



UNIVERSIDAD CENTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA GESTALT

TESIS DE MAGÍSTER:

**La autorregulación orgánica en personas con diagnóstico  
de esquizofrenia:**

**Una mirada desde la intervención Gestáltica**

Autor: Ricardo Hernández Castillo

Profesor Guía: Antonio Martínez R.  
Ricardo García J.

Santiago, Noviembre 2017

## **AGRADECIMIENTOS**

La gestión y el desarrollo de esta investigación responde a un proceso colectivo con un punto de partida establecido pero con un final aun por conocer, agradezco en este camino la confianza de mis padres, Cristina y Ricardo, y la posibilidad que ambos me entregaron respecto a conocer y experimentar la vida desde la libertad y dignidad. Agradezco el apoyo incondicional de mi hermano Ignacio, además del Amor y la fuerza entregada por mi compañera Valeria, su compañía me llena de voluntad y ganas de continuar.

Agradezco también a mis profesores/as y a mis compañeros/as terapeutas. Y por último, no puedo dejar de agradecer a todos/as las personas con las que me tocó trabajar, gracias por contribuir a mi formación y mostrarme el valor del compromiso y la humildad.

## ÍNDICE COMPLETO

INTRODUCCIÓN. ....	1
1. OBJETIVOS. ....	5
1.1 Objetivo General. ....	5
1.2 Objetivos Específicos. ....	5
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. ....	6
3. HIPÓTESIS O SUPUESTOS DEL INVESTIGADOR. ....	7
4. METODOLOGÍA. ....	8
4.1 Fuentes de Información. ....	9
4.2 Análisis de la información. ....	11
5. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS. ....	12
5.1 Antecedentes de la Gestalt. ....	12
5.1.1 Fenomenología de la intervención clínica Gestáltica. ....	13
5.1.2 Teoría del Campo en la dinámica Organismo/Ambiente. ....	14
5.1.3 Autorregulación Organísmica. ....	15
5.1.4 El ciclo de contacto y Autorregulación Organísmica. ....	16
5.1.5 Conceptos de salud y enfermedad en psicoterapia Gestalt. ....	18
5.1.6 Teoría del <i>Self</i> . ....	19
5.1.7 Visión Existencial y Polaridades. ....	21
5.2 Antecedentes y aspectos relevantes en relación a la Esquizofrenia. ....	23
5.2.1 Aspectos generales de la esquizofrenia y su evolución histórica. ....	23
5.2.2 Clasificación, definición y diagnóstico de la esquizofrenia. ....	27
5.2.3 Desarrollo de la enfermedad. ....	30
5.2.4 Estrategias y modalidades de tratamiento. ....	32
5.3 Enfoques de la esquizofrenia desde otros modelos de comprensión teórica. ....	34
5.3.1 Modelos de vulnerabilidad-estrés. ....	35
5.3.2 Modelo de la terapia familiar sistémica de H. Stierlin. ....	36
5.3.3 Emoción Expresada (EE). ....	36

6. PROPUESTA DE CONCEPTUALIZACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN RELACIÓN AL FAVORECIMIENTO DEL PROCESO DE AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA. ....	38
6.1 Propuesta de conceptualización de la esquizofrenia desde la terapia Gestalt. . . .	38
6.1.1 Fenomenología y teoría del campo en la comprensión de la esquizofrenia. . . .	39
6.1.2 Visión existencial en relación al aislamiento social como variable transversal en la esquizofrenia. ....	43
6.1.3 Comprensión de la visión existencial en la esquizofrenia desde su contenido en relación a los ajustes de aislamiento social. ....	48
6.1.4 Conceptualización de la esquizofrenia desde la teoría del <i>Self</i> . ....	57
6.1.4.1 Funciones del <i>Self</i> en Psicosis. ....	61
6.1.4.2 Función Ello. ....	62
6.1.4.3 Función Yo. ....	65
6.1.4.4 Función Personalidad. ....	67
6.1.5 Conceptualización de la autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde la terapia Gestalt. ....	70
6.1.5.1 Autorregulación orgánica de la esquizofrenia comprendida desde la manifestación del ciclo de necesidades de la persona (Formación e integración de la figura). ....	73
6.1.5.2 Características del “darse cuenta” del paciente con esquizofrenia que se implican en el proceso de autorregulación orgánica. . . .	77
6.1.5.2.1 El darse cuenta de la experiencia del mundo externo. . . .	77
6.1.5.2.2 El darse cuenta de la experiencia con el mundo interno. . . .	78
6.1.5.2.3 El darse cuenta de en la elaboración de fantasías. . . . .	78
6.1.5.3 Propuesta de comprensión y modelo teórico de la función de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia. ....	80
6.2 Propuesta de objetivos psicoterapéuticos para favorecer el proceso de autorregulación orgánica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt. ....	85

6.2.1 Evaluación de áreas de intervención psicoterapéutica. ....	87
6.2.1.1 Evaluación de la función Ello. ....	89
6.2.1.2 Evaluación de la función Personalidad (Reconociendo la visión existencial). ....	91
6.2.1.3 Evaluación de la función Yo. ....	94
6.2.2 Recuperación de lo proyectado, abordaje de alucinaciones e ideas delirantes. ....	95
6.3 Propuesta en relación al cómo es el proceso y relación terapéutica en la intervención psicoterapéutica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt. ....	99
6.3.1 Establecimiento de límites y diferenciación en la relación Yo-Tú. ....	101
6.3.2 Aspectos transferenciales y contratransferenciales. ....	102
6.4 Propuesta de intervenciones y técnicas psicoterapéuticas desde el enfoque Gestalt para la intervención y favorecimiento de la autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia. ....	105
6.4.1 Intervenciones para “afinar” la función Ello. ....	109
6.4.1.1 Trabajo sobre el contacto y el Darse cuenta Corporal. ....	110
6.4.2 Intervenciones para trabajar la función Yo. ....	112
6.4.3 Intervenciones para trabajar la función Personalidad. ....	113
6.4.3.1 Trabajo sobre el contacto y el Darse cuenta de la Visión existencial y la Dinámica polar. ....	114
7. DISCUSIÓN. ....	117
7.1 Objetivo específico 1. ....	117
7.2 Objetivo específico 2. ....	119
7.3 Objetivo específico 3. ....	120
7.4 Objetivo específico 4. ....	122
8. CONCLUSIONES. ....	124
REFERENCIAS. ....	128

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Síntomas de la esquizofrenia.</i> . . . . .	29
Tabla 2. <i>Estudios que muestran relación entre recaídas y Emoción Expresada (EE).</i> . .	37
Tabla 3. <i>Resumen de caracterización sobre alteraciones en las funciones del Self en Esquizofrenia y otros cuadros.</i> . . . . .	69

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Ciclo de identificación y resolución de la figura . . . . .	17
<i>Figura 2.</i> Fases Típicas de la Esquizofrenia. . . . .	32
<i>Figura 3.</i> Fases Componentes de la Visión Existencial. . . . .	46
<i>Figura 4.</i> Proceso Gestáltico de Formación-resolución de la figura . . . . .	72
<i>Figura 5.</i> Proceso de autorregulación orgánica en organismo saludable. . . . .	83
<i>Figura 6.</i> Proceso de autorregulación orgánica en persona con esquizofrenia descompensada. . . . .	84

## RESUMEN

La presente investigación se configura como un recorrido que comienza desde el general de las bases teóricas de la Gestalt, considerando uno de sus postulados fundamentales, siendo este el proceso de autorregulación organísmica. Enfatizando desde este concepto se considera la esquizofrenia como una patología de complejo abordaje y que precisamente requiere de una intervención que ponga foco en la amplitud de la persona que la padece. Se integra documentación sobre esquizofrenia desde el enfoque Gestalt, como también se consideran lineamientos de intervención de carácter público, elaborado por el ministerio de Salud del Gobierno de Chile. La investigación entrega una propuesta de comprensión del proceso de autorregulación organísmica de pacientes con esquizofrenia, para posteriormente entregar lineamientos concretos y prácticos para el trabajo psicoterapéutico con pacientes que padecen esta patología. Se logra reconocer la relevancia de identificar las características específicas del ciclo de necesidades de la persona con esquizofrenia, así como también una caracterización de las funciones del *Self* particularmente implicadas. Por último, se rescata la posibilidad de desplegar la propuesta de intervención en contextos de salud pública que abordan la temática de esquizofrenia.

*Palabras Clave:* Gestalt, Esquizofrenia, Autorregulación Organísmica, Teoría del *Self*.

*¿Por qué cree usted entonces que estoy loco? Si alguien me mira lo miro, alguien me habla y lo escucho. Ustedes se han ido volviendo locos de a poco por no reconocer esos estímulos. Simplemente por haber ido ignorándolos. Alguien se muere y ustedes lo dejan morir, alguien pide ayuda y ustedes miran para otro lado, alguien tiene hambre y ustedes dilapidan lo que tiene, alguien se muere de tristeza y ustedes lo encierran para no verlo. Alguien que sistemáticamente adopte esas conductas, que camine entre las víctimas como si no estuviera, podrá vestirse bien, podrá pagar sus impuestos, ir a misa, pero no me va a negar que está enfermo.*

*Eliseo Subiela, 1986*

El relato presentado corresponde a una declaración de “Rantés” personaje principal de la película Argentina “Hombre mirando al sudeste” la cual plantea, entre otras cosas, el conflicto histórico en el abordaje de algunas etiquetas diagnósticas en el mundo de la Salud Mental. A estas aturas resulta evidente la conflictiva respecto a las formas de abordaje y tratamiento en personas que presentan cuadros de psicosis, los cuales se presentan como actores principales de un escenario de atención no diseñado por ellos mismos, en este sentido la responsabilidad sobre la temática se encuentra presente, pero aun inconclusa.

La presente investigación en ningún caso se presenta como un intento por determinar, sino que más bien pretende abrir posibilidades de comprensión y tratamiento de uno de los cuadros más complejos en el mundo de la psicología y la psiquiatría, siendo este el estado de psicosis dentro de la enfermedad de Esquizofrenia. De la enfermedad de esquizofrenia hay diversos estudios, investigaciones con propuestas etiológicas y estrategias de tratamiento, pero a



pesar de aquello la psicología no establece un posicionamiento preponderante que se disponga como un modelo hegemónico. Una de las motivaciones fundamentales para investigar en la temática se relaciona con la necesidad de poner sobre la mesa valores como el Respeto y la Dignidad, donde los intentos por explicar parecen aún extraviados y donde la comprensión surge como una posibilidad real para reconocer las expresiones de la esquizofrenia no solo como manifestaciones “enfermas” sino que para relevar sus sentidos funcionales y adaptativos en la vida de la persona que la padece.

En este contexto es que se posiciona la psicoterapia Gestalt, como un saber y práctica clínica necesaria en la discusión sobre la comprensión de algunos aspectos fundamentales asociados a la esquizofrenia. La comprensión emerge como una postura diversificada y heterogénea al Positivismo implementado en la investigación de las Ciencias Naturales, donde el reconocimiento de las Ciencias humanas parecía aun no tener cabida. La comprensión implica un reconocimiento y particularmente una intencionalidad de lo espiritual, pensamientos, motivos y actitudes, dentro de un contexto histórico/social (Parra, 1997).

La psicoterapia Gestalt se instala en una base teórica y práctica que reconoce la comprensión como un posicionamiento epistemológico fundamental, utilizando una visión fenomenológica de la realidad, es decir, un posicionamiento que enfatiza en la descripción y a lo que se revela a la directa observación, en lo cual la experiencia individual y la subjetividad cobran un valor esencial. En la presente tesis será la psicoterapia Gestalt desde sus dimensiones teórico/prácticas, el modelo de intervención utilizado para describir y proponer sobre la enfermedad de esquizofrenia, reconociendo este enfoque terapéutico como idóneo en

consideración el impacto integral y al compromiso de funciones esenciales asociadas a la enfermedad en la vida de las personas que la padecen. En este sentido la perspectiva Holística de la psicoterapia Gestalt y los fallos en los procesos de autorregulación orgánica asociados a la esquizofrenia son aspectos totalmente pertinentes de observar y discutir, ante lo cual la Gestalt no surge como una opción antojadiza sino que más bien necesaria.

La relevancia de la presente investigación se posiciona desde varios sentidos. Uno de ellos enfoca en la situación de la esquizofrenia en relación a sus estudios y a las prácticas sobre esta. Las investigaciones recopiladas por el Ministerio de Salud del gobierno de Chile (Minsal, 2009), en su documento “Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de Esquizofrenia” refiere que la prevalencia de la esquizofrenia en Chile es de 1,4 a 4.6 personas por cada mil habitantes. Donde además la incidencia corresponde a 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes. Al análisis de los datos es discutible desde múltiples sentidos, pero si es necesario alertar respecto a que la esquizofrenia es una enfermedad compleja a propósito, entre otras cosas, de su comienzo en edades tempranas y a las dificultades en la mantención del tratamiento a lo largo de la vida de la persona, siendo desde este contexto donde la problemática toma mayor relevancia bajo la mirada del sistema de salud público. En Chile actualmente la Esquizofrenia forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (AUGE, GES) entregándose legalmente garantías de calidad, acceso, oportunidad y protección financiera respecto al tratamiento de la enfermedad (Minsal, 2016).

El aporte potencial de la presente tesis se presenta como una oportunidad psicoterapéutica en función de favorecer la comprensión de la esquizofrenia desde las características fundamentales en sus procesos de autorregulación orgánica, describiendo posibles fallos en el proceso y proponiendo un abordaje clínico de este, considerando en esta tarea aspectos relevantes asociados a la vinculación con el paciente y la implementación de algunas técnicas específicas. La revisión de este documento es relevante además considerando que está pensado para ser revisado y aplicado en algunos contextos de salud pública, tales como Hospitales Diurnos, Centros Diurnos y Comunidades terapéuticas en general enfocados en el trabajo de personas con diagnóstico de Esquizofrenia.

La investigación comienza entregando antecedentes generales de la Gestalt necesarios para comprender la caracterización y propuesta del abordaje sobre la autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia. De forma similar se realizará una revisión de aspectos bibliográficos en relación a la esquizofrenia en general. A partir del punto 6 se entregará una propuesta de conceptualización y abordaje clínico del proceso de autorregulación orgánica, para posteriormente definir objetivos de intervención, caracterizar aspectos relevantes en la vinculación paciente/terapeuta y finalmente entregar propuestas de intervención específicas en el proceso de tratamiento.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo General**

Describir, comprender y proponer abordaje psicológico clínico del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt.

### **1.2 Objetivos Específicos**

1. Proponer una conceptualización y comprensión teórica del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt.
2. Plantear cuales serían los objetivos psicoterapéuticos para favorecer el proceso de autorregulación orgánica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt.
3. Plantear cómo es el proceso y la relación terapéutica en la intervención psicoterapéutica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt.
4. Proponer intervenciones psicoterapéuticas desde el enfoque Gestalt para la intervención y favorecimiento de la autorregulación orgánica con personas con diagnóstico de esquizofrenia.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cómo favorecer el proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque psicoterapéutico de la Gestalt?

### **3. HIPÓTESIS O SUPUESTOS DEL INVESTIGADOR**

Se espera desarrollar una investigación que considere una revisión bibliográfica extensa con la finalidad de generar un marco comprensivo de lo ya planteado a fin de integrar miradas y proponer novedosamente formas de intervención específicas para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La propuesta de abordaje clínica deberá por tanto considerar lo ya planteado por otros autores pero a su vez ser específica respecto a las formas de intervención, esto con la finalidad de posicionarse como una herramienta de investigación con una mirada posible de aplicar y contrastar en futuras investigaciones. En este sentido la investigación no tiene la intención de generar conclusiones respecto a la temática, sino más bien abrir posibilidades de intervención desde la Gestalt que puedan ser llevadas a cabo desde lo real y práctico.

#### 4. METODOLOGÍA

La presente investigación corresponde a un formato de tesis teórico-aplicada que surge en base al interés del investigador en relación a la comprensión y el trabajo práctico con personas que han sido diagnosticadas con un trastorno establecido dentro de los márgenes del espectro psicótico, siendo este específicamente el trastorno esquizofrénico. En este sentido; generar una comprensión global y específica de algunos aspectos relevantes del trastorno, así como también construir una propuesta interventiva resulta a primera vista una tarea de por si ambiciosa para el investigador considerando la escasa investigación de Gestalt en el espectro psicótico y la poca experiencia del investigador en procesos de investigación propiamente tal. Ante este escenario se ha optado por generar una acotación respecto a la comprensión del trastorno esquizofrénico, abordándolo principalmente desde uno de sus aspectos esenciales y que se configura como una “médula espinal” en la manifestación de la enfermedad, siendo este elemento lo que desde la terapia Gestalt se conoce como “Proceso de autorregulación orgánica” el realizar esta precisión favorece por una parte el poder comprender y caracterizar el trabajo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desde uno de sus elementos esenciales, así como también favorece el dar a la investigación la prolijidad necesaria considerando la experiencia en los procesos de investigación del propio investigador.

Considerando lo ya señalado es que reaparece la pregunta de investigación, siendo esta:

*¿Cómo favorecer el proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque psicoterapéutico de la Gestalt?*

El ejercicio de favorecer el proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia implica en principio el comprender y caracterizar el proceso de

autorregulación organísmica en la persona dicho diagnóstico, en este sentido se elaborará una propuesta por el propio investigador para comprender y caracterizar el fenómeno en estudio. Lo anterior se llevará a cabo analizando, reflexionando y discutiendo la pregunta de investigación a partir de la bibliografía utilizada en la presente investigación.

Por último, en relación a los aspectos formales de la investigación, esta utilizará para citar y referenciar las normas del APA, sexta edición.

#### **4.1 Fuentes de información**

Para la elaboración de la presente tesis se utilizaron las siguientes fuentes bibliográficas primarias:

Se comienza realizando una revisión exhaustiva en relación a la investigación y el desarrollo teórico práctico de autores que subscriben desde el enfoque Gestáltico y que han generado un desarrollo conceptual en relación a la comprensión y trabajo con personas con diagnóstico de esquizofrenia, En este contexto se comienza con una revisión de autores contemporáneos que han considerado las bases de la obra Terapia Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman, 2002). Es así como la revisión bibliográfica también considera la revisión de los autores Rosane Müller-Granzotto & Marcos José Müller-Granzotto, los cuales proponen el pensar la psicosis desde la teoría del *Self*. También se consideran los aportes de Elinor Greenberg y Susan L. Fisher (Quienes trabajaron con el Psicoterapeuta y formador Gestáltico Todd Burley) las cuales mediante una recopilación de artículos desarrollan un análisis global Gestáltico de variables genéticas, neurobiológicas, culturales y familiares en los casos de esquizofrenia además



de desarrollar una conceptualización Gestáltica del tratamiento a pacientes con tal diagnóstico. El trabajo desarrollado por la terapeuta gestáltica Margherita Spagnuolo se incorpora como una fuente relevante desde su experiencia con pacientes gravemente perturbados. También se considera con especial aprecio los aportes de la psicóloga Teresa Huneus la cual en sus investigaciones considera definiciones del trastorno, modalidades de tratamiento y también realiza un interesante repaso en relación al trabajo con pacientes en el contexto de comunidades terapéuticas.

Por otra parte, el desarrollo de la presente investigación implica la revisión de documentos públicos ministeriales vigentes para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, esto implica la revisión de Guías clínicas elaboradas por el ministerio de salud, además de la revisión del CIE -10 (OMS, 1992) “Clasificación Internacional de Enfermedades” de la OMS en su versión Número 10.

Los criterios de inclusión/exclusión para la selección del material bibliográfico no implicaron año de publicación, ni tampoco idioma, sino que más bien se centraron en la relevancia en relación al desarrollo de la temática en estudio. Las palabras claves para la búsqueda bibliográfica corresponden a “Gestalt” “Esquizofrenia” y “Autorregulación Organísmica” “Teoría del *Self*”.

## 4.2 Análisis de la información

Una vez que concluida la revisión bibliográfica, se desarrollará el siguiente tipo de análisis con la finalidad de dar consistencia a la propuesta de estudio de la investigación:

En principio se comienza con una recopilación de autores de formación gestáltica que aborden la temática de la autorregulación orgánica y la temática de esquizofrenia para realizar una **Síntesis** de la información ya disponible. Considerando lo anterior, se trabajará además con la elaboración de una **Propuesta técnica** para el abordaje en el proceso de autorregulación orgánica en el trastorno esquizofrénico. Lo anterior también implicará el uso de la **Ejemplificación**, como un recurso para ilustrar la propuesta.

## 5. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

### 5.1 Antecedentes de la Gestalt: Fundamentos y bases generales

La Terapia Gestalt, cuyos cimientos se atribuyen principalmente al renombrado Frederick (Fritz) Perls (1893-1970) surge en la década de los 40. Esta nace como una terapia fenomenológica-existencial que se intenciona como un aporte a la terapia psicoanalítica. En su primera obra “Ego, Hambre y Agresión”, Perls (1975) describe las siguientes tareas fundamentales:

1. Reemplazar el concepto psicológico por el concepto Organicista.
2. Reemplazar la psicología de la asociación por la psicología de la Gestalt.
3. Aplicar el pensamiento diferencial, basado en la “indiferencia creativa” de Friedlander.

