificación.-

Participante 1.-

La primera participante fue diagnosticada de Linfoma (LNH), la persona accedió voluntariamente a participar en la investigación.

Iniciales: V.A.G

Edad: 45 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Lugar donde radica: La Paz

Ocupación: Profesional (Pedagoga)

Familia: Convive con su esposo y dos hijos

Participante 2.-

La segunda participante fue diagnosticada con cáncer de ovario, al igual que la primera persona accedió voluntariamente a participar en la investigación.

Iniciales: F.A.P

Edad: 47 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Lugar donde radica: La Paz

Ocupación: Profesional (Administradora de empresas)

Familia: Convive con sus mamá

Participante 3.-

La tercera participante fue diagnosticada con cáncer en la mama, al igual que las dos anteriores participantes accedió voluntariamente a participar en la presente investigación.

Iniciales: S. A.M

Edad: 57 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Divorciada

Lugar donde radica: La Paz

Ocupación: Profesional (Auditora)

Familia: Convive con su hermana y sobrinos.

Participante 4.-

La cuarta participante fue diagnosticada con cáncer en la mama, al igual que las demás participantes accedió voluntariamente a participar en la presente investigación.

Iniciales: M. Q

Edad: 41 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Lugar donde radica: La Paz

Ocupación: Comerciante

Familia: Convive con su esposo e hijos

Participante 5.-

La quinta participante fue diagnosticada con cáncer en la mama, al igual que las demás participantes accedió voluntariamente a participar en la presente investigación.

Iniciales: M.A.P

Edad: 45 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Divorciada

Lugar donde radica: La Paz

Ocupación: Enfermera

Familia: Convive con su hija

4.3 Particularidades.-

Es un grupo de mujeres que son sobrevivientes de cáncer, todas ellas han pasado por la quimioterapia y radioterapia, tres de ellas fueron diagnosticadas con cáncer de mama, las otras dos con cáncer en el ovario y en el ganglio Linfático.

4.4 Proceso terapéutica.-

Para el proceso terapéutico se aplicó las tres técnicas de la terapia gestáltica, las supresivas, expresivas y las integrativas de la siguiente manera:

Se buscó básicamente con las técnicas supresivas que la persona experimente lo que no quiere saber de los introyectos. Se aplicó este enfoque a fin de facilitar su darse cuenta de los “Deberías”, “No debes”, “Haz esto”, “No hagas esto”.

La uso de las técnicas expresivas, ayudo a que las participantes exterioricen lo interior, la utilización de las historias proyectivas también facilito a identificar lo que sienten de si mismas, de la enfermedad, de la familia y amigos.

De la misma manera, se llevo al plano verbal algunas conductas no verbales, como en los ejercicios corporales haciéndoles dar cuenta que su cuerpo también siente y habla, “Si hablara tu cuerpo que te diría, “Si hablara tu seno que te diría”, el expresar verbalmente lo que siente su cuerpo esta explícitamente conectada con sus expresiones corporales, como la respiración, postura, gestos, voz.

En el proceso se busco que las participantes no solo traduzcan sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías, si no también, identifiquen sus introyectos e integren las mismas y sierran situaciones inconclusas.

Las técnicas integrativas también facilito a que las participantes incorporen o reintegren a su personalidad sus partes alienadas, se les pidió que experimenten en el presente en el aquí y ahora sus proyecciones como si fuesen suyas, “Mi esposo odia mi cuerpo desde que me dio cáncer”, este

ejercicio se cambio de la siguiente manera, “Yo odio mi cuerpo desde que me dio cáncer”, dicho ejercicio ayudo a que las participantes reflexionen, reconozcan y acepten como propias sus proyecciones que emiten.

La intervención mas importante fue sintonizarse con las personas, siendo como una cámara de resonancia para lo que estaba ocurriendo. En todo momento del proceso terapéutico se respeto el ritmo de cada participante, no se le juzgo, ni forzó a realizar ninguna actividad.

CAPITULO 5

Sesiones de psicoterapia

1ra. SESIÓN.-

Fecha: 13 de agosto 2012

Numero de sesión: 1

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Las personas de este estudio manifestaron que después de muchos procedimientos médicos no acudieron a ningún tratamiento psicológico.

Temas tratados:

En la primera sesión las participantes se presentaron unas a otros, conversaron libremente de ellas mismas y de la enfermedad, en esta sesión solo se les explico el significado del aquí y el ahora.

Observaciones del practicante:

Primera sesión (Rapport), se utilizo la escucha activa, estando alerta de los sentimientos expresados y las afirmaciones con respecto así mismas y a la enfermedad.

Reflexiones del practicante:

Fue una sesión de contención, se respeto el proceso y el ritmo de cada participante, no se le juzgo, ni forzó hablar.

Intervenciones del practicante:

En la primera sesión se utilizo la escucha activa cuando expresaban los síntomas de la enfermedad, se trabajo con la contención cuando hubo llanto, se finalizó la sesiones con la pregunta, como se sienten "aquí y ahora".

2da. SESIÓN.-

Fecha: 20 de agosto 2012

Número de Sesiones: 2

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Después de la primera sesión, se observo que las consecuencias de la enfermedad de cáncer están latentes en las participantes

Temas Tratados:

En la segunda sesión se trato temas sobre la emoción, las participantes empezaron a expresar sus emociones negativas y positivas con respecto a las consecuencias del cáncer, como por ejemplo "No me gusta mi cuerpo por que perdí un seno", "Gracias al cáncer cuido mejor en mi alimentación".

Observaciones del practicante:

Se trabajo con las participantes, en el darse cuenta de su mundo interior, exterior y de sus fantasías con respecto a las consecuencias de la enfermedad.