Al caracterizar sobre la terapia Gestáltica desde una aproximación fenomenológica se pone énfasis en una mirada del presente, es decir: del “Aquí y ahora” donde mediante la capacidad del Darse cuenta, el paciente puede percibir, sentir y actuar, en función de sus necesidades. En la terapia gestáltica las interpretaciones o la pregunta sobre el “Por qué” se dejan de lado, configurándose más bien como figuras viciosas que como reales aportes psicoterapéuticos, las preguntas fenomenológicas de la Gestalt se establecen desde el “Qué” o “Cómo”.

Como en gran parte de las terapias, la terapia Gestalt también se basa en un diálogo entre terapeuta y paciente, el cual se va configurando sobre la necesidad de autenticidad, en este

sentido, a medida de que tanto el paciente como el terapeuta se posicionan desde una forma de estar dedicada e implicada logran un vínculo real y transformador.

Los antecedentes Bibliográficos que a continuación se exponen, no tienen como objeto dar cuenta de la totalidad de antecedentes relevantes de la Gestalt, sino que más bien, han sido escogidos con la intención configurarse como una base que facilite la comprensión del lector respecto a los planteamientos que se expondrán en la propuesta de comprensión y propuesta de intervención terapéutica respecto al proceso de autorregulación orgánica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en este sentido se ha hecho una selección de planteamientos pertinentes y afines a la temática en estudio.

### **5.1.1. Fenomenología en la intervención clínica Gestáltica.**

La fenomenología desde la intervención gestáltica se expresa como una actitud terapéutica que implica conciencia y contacto en el presente, en este sentido se presta atención a lo dado por obvio en la experiencia de interacción (Müller-Granzotto, R. y Müller-Granzotto, M., 2009). Desde la formación en las ciencias tradicionales la metodología de contacto con la realidad se desarrolla mediante la racionalización que conduce a la explicación de las cosas, usando como herramienta para dicho efecto la pregunta del ¿Por qué? El ¿Por qué? se constituye como una forma de asociatividad, donde la realidad se construye desde una causa y un efecto, implicándose una causalidad que puede fácilmente peligrar en un determinismo. Bajo la mirada Gestáltica el Determinismo causal genera incompatibilidad con el ejercicio terapéutico, donde el cambio y la transformación se contraponen a una lógica causal, en este sentido surge una perspectiva Holística que no busca explicar sino que más bien se instala en la percepción y

comprensión de los fenómenos que se presentan directamente al terapeuta. Bajo este lente el concepto de observador objetivo cae en un sinsentido, siendo el observador un aspecto presente y siempre subjetivo en el intento de comprender la realidad.

### **5.1.2 Teoría del Campo en la dinámica Organismo/Ambiente.**

El Marco teórico/clínico donde se conceptualiza y operacionaliza la Visión Fenomenológica de la terapia Gestáltica corresponde a la teoría del Campo, de acuerdo a esto Yontef (2009) lo describe como: “El campo es un todo en el cual las partes están en relación y correspondencia inmediata unas con otras, y ninguna parte queda al margen de la influencia de lo que ocurre en otro lugar del campo” (p.121). Desde esta primera aproximación es posible señalar que como recurso clínico la teoría del campo integra las vivencias del propio sujeto o paciente, así como también los significados del entorno en que este se desenvuelve, aquello se desarrolla mediante una dialéctica entre terapeuta y paciente. Ya en este punto se agrega otro aspecto de la Teoría del Campo, siendo esta la figura del Terapeuta.

Desde la Terapia Gestáltica, el terapeuta es considerado como un actor manifiesto en el campo, en este sentido cada proceso terapéutico significa integrar las sutilezas y significados propios del terapeuta, las cuales dialogarán con las del paciente, de ahí también destaca la importancia respecto al contacto del terapeuta tanto con el proceso terapéutico como consigo mismo, donde ambos procesos se influenciarán de manera mutua.

Gracias a la Teoría del Campo, la dinámica Organismo/Ambiente puede ser considerada desde un sentido Holístico, lo cual concretamente hace referencia a la integración de aspectos

afectivos, cognitivos, corporales y sociales, los cuales interactúan de manera constante y en conjunto dan forma y configuran la realidad percibida.

Por último, resulta relevante destacar una descripción de la teoría del campo desde su naturaleza temporal/dinámica, esto hace referencia a un campo que mantiene un trazado temporal pero que es susceptible a cambios y transformaciones. De esta forma el Paciente que impacta en el Terapeuta también es impactado por este último, en este contexto se provoca una interacción que favorece la diferenciación entre ambos, pero que a su vez incentiva el desarrollo de cambios necesarios para el restablecimiento de la salud del paciente (Yontef, 2009).

### **5.1.3 Autorregulación orgásmica.**

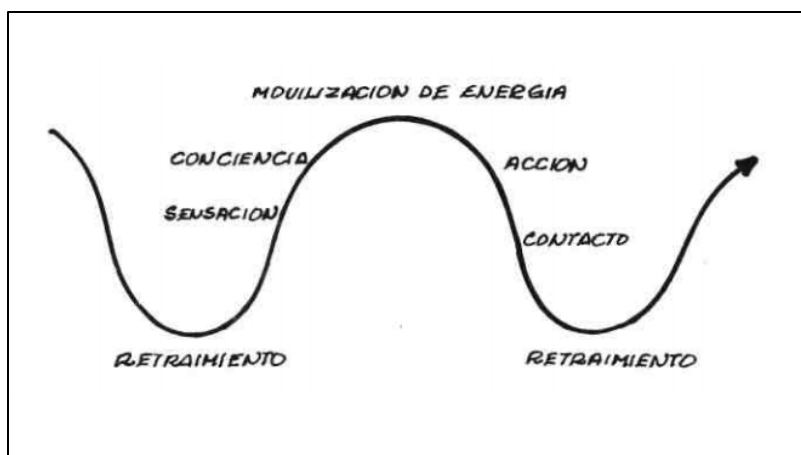
Tomando en consideración la dinámica relacional Organismo/ambiente y la permeabilidad entre ambos es que surge la necesidad de diferenciación entre ambos, con la finalidad de delimitar sus respectivas existencias. Se destaca el concepto Organísmico desde la necesidad del ser respecto a generar transformaciones que lo consideren en su integralidad, asegurando un movimiento mental, afectivo, social y corporal que den consistencia y coherencia al cambio.

El Ser Organísmico se desarrolla en un ambiente social cambiante, el cual considera y propone diferentes desafíos de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentra, en este sentido surgen necesidades fisiológicas como dormir, comer, respirar, etc. También surgen necesidades relacionales, siendo el sentido de afiliación, un aspecto fundamental en los proceso de aprendizaje y desarrollo del ser, en este sentido el Ser se encuentra en un contexto “social”

desde donde construirá relaciones familiares y extrafamiliares, buscando el “Amor” como un estado relacional asociado a la confianza y la posibilidad de configurarse desde la espontaneidad y autenticidad. Surgen además necesidades de Reconocimiento, asociados a generar individualidad y diferenciación en contextos sociales además de necesidades de mayor complejidad enfocadas en la Autorrealización. En definitiva, la vida del Ser Organísmico se moviliza en una constante sucesión de necesidades que se abren al ser reconocidas y que se cierran al ser satisfechas. Bajo este contexto es que el proceso de Autorregulación Organismica opera como un mecanismo que integra la información del propio organismo y el del ambiente, generando un Darse cuenta que logra identificar la necesidad de la persona, pero que además genera un reconocimiento de la situación y contexto en el que esta se encuentra, favoreciendo una forma asertiva en relación a la satisfacción de la necesidad y por ende manteniendo los niveles homeostáticos entre el Organismo y el Ambiente.

#### **5.1.4 El ciclo de contacto y Autorregulación Organísmica.**

Los procesos de autorregulación organísmica se desarrollan por una continua apertura y cierre de Figuras, las cuales emergen desde el fondo como necesidades más o menos identificables para el organismo, en este sentido, mientras la figura es más clara, la necesidad que subyace a ella será más interferente para el organismo, y por el contrario, a medida de que la figura es menos claras, la necesidad subyacente será de menor intensidad, hasta desaparecer en una experiencia de fondo en el organismo. El ciclo de Identificación y resolución de figuras fue estudiado por Zinker (2003), discípulo de Fritz Perls. El cual fue descrito como un proceso de contacto con la experiencia que permite identificar bloqueos en relación a la identificación y resolución de figuras.



*Figura 1.* Ciclo de identificación y resolución de la figura. Tomado de Zinker (1977)

En la imagen es posible reconocer un ciclo que comienza con un estado de “Retraimiento” el cual se caracteriza como un estado de pre consciencia donde aún no surge la identificación de figura alguna (Experiencia de Fondo) Luego el organismo conecta con una “Sensación” que origina un punto de partida para la energetización, al cual ser aumentada dará paso a la toma de “Consciencia” del organismo el cual ya puede identificar una figura de mayor especificidad, la identificación de la figura es relevante ya que permitirá la energetización que operará como la carga motivacional para dar satisfacción a la figura que se abre. Si el organismo logra generar un una carga motivacional o energetización suficiente dará paso a la “Acción” donde habrá una movilización concreta del organismo en función de la satisfacción de la figura, dando paso al “Contacto” el cual se configura como la parte del proceso donde el organismo logra conjugarse satisfactoriamente con la figura emergida, permitiendo de esta forma su disolución y el restablecimiento al estado de retraimiento (Zinker, 2003).

La aparición de bloqueos en el ciclo de la experiencia y la interrupción del proceso de autorregulación orgánica se encuentra en relación a la aparición de vivencias



psicopatológicas, en este sentido (Zinker, 2003) refiere que el ciclo de la experiencia de los pacientes con esquizofrenia se instala principalmente como un bloqueo entre la “Sensación” y la “Conciencia”:

En las personas esquizoides y esquizofrénicas, ciertas sensaciones de la cabeza, por ejemplo, pueden ser mal interpretadas en el sentido de que la cabeza contiene un neoplasma. Un cliente de esas características me dijo: "Mi cabeza me parece un recipiente vacío lleno de sangre". Sensaciones que se presentan en el abdomen inferior y la pelvis, y que a menudo tienen connotaciones sexuales, resultan particularmente alarmantes para algunas personas, quienes las sienten como ansiedad, dolor abdominal, calambres, dolor en la zona lumbar, u otras interpretaciones erróneas de esa experiencia. (p.42)

### **5.1.5 Conceptos de salud y enfermedad en psicoterapia Gestalt.**

El organismo que logra un funcionamiento consistente desde su integralidad se constituye como un organismo saludable, donde el cuerpo, la cognición, la afectividad y la voluntad operan en coherencia, simultaneidad e integralidad, facilitándose en este sentido un fenómeno holístico que opera para la formación y contacto con las figuras emergentes en el ciclo de la experiencia. En este mismo contexto la conciencia sobre dicho proceso opera como un aspecto necesario en función de reconocer la “responsabilidad” como una condición necesaria en el proceso terapéutico, de tal forma que, el organismo saludable que logra generar consciencia sobre su propia salud se conecta además con la necesidad de decidir con propia voluntad en función de su bienestar y de mantener su proceso de autorregulación orgánica (Latner, 1999).

Por el contrario, cuando el organismo presenta dificultades tanto en reconocer sus propias necesidades como en el reconocimiento del ambiente, es que se presentan fallos en los procesos de Autorregulación Organísmica y por ende desorganización a nivel Homeostático, generando dichas desregulaciones la aparición de la enfermedad, así como lo son los estados de Neurosis y Psicosis. Al contrario de otros enfoques psicoterapéuticos que generan una noción de enfermedad como una vivencia esencialmente dañina, se reconoce desde la terapia Gestalt la oportunidad de reconocer las enfermedades y los síntomas como señales que tienen la oportunidad de cumplir funciones específicas en la vida de la persona, por lo cual deben ser considerados desde tal perspectiva. Schnake (2012) refiere:

Queremos facilitar ese encuentro y diálogo entre las personas y que desde ahí se nos haga comprensible la relación, el vínculo real que tenemos con esa parte de nosotros que quiere hacerse escuchar. Cuando le damos voz al síntoma, la mayoría de las veces la relación que podemos descubrir nos sorprende y no podemos decir que se nos haga fácil aceptarla (...). (p.80)

#### **5.1.6 Teoría del *Self*.**

La teoría del *Self* reconoce su emergencia producto de la relación organismo/entorno en el ciclo del experimentar. En este sentido para PHG (1951) más que una estructura rígida de personalidad, el *Self* se reconoce como un proceso en continuidad que surge en el contactar, o una reedición creativa contante del ser humano (Müller-Granzotto, M. y Müller-Granzotto, R., 2009). En el ensayo “*La teoría del Self en psicoterapia Gestalt*” Spagnuolo (2002) expresa: “El *Self* en psicoterapia de la Gestalt expresa justamente esta capacidad del organismo de contactar con su entorno, espontánea y deliberadamente, como la finalidad, el principio teleológico de la naturaleza humana” (p.107).

Perls, Hefferline y Goodman (2002) describen funciones fundamentales u operaciones básicas del *Self*, siendo estas la Funciones Id, Ego y Personalidad, o también denominadas Funciones Ello, Yo y Personalidad, las cuales operan en simultaneidad en la vida del organismo.

La función Ello por su parte corresponde a la impresión corporal que emerge en la interacción organismo y campo, la cual se traduce en una vivencia emocional o de sensaciones a un nivel aun preconsciente. La función Ello por otro lado hace que el organismo pueda reconocerse como tal considerando aspectos estructurales que lo definen, en ese sentido la vivencia corporal se vuelve fundamental.

La función Yo opera a un nivel de consciencia donde la experiencia verbal comienza a emerger, produciéndose en este nivel vivencial la identificación con las posibilidades y deliberación, en este contexto también se instala la intencionalidad como un recurso en el desarrollo del organismo en respuesta a las necesidades que surgen de la interacción “La función Yo es deliberada, activa, sensorialmente alerta y dinámicamente agresiva, es conscientemente de sí misma en cuanto aislada de la situación” (Perls, como se citó en Spagnuolo, 2002, p.116).

Por último, la función Personalidad se configura como el relato propiamente verbal, instalado como una serie de creencias y actitudes elaboradas en la interacción del organismo consigo mismo y con el mundo. En este contexto la función Personalidad posee una historicidad que permite al *Self* reconocerse desde un sentido estructural en temporalidad. En la función personalidad se despliega principalmente la Visión existencial y la Dinámica polar del paciente.

### **5.1.7 Visión Existencial y Polaridades.**

Según lo planteado por Martínez, la Visión existencial del paciente refiere sobre la posibilidad del organismo de Ser en el mundo, en este sentido la visión existencial emerge como un marco comprensivo que integra el reconocimiento de la persona respecto a si mismo, al mundo y a la relación entre ambos. Surgen en este contexto aspectos relacionales relevantes en relación a las posibilidades de ser en el mundo considerando las posibilidades de ser amado o rechazado, posibilidades consideradas desde la visión existencial de la personas y que motivarán el desarrollo una forma determinada de ser en el mundo, en las cuales se desarrollarán características determinadas y se rechazarán otras (Universidad de Chile, 2015).

A medida en que la persona pueda reconocerse desde un sentido de autoeficacia, y desde un estado de confianza respecto a si misma, más probablemente podrá reconocer una relación favorable con el mundo, muy por el contrario, cuando la persona se reconoce desde la dificultad y la indefensión, muy probablemente generará una visión defensiva en relación al mundo. De manera similar ocurre en relación al reconocimiento del mundo, ya que si este es identificado como hostil, o por el contrario, seguro, implicará en la persona el desarrollo de características pertinentes para desarrollarse en un contexto reconocido con unas u otras cualidades.

La Visión Existencial resulta un concepto interesante en terapia Gestalt ya que permita configurar un marco comprensivo respecto a quien se encuentra siendo el paciente y a la forma en que este se relaciona en el mundo, recordando además que uno de los aspectos fundamentales en el proceso de psicoterapia corresponde a generar un encuentro con un otro que en principio es

desconocido, en este sentido el conocer al paciente resulta una tarea fundamental para la elaboración del vínculo y para el proceso en sí mismo.

Al reconocer a la Visión Existencial como un concepto que enfoca en las posibilidades que la persona se plantea para ser en el mundo, se reconoce a su vez una necesidad de ser con otros, es decir, en un contexto social. En esta búsqueda el ser humano elabora una construcción respecto a sí mismo, en relación a lo que evalúa como personal y socialmente necesario en su contexto de desarrollo. Esta necesidad a su vez implica la incorporación de aspectos y características de personalidad, así como el rechazo de otros aspectos propios, produciéndose por tanto una dinámica rígida de aceptación y rechazo en relación al estar siendo de la persona, lo cual a su vez da origen a una Polarización de esta. De acuerdo a lo planteado por Martínez (2001) “Además, esta solución, implica negar aspectos propios del organismo que en caso de tomar conciencia pueden conectarnos con lo que estamos evitando. De esta manera tenemos que alrededor de una característica del organismo va apareciendo un "yo idealizado" versus que alrededor de otra va apareciendo un "yo negado" (similar a Karen Horney y Jung)” (p.27).

La polarización implica una rigidización respecto a la forma de ser de la persona en el mundo, así como el rechazo de otras formas, lo cual genera conflicto ante un entorno social cambiante y que demanda flexibilidad respecto al despliegue del organismo respecto a las formas de ser e interactuar en el mundo.

## **5.2 Antecedentes y aspectos relevantes en relación a la esquizofrenia**

En el siguiente capítulo, se procederá a realizar una revisión de aspectos generales respecto a la esquizofrenia, se realizará una revisión considerando antecedentes históricos de la enfermedad, así como también una revisión de los principales aspectos que de acuerdo a algunas investigaciones y manuales diagnósticos tradicionales la han caracterizado.

### **5.2.1 Aspectos generales de la esquizofrenia y su evolución histórica.**

La esquizofrenia corresponde a un conjunto de alteraciones del organismo que se expresan a niveles perceptuales, cognitivos y afectivos y que se implican en el desarrollo de la persona en relación a su funcionamiento y despliegue de su conducta en el mundo, generando dificultades en los procesos de adaptación y en la voluntad de la persona. Una de las principales condiciones asociadas a la enfermedad de esquizofrenia es la psicosis, la cual no es exclusiva de la esquizofrenia y además puede presentarse en otros cuadros clínicos, donde se implica como aspecto fundamental la pérdida del juicio de realidad, produciéndose una negación, o en otros casos, una sustitución de esta.

A lo largo del tiempo han sido muchos los autores que han enfocado esfuerzos en poder caracterizar y definir la esquizofrenia, pudiéndose observar dificultades en este ejercicio respecto a la constitución de la enfermedad, por la multiplicidad de manifestaciones que esta posee. Walker, Kestler, Bollini y Hochman (como se citó en Greenberg y Fischer, 2015) realizan una revisión de las descripciones elaboradas en torno a la esquizofrenia, estableciendo lo siguiente: “La esquizofrenia es un trastorno complejo. Desde el nivel de comportamiento manifestado a los procesos intracelulares, ha desafiado la explicación científica. Los investigadores, todavía, no

han podido identificar un factor único que caracterice a todos los pacientes con esquizofrenia” (p.34).

El psiquiatra suizo Eugen Bleuler fue uno de los autores principales que comenzó a constituir la esquizofrenia como un constructo de características más específicas. Huneus (2005) en su libro “Esquizofrenia” realiza una revisión del modelo de Bleuler donde describe los síntomas fundamentales de las personas con esquizofrenia identificados por el autor:

**Asociación:** El pensamiento se torna ilógico, a menudo bizarro. Las asociaciones – secuencias coherentes de pensamientos- pierden su continuidad. Esto suele llevar a confusión y –bloqueo- en los casos más severos, cuando la actividad asociativa se detiene completa y abruptamente. El resultado es que el pensamiento se torna confuso, bizarro, incorrecto y abrupto.

**Afectividad:** Una psicosis –aguda curable- se torna –crónica- cuando los afectos comienzan a desaparecer. Aun en las formas menos severas de la enfermedad, la indiferencia parece ser la señal externa de su estado.

**Ambivalencia:** Es la tendencia de la psique esquizofrénica a dotar diversos psiquismos con indicadores negativos y positivos al mismo tiempo y sin explicitarlo.

**Autismo:** Denominamos autismo al desapego de la realidad, junto con el predominio relativo o absoluto de la vida interior. (pp. 33-34)

Si bien la autora refiere sobre las “cuatro A” de Bleuler, especifica además que este último logra reconocer que no todos los pacientes observados presentan específicamente la misma sintomatología.

En la década del 40 Frieda Fromm-Reichmann (como se citó en Delahanty, 2006) dedicó trabajo e investigación a pacientes con esquizofrenia desde un método psicoanalítico, donde además incluyó algunos aspectos relacionales con respecto a este:

El esquizofrénico es dolorosamente desconfiado y resentido frente a otras personas, debido a la severa deformación y al rechazo que ha padecido tempranamente de manos de personas importantes, en su infancia y niñez, por lo común principalmente de una madre esquizofrenogénica. (p.16)

El concepto de Madre esquizofrenógena desarrollado por Fromm- Reichmann resultó aportativo desde la comprensión de la esquizofrenia en relación a reconocer su etiología en consideración a aspectos relacionales, particularmente en el vínculo madre-hijo, pero a su vez resultó altamente cuestionado por su lógica causal y por la severidad y por la relevancia excesiva respecto a la figura materna.

Profundizando en los aspectos relacionales en los que se desarrollaban los pacientes con esquizofrenia se continuaron los intentos por comprender la enfermedad desde un sentido predominantemente relacional, en este contexto en la década de los 50, el científico social Gregory Bateson junto a Jackson, Haley y Weakland (1956) elaboraron la teoría del Doble Vínculo con el objeto de explicar la etiología de la esquizofrenia en relación a sus aspectos



psicológicos. En este contexto se caracteriza al Doble Vínculo como un estilo relacional donde la persona recibe en simultaneidad mensajes inconsistentes y por tanto contradictorios, generando una confusión en esta. En la revisión histórica de la esquizofrenia y sus aspectos familiares los investigadores Merino y Pereira (1990) exponen una hipótesis general compartida por las teorías familiares de la esquizofrenia: "... condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia" (Liem, como se citó en Merino y Pereira, p.12).

A modo de síntesis, tanto la teorías de Fromm-Reichmann como la de los modelos sistémicos generaron un aporte que reconocería a la esquizofrenia desde su punto de vista contextual o ambiental. Si bien en la actualidad ambas son consideradas insuficientes para comprender el trastorno, significan un aporte en relación a reconocer a la persona con esquizofrenia desde un punto de vista de vulnerabilidad en la interacción social.

Entre los años 50 y 70 se provoca un declive paulatino respecto al desarrollo de variables ambientales y se comienza a instalar una aproximación que comienza a desarrollar con mayor prolijidad las implicancias de aspectos genéticos y bioquímicos en la esquizofrenia. Comienza por tanto una fuerte línea de tratamiento de psicofármacos. En relación a esto Huneus (2005) plantea:

Esta perspectiva plantea que la esquizofrenia es producto de una alteración de los neurotransmisores, especialmente la dopamina. El hecho de que los bloqueadores de dopamina sean las drogas más potentes para tratar la esquizofrenia, sugiere que esta alteración puede ser el resultado de un exceso de dopamina en el cerebro. (p.60)

Con posterioridad se ha reconocido que los factores biológicos de la enfermedad son considerados como aspectos relevantes pero a la vez insuficientes al momento de comprender la enfermedad.

Es cada vez más clara la evidencia de que este no es el caso o, que si la transmisión genética es una posibilidad, no ocupa una posición principal en la lista de causas etiológicas. Los estudios etiológicos actuales se centran en dos factores principales: (1) Los factores neuropsicológicos y (2) factores de estrés ambiental. (Greenberg y Fischer, 2015, p.51)

Debiéndose por tanto reconocer a la persona con el diagnóstico desde su integralidad, reconociendo su biología, pero también el despliegue de este en su entorno.

### **5.2.2 Clasificación, definición y diagnóstico de la esquizofrenia.**

La clasificación, definición y el diagnóstico actual de la esquizofrenia realizado en Chile se encuentra organizado e impulsado por el Ministerio de salud, el cual es su página de internet entrega directrices de detección y tratamiento mediante el desarrollo de Guías clínicas y manuales diagnósticos de detección. “La Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia” elaborada por el Minsal (2009) entrega lineamientos específicos respecto a la detección y al tratamiento de la enfermedad. En esta guía se utilizan criterios diagnósticos que se corresponden con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10 (OMS, 1992) la cual define la esquizofrenia de la siguiente forma:

## F20 Esquizofrenia

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

De manera posterior realiza una clasificación donde se describen algunos tipos de esquizofrenia donde se observa un predominio de manifestaciones específicas:

F20.0 Esquizofrenia Paranoide.

F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia Catatónica.

F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada.

F20.4 Depresión Postesquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia Residual.

F20.6 Esquizofrenia Simple.

F20.7 Otras esquizofrenias.

Con respecto al diagnóstico de la esquizofrenia, la Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia del MINSAL (2009) destaca una metodología

de predominancia clínica, es decir, en un contexto de entrevista y observación directa del paciente. Considerando además la historia del paciente y la evolución de los síntomas o de algunos indicadores señalados por el propio paciente, por sus familiares o entorno inmediato. El documento Ministerial realiza una categorización en 4 dimensiones sintomáticas generales, siendo estas los Síntomas positivos (Manifestaciones psíquicas anormales que surgen con la enfermedad), los Síntomas negativos (Corresponde a la disminución de funciones consideradas normales y que se afectan con la enfermedad), Síntomas cognitivos y Síntomas afectivos.

Tabla 1

*Síntomas de la esquizofrenia (Tomado de Minsal, 2009).*

<p style="text-align: center;"><i>Síntomas Positivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideas delirantes</li> <li>- Alucinaciones</li> <li>- Síntomas catatónicos</li> <li>- Agitación</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Síntomas Negativos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Afecto embotado o aplanamiento afectivo.</li> <li>-Discurso desorganizado.</li> <li>-Conducta desorganizada.</li> <li>-Retraimiento emocional.</li> <li>-Retraimiento social.</li> <li>-Apatía.</li> <li>-Pasividad.</li> <li>-Falta de espontaneidad.</li> <li>-Pensamiento estereotipado.</li> <li>-Alogia (limitación en la fluidez y la productividad del discurso y pensamiento).</li> <li>-Avoliación (restricción en la iniciación de la conducta frente a un objeto).</li> <li>-Anhedonia.</li> <li>-Deterioro atencional.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><i>Síntomas Cognitivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Déficit de atención.</li> <li>-Déficit en la memoria.</li> <li>-Déficit en el procesamiento de la Información.</li> <li>-Pobreza ideativa (dificultad en elaborar nuevas ideas).</li> <li>-Déficit en funciones ejecutivas(problemas para estructurar una meta, concentrarse, priorizar, ordenar, evaluar, adaptarse).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Síntomas Afectivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disforia (irritabilidad, preocupación, tensión, etc.).</li> <li>-Humor depresivo</li> <li>-Desesperanza</li> <li>-Ideas e intentos suicidas.</li> <li>-Hostilidad</li> <li>-Impulsividad</li> <li>-Conducta antisocial</li> </ul>

El acto de reconocer a la persona con Esquizofrenia desde la multiplicidad de dimensiones que pueden verse afectadas sugiere la necesidad de contar con un equipo de evaluación y tratamiento multidisciplinario, reconociendo en este sentido la necesidad de instalar miradas que abarque a la persona en su totalidad y que puedan integrarse y complementarse en función de entregar una atención pertinente.

### **5.2.3 Desarrollo de la enfermedad.**

Respecto al momento de inicio de la esquizofrenia, es posible señalar un acuerdo en las investigaciones en relación al género y a la detección de la enfermedad, correspondiendo a los hombres entre los 18 y 25 años y en las mujeres entre los 25 y 35 años (Usall, 2003). En este contexto, y de forma similar a otras patologías, mientras más temprana es su detección aumentarán las probabilidades de tener un mejor pronóstico en el tratamiento.

En el año 1958, el psiquiatra Alemán Klaus Conrad, quién incorpora la Gestalt a la de ese entonces fenomenología Alemana, en su obra “La esquizofrenia Incipiente” logra describir un curso típico de 4 fases, siendo denominadas estas: Trema, Apofonía, Apocalipsis y Consolidación (Conrad, 1999) configurándose las dos primeras como el inicio de la enfermedad. El Trema es descrito por Conrad como una vivencia de tensión afectiva creciente, donde además la persona logra identificar que “algo pasa” en su vida psíquica pero sin llegar a definir con claridad que es, generando por tanto altos montos de angustia. Ya en la fase de Apofonía surge la percepción delirante propiamente tal y por tanto la pérdida de juicio de realidad: “el momento en que se revela a su espíritu una nueva realidad, la del delirio” (Garrabé, 2003, p. 195). También a la fase de inicio de la enfermedad se le llama “Fase Prodrómica” contexto en el que surgen los primeros indicadores, sin que estos aún se configuren como una manifestación psicótica

propiamente tal, estos indicadores suelen emerger en la etapa de adolescencia, donde se destaca: disminución y/o abandono del contexto escolar, interrupción de contextos sociales, disminución en el rendimiento escolar, retraimiento inusual y aislamiento, cambios abruptos en el comportamiento cotidiano de la persona, dificultades en la comprensión de las ideas, explicaciones metafóricas, entre otras.

La fase aguda o fase de Crisis corresponde al despliegue de la manifestación psicótica propiamente tal, pudiéndose observar síntomas positivos, algunos síntomas negativos, afectivos y cognitivos. El psiquiatra Alemán Kurt Schneider (como se citó en Huneus, 2005) logró describir algunos síntomas patognomónicos de la enfermedad, siendo estos:

- Sonorización del pensamiento (La sensación de que el pensamiento de uno es escuchado por los demás).
- Oír voces que dialogan entre sí.
- Oír voces que comentan las propias acciones.
- Vivencias de estar controlado(a) físicamente desde afuera.
- Divulgación o difusión del pensamiento.
- Percepción delirante.
- Sensación de que las emociones, los deseos y la voluntad están controlados desde afuera. (p.38)

Por último, la tercera fase comúnmente descrita corresponde a la fase Crónica, Residual o de estabilización, la cual comienza una vez que los síntomas positivos han comenzado a abordarse, provocándose una disminución de éstos. En esta fase suelen mantenerse algunos

síntomas negativos y cognitivos, evidenciándose un deterioro en algunas de las funciones adaptativas de lo cotidiano, las cuales deben abordarse en un contexto de tratamiento con la finalidad de alcanzar en lo posible la funcionalidad del paciente que desarrollaba de manera previa al episodio psicótico. La figura siguiente describe de manera general el desarrollo común de la enfermedad en una persona.

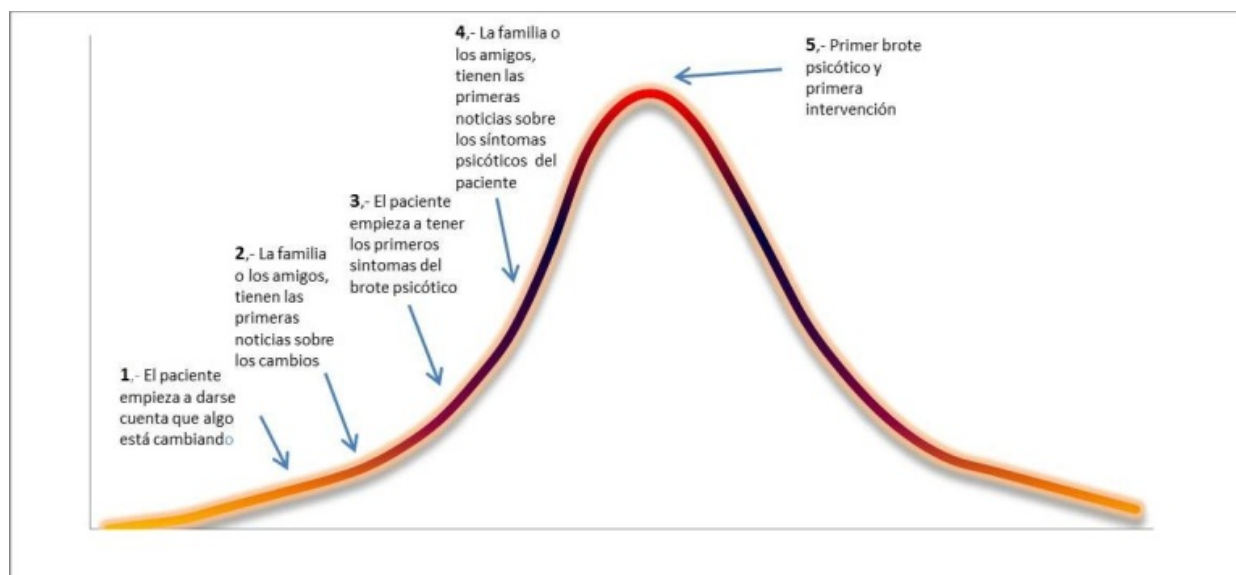


Figura 2. Fases Típicas de la Esquizofrenia (Fundación familia, s/f)

#### 5.2.4 Estrategias y modalidades de tratamiento.

Las formas de tratamiento para personas con esquizofrenia son variadas y son intencionadas según las condiciones clínicas que presenta el paciente y al apoyo social con el que cuenta, en este contexto es posible evaluar una hospitalización completa de corta estadía en casos de alta complejidad donde se evalúa riesgo vital, rechazo al tratamiento y evaluación de suicidalidad activa, además de un nulo apoyo social. En caso de que los síntomas psicóticos sean interferentes, pero el paciente presente apoyo social es posible evaluar una Hospitalización Diurna y la asistencia a centros Diurnos, la cual surge como una oportunidad a la hospitalización

cerrada. De acuerdo a las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría, se establecen los siguientes objetivos:

- Contribuir a reducir el estigma que tienen las personas con TPS (Trastornos psiquiátricos severos).
- Favorecer la continuidad de cuidados de la persona en el ámbito comunitario.
- Reducir costos respecto a la hospitalización cerrada (Como alternativa y como reductor de la duración).
- Mejorar costo-efectividad del tratamiento integral en personas con TPS.
- Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación. (Minsal, 2002, p.10)

En las fases de estabilización de los síntomas psicóticos se sugiere una modalidad de tratamiento ambulatoria, contando con el regular apoyo de un equipo que aborde el tratamiento de mantención y prevención de recaídas.

Un enfoque de abordaje necesario en cualquier manifestación clínica del paciente con esquizofrenia implica el desarrollo de un proyecto terapéutico personalizado, es decir, pertinente a las características y necesidades de cada paciente. En este contexto se describe una tendencia, sobre todo en los últimos años, donde se evidencia un tránsito desde la intervención hospitalaria hacia la intervención multidisciplinaria en el contexto comunitario del paciente:

La tendencia actual para el tratamiento de la esquizofrenia es que este sea ambulatorio y territorial, lo que significa que la persona siga viviendo en su ambiente y reciba la atención que necesita durante el día, ojalá cerca de su lugar de residencia. (Huneus, 2005, p.114)



El tratamiento con Antipsicóticos se configura como la modalidad de abordaje de la esquizofrenia de forma esencial, generando una sustancial mejoría a nivel sintomático, siendo particularmente efectivo en el abordaje de síntomas positivos, pero teniendo un bajo efecto a nivel de síntomas negativos. El tratamiento farmacológico se utiliza tanto para el abordaje de sintomatología aguda como en la prevención de recaídas.

De manera adicional en el tratamiento, se considera la psicoterapia como una instancia fundamental, “El uso de métodos específicos psicológicos y psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia es relativamente reciente. Los esfuerzos pioneros en esta área, aumentaron el conocimiento de los procesos psicológicos y del impacto personal de la esquizofrenia” (Minsal, 2009, p.34). Dentro de este espectro se integran distintas modalidades de intervención psicosocial, incluyendo la psicoterapia individual y grupal, el arte terapia, la intervención psicosocial familiar, los programas de rehabilitación cognitiva, de desarrollo de habilidades sociales y los programas de apoyo laboral.

### **5.3 Enfoques de la esquizofrenia desde otros modelos de comprensión teórica**

Una vez ya explicitados algunos aspectos generales de la Gestalt en función de la propuesta que se expondrá a partir del punto 6, así como también realizada ya la caracterización de la Esquizofrenia desde los modelos tradicionales que describen el cuadro en función de su historia, síntomas, curso y algunas líneas generales de tratamiento, se procederá a continuación a entregar una breve descripción de algunos modelos de tratamiento usados para la explicación y/o comprensión del trastorno.

### **5.3.1 Modelos de vulnerabilidad-estrés.**

El modelo de Vulnerabilidad-estrés publicado por Zubin y Spring (1977) se instala como una explicación de las causas que dan origen a la esquizofrenia, Este modelo reconoce la etiología de la enfermedad desde la interacción de componentes Biológicos, psicológicos y sociales, existiendo previamente un componente genético que se configuraría como un estado de vulnerabilidad o predisposición fenotípica, en este contexto la interacción de aspectos biológicos con los psicológicos y sociales podrían provocar el desencadenamiento de la enfermedad, dando énfasis a tales aspectos desde una configuración de potenciales estresores.

Lo realmente nuevo e importante que introducen Zubin y Spring (1977) es la distinción entre vulnerabilidad a la esquizofrenia, entendida esta como un rasgo relativamente permanente y duradero, y episodios de desorden esquizofrénico, considerados como estados que aparecen y desaparecen y que poseen, por tanto, un carácter temporal. (Ruiz-Vargas, 1988, p.132)

Si bien el Modelo de Vulnerabilidad Estrés no entrega una estrategia de tratamiento específica para las personas con esquizofrenia, aporta significativamente en el reconocimiento de factores estresantes y a su vez factores protectores a considerar en el proceso de tratamiento.

### **5.3.2 Modelo de la terapia familiar sistémica de H. Stierlin.**

Este es un modelo sistémico que plantea una forma de organización familiar donde la persona con esquizofrenia toma el rol de miembro sintomático del sistema familiar, el cual en su conjunto padecería de una disfuncionalidad invisibilizada en apariencia.

Stierlin y sus colaboradores plantean que las familias con un miembro esquizofrénico se relacionan desde una manera demasiado indiferenciada y laxa, y carecen de reglas básicas y límites interpersonales apropiados, lo que genera dificultades en los procesos de coindividuación y coevolución. (Huneeus, 2015, p.127)

El modelo sistémico de Stierlin (1996) refiere que la intervención del terapeuta sistémico debe implicar un abordaje centrado en las dinámicas familiares, considerando su estructura, roles, estilos comunicacionales, entre otros aspectos. La intervención además debe implicar que el terapeuta genere una alternancia entre la generación de un vínculo con la familia y el distanciamiento de esta para no perder perspectiva y así buscar la neutralidad en la intervención. Las preguntas circulares son un tipo de intervención característica de la terapia sistémica donde el terapeuta busca reconocer patrones de interacción familiar.

### **5.3.3 Emoción Expresada (EE).**

El concepto de Emoción expresada surge en la intervención de la esquizofrenia a partir del reconocimiento del curso de esta, considerando el contexto social/familiar en que se desenvuelve el paciente. En este sentido se reconoce el concepto de Emoción Expresada para caracterizar la conducta emocional de la familia o contexto inmediato donde se desenvuelve la persona con el diagnóstico (Vizcarro y Arévalo, 1986). Los componentes de la emoción expresada son: Altos Niveles de crítica al paciente, Sobreimplicación emocional, Hostilidad y

calidez en ambivalencia. Considerando estos componentes Brown, Monck, Carstairs y Wing (1962), identificaron que los pacientes que se vinculaban en contextos familiares evaluados con altos niveles de emoción expresada eran más propensos a generar recaídas psicóticas que los pacientes que se desenvolvían en contextos de bajo nivel de emoción expresada, pudiendo configurarse por tanto la Emoción expresada como un factor predictor de recaídas.

Tabla 2

*Estudios que muestran relación entre recaídas y Emoción Expresada (EE) (Tomado de Muela y Godoy, 2001).*

ESTUDIO	LUGAR	SUJETOS	SEGUIMIENTO	RECAÍDAS ALTA Y BAJA EE
Vaughn et al, 1984	Los Ángeles	54	9 meses	56% y 17%
Moline et al, 1985	Chicago	24	12 meses	91% y 31%
Nuechterlein et al, 1986	Los Ángeles	26	12 meses	37% y 0%
Jenkins et al, 1987	California	44	9 meses	59% y 26%
Gutiérrez et al, 1988	Santiago de Compostela	32	18 meses	46% y 5%
Tamier et al, 1988	Salford	26	9 meses	53% y 20%
Lemos y Muñiz, 1989	Oviedo	72	12 meses	70-87% y 22-32%
Rosworotwska*	Cracovia	36	16 meses	60% y 9%
Linszen et al, 1997	Amsterdam	97	12 meses	85% y 8%
Muela y Godoy En prensa-a	Andalucía	22	12 meses	60% y 8%

## **6. PROPUESTA DE CONCEPTUALIZACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN RELACIÓN AL FAVORECIMIENTO DEL PROCESO DE AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA.**

El punto 6, desarrollado a continuación, se enmarca dentro de la propuesta desarrollada por el propio investigador de la presente tesis en relación a la comprensión de la esquizofrenia y al abordaje psicoterapéutico del proceso de autorregulación orgánica en dicha patología, en este contexto la propuesta se encuentra dividida en un primer apartado de conceptualización del trastorno y de su proceso de autorregulación orgánica para posteriormente dar paso a la propuesta respecto al planteamiento de objetivos psicoterapéuticos, desarrollando implicancias relevantes respecto a la relación terapéutica con el paciente con diagnóstico de esquizofrenia, para finalizar con la descripción de algunas estrategias de intervención específica para favorecer el restablecimiento del proceso de autorregulación orgánica. En el presente apartado se recurrirá además al uso de Ejemplos reales, donde el nombre de los pacientes ha sido modificado.

### **6.1. Propuesta de conceptualización de la esquizofrenia desde la terapia Gestalt**

La revisión bibliográfica revisada a la fecha conduce a plantear más bien una continuidad y complementariedad en lo aportado por los autores gestálticos en relación a la comprensión y observación de la esquizofrenia y su manifestación psicótica, en este sentido la presente propuesta es un intento por integrar y complementar, esperando desde ya resultar útil para ir orientado la comprensión de la esquizofrenia, integrando aspectos posibles de rescatar desde la

propia experiencia práctica de quien escribe en la experiencia terapéutica con pacientes con esquizofrenia, en complemento con la perspectiva de algunos autores gestálticos que han desarrollado planteamientos respecto a la temática. .

Con respecto a la propuesta comprensiva de la esquizofrenia desde una mirada Gestáltica, el tener la oportunidad de trabajar diariamente con personas que tienen este diagnóstico se ha configurado como un campo que ha posibilitado relacionar algunos elementos transversales que se repiten en la evaluación y tratamiento con los pacientes, y son dichos elementos comunes a los que principalmente se hará referencia a continuación.