Reflexiones del practicante:

Es importante que las participantes aprendan a diferenciar entre la realidad, la fantasía y como son sus emociones por dentro y por fuera.

Intervenciones del practicante:

Se utilizo las técnicas supresivas y expresivas cuando las participantes expresaban el dolor que sentían al mirarse al espejo y ver que una parte de su cuerpo ya no estaban con ellas.

3ra. SESIÓN.-

Fecha: 27 de agosto 2012

Numero de sesión: 3

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Se observo en la segunda sesión que los cuerpos de las participantes han sufrido cambios psicológicos y pérdidas de algunas partes de su cuerpo.

Temas tratados:

En la tercera sesión, las participantes empezaron a expresar sus emociones con respecto a sus familiares, como era la relación, de que manera las veían.

Observaciones del practicante:

Se utilizó los principios del enfoque gestáltico, el aquí y ahora y el como, es decir que las participantes vivan en el ahora, tratando de que ellas mismas se den cuenta como y de que manera lo hacen.

Reflexiones del practicante:

El tema familiar se tiene que profundizar por ser un referente muy importante de los introyectos en las participantes.

Intervenciones del practicante:

Se trabajó sobre la relación familiar en el presente el aquí y el ahora en el darse cuenta de sus sentimientos hacia ellos. También se intervino en el cambio del "Por que" por el "Como", "Por que no puedo expresarle mi cariño a mi hermana", "Como no puedo expresarle mi cariño a mi hermana", el cambio de las diferentes frases ayuda a las participantes a clarificar e identificar sus emociones.

4ta. SESIÓN.-

Fecha: 03 de septiembre 2012

Número de Sesiones: 4

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

En la sesión anterior se exploró el ámbito familiar y se pudo detectar que las participantes no exteriorizan con facilidad sus sentimientos hacia ellos.

Temas Tratados:

En esa sesión las participantes profundizaron y manifestaron sus sentimientos en relación a la familia, expresaron como les hacen sentir y cuanto apoyo reciben de ellos

Observaciones del practicante:

Se observó que hay cierta resistencia en las participantes cuando se toca el tema de las relaciones familiares.

Reflexiones del practicante:

El apoyo y la comunicación que tienen con los familiares ayuda a las participante a que tomen mayor confianza en si mismas.

Intervenciones del practicante:

Se trabajó con los estratos del yo "Falso", la fachada que tienen las participantes, es decir como se presentan ante sus familiares y que permiten ver de sus vidas a estas personas.

5ta. SESIÓN.-

Fecha: 10 de septiembre 2012

Número de Sesiones: 4

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Se observo proyecciones en algunos contextos, la desconfianza que tienen en algunas situaciones provocan sentimientos negativos.

Temas tratados:

En esa sesión, las participantes expresaron sus sentimientos en relación a sus amistades, como les hacen sentir y cuanto apoyo reciben de ellos.

Observaciones del practicante:

Se observo en esta sesión, que las participantes mantienen una comunicación y apoyo con sus amistades más cercanas, y no así con nuevas amistades. “Todavía no me siento lista para conocer nuevas personas, no quiero que me ven con pena”.

Reflexiones del practicante

Las participantes afirmaron que reciben apoyo de sus amistades, sin embargo desde el discurso de ellas, creen que en algunos momentos no es autentico ese apoyo, creen que es por pena ese apoyo.

Intervenciones del practicante:

Para la intervención se utilizó las técnicas supresivas, expresivas e integrativas, como el darse cuenta de sus propias proyecciones que emiten. “Sienten pena por mi, por eso me apoyan”

6ta. SESIÓN.-

Fecha: 17 de septiembre 2012

Número de Sesiones: 6

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Después de explorar las tres facetas de las participantes (personal, familiar y social), en las siguientes sesiones profundizaremos más cada una de ellas con los instrumentos de historias proyectivas y los ejercicios corporales.

Temas Tratados:

En esa sesión se aplicó la primera historia proyectiva, donde se observó la reacción, la emoción y el pensamiento que tenían las participantes con respecto a la enfermedad.

Observaciones del practicante:

En esa sesión, se trabajó con los sentimientos, pensamientos con respecto a la enfermedad de cáncer.

Reflexiones del practicante:

En esa sesión se enfatizó todo lo relacionado con las emociones (tristeza, frustrada, anonadada, pena, miedo).

Intervenciones del practicante:

Se utilizó las técnicas supresivas y expresivas, el aquí y el ahora, el darse cuenta y los estratos del yo.

7ma. SESIÓN.-

Fecha: 24 de septiembre 2012

Número de Sesiones: 7

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Con la primera historia proyectiva se ha observado e identificado los introyectos relacionados con la enfermedad, dichas observaciones ayudarán a pasar al siguiente paso, para seguir con la investigación.

Temas Tratados:

Se aplicó en esta sesión la segunda historia proyectiva, donde se trabajó el cómo se veían ellas mismas antes y después del cáncer.

Observaciones del practicante:

En esa sesión se profundizó su pasado y presente con respecto a los sentimientos y pensamientos de sí mismas.

Reflexiones del practicante:

En esa sesión se trabajó todo lo referente a ellas mismas, como se veían cuando les diagnosticaron cáncer “dolidas, tristes, frustradas, anonadadas, con penas, miedos” y como se ven ahora, en el presente después de superar el cáncer “agradecidas, fortalecidas, esperanzadas, curadas, sin penas”.

Intervenciones del practicante:

Se utilizaron las técnicas supresivas y expresivas, el aquí y el ahora, el darse cuenta y los estratos del yo.