Se considera necesario aclarar que durante el desarrollo de los siguientes puntos se hará el intento por generar una comprensión teórica de la esquizofrenia en un complemento con algunos conceptos Gestálticos fundamentales, tales como; la fenomenología, la elaboración de Visión existencial del paciente con esquizofrenia, el concepto de *Self* y principalmente la Autorregulación orgánica, además de contar en esta labor con la comprensión previa de autores tales como Elinor Greenberg, Susan Fisher, Margherita Spagnuolo, Rosane Müller-Granzotto & Marcos José Müller-Granzotto los cuales ya han entregado aproximaciones sobre la psicosis y el trastorno esquizofrénico que facilitan la generación de alcances fundamentales para la descripción e inclusive comprensión del trastorno.

### **6.1.1 Fenomenología y teoría del Campo en la comprensión de la Esquizofrenia.**

El intento por entregar un marco comprensivo de la esquizofrenia desde una perspectiva Gestáltica requiere un primer posicionamiento epistemológico en relación a “cómo” y “desde

donde” se procesará la información y se observará el fenómeno en cuestión, en este sentido resulta indispensable realizar una toma de consciencia con el afán de explicitar respecto a cuales son los fundamentos basales en donde se enmarcará la observación y descripción del fenómeno de la esquizofrenia y así poder distinguir la descripción y comprensión desde un marco comprensivo claramente declarado y establecido en relación a esta labor.

En relación a lo anterior, no resultará una tarea dificultosa para el lector intuir desde ya cual será el lineamiento epistemológico para integrar y dar elaboración a la información recopilada en la presente investigación, siendo éste el enfoque fenomenológico. Resulta importante destacar el rol de fenomenología en el campo de la psicopatología en general destacando a autores como Husserl (2012), Jaspers (2014) y Binswanger (1973) quienes logran alcances significativos en relación a la importancia de una metodología descriptiva y comprensiva por sobre las lógicas explicativas/causalistas que fácilmente terminan por estereotipar y establecer patrones para dar “explicación” a los fenómenos de estudio, generando un reduccionismo que limita la elaboración de la información. El considerar una perspectiva fenomenológica, facilita en primera instancia una observación del fenómeno en si considerando aquello como una manifestación externa y por ende posible de observar, así como también considera una integración comprensiva de los aspectos desde donde surge dicha manifestación externa, realizando un esfuerzo por rescatar lo que es esencial para la caracterización del fenómeno. Para la comprensión de la esquizofrenia y sus manifestaciones desde el enfoque Gestáltico no basta solamente con realizar una observación descriptiva de síntomas, sino que más bien resulta necesario contextualizar y comprender la manifestación sintomática en la vida de la persona, considerada esta como un ser único e irrepitible, requiriendo aquello el ejercicio de

reconocer y validar como un aspecto esencial la subjetividad desde donde emerge la manifestación de las expresiones de la esquizofrenia, o lo que se conoce clásicamente como síntomas de ésta. En este contexto entonces, no es posible separar el síntoma de la vida de la persona, de su historia, del entorno en que se desarrolla cotidianamente, de la cultura y en definitiva, de todos los elementos que dar origen a una vida que se sostiene y desarrolla como una experiencia subjetiva única, irrepetible y ante todo valiosa en sí misma.

Aunque ya es posible elaborar las primeras nociones respecto al método epistemológico a utilizar en la descripción y comprensión de la esquizofrenia aún falta por integrar en la reflexión los aspectos del propio observador que no son en ningún caso ajenos al fenómeno que observa, de esta forma es deber del investigador hacerse presente y autoexplicitarse, considerando dicho acto como un recurso que contribuye a dar existencia y forma al fenómeno descriptivo y comprensivo, generándose por tanto una conexión y reciprocidad cohesionada entre la persona con esquizofrenia, su manifestación sintomática y el propio terapeuta, los cuales dentro de un encuentro específico en un contexto particular permiten la emergencia de la información y los datos a describir y comprender. En relación a este último aspecto, se proponen los conceptos de Visión Existencial y Dinámica Polar como constructos que precisamente se elaboran a modo de recurso terapéutico con la cualidad de operar como contenedores de información, en otras palabras: son como vasijas de información que favorecen la comprensión sobre cómo y quién está siendo el paciente.

Responder a la pregunta respecto al “cómo” pensar y comprender la esquizofrenia y su proceso de autorregulación orgánica en la terapia gestáltica implica, como ya se ha señalado,



un posicionamiento epistemológico claro, esto a su vez nos lleva a posicionar la fenomenología de una forma aún más explícita tanto en la comprensión de la terapia como en el ejercicio de esta, y es en este contexto donde resulta necesario introducir un enfoque teórico que permita concretizar, orientar y desplegar el foco fenomenológico en el ejercicio terapéutico, siendo este la **Teoría del campo** (Lacouture, 1996).

El integrar la teoría del campo en el trabajo terapéutico con personas con esquizofrenia es un acto necesario a propósito de la complejidad y diversidad de aspectos relacionados con el cuadro, en este sentido generar una perspectiva de comprensión centrada en aspectos individualistas del paciente sería un ejercicio insuficiente y acotado en relación al fenómeno:

“Un análisis del campo abarcaría todo el contexto de trabajo, especialmente las relaciones interpersonales. Un análisis de campo traería a primer plano los procesos familiares, grupales, y otros procesos sociales, suavizando el individualismo” (Yontef, 2009, p.265).

Tal cual se ha señalado, la comprensión de la esquizofrenia y el proceso de Autorregulación orgánica en la presente investigación se desarrollará en base a los principios de la teoría del campo, destacando por tanto la red de relaciones dadas entre el terapeuta con el paciente (Relación terapéutica), así como también las del paciente con su entorno social (Enfatizando en la construcción de la Visión Existencial del paciente).

Las conceptualizaciones desde la terapia Gestalt asumen una teoría de campo como base para cualquier discusión teórica y cualquier formulación de un caso. Esto significa que no existen comportamientos o fenómenos aislados del ecosistema en el que están inmersos, incluidos los comportamientos “esquizofrénicos”. Mirar la esquizofrenia de una manera

holística nos permite tomar cuenta la genética, la epigenética, el desarrollo neurológico, y los factores ambientales actuando todos juntos. (Greenberg y Fisher, 2015, p.112)

También dentro del desarrollo de los siguientes puntos, se considerará el campo desde una lógica continua en el tiempo y espacio, describiendo la importancia de indagar en este aspecto dentro del proceso evaluación y de tratamiento, logrando integrar la historicidad del paciente dentro de un continuo temporal unificado. Resulta pertinente además realizar una lectura de las manifestaciones de la esquizofrenia considerando aspectos relacionados a la teoría del campo, destacando como los síntomas se significan como tal en un contexto determinado, aquello también facilita la comprensión respecto a las distinciones culturales en relación a las manifestaciones sintomáticas de la esquizofrenia, de esta forma, una alucinación o un delirio son tales en la medida de que existe un contexto que puede interpretar y significar dichas manifestaciones como tal, considerando además que aquello puede modificarse de acuerdo al contexto social en el que se reconozca, en este sentido también se integra la premisa de la teoría del campo que explica: “El campo es un todo unitario” (Sarrió, 2012) reconociendo además que la realidad percibida se configurará como tal en la elaboración de la relación del observador y lo observado.

### **6.1.2 Visión existencial en relación al aislamiento social como variable transversal en la esquizofrenia.**

Desde las descripciones más clásicas y tradicionales de la esquizofrenia hasta algunas de mayor actualidad, incluyendo aportes de autores Gestálticos, es posible identificar un grupo de alteraciones que caracterizan la manifestación de la esquizofrenia de forma transversal y

principalmente durante su fase aguda y que puede perdurar aún en una fase de mayor compensación, siendo estas lo que se reconoce como “Autismo” (Bleuler), publicado en 1993 o lo que más tarde Rosane Müller Granzotto y Marcos José Müller Granzotto (2013) reelaborarían como “Ajustes de aislamiento”. A diferencia de la producción de delirios y alucinaciones que presentan una mayor variabilidad en relación al caso a caso en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, la tendencia al aislamiento parece ser una manifestación de mucha mayor frecuencia y cuyas implicancias se configuran como aspectos que permiten establecer la gravedad del cuadro.

Resulta relevante realizar una revisión amplia respecto al autismo ya que dicha manifestación ha sido largamente estudiada, presentado elementos comunes que resultan necesarios de considerar, así por ejemplo Bleuler (como se citó en Barrera, 2009) escribe: “A este desapego de la realidad junto con la predominancia relativa ya absoluta, de la vida interior, lo denominamos autismo” (p.6). Describiendo que los pacientes presentarían una alta sensibilidad, evitando por tanto el contacto con la realidad y generando apatía en relación a esta.

En el caso de Marcos José Müller-Granzotto y Rosane Müller-Granzotto (2013), estos generan una reestructuración comprensiva del autismo, enfatizando aquello bajo el reconocimiento de “Ajustes de aislamiento social” elaborando una comprensión contextualizada en relación al aislamiento, entendiéndolo como una manifestación funcional ante la percepción de un entorno que es vivenciado bajo los significados de amenaza y peligro.

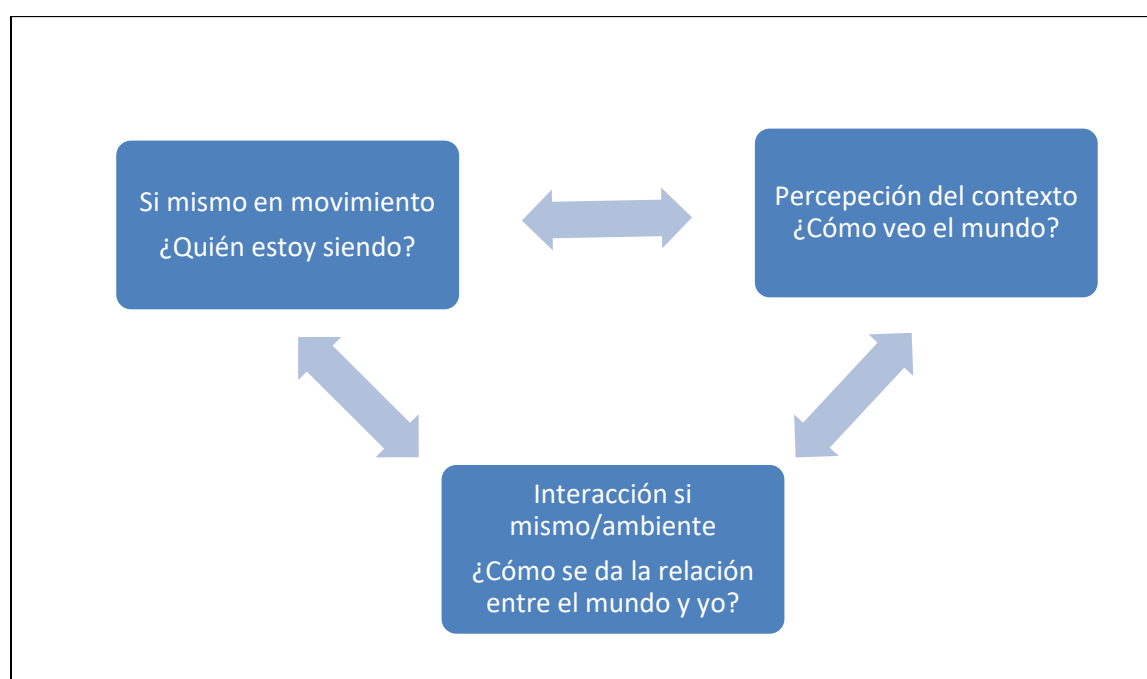
Situando desde una perspectiva Gestáltica, y en continuidad con la perspectiva propuesta por Müller-Granzotto, M. y Müller-Granzotto, R. es necesario recalcar, como ya se explicitó en el apartado anterior, que los fenómenos a abordar serán elaborados bajo los lineamientos de la teoría del campo, por tanto un primer elemento a considerar es que el Aislamiento social como manifestación de la esquizofrenia no será comprendido de manera aislada sino que haciendo un intento por construir una perspectiva holística, sin fragmentar la manifestación de la persona que la vivencia, de su historial de relaciones sociales, de sus creencias en relación al mundo, etc. En consideración a lo anterior, se establece que el Autismo o Aislamiento social no se construyen de forma ajena al contexto desde donde emergen, sino que al contrario, emergen prácticamente como una necesidad de sobrevivencia ante un entorno potencialmente hostil. El lector podrá preguntarse cómo asociar el aislamiento como una estrategia de sobrevivencia, lo cual cobra sentido al indagar en la vivencia particular de los pacientes con el diagnóstico, considerando una mirada centrada en el aquí y ahora, pero que considera elementos evolutivos e históricos de la vida del paciente en relación a las formas de relación de este en y con el mundo en el que se desenvuelve.

Tan pronto como sea posible en la terapia, el terapeuta necesita formar un mapa interno que trace el único camino de desarrollo que ha llevado a este individuo específico a convertirse en psicótico, que incluye la naturaleza y la calidad de las relaciones en el campo interpersonal del cliente. (Greenberg y Fisher, 2015, p.19)

La apuesta por introducir el constructo de “**Visión Existencial**” cobra sentido una vez que reconocemos el Aislamiento social desde una lógica personal/relacional, es decir, considerando la percepción que el paciente posee sobre sí mismo en directa relación a la

percepción que este construye del entorno que percibe y en el “como” se desarrolla la interacción organismo/ambiente, es en este contexto donde se definirá la Visión existencial como el fenómeno donde se despliegan simultáneamente los siguientes aspectos:

1. La percepción del sí mismo (*Self*) en movimiento, temporal.
2. La percepción del entorno.
3. La interacción entre el sí mismo y el entorno.



*Figura 3.* Fases Componentes de la Visión Existencial. Fuente: Elaboración propia.

Una vez revisado el esquema anterior surge al investigador la siguiente pregunta:

*¿Tendrá la visión existencial del paciente con esquizofrenia diferencias respecto a la visión existencial del paciente neurótico en relación a la forma en que esta se construye?*

Desde la neurosis existe una multiplicidad de construcciones en relación a la Visión existencial, así como por ejemplo: algunos pacientes podrán reconocerse a sí mismos desde la vulnerabilidad, victimizándose ante la percepción de un mundo hostil, como también otros podrán identificarse desde un sentido de fortaleza, reconociéndose desde la omnipotencia y teniendo a su vez dificultades para reconocer y aceptar dignamente su propia vulnerabilidad. En cualquiera de ambos casos se comprende una falta de integración de aspectos que de una u otra forma son proyectados en el afuera y que por medio de la rigidez dan origen a una dinámica polar.

El paciente neurótico que acude a atención terapéutica posiblemente tendrá una disposición a revisar algunos de sus propios supuestos en relación a la vida y/o a sí mismo (Aunque es sabido de que la autoafirmación también es un motivo de consulta que puede aparecer con relativa frecuencia) en tal ejercicio se produce una meta consciencia, donde el paciente puede entrar en la disposición de poner en cuestionamiento sus propios supuestos en mayor o menor medida, es decir, puede cuestionar la construcción de su experiencia en cuanto a la interpretación de esta pero no poniendo en cuestión la validez de la vivencia (mayor Flexibilidad). En el caso de la esquizofrenia, la producción delirante y alucinatoria constituye una realidad en sí misma que se genera desde una interacción a nivel perceptual, cognitiva y relacional, en este caso el nivel de cuestionamiento de la experiencia resulta mucho más dificultoso (Mayor rigidez) ya que implica cuestionamientos que el neurótico comúnmente no realiza: ¿Lo que estoy percibiendo realmente es lo que existe? ¿Si lo que percibo no existe, puedo ser un sujeto válido para interpretar la realidad? ¿Cómo puedo darme cuenta que lo que percibo es o no real? Este tipo de cuestionamientos existenciales son instalados comúnmente en

el paciente con esquizofrenia, ya que es el “juicio de realidad”<sup>1</sup> el que entra en cuestión por tanto lo que se pone en duda es la propia vivencia generando aquello en muchas ocasiones una angustia existencial profunda, la cual puede implicar una despersonalización psicótica del cuerpo, de la personalidad y una vivencia de desrealización del medio ambiente. En el caso de la neurosis dichos cuestionamientos pueden o no aparecer, pero pareciera haber mayor flexibilidad ya que no hay mayor cuestionamiento respecto a la alteración del juicio de realidad, el cual es aspecto fundamental para la identificación de la esquizofrenia.

### **6.1.3 Comprensión de la visión existencial en la esquizofrenia desde su contenido en relación a los ajustes de aislamiento social.**

En cuanto al desarrollo de la persona con diagnóstico de esquizofrenia, un elemento que desde la evaluación surge como común para la comprensión del trastorno, es la exposición de situaciones de alta complejidad contextual durante la infancia y juventud, ambas etapas de desarrollo vital cruciales en el desarrollo del ser humano las cuales impactan de forma notable en las formas que adoptan las personas ya en su fase de adultez. Dentro de los eventos vitales que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia comúnmente describen surgen por ejemplo experiencias de maltrato grave, abuso sexual, vivencias en contextos de violencia intrafamiliar, parentalización y en general experiencias de alto estrés emocional (Brown et al., 1962), lo cual puede darse también en contextos familiares con estilos comunicacionales poco claros como el doble vínculo<sup>2</sup> y donde los roles se expresan de manera poco definidas.

---

<sup>1</sup> Karl Jaspers (2014) reelabora el concepto de juicio de realidad por conciencia de realidad, donde destaca 3 factores: la percepción desde lo corporal, la realidad en la conciencia del ser como tal y lo real como una resistencia en el experimentar del mundo.

<sup>2</sup> En la escuela de Palo Alto acuñaron el término de Doble vínculo enfatizando en la influencia de la comunicación en algunos trastornos psiquiátricos severos como al esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). Véase en apartado de Marco Teórico de la presente tesis.

Entre los factores de riesgo en la infancia, el trauma psicosocial (como por ejemplo el abuso sexual), se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia. Del mismo modo el incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia se ha asociado con daño cerebral, separación y muerte de los padres, adversidades en la crianza e infecciones (Minsal, 2009, p.14).

Si bien se acaban de señalar algunas experiencias que las investigaciones evalúan como nocivas para el desarrollo, es en última instancia el rol y responsabilidad del paciente significar dichas experiencias como nocivas o no ya que comprenderlas a priori como experiencias traumáticas implicará la invisibilización y el no reconocimiento de la subjetividad de la vivencias del propio paciente el cual con responsabilidad y libertad tendrá la facultad de significar el matiz de la forma de comprender y vivenciar sus propias experiencias de forma particular. A juicio del Investigador resulta probable que las personas que crecen y logran significar sus experiencias vitales de desarrollo bajo condiciones de vulnerabilidad (y que no reciben apoyo en los momentos en que se desarrollan las situaciones de crisis.) comiencen a “generar una forma de ser en el mundo” que responde a necesidades homeostáticas en relación a sí mismos y al entorno en tales contextos determinados, lo que Perls, Hefferline y Goodman (2002) denominaron como “Ajustes” (en definitiva la persona no es indiferente al contexto, está en constante relación con este y comienza a desarrollar características personales, saludables o no, específicas en función de su sobrevivencia en el contexto).

Es en estos eventos (Eventos de vulnerabilidad) donde se comienza a construir una Visión existencial donde la percepción de mundo puede describirse con características de amenaza,



donde la sobrevivencia implica la generación de estrategias que surgen desde experiencias que el paciente suele describir bajo la expresión de la rabia y más comúnmente desde el miedo. En relación a este último aspecto resulta frecuente que el niño o niña (que más tarde desarrolla el cuadro esquizofrénico) que genera vivencias de alta expresividad y estrés emocional en relación al contexto, comience a vivenciarse a sí mismo desde la indefensión, donde sus intentos por generar equilibrio en el contexto se vean constantemente contravenidos elevando la percepción de bajos niveles de autoeficacia, lo cual suele ser incorporado de forma posterior en el relato verbal del paciente. Es así como paulatinamente se comienza a construir una visión existencial caracterizada, por una parte; por la percepción de un mundo amenazante, que es rechazado y tampoco comprendido y por otra, por la percepción de un sí mismo impotente y vulnerable, generando en dicha dinámica ajustes de aislamiento como una forma de autoprotección y desconexión con la amenaza, en esta dinámica el paciente genera una paulatina desconexión tanto del entorno como de sí mismo, configurándose aquello como un factor de riesgo para la elaboración de un sí mismo integrado, flexible y claramente definido.

En este último aspecto resulta necesario hacer una distinción a propósito de que la forma de estar siendo en el mundo que el paciente desarrolla va a configurarse como las bases de lo que se conoce como **“Visión existencial”** la cual se construye desde una perspectiva histórica y en relación estrecha con aspectos personales e interpersonales asociados al contexto, concepto que ya fue definido en el apartado de Marco teórico de la presente investigación. Para la comprensión de la Visión existencial resulta útil por tanto hacer una revisión de los antecedentes evolutivos del paciente de forma longitudinal (Ejercicio que usualmente puede tender a desarrollarse sin mucha prolijidad con la idea de poner de manera rígida el foco en el “aquí y ahora” y en el

abordaje sintomático del paciente en desmedro del desarrollo de una intervención comprensiva, buscando “explorar” “comprender” y “contextualizar” la respuesta del paciente.) Para este fin resulta de utilidad construir el historial con el propio paciente y su grupo familiar, incluyendo por ejemplo antecedentes de desarrollo interpersonal, afectivos, cognitivos, médicos en general y otras atenciones de salud desde su nacimiento, además claramente de poder ir construyendo de forma explícita con el paciente el desarrollo de la visión existencial de este a lo largo de su vida, esto además por un dato relevante, ya que por estudios diversos se ha comprobado que la edad de inicio del trastorno suele ser en hombres entre los 18 y 25 años y en el caso de mujeres entre los 25 y 35 años (Usall, 2003), es decir, en un periodo de adultez joven donde la persona comúnmente comienza con una vida de mayor independencia y donde idealmente se requerirá del despliegue de características personales que debiesen haberse adquirido en la infancia y juventud.

La construcción de la historia longitudinal en función de comprender los ajustes de aislamiento en coherencia con la visión existencial del paciente con diagnóstico de esquizofrenia resulta de vital importancia ya que es común que la sintomatología psicótica positiva (Lo que aparece con la enfermedad)<sup>3</sup>, como los delirios y alucinaciones se expresen en una relación con estas vivencias de alta expresividad emocional y estrés asociadas a experiencias que el paciente vivencia con carácter nocivas en su infancia y posterior desarrollo. En este contexto, se vuelve una dinámica común (aunque no opera para todos los casos) que las vivencias que no son saludablemente integradas por la persona tienden a volver a reaparecer en las manifestaciones psicóticas por medio de mecanismos proyectivos en forma de delirios y alucinaciones que la persona pone en el exterior pero que realmente conforman una serie de experiencias de alto

---

<sup>3</sup> Véase caracterización de Síntomas positivos en apartado de Marco teórico.

estrés que finalmente no han sido integradas. La característica señalada es ejemplificada a continuación con un caso real atendido por el presente investigador de un paciente con esquizofrenia en un contexto de Hospitalización Diurna:

*Ejemplo 1:*

*Desde las funciones que realizamos comúnmente en el Hospital Diurno de Adultos, institución de tratamiento para personas con diagnósticos psiquiátricos severos, comenzamos con una fase de inicio de tratamiento realizando una evaluación transdisciplinaria, para lo cual junto al equipo elaboramos evaluaciones entre varios profesionales, además de desarrollar evaluaciones individuales con el paciente. En este último contexto es que vi por segunda vez a David (Ya habíamos tenido una primera entrevista con el paciente y el resto del equipo) Al entrar a la oficina veo a David cabizbajo, con la mirada constantemente en el suelo o a la pared, los hombros agachados y lentitud en sus movimientos, al verlo entrar comienzo a conectarme con una percepción de resignación, de desgano, como si el mundo fuera pesado y como si el movimiento implicara dificultad, la primera interacción que busco es por medio de la mirada, ante lo cual David, con cierta cautela logra responder, es entonces cuando lo invito a sentarse. David es un hombre de 55 años y es diagnosticado con esquizofrenia a la edad de 23 años, actualmente se encuentra compensado y sin sintomatología psicótica activa, ingresó a la hospitalización diurna por haber generado un desorden en el tratamiento farmacológico lo cual ya fue abordado parcialmente por el paciente. David, a lo largo de los años, ha tomado parcial conciencia de su enfermedad y el día de hoy logra problematizar y describir sus estados de descompensación con la finalidad de comprender como los delirios y alucinaciones se relacionan con su experiencia e historia de vida: durante la entrevista David me cuenta que en*

*sus primeras crisis psicóticas tenía la creencia de que afuera de su casa había una guerra nuclear y explosiones de uranio, lo que lo llevaba a generar un comportamiento cotidiano siempre dentro de las paredes de su hogar (Aislamiento social), también me señala en la entrevista que desde dentro de su cuerpo escuchaba voces: “escuchaba los gritos de mi propia hermana, eran gritos de angustia que salían desde mi estómago” todas estas alucinaciones auditivas y kinestésicas surgieron dentro del primer brote psicótico que generó el paciente a los 23 años.*

*Al indagar sobre su historio longitudinal y visión existencial, el paciente relata haber sido víctima y testigo de constantes situaciones de maltrato y violencia intrafamiliar durante toda su infancia, donde su padre, adicto al alcohol, lo golpeaba sistemáticamente a él junto a su madre y a sus hermanas menores, quienes gritaban por los golpes del adulto agresor. Al indagar respecto a la correspondencia de las alucinaciones auditiva y kinestésicas de David y las vivencias de maltrato de las que tanto este como su madre y hermanas fueron víctimas, el paciente logra señalar que efectivamente los gritos que escuchó en su descompensación eran los mismos que escuchaba cuando golpeaban a sus hermanas. Conectado desde una manifestación que me impresiona como angustia me cuenta sobre falta de contención con que vivió tales episodios”. (En el ejemplo fueron cambiados los nombres reales por ficticios).*

Son reiterados ejemplos como el anterior, donde una persona con esquizofrenia expresa contenidos vivenciales complejamente integrados por su alta carga emocional, los cuales surgen, en este caso como alucinaciones que el paciente experimenta como expresiones ajenas o externas.

El contacto del organismo tiende a alterarse a propósito de que este comienza a presentar dificultades respecto a diferenciar lo que es propio y lo que es externo a éste, siendo esta característica una manifestación propia del mecanismo de evitación de contacto que desde la Gestalt se conoce como “Confluencia”. En el caso de las personas con un cuadro de esquizofrenia sin tratamiento la confluencia aparece como un mecanismo de evitación de contacto que dificulta la identificación de figuras, en este sentido el paciente sufre una desorganización en su proceso de diferenciación con el medio (fallo en la autorregulación orgánica) y por ende se ve en la necesidad de generar, lo que Marcos José Müller Granzotto y Rosane Müller Granzotto (2013) denominaron como “ajustes psicóticos” tales como el Aislamiento social, el Llenado de fondo (alucinaciones) y la articulación del fondo (Delirios). Resulta relevante hacer una detención en esta última característica, ya que una de las funciones principales del proceso de Autorregulación orgánica hace referencia a la mantención de niveles homeostáticos en la relación que se da entre el organismo y el contexto, donde el organismo sano va tener a la diferenciación, lo cual implica una claridad básica respecto al reconocimiento y establecimiento de límites entre el organismo y el ambiente, lo cual es un mecanismo que difiere en la manifestación psicótica de la persona con esquizofrenia ya que tanto los delirios como en las alucinaciones surgen como manifestaciones que confunden a la persona respecto a la distinción de lo interno con lo externo, generando niveles elevados de angustia que son comúnmente abordados en dinámicas comúnmente asociadas al Aislamiento social y en mucho menor medida, cuando la persona se percibe gravemente trasgredida, desde la agresividad, en cualquiera de ambos casos se da origen a una dinámica polar caracterizada por la rigidez y la falta de contacto del organismo consigo mismo y con el entorno.

Por otra parte, La sintomatología Negativa<sup>4</sup> de la esquizofrenia, la cual hace referencia a las manifestaciones que inciden en el empobrecimiento de algunas características del paciente (falta de interés, apatía, falta de fluidez del pensamiento, dificultades cognitivas etc.) además del empobrecimiento de la interacción del paciente consigo mismo y con el mundo, también pueden ser comprendidas como una característica común de la Visión existencial donde el paciente con frecuencia comienza a generar una tendencia a ensimismarse, desconectarse de sí, e inclusive desorganizarse en el contexto, todos estos actos emergen como ajustes ante la percepción de un contexto hostil y una percepción propia empobrecida, realizando el paciente intentos por desprenderse de una existencia que le tiende a parecer desorganizada, incomprensible y en donde no se permite ser ni estar. En este sentido el paciente tenderá a percibir con temor y angustia su percepción de inadecuación en el contexto (lo cual está en relación con la aparición de ideas paranoides). Esto se puede evidenciar desde niveles muy concretos, partiendo de una presentación personal que usualmente es descuidada y de una corporalidad que en muchas ocasiones puede impresionar como rígida (Estados Catatónicos) o al contrario, presentando una excesiva pérdida de vitalidad.

En las fases de mayor descompensación los pacientes tienden a tener dificultades para establecer contacto visual, configurándose esto como un ejemplo claro de interrupción de contacto con los otros y el mundo. Desde la corporalidad suelen observarse bajos niveles de energización o por el contrario: rigidez, presentando en ambos casos una tendencia a conectarse alteradamente con lo corporal. El considerar lo anterior implica notar que en coherencia con los síntomas positivos, los síntomas negativos tienen la capacidad de alterar el proceso de autorregulación del organismo del paciente con esquizofrenia al generar en este frecuentes mecanismos para evitar el contacto de la persona con el mundo y consigo misma, lo

---

<sup>4</sup> Véase caracterización de Síntomas Negativos en el apartado de Marco teórico de la presente tesis.

“evitativo” aquí tiene una funcionalidad para el paciente (en relación a la percepción de estar en un mundo “hostil” y a percibirse desde una vivencia de “inadecuación”) el cual muy probablemente tenderá a buscar un escape, generando por tanto una respuesta de evitación y desconexión, la cual atenta negativamente a la capacidad de responder con espontaneidad a las posibilidades que entrega el contexto.

*Ejemplo 2:*

*Rafael es un hombre de 44 años, a los 23 años fue diagnosticado con esquizofrenia, Durante la entrevista psicológica Rafael se presenta con un buzo y polerón negros, también lleva lentes oscuros, habla con una voz tenue y tiende a estar muy quieto. Al verlo me impresiona como si quisiese evitar el contacto, me inquieta no poder hacer contacto visual por lo que le consulto si puede quitarse los lentes en la entrevista para promover la interacción, ante lo cual Rafael accede. A rostro descubierto, pero con la mirada de Rafael en un punto perdido en la pared iniciamos la entrevista.*

*Durante el diálogo Rafael refiere haber comenzado a tener una serie de experiencias extrañas en contexto con la gente en la calle, sentía que los demás podían leer sus pensamientos y que las personas estaban armando un complot contra él, sentía miedo en casi todas partes, cuando estaba en la micro, en la calle y en su lugar de trabajo, percibía que los demás no paraban de hablar sobre él y que planeaban hacerle daño y perjudicarlo, esto lo llevó a recluirse en su domicilio, abandonado sus funciones laborales en una bodega de juguetes, disminuyendo significativamente todo vínculo social, hasta con su propia familia, lo que lo llevó a encerrarse en su pieza por 1 año aproximadamente, sólo saliendo para ir al baño y recibiendo alimentación sólo por su madre, a quien tampoco permitía ingresar a su pieza pero al menos recibía la comida que ella le preparaba.*

El ejemplo anterior corresponde a una experiencia donde los Ajustes de aislamiento permiten a la persona, desde su vivencia, interrumpir en lo que les es posible el contacto con un mundo percibido como hostil, pero a su vez genera una interrupción y limitaciones en sus procesos de desarrollo desde el ámbito social.

#### **6.1.4 Conceptualización de la esquizofrenia desde la teoría del *Self*.**

¿Qué Somos? El pensar en la esencia de la naturaleza humana y en los significados de ésta podría conducir a elaborar un sin número de investigaciones que no son motivos para el presente estudio, a pesar de aquello siempre es relevante, y sobre todo en las disciplinas de las ciencias sociales, detenerse sobre algunos aspectos que permiten reconocer la emergencia de la humanidad, en ese sentido pareciera que la interacción, y particularmente el Lenguaje durante los últimos años se han posicionado desde un rol fundamental. Las palabras emergen con la facultad de nominar, de dar significados y tienen la potencialidad de dar sentido a lo que socialmente construimos como realidad, por tanto, podemos ser a medida de que tenemos la oportunidad de crear el ser por medio del lenguaje y de la interlocución mediante el lenguaje (Gergen, 1996). Por otra parte, hay autores que señalan sobre una naturaleza “semigregaria” del ser humano (Carvajal, 2008), es decir, pareciera que la soledad es parte importante del vivir, pero en algún momento, con mayor o menor voluntad, el ser está llamado al encuentro con un otro/a. No hay dudas de que las teorías o posturas teóricas que toman la interacción y particularmente el lenguaje como aspecto fundamental sobre la comprensión de lo humano han dado con un punto central, pero con alta probabilidad pueden llegar a invisibilizar los aspectos elementales para la elaboración de las expresiones de interacción, configurándose aquello desde lo que se conoce como cuerpo o corporalidad.



El comunicar se sostiene basalmente en una corporalidad que inicia y permite dar forma a la expresión humana, en este sentido, fenómenos como la conciencia y la voluntad emergen desde una corporalidad o varias corporalidades que interactúan y se significan tanto de forma mutua como al entorno en que coexisten. En este contexto también es posible señalar que el ser antes de comunicar deba habitar, el habitar a su vez implica el ejercicio de sentir y de sentirse, es decir, volver a tomar contacto con la corporalidad, siendo la conciencia de esta corporalidad el inicio del ciclo del lenguaje y de la interacción intencionada.

¿Qué sucede entonces cuando se producen alteraciones perceptivas importantes y aquello que se presenta como real no es tal para los demás? En el caso de la Neurosis pareciera que la confusión aparece de manera predominante en un nivel de significado o interpretativo (creencias o actitudes construidas en la interacción con el mundo) pero no en el nivel literalmente perceptual, en este sentido se puede esperar de forma “razonable” que sea parte del interactuar generar diferencias a nivel de interpretaciones o creencias, pero existe un impacto mucho mayor cuando lo perceptivo se presenta como una diferencia entre una persona y otra, ya que lo que se ve, escucha o se huele se da comúnmente como un “hecho”, de tal forma no se entra en un cuestionamiento sobre si lo que perciben es real o no, si no que el cuestionamiento tiende a recaer en la creencia que se elabora a partir de lo ya percibido.

En el caso del espectro psicótico, terreno desde donde emerge la esquizofrenia, son precisamente las percepciones las que se presentan con alteración, dando origen a lo que se conoce como alucinaciones e ideas delirantes, o lo que Marcos Müller-Granzotto y Rosane Müller-Granzotto (2013) denominaron como “Ajustes de llenado de fondo” y “Ajustes de

articulación de fondo” respectivamente. Es necesario señalar que tanto las alucinaciones como las ideas delirantes implicarán en la persona una vivencia traducida en una experiencia que expresa desde una corporalidad alterada, siendo aquello aparentemente más evidente en el caso de las alucinaciones las cuales implican un evidente fallo de lo perceptivo Murillo (2007) define las alucinaciones como una percepción real contemplando:

Nitidez corpórea, proyección especial, independencia de la voluntad y certidumbre de realidad” posteriormente agrega: “fundamentalmente las alucinaciones son de oído, siendo susurros de personas anónimas y múltiples. En ocasiones los pacientes manifiestan que los pensamientos suenan (sonorización del pensar) o que se les repiten como en eco (eco del pensar). A todo lo anterior, el paciente suele llamar: Voces. (p.529)

En el caso de las ideas delirantes, la situación no es tan distinta, ya que si bien la idea delirante es definida como: “Ideas de significación equivocada, de origen morboso e incorregible. La incorregibilidad se refiere a que la argumentación lógica es estéril” (Murillo, 2007, p. 530). La experiencia delirante se instala como una vivencia donde el cuerpo se ve implicado, en gran parte de las ocasiones por medio de sensaciones de angustia y miedo. A partir de lo anterior, ya es posible inferir que la pregunta respecto a ¿Que surge primero, la idea o la sensación?, se vuelve menos relevante ya que la persona vive ambas experiencias en simultaneidad, generándose una suerte de retroalimentación donde la percepción fortalece la idea y la idea a su vez vuelve a fortalecer a la percepción. En este contexto la concepción holística de la terapia Gestalt emerge como un contenedor que permite comprender la experiencia alucinatoria y delirante como una experiencia distinta desde lo conceptual pero que es vivenciada por la persona desde un estar siendo integral y simultaneo.

### Ejemplo 3:

*Pablo es un paciente joven de 21 años, cuando es entrevistado por el equipo impresiona con una postura corporal rígida en sus extremidades superiores e inferiores, su espalda es recta en la silla y sus piernas se mantienen flectadas sin movimiento, sus brazos se apoyan en sus muslos y sus manos se forman como puños cerrados. Cuando comienza a hablar reconozco un tono aplanado, un discurso que en principio me parece carente de motivaciones, sus respuestas tienden además a ser breves. A medida que mis compañeras desarrollan la entrevista, escucho, observo y me observo, paulatinamente hago contacto con una sensación de falta de conexión, como si el paciente estuviese en algo distinto a lo que le proponíamos, claramente no estamos sintonizando con él.*

*Una vez que preguntamos sobre su sentir en la entrevista me parece que el paciente logra un poco de mayor enfoque consigo mismo, refiriendo una dificultad y un miedo que lo acompaña desde hace un tiempo: “Siempre trato de llevar mis manos cerradas, haciendo un puño con ellas... hay personas que pueden robar el alma de otros, yo aún tengo mi alma pero me la pueden robar, entonces cierro mis puños y así sé que mi alma se quedará conmigo y nadie podrá robarla”.*

Al revisar el ejemplo es posible notar como la experiencia del paciente se presenta desde una vivencia integral, donde la idea delirante se constituye como una percepción de implicancias corporales y actitudinales, donde la base de la idea delirante emerge desde una vivencia afectiva de desconfianza y miedo, de esta forma la idea, la sensación, el cuerpo y el acto se implican respectivamente.

Tal como se señaló anteriormente, la experiencia perceptual en la persona con psicosis y esquizofrenia se caracteriza por una vivencia corporal fuertemente alterada, implicando aquello

el comportamiento alucinatorio y delirante, generándose por tanto implicancias en el ámbito del comportamiento y la voluntad así como también a nivel de creencias y actitudes. En este sentido se vuelve útil desplegar un punto de partida que permita elaborar los aspectos implicados, fin para lo cual se utilizará la **Teoría del Self** elaborada por Perls, Hefferline y Goodman (2002).

**6.1.4.1 Funciones del Self en psicosis.** La teoría del *Self* surge como una forma comprensiva de la experiencia del ser humano en la cual se integra procesualmente la interacción organismo/ambiente, dando origen al contacto, proceso necesario para la identificación y formación de figuras, o lo que más concretamente también se comprende como continua satisfacción de necesidades dentro de un continuo vital. En otras palabras el *Self* da cuenta de la capacidad de la persona respecto a poder generar un enfoque de acuerdo al “cómo” espontáneamente va emergiendo la experiencia, favoreciéndose en dicha dinámica el homeostasis de aquel organismo determinado.

Comprendido ya el *Self* como el sistema natural y dinámico de contactos necesarios para la adaptación en un campo, implicándose en aquello el proceso de autorregulación orgánica y finalmente el ajuste creativo, Perls, Hefferline y Goodman describen 3 dinámicas experienciales posibles que emergen de forma integrada y simultánea en la vivencia de la persona.

Las tres funciones del *Self* se entienden como capacidades de la persona de relacionarse con el mundo: el ello como Fondo de la experiencia, lo que está -dentro de la piel-, la personalidad como asimilación de los contactos anteriores y el Yo como motor que mueve las otras dos funciones y que elige lo que le pertenece y aquello de lo que se enajena. (Spagnuolo, 2002, p.111)

**6.1.4.2 Función Ello.** La función Ello implica el contacto que surge desde el funcionamiento fisiológico y la vivencia corpórea, donde ambas no se vivencian aun como una figura necesaria de explorar en detalle por el organismo, por lo cual la experiencia del Ello se instala como el contacto de fondo de la experiencia en un nivel preconsciente: “Es lo que se muestra ausente mientras es previo” (Müller Granzotto, M. y Müller Granzotto, R., 2009, p.87). Configurándose por tanto como el fondo de la experiencia. Perls, Hefferline y Goodman (2002) caracterizan la función Ello de la siguiente forma: “El segundo plano dado, que se disuelve en posibilidades, incluyendo las excitaciones orgánicas, las situaciones inacabadas del pasado que se vuelven conscientes, el entorno vagamente percibido y los incipientes sentimientos que conectan al organismo con el entorno” (p.195). En la función Ello la experiencia se asocia a un estado de contacto pero de naturaleza pasiva, configurándose por tanto como un precontacto del organismo.

Al realizar una lectura fenomenológica del paciente con esquizofrenia descompensada, lo primero que surge como evidente para el terapeuta muy probablemente será la corporalidad del paciente, dimensión que precisamente se instala en la función Ello. Tal cual se ha expresado en apartados anteriores, suele observarse una corporalidad alterada, donde lo primero que impresiona comúnmente es la falta de contacto visual del paciente, fenómeno que pareciera representar concretamente la evitación ante el encuentro con los otros/as. El paciente con esquizofrenia también podrá presentar en lo corporal rigidez, o al contrario, laxitud. El movimiento es un aspecto que desde lo corporal también suele verse alterado, pudiendo presentar los pacientes estupor y catatonía entre otros fenómenos del comportamiento. En cualquiera de los

casos anteriores, la vivencia corporal del paciente se expresa desde un reconocimiento o contacto parcial, como si el paciente tuviera dificultades para reconocer y habitar el propio cuerpo, ya que también desde esta dimensión suelen presentarse fenómenos que se mezclan con una ideación delirante y alucinatoria. A continuación se entregará un ejemplo de un extracto de un relato realizado a un paciente en fase de tratamiento donde se evidencia la alteración en de la Función Ello:

*Ejemplo 4:*

*“Me estoy sintiendo muy mal, siento que mi cerebro está totalmente destruido, lo siento sangrando y explotando constantemente, no puedo pensar bien las cosas, las ideas van y vienen, se me escapan de la cabeza y quedo desnudo, sé que por eso la gente en la calle puede leer mis pensamientos”*

Como es posible identificar en el ejemplo anterior, desde el relato de algunos pacientes se logra observar dificultades en la delimitación de lo interno/externo, logrando a su vez instalarse aquella dificultad desde una vivencia que implica la vivencia de transgresión explícita de lo corporal. Ante la dificultad del paciente con respecto a establecer la frontera del contacto surge la desorganización y las dificultades a nivel de Autorregulación orgánica en el proceso de búsqueda de homeostasis organismo/ambiente, dando origen a una dinámica vivencial donde la función Ello se encuentra tensionada, generando por lo tanto la presencia de altos montos de angustia en el paciente.