8va. SESIÓN.-

Fecha: 01 de octubre 2012

Número de Sesiones: 8

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Las historias proyectivas ayudaron a identificar, analizar los diferentes introyectos positivos y negativos de este estudio.

Temas Tratados:

En esa sesión se aplicó la tercera historia proyectiva, donde se trabajó el aspecto familiar, como veían sus familiares a las participantes después del cáncer.

Observaciones del practicante:

Se profundizó en esta sesión su pasado y presente con respecto a los sentimientos y pensamientos de la familia.

Reflexiones del practicante:

Se trabajó todo lo referente a sus familiares, como las veían cuando les diagnosticaron cáncer “dolor, sufrimiento, preocupación, pena, luchadora, valiente” y como las ven ahora, en el presente después de superar el cáncer “Temor, contenta, tranquila, optimistas, con voluntad, amor, fe”.

Intervenciones del practicante:

Se utilizó las técnicas supresivas y expresivas, el aquí y el ahora, el darse cuenta y los estratos del yo.

9na. SESIÓN.-

Fecha: 08 de octubre 2012

Número de Sesiones: 9

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Con la octava sesión se ha logrado identificar y analizar los diferentes introyectos positivos y negativos de este estudio.

Temas Tratados:

En esa sesión se aplicó la cuarta historia proyectiva, donde se trabajó el aspecto social, como las veían, y como las ven en el presente sus amistades después del cáncer.

Observaciones del practicante:

Se profundizó su pasado y presente con respecto a los sentimientos y pensamientos de su entorno social.

Reflexiones del practicante:

Se trabajó todo lo referente a sus amistades, como las veían cuando les diagnosticaron cáncer “con solidaridad, guerrera, pena, serena y valiente” y como las ven ahora, en el presente después de superar el cáncer “Entusiasmo, agradecida, optimistas”.

Intervenciones del practicante:

Se utilizó las técnicas supresivas y expresivas, el aquí y el ahora, el darse cuenta y los estratos del yo.

10ma. SESIÓN.-

Fecha: 15 de octubre del 2012

Número de Sesiones: 10

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Después de analizar las diferentes historias, observamos claramente que los introyectos positivos y negativos están muy presentes en la vida de las participantes.

Temas Tratados:

En esa sesión se aplicó la quinta historia proyectiva, donde se trabajó los estilos de afrontamiento de vida en el presente aquí y ahora después del cáncer.

Observaciones del practicante:

Se profundizó con la quinta historia su presente, como es su vida, cuáles son sus debilidades y fortalezas después de superar la enfermedad.

Reflexiones del practicante:

En esa sesión se trabajó todo lo referente a su vida actual, de que manera esta afrontando su vida “con mucho amor, alegría, voluntad” y que oportunidades tiene en este momento.

Intervenciones del practicante:

Se utilizó las técnicas supresivas y expresivas, el aquí y el ahora, el darse cuenta y los estratos del yo, recursos.

11 y 12 vas. SESIONES.-

Fecha: 22 Y 23 de octubre del 2012

Número de Sesiones: 11Y 12

Persona/ Grupo: 5

Investigaciones:

Después de haber analizado y observado los introyectos positivos y negativos en las historias, pasamos al siguiente paso para seguir profundizando el estudio.

Temas Tratados:

En estas dos sesiones se trabajaron los ejercicios corporales, un contacto con su propio cuerpo, rechazo y aceptación de su cuerpo, asimilación de diferentes partes de cuerpo que no están presentes después de la operación.

Observaciones del practicante:

En esas dos sesiones, se ha observado que hay un cierto rechazo hacia sus propios cuerpos, por la perdida de algunas partes de los mismos “no me gusta verme mi cuerpo por que me falta uno de mis senos” “Cuando veo mi pelvis es feo, no me gusta, debería hacer ejercicios para que se vea mejor ” “Mi mamá me decía que después de que me operaron mi cuello se ve feo y tiene razón, es feo, yo debería hacer algo para que se vea bien” “ Mis primas me dicen que tengo que ponerme una prótesis, por que se ven feos mis senos desiguales, y es cierto se ven horribles desiguales, debería ponerme una prótesis”.

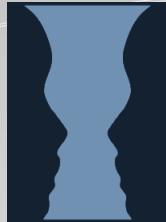
Reflexiones del practicante:

Las sesiones fueron de mucha experiencia fenomenológica sobre su propio cuerpo, en este trabajo se enfatizo más la sensación y la conciencia, y en todo momento se pregunto ¿Que siente tu cuerpo cuando lo rechazas?, ¿Si hablara tu cuerpo en este momento que te diría?, ¿De que te das cuenta en este momento?.