Tal como se ha dicho, en los pacientes con esquizofrenia descompensada se presenta dificultad en el reconocimiento de la frontera entre lo interno/externo, lo cual también puede evidenciarse en la común sintomatología paranoide, donde la percepción de mundo amenazante

se entrelaza con esta falta de delimitación de lo corporal, lo cual a su vez implicará una desorganización de la vida psíquica de paciente. En este sentido los pacientes suelen generar delirios asociados a la creencia de que otras personas pueden leer sus pensamientos o acceder a su vivencia interna de forma deliberada, en cualquiera de ambos casos la experiencia se elabora desde un sentir de estar siendo trasgredido por el entorno.

Por último, es necesario distinguir el funcionamiento de la función Ello en la persona con esquizofrenia y la persona con trastorno de personalidad ya que aquello puede confundirse. Como ya se ha planteado, en el caso de las personas con esquizofrenia descompensada, el Ello se siente y es posible de ser escuchado, pero este se encuentra alterado, a diferencia de la persona con trastorno de personalidad que presenta dificultades para sentir el Ello, viviéndose este como una esencia, en este último caso la función Ello se presenta silenciosa, no se haya, generando por tanto la experiencia de vacío que genera una alta reactividad afectiva y una necesidad de sostén desde lo externo.

La experiencia de desorganización de fondo en el paciente con esquizofrenia descompensada genera una vivencia interna ansiógena, donde la angustia retroalimenta el sentido de Aislamiento social, en este sentido el trabajo sobre la función Ello emerge como un foco de intervención básico del tratamiento psicoterapéutico, ya que sólo a medida de que el paciente logra una coherencia y consistencia en relación a la vivencia interna podrá generar una apertura al mundo social externo.

**5.1.4.3 Función Yo.** Esta función del *Self* se relaciona con la voluntad y la toma de decisiones ante la identificación o diferenciación del organismo con partes del campo, en este sentido se destaca la intencionalidad como una forma de ser activo en el mundo para así iniciar el contacto. Dentro de la función Yo también se reconoce la “acción” del organismo en el medio, favoreciendo aquello el movimiento del organismo que podrá facilitar la diferenciación en el entorno.

En el caso de los pacientes con esquizofrenia descompensada, la función Yo logra desplegarse en concordancia de la elaboración del delirio, en este sentido el delirio se construye como una forma psicótica e ilógica para poder estructurar una comprensión de la experiencia, que por más que parezca un sinsentido para el resto, emerge como posibilidad de estructuración para al paciente.

Cabe destacar en este punto que en el inicio del cuadro, a lo que se denomina comúnmente como Fase Prodrómica, el paciente logra sentir y se da cuenta que algo en su vida ha cambiado, sin lograr identificar o dar sentido a ese cambio, generando aquello angustia en él. Una vez que la enfermedad se expresa en su fase crítica surgen los primeros síntomas psicóticos propiamente tales, así como alucinaciones y delirios. Con respecto a estos últimos, así como lo expresa Müller-Granzotto, M. y Müller-Granzotto, R. (2009), los delirios emergen como Ajustes de articulación de fondo, en este sentido cumplen el rol de estructurar, psicóticamente, la experiencia de contacto del paciente. De esta manera, el paciente logra generar actos y tomar decisiones ante los delirios elaborados, la voluntad y deliberación en este sentido se constituyen desde el sentido que para el paciente toma su propio delirio:



*Ejemplo 5:*

*En una entrevista de ingreso a hospitalización diurna, Agustín de 22 años, refiere al comenzar la entrevista que fue hospitalizado por defenderse de sus vecinos. El joven paciente se encuentra sentado con una postura corporal rígida, me impresiona desde un conjunto de expresiones que me sugieren tensión y severidad, evita el contacto visual y su expresión facial es más bien rígida. Percibo incomodidad en la entrevista y me contacto con una sensación de intriga y preocupación.*

*Al buscar profundizar en el relato Agustín logra referir que hace semanas comenzó a encerrarse porque sus vecinos le gritaban insultos desde la casa contigua a la suya, insultos que podía escuchar desde su propia habitación, por lo cual un día no soportó más aquello y decidió arrojar piedras a la casa de los vecinos.*

*De forma posterior, ese mismo día sus familiares llamaron a la ambulancia y Agustín fue trasladado al servicio de urgencias del Hospital.*

Al revisar la historia del paciente, el equipo logró identificar un historial vincular conflictivo entre Agustín y su entorno. También se descartó que los vecinos efectivamente estuviesen gritando insultos, logrando configurarse aquella vivencia como una experiencia delirante y alucinatoria, donde el propio paciente, sin distinguir aquello, optó por generar una conducta de defensa y posterior agresión.

**6.1.4.4 Función Personalidad.** La función Personalidad se instala desde el relato verbal del paciente en relación a la comprensión del sí mismo, el cual a su vez se sostiene sobre las creencias y actitudes incorporadas a lo largo de la vida, en este sentido responde a la pregunta:

¿Quién soy yo? La cual, para poder ser respondida, requiere echar mano a la integración de la historicidad del paciente y del aprendizaje de este en relación a su experiencia. Gracias a esta función el paciente puede elaborar verbalmente un sentido de identidad respecto al quien soy, asumiendo además la dimensión temporal del *Self*, la cual toma el quien soy, pero además considera una preferencia clínica del soy como un “estar siendo”. De acuerdo a lo señalado por Perls, Hefferline y Goodman (como se citó en Müller Granzotto, M. y Müller Granzotto, R., 2009), la función Personalidad es comprendida como:

Es el sistema de actitudes asumidas en las relaciones interpersonales, es la admisión de lo que uno es y lo que sirve de base a partir de la cual se podría explicar el propio comportamiento si se nos pidiera una explicación. (p.92)

La caracterización del sí mismo desde la función Personalidad implica una descripción centrada en el quien soy en movimiento, pero a su vez compromete una mirada sobre como es el mundo donde soy, ante lo cual se posiciona una mirada existencial donde se integran los introyectos y el deber ser, configurándose tal dinámica como la cuna de la neurosis.

En el caso del paciente con esquizofrenia, se identifica con alta probabilidad un reconocimiento identitario empobrecido, donde la persona genera dificultades para elaborar un relato consistente sobre el sí mismo, más aún en algunos estados particulares de descompensación, ya que al presentarse una desorganización del pensamiento se implicará una dificultad para elaborar un relato consistente sobre el “quien soy”, en este sentido, a medida de que el proceso de tratamiento va generando un impacto favorable, el paciente podrá generar una

elaboración verbal de mayor organización y consistencia respecto a su experiencia, historicidad y por ende, se favorecerá la elaboración sobre el “quien soy” y/o el “quien estoy siendo”.

Como ya se señaló en el apartado 6.1.3: **Comprensión de la visión existencial en la esquizofrenia desde su contenido en relación a los ajustes de aislamiento social**, resulta común en la evaluación de la historia longitudinal del paciente, la identificación de dinámicas de conflicto que inclusive pueden llegar a configurarse como experiencias traumáticas en la vida del paciente en etapas tempranas de su desarrollo, si bien este aspecto no se configura como un indicador excluyente, se configura como un factor de riesgo en relación a la elaboración de una función Personalidad saludable y que en repetidas ocasiones surge en el relato de los pacientes una vez que logran mayor organización y generan un despliegue verbal sobre su propia historia y eventualmente sobre su propio sentido de identidad.

Como el lector ya podrá intuir, el trabajo sobre la función Personalidad de la persona con esquizofrenia implica un abordaje clínico sobre la Visión existencial de esta, inclusive además de una eventual observación e intervención sobre su Dinámica polar. Trabajar sobre la Visión existencial y la Dinámica polar implica un desafío necesario para el terapeuta gestáltico ya que a su vez involucra trabajar sobre un aspecto fundamental en la vida de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, aspecto que se configura como la introyección popular que recae sobre el general de las persona con un diagnóstico psiquiátrico severo, siendo esto lo que se conoce como Estigma.

Tabla 3

*Resumen de caracterización sobre alteraciones en las funciones del Self en Esquizofrenia y otros cuadros. Fuente: Elaboración propia.*

		FUNCIONES DEL SELF		
		Función Ello	Función Yo	Función Personalidad
CLASIFICACIÓN GENERAL DE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL	Neurosis	Usualmente no se altera desde un foco central.	Responde en concordancia con las características de la función Ello y Personalidad.	Instalación principal de dinámica patológica.
	Trastornos de personalidad	El Ello está silencioso, prácticamente no se siente, generando la experiencia de vacío. La patología se instala aquí.	Responde en concordancia con las características de la función Ello y Personalidad.	Con alteraciones en relación a conflictos con el si mismo y el entorno.
	Psicosis (Esquizofrenia)	El Ello si se siente, pero está alterado. Aquí se instala la dinámica patológica. Trabajo terapéutico inicial considerando el ajuste del Ello.	Responde en concordancia con las características de la función Ello y Personalidad.	Con alteraciones en relación a conflictos con el si mismo y el entorno.

### **6.1.5 Conceptualización de la autorregulación organísmica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde la terapia Gestalt.**

El esfuerzo por generar una conceptualización del proceso de autorregulación organísmica en pacientes que presentan esquizofrenia se comprende desde la necesidad de observar y relacionarse con el fenómeno de una forma esencial, considerando además que una descripción solamente sintomática sería insuficiente tomando en cuenta la multiplicidad de manifestaciones que puede presentar en cada persona. También es necesario recordar que la esquizofrenia no presenta causales claramente establecidas, sino que más bien responde a una multiplicidad de factores que se interrelacionan y que responden de manera diferente en cada caso, donde usualmente se implican aspectos genéticos, neurobiológicos, culturales y familiares, generando en su conjunto una condición de vulnerabilidad psíquica. Ante este contexto es que se vuelve fundamental elaborar una aproximación fenomenológica que permita comprender a las personas con esquizofrenia más allá de la desorganización de síntomas que estos presentan, generando por tanto una perspectiva que profundice en aspectos centrados en la experiencia común de los pacientes, considerando por tanto las dificultades que se producen de forma previa a una manifestación sintomática polimorfa.

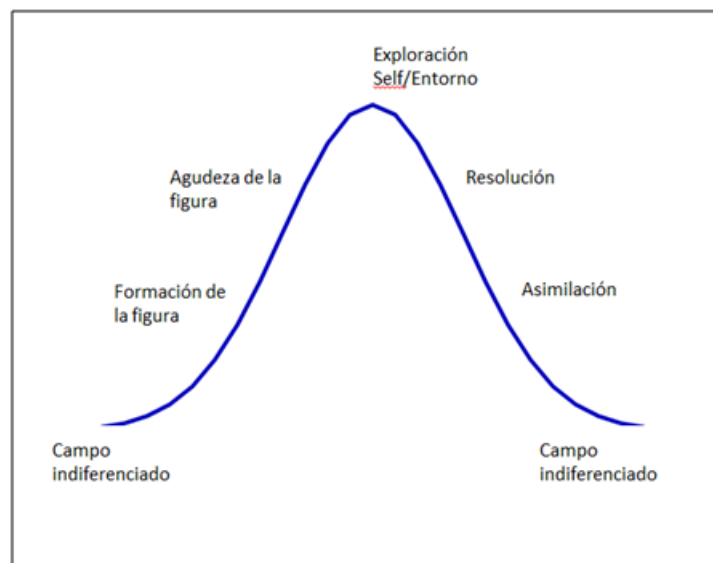
La compleja tarea de abordar la esquizofrenia desde sus aspectos fundamentales implica coherentemente considerar la teoría gestáltica desde sus propias bases, reconociendo que si bien, las técnicas que presenta poseen un gran potencial, estas carecerán de una utilidad real si es que no se contextualizan desde una comprensión esencial que permita direccionar la intervención de una forma coherente y consistente de acuerdo a la necesidad del paciente.

Ya desde el marco gestáltico, el referir sobre un organismo saludable implica generar una perspectiva de campo, es decir, reconocer el entorno en que se desarrolla, considerando en aquel ejercicio la interrelación.

Entre ambos estados (organismo/ambiente), así como se establece en la clásica relación figura/fondo que desarrolla la teoría gestáltica, donde la figura emerge desde un contexto que permite su definición y observación, dando origen a una dinámica constante de figuras que abren y se cierran, favoreciendo la continua adaptación del organismo en el campo. Bajo estas dinámicas es donde se instalan algunos de los pilares básicos de la Gestalt, tales como la relación subjetiva del aquí y ahora, la visión de campo, y fundamentalmente los fenómenos homeostáticos que se desarrollan en la dinámica de interrelación organismo ambiente delimitado por lo que se conoce como “límite de contacto”.

El establecimiento del límite de contacto se comprende como la dinámica que permite la delimitación y los proceso de diferenciación, en este sentido, al conectar con una figura es el límite de contacto el que establece la diferenciación del organismo en el entorno, permitiendo por tanto elaborar procesos de discriminación que seleccionan lo que es relevante para el organismo de forma constante. Por tanto, cuando el organismo logra crear figuras y logra contactar con la barrera de contacto es que se produce la experiencia consciente, donde se implica la intencionalidad como forma de direccionar el desarrollo del organismo de acuerdo a las necesidades de este, favoreciéndose en tales dinámicas los procesos homeostáticos.

El hacer referencia a los procesos homeostáticos y a la diferenciación del organismo en el campo puede relacionarse con la capacidad de generar estados de equilibrio y desequilibrio, o en otras palabras, estados de salud y enfermedad. Desde la Gestalt, el concepto de enfermedad se encuentra precisamente enfocada en la pérdida de capacidad del organismo respecto a identificar y satisfacer necesidades, generando por tanto fallas en los procesos de autorregulación orgánica que se traducen en la vivencia de rigidez y malestar. Por el contrario, se habla de una función de autorregulación orgánica organizada cuando el organismo logra identificar sus necesidades y a su vez genera acciones concretas para satisfacer las necesidades que se abren y cierran momento a momento (Martínez y Varas, 2005). En otras palabras, la figuras aparecen de acuerdo a necesidades que surgen en el organismo, una vez que el organismo logra generar un “darse cuenta” de la necesidad y realiza un acto para satisfacerla, la figura pierde potencia y se genera un cierre que se transforma en una experiencia de fondo.



*Figura 4.* Proceso Gestáltico de Formación-resolución de la figura. Tomado de Burley y Frier (2004).

Desde la Intervención gestáltica es posible señalar que el planteamiento respecto a la identificación y satisfacción de necesidades se entrelaza también con los sentidos de confianza y responsabilidad que se le entrega al propio paciente en relación a la necesidad de autoapoyo, el cual puede configurarse como una meta terapéutica transicional que se conduce desde un apoyo externo hacia una responsabilización que se direcciona hacia el autoapoyo. En este contexto, durante un proceso de tratamiento, el paciente con esquizofrenia descompensada deberá ser asistido y acompañado de manera tal, que paulatinamente genere un contacto consigo que le permita identificar sus propias necesidades y tomar responsabilidad en relación a estas, favoreciéndose en aquel camino el proceso de autorregulación orgánica.

***6.1.5.1 Autorregulación orgánica de la esquizofrenia comprendida desde la manifestación del ciclo de necesidades de la persona (Formación e integración de la figura).***

¿Qué ocurre con la persona con esquizofrenia para llegar a ser considerada como paciente revisado ya el concepto de enfermedad en Gestalt? El intento por resolver a esta pregunta sin considerar una prolijidad necesaria puede conducir a generar un error de alcance. La evidencia a la fecha refiere principalmente sobre un diverso conjunto de síntomas desde donde surgen las condiciones de “Pérdida de juicio de realidad” y “desorganización” las cuales logran configurarse como aspectos fundamentales en la evaluación y diagnóstico del cuadro.



La referencia sobre el concepto de juicio de realidad, además de implicarse en aspectos clínicos, debe considerarse desde una base comprensiva contemporánea, tomando en cuenta el astillamiento que ha generado el concepto de “realidad” y “objetividad”. En este sentido las hipótesis sobre lo que es real y objetivo, ambos conceptos incuestionables en la antigüedad, entran en crisis, permitiendo la emergencia de diferentes perspectivas críticas a lo que anteriormente era dado por obvio, en este sentido lo real se relativiza en función del observador y del tejido social en que este se encuentra, dejando atrás el esencialismo y la idea de que el mundo puede ser comprendido desde la objetividad del experto.

Una vez revisado lo anterior, podemos disponer una definición de “Pérdida de juicio de realidad” donde esta última se relativiza en función del contexto donde se construye, en este sentido la realidad y el juicio sobre esta recae sobre el consenso social que elabora una aproximación sobre lo que es real o no. Es por lo anterior que las vivencias de las personas con esquizofrenia, ya sea desde la producción delirante o alucinatoria, pueden interpretarse desde diferentes maneras. En diferentes culturas ancestrales el encuentro con la realidad no solo es realizado desde una experiencia racional consciente, sino que surgen las figuras de brujo, machi, etc. Los/as cuales en su conjunto pueden tomar matices muy distintos pero tienen en común el acercamiento a una “realidad” que para el común de las personas del grupo es inaccesible de forma regular. En este contexto el brujo, machi etc. No es considerado un “Loco” sino más bien, un mediador entre dos o más realidades. “Nuestro conocimiento del mundo y de nosotros/as mismos/as está vinculado a la interpretación que realizamos desde el marco lingüístico y cultural en el que nos desenvolvemos” (Iñiguez, 2007, p.527).

Es por lo anterior, que el concepto de Esquizofrenia como enfermedad no solo debe ser considerado solamente desde la idea de pérdida de juicio de realidad, sino que además debe implicar un sentido de “desorganización” donde el paciente genera un menoscabo respecto a su funcionalidad básica respecto a si mismo y en el mundo, es por eso que el sufrimiento del paciente se vuelve un aspecto fundamental a evaluar, considerando su eventual rigidez, dificultades en la integración social, pérdida de autovalencia en la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación e higiene, dificultad en la toma de decisiones y especialmente la angustia de su vivencia en relación a si mismo y al mundo.

Tal cual se ha señalado en apartados anteriores, una de las experiencias fundamentales de la persona con esquizofrenia descompensada apuntan a la vivencia de desorganización que tiende a recaer en una forma de autismo el cual a su vez opera como desapego tanto con el mundo externo como consigo mismo, la vivencia autista entonces se configura como una forma de experimentar el mundo que configura múltiples implicancias: Por una parte el autismo surge como una forma de hibernación ante la experiencia del organismo de incomprensión sobre el entorno, además de una vivencia de un *Self* cuyas funciones se encuentran alteradas. La distorsión en la función Ello así como las creencias y los afectos elaborados en la función Personalidad dificultan el pleno despliegue del organismo, contribuyendo aquello a la desorganización del sí mismo y por ende a la vivencia de desconexión figura/fondo. El desapego entonces no solo se da en relación al entorno, sino también desde el organismo sobre sí mismo. Surge entonces el desinterés, el empobrecimiento de funciones y en general una vivencia caracterizada por la falta de presencia y consistencia. En este contexto, el organismo presentará un estado de confusión el cual Bleuler denominó como “ambivalencia” (Landriscini, 2014).

La ambivalencia opera como un mecanismo que nubla al organismo y que dificulta los procesos de identificación de figuras, en este sentido el organismo pierde capacidad de autorregulación y no logra priorizar de acuerdo a la necesidad que va surgiendo, generando una vivencia de angustia y una dificultad en la toma de decisiones en función de restablecer los caminos para su propia salud:

Para el paciente esquizofrénico, el proceso de autorregulación orgánica parece romperse en las etapas de formación y agudización de la figura. En consecuencia, el clínico tiene la tarea de sonsacar lo que es la figura para el paciente, cuyo fondo desorganizado está expresando una necesidad enterrada en el caos. Dado que la cohesión figura/fondo está interrumpida, esto impide que el paciente determine claramente sus necesidades interpersonales primarias y por tanto requiera ayuda para hacerlo. (Greenberg y Fisher, 2015, p.114)

Tomando en consideración la gravedad del cuadro que presentan las personas con esquizofrenia y la pérdida de autonomía que generan en sus fases de mayor descompensación, es que cobra total importancia la implementación de estrategias de tratamiento enfocadas en acoger al paciente considerándolo/a desde su integralidad, en este sentido destacan las actuales modalidades de tratamiento transdisciplinarias, y enfocadas no solamente en la persona, sino que considerando además el entorno familiar y social en el que se desenvuelve.

**6.1.5.2 Características del “Darse cuenta” del paciente con esquizofrenia que se implican en el proceso de autorregulación orgánica.** A diferencia de muchos de los cuadros del espectro neurótico, la esquizofrenia sin tratamiento se presenta como una enfermedad rápidamente perceptible en la interacción con la persona que la padece, algunos autores hablan inclusive de un “pseudocontacto” (Escobar y Barra, 2011) es decir, una forma de contacto del organismo consigo mismo y con el entorno que puede percibirse como alterada, extraña e inclusive desorganizada. Es necesario señalar también de que a medida de que el tratamiento integral va alcanzando un efecto favorable el contacto de la persona se vuelve más fino, intencionado, presente y organizado.