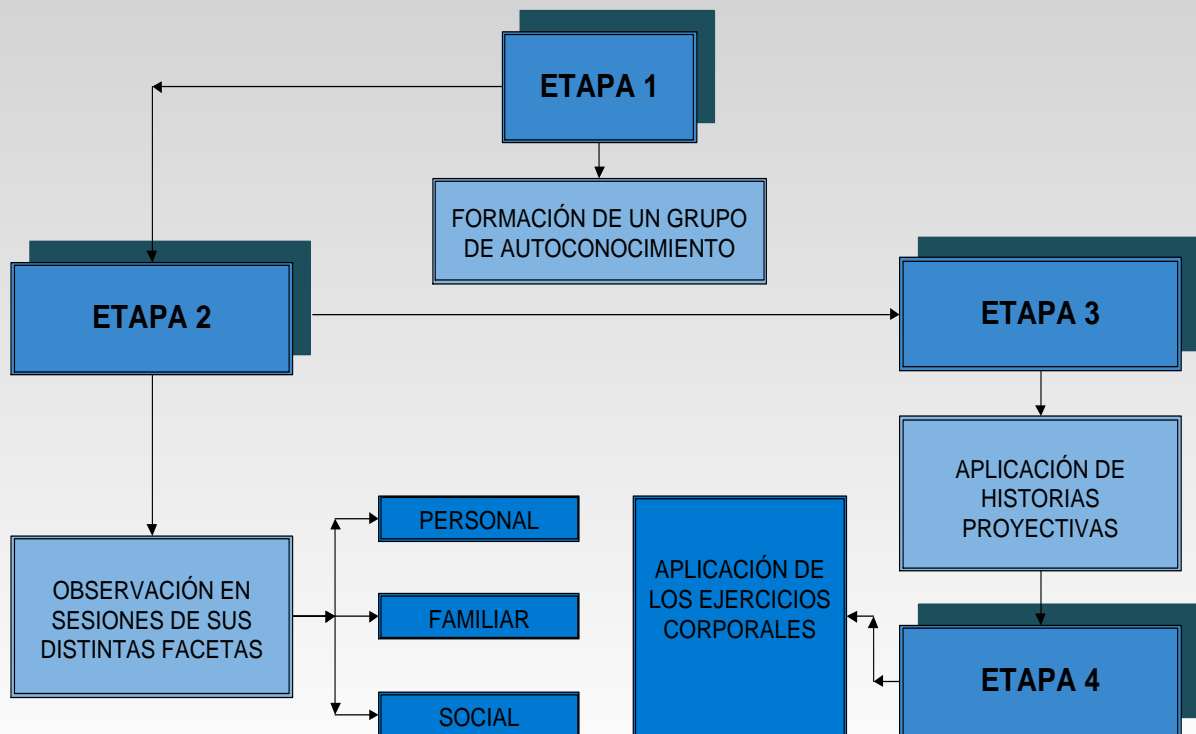
Intervenciones del practicante:

Se utilizo en estas sesiones los enfoques supresivos y expresivos e integrativos, se observo claramente que hay mecanismos de defensa que utilizan las participantes, como sus proyecciones, retroflexión, introyecciones en los cuales se trabajaron.

Es importante recordar que estos procedimientos o técnicas son sólo un apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, pero que no constituyen en sí la terapia gestalt. Lo importante, lo realmente terapéutico, es la "actitud guesáltica" que se adopte, el reconocimiento de la importancia de proceso, y el respeto por el ritmo individual del cliente.



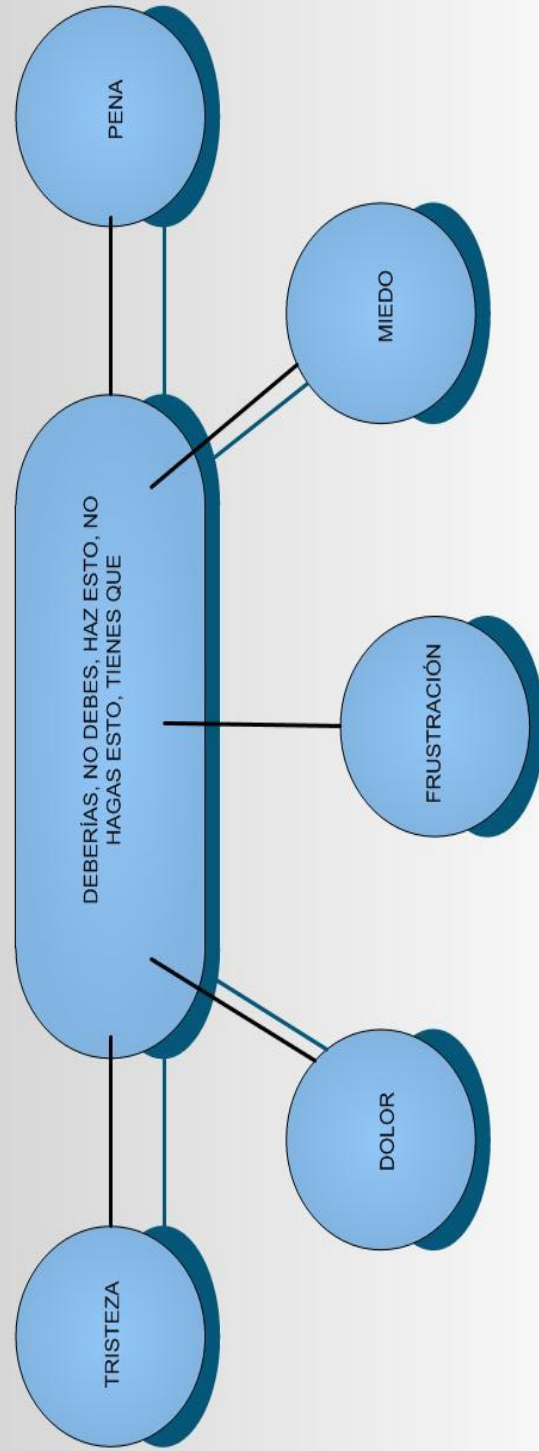
PROCEDIMIENTO





HISTORIAS

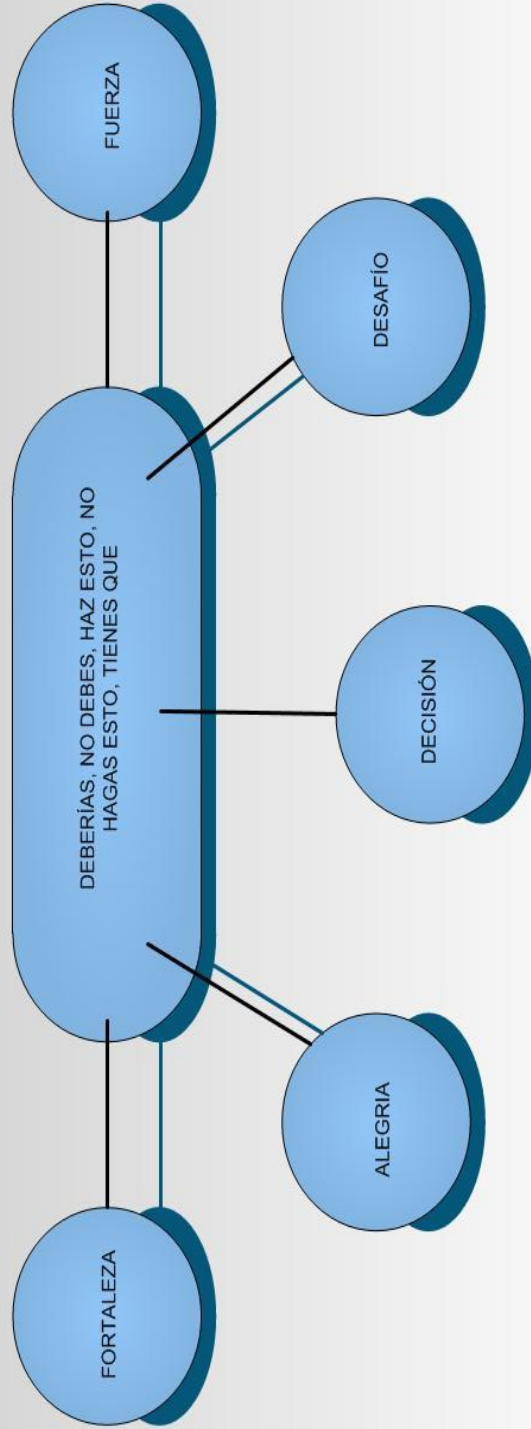
DESPLIEGUE DE LOS INTROYECTOS NEGATIVOS





HISTORIAS

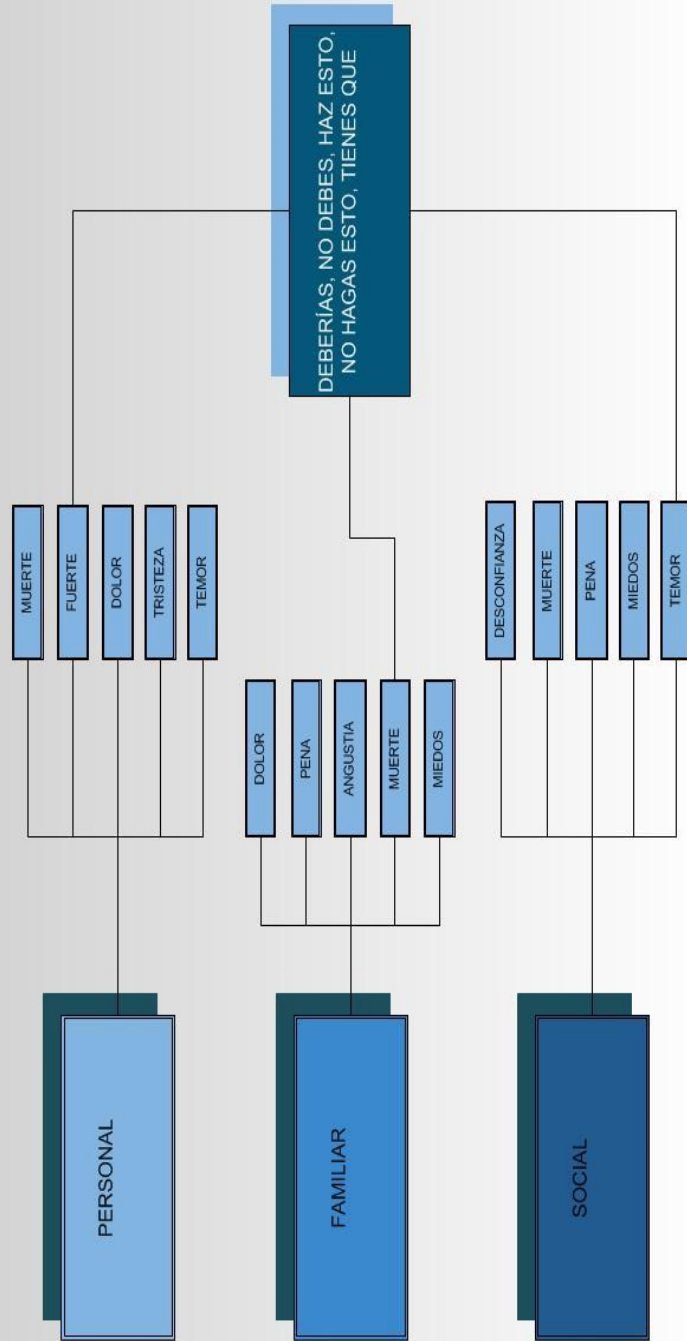
DESPLIEGUE DE LOS INTROYECTOS POSITIVOS





SESIONES

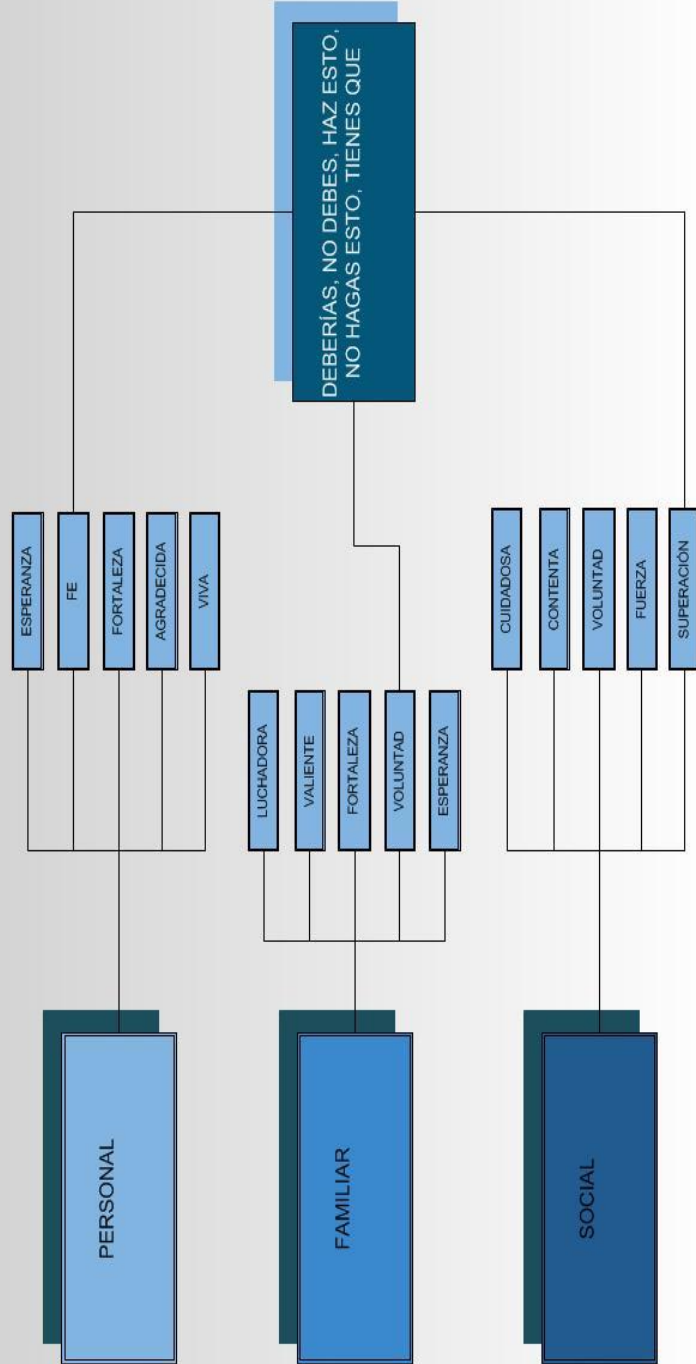
DESPLIEGUE DE LOS INTROYECTOS NEGATIVOS





SESIONES

DESPLIEGUE DE LOS INTROYECTOS POSITIVOS



CAPITULO 6

Conclusiones

En la primera etapa, se formo un grupo de autococimiento con un enfoque gestáltico, integrado por 5 personas adultas que fueron diagnosticadas con cáncer.

En la segunda etapa, se procedió a observar a cada integrante del grupo en sus distintas facetas, tanto en el ámbito personal, familiar, como social.

En la tercera y cuarta etapa se implementó la realización de las historias proyectivas y ejercicios corporales, la utilización de estos instrumentos contribuyeron en el esclarecimiento de cada caso, puesto que a través de estas pudieron expresar su mundo interno y en una unidad inseparable, su realidad interior y exterior.

Para algunas personas es más fácil representar sus sentimientos en una grafica que verbalizarla, porque de ese modo se sienten más protegidos y confiados. De manera que se elaboró historias proyectivas para identificar los introyectos positivos y negativos, así también como responden a los mismos en función de sus propios intereses, estados afectivos, deseos y otros.

El lenguaje corporal fue muy significativo, por que la respiración, la postura, las expresiones de la cara, los gestos, la voz, todo esto ayudo a identificar y revelar de un modo mas profundo los introyectos que tienen las