Con la finalidad de caracterizar la vivencia del “darse cuenta” comprendida esta como: "El darse cuenta es una forma de vivenciar. Es el proceso de estar en contacto alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensorio motor, emocional, cognitivo y energético" (Yontef, 2009, p.171). Se realizará una conceptualización en sus tres áreas principales, siendo estas la experiencia con el mundo externo, la experiencia con el mundo interno y por último la experiencia de la elaboración de fantasías, las cuales operan en conjunto como procesos simultáneos en la vivencia y que permiten tanto la experimentación como la interpretación de la vivencia (Stevens, 2008).

**6.1.5.2.1 El darse cuenta de la experiencia del mundo externo.** La persona con esquizofrenia descompensada muchas veces impresiona desde una actitud de falta de interés con el entorno lo cual dificulta el diálogo, el contacto visual suele desviarse, señal clara de interrupción del contacto con los/as otros/as del mundo. La indiferencia y una evidente distancia

interpersonal que dificulta las actividades sociales son indicadores de la falta de contacto espontáneo con el mundo externo, en este sentido la persona difícilmente genera una percepción clara del entorno, produciéndose un darse cuenta que no responde genuinamente a la situación, el contacto del aquí y ahora en relación al entorno se encuentra alterado.

*6.1.5.2.2 El darse cuenta de la experiencia con el mundo interno.* La experiencia interna se encuentra dada por la percepción espontánea del organismo enfocada en la vivencia corporal la cual también implica la experiencia afectiva vivenciada no desde la interpretación mental sino como una vivencia de sensaciones de agrado/desagrado o tensión/distensión instalada en la experiencia corpórea. Para comprender esta área resulta vital volver a referenciar la vivencia del *Self* desde las características de la función Ello, la cual enfoca en el contacto corporal del paciente. En el caso de las personas con esquizofrenia descompensada la vivencia externa se encuentra presente pero alterada. Tanto las alucinaciones como la producción delirante se constituyen como vivencias que impactan en lo corporal, generando en gran parte de las ocasiones sensaciones de malestar, angustia y desorganización. Bajo este contexto el paciente suele conflictuarse en la experiencia de habitar su propio cuerpo, produciéndose por tanto lo que ya se caracterizó como Autismo, no solo como una vivencia de desconexión con el mundo externo sino que también como una falta de contacto con la propia vivencia interna.

*6.1.5.2.3 El darse cuenta de en la elaboración de fantasías.* La elaboración de fantasías hace referencia a la actividad mental que surge en el presente de la persona pero que surge con la cualidad de regresar a experiencias pasadas o proyectarse hacia el futuro, presentando por tanto un dinamismo temporal. En el caso de las personas con esquizofrenia descompensada la

elaboración de actividad mental se encuentra caracterizada por la elaboración de fantasías de carácter delirante, donde además el darse cuenta mental tiende a escindirse o desconectarse como una forma de comprender o explicar las vivencias, en ese sentido el delirio tiene una utilidad para el propio paciente. Usualmente los delirios esconden una demanda o una necesidad que el paciente no logra expresar con claridad y es rol del terapeuta acompañar y promover con el paciente mayor claridad en la identificación de dicha necesidad.

A diferencia del espectro neurótico, el cual generalmente puede presentar mayor integralidad en relación a la identificación del sí mismo como unidad, el espectro psicótico se caracterizará por una mayor confusión, donde la experiencia externa puede confundirse con la interna, generando angustia y un encapsulamiento autista que empobrece la vivencia espontánea. El paciente con esquizofrenia descompensada posee un Darse cuenta desorganizado y de difícil lectura e interpretación, en este sentido cobra vital importancia proporcionar contextos de intervención que incentiven la estructuración del paciente, esto con el fin de promover la vivencia de integralidad saludable que facilitará de forma paulatina la vivencia en contextos de mayor demanda.

**6.1.5.3 Propuesta de comprensión y modelo teórico de la función de Autorregulación organísmica en personas con diagnóstico de esquizofrenia.** El intento por desarrollar una propuesta de comprensión y modelo teórico de la función de autorregulación organísmica en personas con esquizofrenia responde a la necesidad fundamental de distinguir los aspectos que, en base a los datos recopilados en el presente estudio, se logran constituir como elementos principales que pueden contribuir a reconocer la vivencia de las personas con el diagnóstico desde el concepto de pérdida de salud o enfermedad. En este contexto y de acuerdo a la posición del investigador, resulta indispensable elaborar instancias para contribuir al desarrollo de estrategias que enfoquen al mejoramiento de la calidad de atención, promoviendo a su vez una responsabilización ética en función de la dignificación de las personas que padecen la enfermedad como del contexto clínico/comunitario en que se desarrollan.

Por otra parte, resulta necesario aclarar que la elaboración de la presente propuesta, en ningún caso tiene la finalidad de generar una categorización rígida que desconozca las vivencias particulares de cada paciente, ya que tal cual se ha señalado en apartados anteriores, la presentación de la enfermedad responde a una multiplicidad de formas y tiene la cualidad de generar cursos distintos de acuerdo a las características de la propia persona y del contexto en que se desenvuelve. En este sentido se busca hacer hincapié en aspectos fundamentales de la vivencia de la persona con esquizofrenia descompensada pero que necesariamente debe ser integrado con la experiencia de cada persona de forma específica y única de acuerdo a su historia, contexto, recursos y síntomas que estos/as presentan.

De acuerdo a lo revisado, la autorregulación organísmica se presenta como un proceso natural del ser humano en función de favorecer el estado homeostático entre el organismo y el ambiente, es así como el campo se constituye desde una interdependencia ecológica abierta y fluida entre ambos elementos. El organismo sano es el organismo que logra diferenciarse del ambiente, generando particularidades que lo configuran como una figura que emerge desde un fondo, de esta forma el ser humano se configura en y con el mundo.

El límite entre el sí mismo y el ambiente debe permanecer permeable para permitir intercambios, pero suficientemente firme para mantener su autonomía. El ambiente contiene toxinas que se deben filtrar. Incluso lo nutritivo debe ser discriminado según las necesidades dominantes. Los Procesos metabólicos están regidos por las leyes de la homeostasis. (Yontef, 2009. p.132)

El organismo sano logra un contacto con sus necesidades, las cuales lo energizan y direccionan su acción, en este sentido la vida puede ser comprendida como una suma de momentos y necesidades que se constituyen de acuerdo a las características vitales del propio organismo tomando en consideración el ambiente en que se desarrolla.

Un aspecto fundamental de señalar refiere al reconocimiento de la esquizofrenia como una patología del *Self*. La vivencia de la persona con esquizofrenia descompensada se caracteriza desde la generación de un contacto que constantemente se encuentra alterado, dificultando el darse cuenta en relación al Sí mismo y al entorno. En este contexto la experiencia delirante y alucinatoria se configuran como formas de contactar alteradas, que implican en el paciente la experiencia de “Pérdida de juicio de realidad” y desregulación del *Self*. Más específicamente, en



la persona con esquizofrenia, tal cual se señaló con anterioridad, las funciones del *Self* fundamentalmente alteradas corresponden a las funciones “Ello” y función “Personalidad” las cuales en conjunto se configuran como un “Ground” en la experiencia del *Self*.

En el caso de las psicosis, hay un grave trastorno en la función Ello: no existe el “Ground” de seguridad derivado de contactos desconectados y el Yo no puede ejercer su capacidad sobre ese “Ground”. El contactar está entonces dominado por las sensaciones que invaden un *Self*, podríamos decir, “Sin Piel”. Todo lo que ocurre fuera ocurre también dentro, el *Self* se mueve sin una percepción clara de la frontera con el entorno (Confluencia), sin solución de continuidad, en un estado en el cual todo es una novedad que provoca ansiedad. (Spagnuolo, 2002, p.123)

Desde la perspectiva propuesta se identifican alteraciones en el límite de contacto donde destaca una alternancia entre mecanismos de fusión y aislamiento, donde la fusión opera como una pérdida de límites entre la persona y su entorno (Vivenciada muchas veces como una experiencia de trasgresión de los propios límites corporales que surge a partir de los delirios y alucinaciones), así como en el aislamiento donde se presenta una pérdida de conexión que interrumpe el Darse cuenta en relación a los otros/as y el mundo (Alteración en el funcionamiento relacional que se evidencia en el aislamiento social). En apartados anteriores ya se ha ejemplificado respecto a ambas situaciones, donde los pacientes logran relatar sobre experiencias de pérdida de límites del sí mismo y experiencias de aislamiento social. Al revisar en detalle las implicancias de la alteración en el límite de contacto, es que reconoce el fallo del proceso de autorregulación orgánica, donde el *Self* alterado no logra constituir las condiciones necesarias para una identificación genuina de necesidades, generando fallos en la

formación y agudización de las figuras. En este contexto el paciente posee dificultades para reconocer lo sobresaliente y necesario para él en el aquí y ahora, generando una vivencia de interrupción constante. Este último aspecto es relevante considerando lo señalado por Greenberg y Fisher (2015) “Los individuos crecen en salud psicológica cuando aprenden a reconocer y a satisfacer sus propias necesidades” (p.115)

A continuación se plantea una propuesta comparativa, elaborado por el autor de la presente tesis, entre los procesos de autorregulación orgánsmica entre una persona con dicho proceso conservado y una persona con esquizofrenia descompensada:

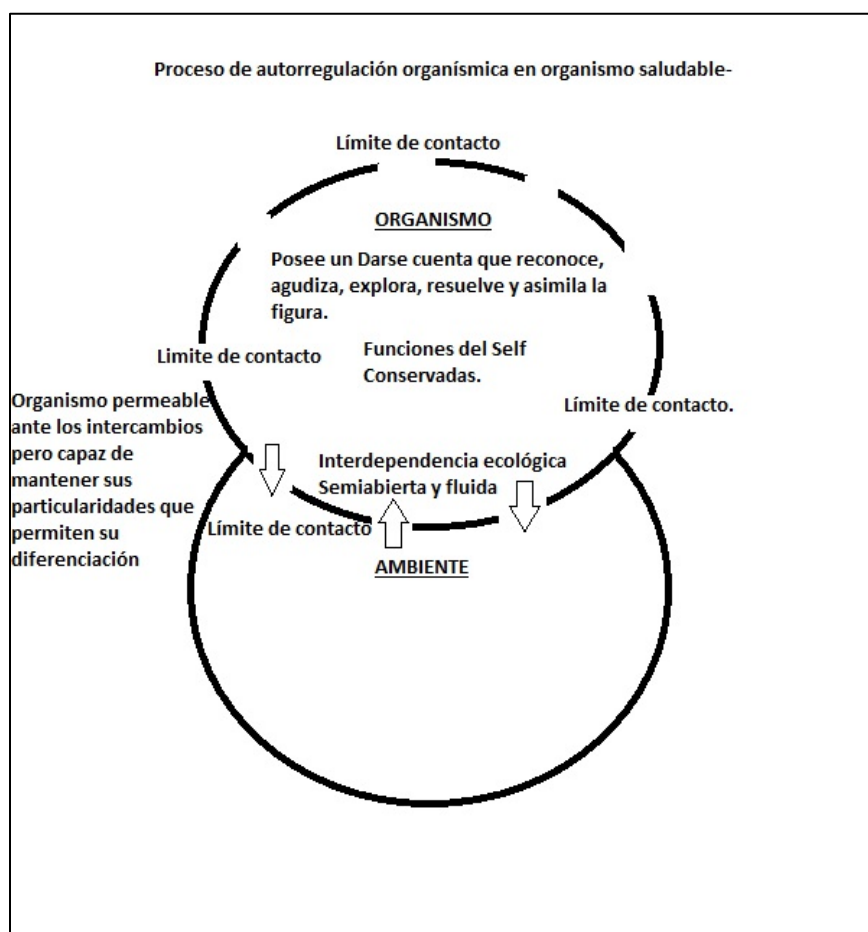
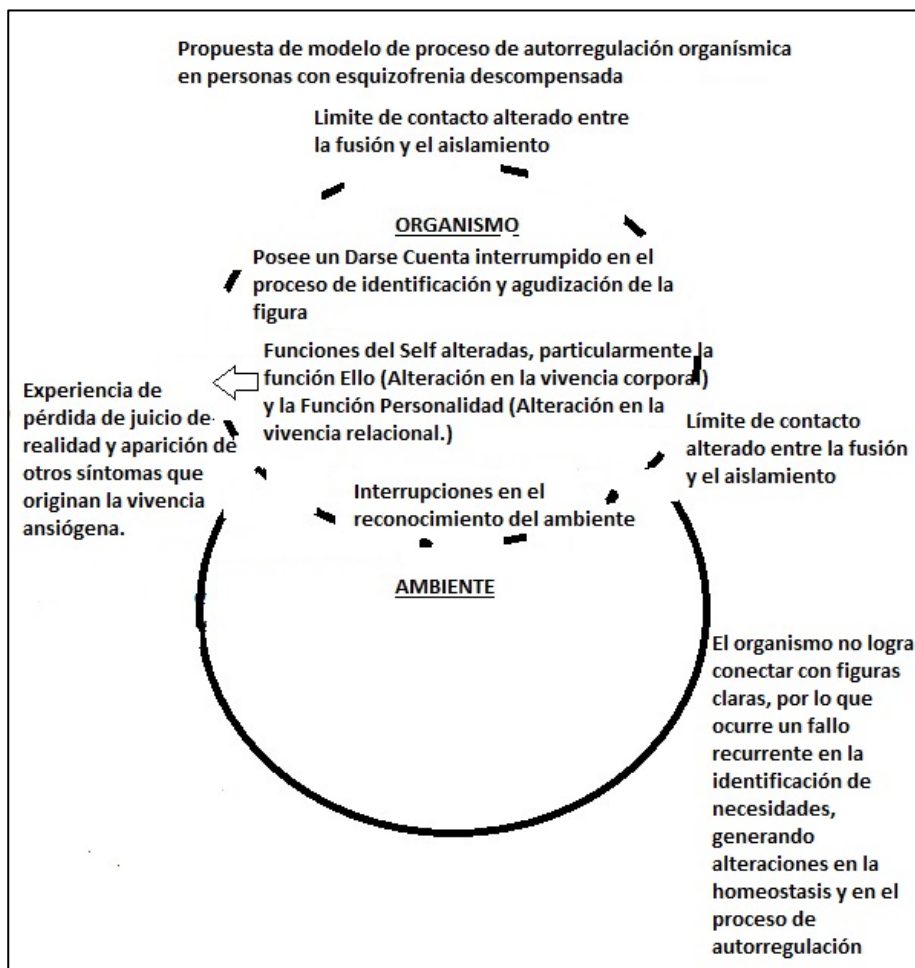


Figura 5. Proceso de autorregulación orgánsmica en organismo saludable. Fuente: Elaboración propia.



*Figura 6.* Proceso de autorregulación orgánica en persona con esquizofrenia descompensada.

Fuente: Elaboración propia.

En razón de lo anterior, la tarea clínica del terapeuta Gestaltico, junto al resto del equipo tratante, implica realizar un trabajo de reconocimiento y vinculación exhaustivo, que facilite la vivencia saludable de la persona con esquizofrenia sobre sí misma, abordando integralmente un trabajo que contemple el afinamiento sobre las distintas funciones del *Self* (las cuales operan en simultaneidad) , lo cual a su vez implicará un proceso terapéutico sobre las tres áreas del darse

cuenta, incentivando en este sentido un Darse cuenta Organísmico que permita a la persona contactar con su respectiva sucesión de gestalts en su proceso regular de apertura y cierre.

## **6.2 Propuesta de objetivos psicoterapéuticos para favorecer el proceso de autorregulación organísmica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt**

El ejercicio de plantear Objetivos de intervención surge como una forma de estructuración y declaración de intenciones del proceso terapéutico, de esta forma el desarrollo de las sesiones se conduce en un rumbo que va generando consistencia y coherencia tanto para el paciente como para el terapeuta a lo largo de un proceso que no se encuentra previamente definido, descubriéndose este en la formación de la relación entre paciente y terapeuta. Una terapia que no plantea objetivos puede fácilmente caer en una forma de relación que se sostiene en los aspectos anecdóticos planteados sesión a sesión, cayendo en un superficialismo que implica una pérdida de tiempo para el paciente así como una pérdida de rol del propio terapeuta.

En relación a las formas de planteamiento de objetivos terapéuticos, cabe destacar que no se configura como una acción rígida, sino que más bien responde a las necesidades de cada paciente y de cada proceso, en este sentido puede producirse una alternación entre planteamientos de mayor directividad por parte del terapeuta y planteamientos de carácter más democráticos donde se plantea una co-contrucción de objetivos terapéuticos. En el caso de los pacientes con esquizofrenia se podrá apreciar en el desarrollo de los siguientes apartados, que el planteamiento de objetivos de intervención puede configurarse desde un continuo que comienza con matices de mayor directividad hasta paulatinamente alcanzar una democratización total de

objetivos de trabajo terapéutico, de todas formas el respeto por la voluntad del paciente debe configurarse como un valor fundamental para iniciar un proceso terapéutico.

Por otra parte, también resulta necesario considerar que, tal cual se señaló en los apartados de conceptualización sobre la esquizofrenia, ésta se configura desde implicancias holísticas en la vida de la persona que la padece (generando Implicancias corporales, cognitivas, afectivas, familiares y sociales) en este sentido en una primera o posterior descompensación se sugiere el acompañamiento de un equipo multidisciplinario que pueda realizar la evaluación y prestar apoyo de forma integral, debiendo en este caso el terapeuta establecer una coordinación continua con la familia y el resto del equipo que trabaja con el paciente, poniendo por delante obviamente las necesidades de este último.

El tratamiento debe ser integral: no sólo medicación, ni sólo psicoterapia, sino que debe considerar todos los aspectos y necesidades de la persona y no descuidar la participación de la familia. Deben establecerse metas con el paciente y no para él. (Huneus, 2005, p.153)

De esta forma se sugiere que los objetivos terapéuticos sean discutidos con el paciente, así como con su familia y el resto del equipo tratante. Cabe destacar que compartir y discutir los objetivos de tratamiento con el resto del equipo tratante, así como con los familiares, debe implicar la confidencialidad de los contenidos propios del proceso terapéutico, en ese sentido sólo se entregará información de los contenidos que emerjan en el proceso de acuerdo a la pertinencia en relación al proceso de tratamiento multidisciplinario, además de que se deberá

discutir y transparentar con el paciente respecto a tales procedimientos de acuerdo al manejo de la información.

En los apartados siguientes, se entregará una propuesta de desarrollo de objetivos psicoterapéuticos para el favorecimiento del proceso de autorregulación orgánica para personas con diagnóstico de esquizofrenia desde un enfoque Gestáltico, los cuales se han desarrollado en base a las caracterizaciones y conceptualizaciones ya planteados en la presente tesis, de esta forma son propuestos como “una forma” de ordenamiento del proceso terapéutico, pero no necesariamente como “La forma” por lo cual no deben leerse bajo la lógica de un manual de tratamiento, sino más bien como una posibilidad amplia por desarrollar en un proceso de intervención psicoterapéutica, donde se releve necesariamente la subjetividad del paciente y la espontaneidad del propio proceso terapéutico.

### **6.2.1 Evaluación de áreas de intervención psicoterapéutica (Conocer al paciente).**

La esquizofrenia se configura como una condición psicopatológica crónica que se evidencia en distintos niveles en la vida de la persona que la padece, de esta forma la literatura actual intencionada desde el sistema público realiza una descripción centrada en los aspectos sintomáticos del paciente, realizando una distinción principal entre en síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos, además de considerar la evolución histórica de este:

El diagnóstico de la esquizofrenia es eminentemente clínico y se realiza en base a la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas de la persona afectada. Sin embargo, puesto que lo propio de la enfermedad es su variabilidad, su reconocimiento se hace evaluando la evolución mediante la

observación longitudinal más que evaluando el episodio agudo específico. (Minsal, 2009, p.21)

En este contexto el terapeuta Gestáltico deberá no perder de vista la perspectiva fenomenológica y de Campo en relación al paciente y al contexto terapéutico, considerando una metodología de intervención centrada en el aquí y ahora y cuyo primera finalidad será precisamente vincularse, buscando conocer al paciente y mostrando a este quien es el propio terapeuta, favoreciendo la autenticidad en la relación. El proceso de vínculo con el paciente es un aspecto fundamental para poder realizar una evaluación de las áreas de intervención psicoterapéutica, ya que los aspectos relacionales del paciente se encuentran fuertemente implicados, donde además la vivencia autista se instala como un ajuste del paciente ante la dificultad en el contacto con la realidad externa y con las propias vivencias internas. En este contexto resulta común que los pacientes con esquizofrenia que pasan por episodios psicóticos se muestren reacios a generar un espacio de intimidad con un otro, debiéndose por tanto generar una modalidad de evaluación flexible en tiempos y contextos de intervención. Con respecto a este último aspecto resulta útil vincularse con el paciente en su propio espacio cotidiano, siendo útil por tanto gestionar de manera consensuada con el paciente y su familia el desarrollo de visitas domiciliarias.