participantes, cubriendo todos los aspectos necesarios para la presente investigación.

Posteriormente se llevo a cabo un desglose y una reducción de datos, que han sido analizados de acuerdo al discurso repetitivo de cada persona en las diferentes sesiones de grupo.

Los análisis realizados en las diferentes etapas de los resultados en las cinco participantes permiten afirmar que se han cumplido con los objetivos específicos, ya que se pudo establecer un determinado número de patrones repetitivos en cuanto a conductas, características y circunstancias con respecto a las influencias de los introyectos positivos y negativos en personas adultas diagnosticadas con cáncer.

De acuerdo al primer objetivo específico en el cual se identificaron los introyectos positivos y negativos relacionados con la enfermedad, podemos observar que las participantes después de la enfermedad tienen como normas y valores los “Deberías”, “No debes”, “Haz esto”, “No hagas esto”, “Tienes que”. Entre los introyectos negativos que se ha identificado los “Deberías” (Deberías ser buena con todos para no volverme a enfermar), “No debes” (No debes enojarte por que dañas tu cuerpo), “Haz esto” (Haz una dieta balanceada por que si no te da cáncer), “No hagas esto”, (No salgas en la noche por que afecta a tu cuerpo), se denotan muchos temores, estos introyectos impiden que las participantes hagan lo que realmente ellas desean. Entre los introyectos positivos se han identificado los “No debes” (No debes tener miedo a la quimioterapia), (No debes avergonzarte de tu cuerpo), (No debes sentirte culpable por la enfermedad),

(No debes callarte cuando te enojas) estos introyectos ayudaron a las participantes afrontar la enfermedad.

Por todo lo observado, se considera que los resultados responden a este primer objetivo de investigación con respecto a la identificación de introyectos positivos y negativos relacionados a la enfermedad. Sin embargo, no se puede generalizar estos aspectos, por que cualquier característica que parece ser común en un grupo de personas que relatan y comparten su problemática puede ser que no se aplique al vasto número de personas que no participan. Esta fue una de las mayores limitaciones encontradas en este trabajo, ya que corresponde únicamente a la población investigada.

Conforme al segundo objetivo específico en el cual se propuso analizar los efectos que causan los introyectos positivos y negativos en sus expectativas de vida, podemos observar que los introyectos negativos causaron en cuatro de las participantes desconfianza, inseguridad y miedos. Por lo contrario los introyectos positivos como “No debes tener miedo a la enfermedad, sobreviven al cáncer” “Debes tener fuerza para combatir el cáncer” ayudaron a tomar buenas decisiones para un tratamiento medico contra el cáncer.

Los introyectos negativos impiden el libre flujo de los impulsos y satisfacción de las necesidades de cada persona, por el contrario los introyectos positivos motivaron a que estas personas puedan seguir adelante con sus vidas.

Se considera que también se logró cumplir con el segundo objetivo específico, ya que a través de las historias proyectivas y los ejercicios corporales se pudo detectar los efectos que causaron los introyectos positivo y negativos en las participantes.

El tercer objetivo específico con respecto a su entorno familiar fue uno de los principales y más destacados de los introyectos positivos y negativos que se ha observado. Las relaciones son buenas entre familiares y participantes, el apoyo y la cercanía que existe entre estas personas las lleva a una buena comunicación.

La influencia de los introyectos negativos y positivos ejerce un rol importante en el entorno familiar, se manejan como reglas los “Deberías”, “No debes”, “Haz esto”, “No hagas esto”, estos patrones de conducta se repiten en las participantes y esto hace que la relación entre ellas sea más llevadera.

Se consideró de crucial importancia el hecho de que todas las participantes mantienen relaciones estables con los familiares, esto podría estar relacionado con el manejo de su energía en apoyo de las normas introyectadas, de la misma manera procuran mantener su conducta lo mas integrada posible con el fin de preservar lo bueno y lo malo que ha recibido de sus familiares.

En cuanto al cuarto objetivo específico se pudo identificar Introyectos positivos y negativos que interfieren en su desenvolvimiento social. Las participantes después de la enfermedad adquirieron ciertos miedos y desconfianza en ellas mismas, le es difícil retomar nuevamente su vida por

los introyectos de los “Deberías”, “Deberías cuidarte, te puede pasar algo...” “No debes”, “No debes trabajar mucho” estos introyectos limitan a las personas a realizar diferentes actividades y nos les permite desenvolverse en su medio.

Otra interferencia que se observo para su desenvolvimiento en la sociedad es el aspecto físico, la perdida de una parte de su cuerpo fue traumático para las participantes, ella manifiestan que no podrán tener una nueva pareja nuevamente que las quieran. Con relación de este caso, tres de las participantes perdieron uno de los senos y una perdió los ovarios.

Los resultados obtenidos en la primera, segunda, tercera y cuarta etapa de esta investigación responden al objetivo principal con respecto a conocer la influencia de los introyectos positivos y negativos en personas adultas diagnosticadas con cáncer que participan en un grupo de autoconocimiento con un enfoque gestáltico en el Centro de Onco-hematológico "Curare" de la ciudad de La Paz.

El objetivo propuesto en la investigación demuestra que los introyectos positivos y negativos tienen grandes influencias psicológicas y sociales en las participantes.

Las actividades desarrolladas en esta investigación fueron muy bien recibidas por las participantes, en especial las historias proyectivas por que a través de estas proyectaron su experiencia vivencial. Todos los elementos utilizados en esta investigación sirvieron para tener un conocimiento mas amplio de lo que son los introyectos positivos y negativos, de manera que

se confirma que los introyectos obtenidos en estos casos dan muestra de la riqueza que permite obtener la metodología cualitativa, sin embargo no es posible generalizar los datos obtenidos a toda la población, ya que partimos del marco interno de referencia de cada una de las víctimas y la forma en que cada una vive esta experiencia.

El uso de la metodología cualitativa me permitió aproximarme a aspectos vivenciales de las participantes, si bien existen factores en común entre los casos, el ser humano es único, por lo tanto no se podría llegar a una generalización de los resultados obtenidos, pero si a una saturación de datos. No obstante, podemos hipotetizar ciertas relaciones que parecen importantes de destacar a la hora de comparar los datos obtenidos.

Una de las mayores limitaciones de este estudio fue la población, ya que muchas personas que pasaron por esta enfermedad se rehusaban a brindar información, pese a que en todos los casos se protege la identidad de la personas mediante un pseudónimo.

La falta de disponibilidad de tiempo de algunas de las participantes, atrasó en cierta manera al desarrollo del proceso planificado.

Pese a las limitaciones se considera que los resultados aportados por esta investigación, son de gran importancia ya que nos invita a reflexionar a cerca de una de las problemáticas más importantes que tienen el ser humano para su desarrollo.

La experiencia del afrontar el cáncer es distinta y exclusiva para cada persona, puesto que cada quien posee miedos y emociones diferentes. Los introyectos con los que uno crece pueden afectar la forma de pensar y enfrentar al cáncer. Algunas personas sienten que deben ser fuertes y proteger a sus amigos y familiares, otras buscan el apoyo de sus seres queridos o de otros sobrevivientes de cáncer y algunos se refugian o amparan en la fe para seguir adelante; algunos de ellos encuentran ayuda en Psicoterapeutas, mientras otros no se sienten cómodos con esta opción. Cualquiera que sea la decisión, es importante que haga lo que esté bien para uno y no se compare con otros.

Recomendaciones.-

Es importante poner atención a las influencias de los introyectos, para que estos no se conviertan en un mecanismo neurótico mediante el cual la persona incorpore patrones y modos de actuar y de pensar que no son verdaderamente de si mismos. Los introyectos suelen ser generalmente inconscientes, y es muy habitual que éstos tiendan a entorpecer el desarrollo libre del individuo, aunque también nos encontramos ante introyectos positivos.

Para este tipo de investigaciones se recomienda la terapia gestáltica, la utilización de las diferentes técnicas son de gran ayuda para que la persona se contacte con su experiencia vivencial llegando a obtener conocimientos sobre si mismo a través de sensaciones, afectos, percepciones, emociones, etc.

La terapia es un gran medio para el contacto interno, externo y el sentirse en armonía con el medio. Entendiendo a esta terapia como un aprendizaje en la capacidad de darse cuenta.

Es importante fomentar en el paciente una actitud activa y responsable que le permita aprender a observar sus conductas y a experimentar otras nuevas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALLERAND, Mabel. (1992) Piedra libre “Terapia gestáltica”, Editorial: Planeta, Buenos Aires, Argentina.
2. ANDERSON y Anderson. (2007), “Técnicas Proyectivas del diagnóstico psicológico”, Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
3. BARANCHUK, Julia (1970) “Atención, aquí y ahora y La terapia gestáltica”, Editorial: Abaddon , Buenos Aires, Argentina.
4. CASTANEDO, Celedonio. (1987) “Grupos de encuentro en terapia gestalt”, Editorial: Herder, Barcelona España.
5. Castanedo C. (1988) “Terapia Gestalt: Orígenes y aplicación al campo de la salud mental. Ponencia presentada en las Jornadas de Psicología Humanista” Editorial: Herder, Barcelona España
6. CASTANEDO, Celedonio. (1987) “Terapia gestalt. Un enfoque centrado aquí y ahora”, Editorial: Herder, Barcelona España.
7. CAÑO, Pablo. (1999) “Gestalt, el placer de vivir el aquí y el ahora”, Editorial: Primigenia, S.A. Madrid, España.
8. FAGAN, Joan y SHEPERD Irma (1987) “Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica”, Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
9. FAGAN, Joan y SHEPERD, Irma. (1987) “Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica”, Editorial: Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
10. GAINES, Jack. Fritz Perls .(1992) “Aquí y ahora”, Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
11. GINGER, Serge y GINGER, Anne. (1999), “La gestalt: una terapia de contacto”. Manuel Moderno DF. México.
12. KURT LEWIN (1988) “*La teoría del campo en la ciencia socia*”, Editorial: Paidós Ibérica, Barcelona, España.
13. LATNER, Joel.(1889) “El libro de la terapia ggestalt”, Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
14. NARANJO, Claudio (1990) “La vieja y novísima ggestalt”, Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
15. POLSTER Erving y Miriam. (2005) “Terapia Ggestáltica, Perfiles de teoría y práctica”, Editorial: Amorrortu Buenos Aires, Argentina
16. PERLS, Fritz. (1970), “Dentro y fuera del tarro de la basura”, Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
17. PERLS, Fritz. (1893), “El enfoque gestáltico y testimonios de terapia”, Edit. Cuatro Vientos, Santiago, Chile
18. PERLS, Fritz. (1899), “Yo, hambre y agresión”, Fondo de Cultura Económica, DF. México.

19. PERLS, Fritz. (1893), "El enfoque guesáltico y testimonios de terapia"
Editorial: Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
20. PERLS, Fritz y BAUMGARDNER, Patricia. (1999), "Terapia gestalt:
teoría y práctica", Editorial: Alianza, S.A. Madrid, España.
21. POLSTER, E. y POLSTER, M. (1899), "Terapia guesáltica", Editorial:
Ammortu, Buenos Aires, Argentina.
22. SHEPARD, Fritz Perls(1970) "La terapia guesáltica", Editorial: Paidós,
Buenos Aires, Argentina.
23. STEVENS, John (1989), "Esto es gestalt", Editorial: Cuatro Vientos,
Santiago, Chile
24. SALAMA, Héctor y VILLARREAL, Rosario. (1987), "El enfoque gestalt y
Una terapia humanista", Editorial: Manual Moderno, DF, México
25. SALAMA, Héctor. (1987), "Psicoterapia gestalt. Proceso y
metodología", Editorial: Alfaomega, DF, México.
26. SALAMA Hector (2001). "Psicoterapia Gestalt Proceso y
Metodología", Editorial: Alfaomega, DF, México.
27. SCHNACKE, Adriana. (1997), "Los diálogos del cuerpo". Editorial:
Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
28. Vazquez, C, (1988), "Conceptos, principios y técnicas de la
psicoterapia gésáltica", Editorial: Alianza, S.A. Madrid, España.
29. AMERICAN CANCER SOCIETY. (2008), "Cancer Statistics", [Versión
Electrónica], www.cancer.org
30. AMERICAN CANCER SOCIETY. (2008), "Cancer Facts and Figures",
[Versión Electrónica], www.cancer.org
31. www.psicoterapiagestalt.net
32. www.inspirandosoluciones.com/terapia-gestalt
33. www.inspirandosoluciones.com/terapia-gestalt
34. www.psicoterapiagestalt.net
35. www.espaciocreeserjuntos.com
36. Diccionario Enciclopédico Vox 1. © 2009 Larousse Editorial, S.L