Bajo los fundamentos de la intervención gestáltica, realizar una evaluación centrándose solamente en los síntomas del paciente resultaría en un ejercicio reduccionista, por tal motivo resulta vital establecer un marco sobre el cual considerar el fenómeno, proponiéndose en la presente investigación la propia Teoría del *Self* como una aproximación integral que permite

generar una acercamiento de las vivencia del paciente en el contexto psicoterapéutico. A continuación, y en concordancia con lo ya revisado sobre la Teoría del *Self* en el apartado 6.1.4 (Conceptualización de la esquizofrenia desde la teoría del *Self*) se realizará una descripción de algunos de los aspectos a considerar en la evaluación de las áreas de intervención, ya que al visibilizar estos aspectos el planteamiento de objetivos psicoterapéuticos emergerá como un proceso de mayor claridad y consistencia. Resulta fundamental recordar que si bien, la Teoría del *Self* reconoce funciones específicas, la vivencia del paciente se manifiesta de forma integral, realizando el terapeuta, desde una mirada de fines clínicos, la diferenciación de éstas en la evaluación con la necesidad de intencionar la terapia hacia las necesidades predominantes del paciente.

**6.2.1.1 Evaluación de la función Ello.** Desde la Teoría del *Self* la evaluación de la función Ello se configura como un aspecto fundamental a evaluar en el paciente con esquizofrenia, la evaluación implica un posicionamiento fenomenológico que implica en el terapeuta una disposición clara de contacto consigo mismo, es decir, un contacto del terapeuta con su propia función Ello. Bajo esta premisa, una pregunta necesaria del terapeuta en el proceso de evaluación y tratamiento del paciente con esquizofrenia podría enfocarse de la siguiente forma: ¿Qué me sucede en el encuentro con el paciente? O también ¿Cómo me siento cuando estoy con el paciente? La disposición del terapeuta por tanto no es unidireccional, sino que más bien implica un “sentir” y un “sentir-se” en todo momento, generando una percepción de campo donde el propio terapeuta está incluido. La integración del terapeuta en el campo resulta un primer aspecto fundamental a propósito de que el paciente con esquizofrenia descompensada tiende a generar una vivencia corporal alterada y difícilmente indiferente al terapeuta. Pueden



surgir elementos tales como: evitación del contacto visual, rigidez, desorganización en el pensamiento y en la expresión de este, agitación, conducta desorganizada y en general una respuesta corporal que fácilmente impresiona desde la carencia de espontaneidad y como una forma fisiológica inusual y poco coherente con el entorno que se presenta el paciente en el presente. En este sentido perfectamente puede ocurrir que el terapeuta se conecte con estados afectivos diferentes de acuerdo al grado de alteración que presenta el paciente en la función Ello resultando útil que pueda responder de forma auténtica, asumiéndose como un terapeuta que no deja de ser persona en el espacio psicoterapéutico.

Resulta útil para trabajar la función Ello que el terapeuta pueda ir comunicando al paciente lo que le ocurre en el encuentro terapéutico, promoviendo la emergencia de la subjetividad de cada persona en el espacio terapéutico, en ese sentido la emergencia de la subjetividad del terapeuta se configura como una apertura para que el paciente comience a reconocer su propia subjetividad y por ende comience a sentirse desde sus propios límites.

Para los psicóticos, es precisamente esta vivencia del -dentro de la piel- lo que resulta muy ansiógena y –cosa todavía más importante- no diferenciada del –fuera de la piel-. En otras palabras, en el trastorno psicótico notamos la falta de percepción de la frontera entre el cuerpo y entorno, entre cuerpo y casa, entre dentro y fuera. (Spagnulo, 2002, p.114)

La evaluación y tratamiento psicoterapéutico de la función Ello en el paciente con esquizofrenia abre la posibilidad a un encuentro donde se impliquen aspectos corporales, de tal forma de abrir paulatina y sutilmente, respetuosos contactos corporales como el saludo de manos o de beso en la mejilla, el abrazar, el buscar respetuosamente la mirada perdida del paciente, una

palma en el hombro u otras formas de contacto enfocados en que el paciente pueda comenzar a “sentir-se” y a “habitarse” desde su propia corporalidad son útiles e inclusive necesarias para evaluar el nivel de afectación de la función Ello y para plantear los objetivos psicoterapéuticos respecto a dicha función.

**6.2.1.2 Evaluación de la función Personalidad (Reconociendo la Visión Existencial y la posible Dinámica polar).** De manera simultánea la función personalidad también requiere ser clínicamente observada y abordada ya que también suele estar implicada. Evaluar la función personalidad implica un esfuerzo por conocer al paciente desde la forma de vincularse consigo mismo y con el ambiente. En este sentido las ideas delirantes suelen configurar posiciones existenciales del propio paciente en un momento determinado de su vida.

Tal cual se señaló en apartados anteriores, el profundizar en un proceso psicoterapéutico implica en el terapeuta un posicionamiento de ingenuidad y curiosidad respecto a quien “está siendo” el paciente, esto implica una postura de escucha activa que se facilite que el paciente pueda hacerse parte en el diálogo. Tal cual lo señala Greenberg y Fisher (2015):

La calidad de la relación dialogal es central para trabajar con éxito con el paciente esquizofrénico, cuya sensación sentida de seguridad de lo psicológico (y, a veces de lo físico) es tenue. Este hecho le da al terapeuta la responsabilidad principal de empezar el contacto, y el imperativo de proporcionar al paciente una atmosfera terapéutica no crítica, cálida, segura y de apoyo, mientras que, al mismo tiempo, se muestra auténticamente ante el paciente tal y como es. (p.123)

La labor de identificar el posicionamiento existencial del paciente, o mejor dicho, la Visión existencial de este, implica un posicionamiento terapéutico que conecta con las bases humanistas de la Gestalt, es decir, con la posibilidad de que la persona se permita ser con otro, desplegando bajo una actitud espontánea sus múltiples facetas y características. Bajo esta mirada resulta indispensable evaluar y abordar los aspectos relacionales implicados en el paciente con esquizofrenia, donde resulta característico el sentido de aislamiento social en el que se instalan muchos de las personas que padecen de esta patología. Tal cual se ha señalado, el aislamiento social o autismo se instala bajo un sentido para el paciente, pudiendo ser este sentido más o menos explícito en el discurso de este. Durante el proceso psicoterapéutico resulta vital poder reconocer las formas de relación que el paciente tiene con el mundo, así como consigo mismo, estando ambos aspectos relacionados y comúnmente asociados a una vivencia ansiógena de ambos aspectos. Es usual además que las formas de relación del paciente consigo mismo y con el mundo se desarrollen dentro de un continuo temporal, en este sentido resulta vital evaluar elementos traumáticos en la vida del paciente que en el presente se instalan como una interrupciones o impasse que altere la espontaneidad en el despliegue del paciente respecto a si mismo y al contexto social externo.

La evaluación de la visión existencial del paciente no solo posee la facultad de mostrar al terapeuta las posibilidades de ser que se plantea el paciente, sino que también abre la puerta a la identificación de dinámicas polares con las cuales el paciente con esquizofrenia puede identificarse. En relación a esto, se posibilidad de polarización no solo se da en el caso de los pacientes que se constituyen en el espectro de lo neurótico, sino que también tiene la posibilidad de constituirse en los cuadros de psicosis.

La posibilidad de evaluación de la dinámica polar del paciente con esquizofrenia se presenta de manera similar a la evaluación en el caso de un paciente neurótico, donde la rigidez respecto a las posibilidades de ser en el mundo se configura como un aspecto fundamental a evaluar. Cabe destacar además que las posibilidades de ser en el mundo se plantean de forma distinta según el grado de descompensación que presente el paciente con esquizofrenia, en este sentido un paciente que se encuentra en una fase de recuperación contactará con mayor cercanía con la posibilidad de un “Yo idealizado” lo cual señala sobre una evaluación del propio paciente respecto a lo que es mejor ser en un contexto social determinado. Las ideas deberistas entran en este momento con mayor fuerza en el paciente psicótico, llevándolo a tomar una postura rígida, limitando sus libertades y posibilidades de ser en el mundo. De manera distinta ocurre en los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en una fase aguda con síntomas psicóticos activos. En este caso la capacidad del paciente para conectar con ideas deberistas se encontrará significativamente disminuida, pudiéndose observar por el terapeuta una respuesta que se constituye desde un sentido social extraño e inclusive bizarro. El paciente con esquizofrenia descompensada tiene dificultades para reconocer la valorización del contexto además de dificultades para manipular en entorno, en tal escenario la idealización del yo carece de sentido, por tanto la posibilidad de polarizarse disminuye, generando el paciente una respuesta de desorganización a nivel interno y externo y por ende un fallo generalizado en la función de autorregulación orgánica.

**6.2.1.3 Evaluación de la función Yo.** La evaluación de la función Yo se enfoca en la observación del paciente respecto a su capacidad en la toma de decisiones y a la propia intencionalidad en relación a los procesos de identificación o diferenciación del entorno. La

evaluación de este aspecto se condice con la propia evaluación de sintomatología psicótica, en este sentido la presencia de ideas delirantes como de alucinaciones, en caso de un paciente con esquizofrenia descompensada, afectara en su proceso de deliberación constante.

Los síntomas clásicos de la enfermedad tienen un rol patológico fundamental en el desarrollo de la función Yo, ya que tal cual se ha señalado en apartados anteriores, la vivencia sensorial y corporal en general instalada en la función Ello se afecta con la producción delirante y alucinatoria, provocándose alteraciones en la capacidad de deliberar con espontaneidad, en este sentido la deliración del paciente con esquizofrenia impresiona como desorganizada a los ojos del observador.

En el caso de pacientes con esquizofrenia la evaluación de la función Yo puede desarrollarse en diferentes contextos, de tal forma que la oficina del terapeuta se presenta solo como una posibilidad de observación del paciente en su toma de decisiones. Tanto los centros Diurnos como los Hospitales diurnos se configuran como posibilidades que permiten la observación del paciente en contextos de participación grupal como en actividades individuales en un contexto de naturaleza clínica/comunitaria. También resulta importantísimo poder gestionar visitas al domicilio del paciente, esto con la finalidad de observar el desarrollo de este en su propio espacio doméstico, lo cual se configura como una posibilidad vincular con matices diferentes, así como también se abre como posibilidad de reconocer la funcionalidad del paciente en relación a sus actividades cotidianas.

A modo de conclusión de este apartado, se establece necesario en el proceso de evaluación del paciente con esquizofrenia el desarrollo de un contexto de vinculación que favorezca el despliegue integrado de las distintas funciones del *Self*. Tal cual se ha visto las alteraciones del *Self* se configuran como una problemática que en conjunto interfiere en los procesos de autorregulación orgánica, por lo cual se vuelve indispensable su evaluación y el planteamiento de objetivos terapéuticos enfocados en el restablecimiento de su sana funcionalidad, de esta forma, el abordaje terapéutico de las funciones del *Self* se configura como una posibilidad enfocada en el restablecimiento del proceso de autorregulación orgánica.

A modo de concretizar una posibilidad de intervención terapéutica respecto al restablecimiento de las funciones del *Self*, en el apartado posterior de propuesta de intervenciones específicas para favorecer el proceso de autorregulación orgánica en esquizofrenia, se presentarán algunas alternativas respecto a intervenciones para el abordaje intencionado de cada una de las funciones.

### **6.2.2 Recuperación de lo proyectado, Abordaje de Alucinaciones e ideas delirantes.**

La pérdida de Juicio de realidad, característica de los pacientes que transitan por fases psicóticas activas, implica la producción de ideas delirantes y alucinaciones. Ambas se configuran como manifestaciones que implican un desajuste significativo en relación a un contexto social determinado. En el caso de las ideas delirantes, para el interlocutor estas suelen parecer descontextualizadas e inclusive incoherentes, pareciendo no responder a una lógica común. En el caso de las alucinaciones, estas se configuran a nivel de percepciones, es decir, lo percibido por el paciente es contrastado inconsistentemente por el interlocutor, generándose una

falta de sentido y una descontextualización de significados en relación a un sentido de realidad común.

Un primer aspecto a considerar en Gestalt es reconocer el sentido de los aspectos denominados “sintomáticos” que presenta el paciente. Desde los planteamientos que invitan a instalarse sobre una visión holística e integral de las personas, se reconoce una sabiduría a las manifestaciones del cuerpo en concordancia con los procesos de homeostasis y autorregulación orgánica, en este sentido el síntoma aparece en concordancia con un proceso homeostático que desde alguna lógica posee coherencia para el organismo, aunque a vista del interlocutor parezca un síntoma que interfiere más que aporta en el bienestar de la persona:

Ahí aprendí, sin conocer todavía nada de Gestalt, algo fundamental: el único modo de superar el miedo era enfrentándolo, no tratar de calmarlo, menos aún negarlo. Me favorecía mucho el buen contacto que siempre tuve con los pacientes psicóticos y el que con toda facilidad yo aceptaba sus delirios como algo posible. (Schnake, 2012, p.64)

En el caso de los pacientes con esquizofrenia, precisamente el aislamiento social es un ejemplo de aquello, donde para una mirada ingenua este debe ser un aspecto abordado desde la interrupción de tal posicionamiento, generando en tal postura un desconocimiento respecto a la utilidad de dichos procesos para la persona que los padece, siendo este muy comúnmente una respuesta defensiva del paciente que, en caso de ser interrumpida de manera abrupta por otro, sin un consentimiento del propio paciente, puede fácilmente generar una vivencia de transgresión y vulneración graves para este, aumentando aún más la vivencia de vulnerabilidad. Bajo esta reflexión es que la terapia Gestalt realiza una invitación a reconocer la utilidad y el sentido que tienen los síntomas en la vida del paciente, con la finalidad de proponer una búsqueda

alternativa, que implique voluntad y responsabilidad en relación a las necesidades que se esconden bajo cada manifestación sintomática, incorporándose en esta mirada las manifestaciones delirantes y alucinatorias.

Un error común en relación al desconocimiento de las psicosis es pensar que las alucinaciones y las ideas delirantes aparecen en los pacientes en un estado de pérdida de juicio de realidad completo. Muy al contrario de lo que se plantea en la afirmación anterior, es posible señalar que en muchas ocasiones las ideas delirantes y las alucinaciones son generadas en los pacientes en contextos donde estos se pueden observar con una funcionalidad favorable, inclusive, se pueden identificar pacientes con ideas delirantes fuertemente instaladas y con alucinaciones con las cuales los pacientes conviven, desarrollando actividades de forma autónoma y logrando un desenvolvimiento de actividades sencillas sin que tales síntomas parezcan interferir de forma significativa. La idea de plantear este escenario es precisamente desmitificar la idea que expone respecto a que un paciente con producciones psicóticas activas se encuentra *a priori* incapacitado para dialogar y para generar autonomía en su desenvolvimiento cotidiano. Ciertamente las alucinaciones y las ideas delirantes se configuran como aspectos que interfieren en la voluntad y rigidizan la toma de decisiones del paciente, y en tal sentido es labor del terapeuta acompañar y promover en el paciente el reconocimiento consciente respecto a las necesidades que ocultan las producciones delirantes y alucinatorias.

El ejercicio de escuchar con respecto y validar las experiencias Alucinatorias y delirantes se constituye por sí mismo un ejercicio vincular de relevancia en el proceso terapéutico, en este sentido, a medida de que el paciente logra identificar que su experiencia es validada por el



terapeuta, muy probablemente se animara respecto a comunicar las implicancias afectivas que recubren tales producciones. Es relevante hacer la distinción entre el contenido y la forma ya que muchas veces el contenido de las producciones psicóticas no se presenta con claridad, en tal sentido se vuelve indispensable el “como” el paciente vivencia afectivamente tales producciones, de tal forma que las alucinaciones que generan miedo, requerirán en el paciente un reforzamiento respecto al contacto con la contención, a la necesidad de contactar con límites y a la posibilidad de que este contacte con sus propios recursos en función de reconocerse desde una perspectiva de autoeficacia. Ocurriendo de forma similar con las producciones delirantes y alucinatorias que se entrelazan con otros estados emocionales.

También las alucinaciones e ideas delirantes abren la posibilidad de identificar aspectos de personalidad que no son integrados saludablemente por el paciente, por lo cual son “proyectados” en el afuera como experiencias externas. En este contexto el paciente con esquizofrenia se presenta con una identidad y una vivencia corporal poco definida, teniendo dificultades para discriminar lo externo con lo interno, generándose una desorganización de las vivencias. Bajo estas dificultades en los procesos de diferenciación, es común que las producciones alucinatorias y delirantes sean vivenciadas por los pacientes como aspectos que los invaden desde el exterior, sin reconocer que son conflictivas que emergen de sus propios procesos. A modo de ejemplo se puede señalar la vivencia paranoide de algunos pacientes con esquizofrenia, los cuales generan una vivencia ansiógena respecto a ser escuchados, a ser observados, y en definitiva, ser invadidos por otras personas. La paranoia en este sentido podría interpretarse como un conflicto en la persona en ser reconocido integralmente, o a la conflictiva de reconocerse con características “no deseables” ante lo cual el paciente instala en el afuera un

“juicio” que es vivenciado como externo pero que responde a una vivencia interna. El reconocer las ideas delirantes y las alucinaciones como proyecciones, también abre la posibilidad por tanto a identificar conflictos de reconocimiento de la persona integralmente, pudiéndose a partir de esto distinguir dinámicas polares necesarias de ser integradas en el proceso psicoterapéutico.

### **6.3 Propuesta en relación al cómo es el proceso y relación terapéutica en la intervención psicoterapéutica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt**

El trabajo con pacientes con esquizofrenia implica una invitación a reconocer la diferencia, implica una reflexión respecto a los propios supuestos del terapeuta en relación a sus límites y a su posibilidad de reconocer y conectarse pacientemente con la maravilla del despertar paulatino de un otro. El trabajo del terapeuta implica valentía, una sana ingenuidad y motivación al encuentro respetuoso con una realidad extraña, pero a la vez común al paciente.

El posicionamiento del terapeuta Gestáltico con pacientes con esquizofrenia implica un primer acto de responsabilidad en relación a la voluntad de estar, ya que tal actitud se implica en una disposición de seguridad necesaria para un paciente que conecta desde la desconfianza relacional. Se propone como un aspecto indispensable que el terapeuta posea la disposición honesta de encuentro con el paciente, ya que la falta de disposición respecto a la relación terapéutica será rápidamente identificada por este, pudiendo terminar aquello en un compartir de mutua indiferencia. En este contexto, no está demás señalar que el terapeuta debe escoger responsablemente con que grupo de pacientes desea trabajar, ya que es nefasto para el paciente encontrarse con un terapeuta que *debe* generar una relación terapéutica pero que no posee la

voluntad del *querer* la relación terapéutica, en este sentido el deber responde a una formalidad en lo relacional y el querer una voluntad y responsabilidad en lo relacional.

Por otra parte, la relación establecida en el proceso terapéutico, llamada en adelante como *Relación terapéutica*, implica una responsabilización del terapeuta, del propio paciente ante sí mismo, y de ambos con respecto a la relación, generándose por tanto 3 niveles de responsabilización.

Un aspecto esencial de la relación gestáltica es la responsabilidad la terapia gestáltica. La terapia gestáltica enfatiza que tanto el terapeuta como el paciente son auto-responsables. Cuando los terapeutas se consideran responsables del paciente, se confabulan con la falta de auto-responsabilidad de este, reforzando así la manipulación debido a la creencia de que los pacientes son incapaces de apoyarse y regularse. (Yontef, 2009 p.142-143)

Es necesario aclarar que las formas de relación terapéutica presentan matices y flexibilidades en cuanto a sus aspectos comunicacionales. En este sentido la vinculación comienza con una actitud de seguridad y respeto por parte del terapeuta, el cual se encontrará con el paciente y su manifestación psicótica, la cual debe ser atentamente escuchada y en ningún caso cuestionada. Sólo si el paciente logra identificar una receptividad del terapeuta ante su vivencia profundizará en la transmisión de su experiencia, en caso de que este se sienta desvalidado muy probablemente generará una interrupción en el relato y en lo que es peor, en la relación. La escucha del terapeuta debe ser activa y en ella debe estar implicado la atención pero también el cuerpo y el movimiento del propio terapeuta, el cual también es un componente en el proceso de relación terapéutica.

### **6.3.1 Establecimiento de límites y diferenciación en la relación Yo-Tú.**

De manera paralela en que terapeuta y paciente comienzan a romper las barreras del miedo y la desconfianza se plantea el objetivo de la diferenciación. De manera coherente con lo planteado respecto a las dificultades del paciente con esquizofrenia con distinguir la figura del fondo es que se plantea la necesidad de que el terapeuta pueda prestar especial atención respecto a su propia individualización. A medida que el terapeuta se individualiza en la relación terapéutica con el paciente este deja de aparecer como un estímulo desorganizado en la vivencia perceptual de este último. Para estos fines es vital que el terapeuta pueda establecer un diálogo en primera persona, manifestándole al paciente su presencia por medio de la comunicación de sus vivencias y necesidades en el espacio terapéutico. El paciente también deberá comunicarse desde un posicionamiento y temporalidad de primera persona, elaborándose por tanto un encuentro activo entre persona y persona.

La actitud ante la relación terapéutica es de autenticidad, espontaneidad y de interpelación horizontal, promoviendo precisamente la diferenciación e individualización del propio paciente. Una vez que el terapeuta propone una relación de diálogo donde se logra reconocer como una persona única el paciente podrá también comenzar a diferenciarse y a individualizarse como ser humano único, intentando buscar la relación dialogal Yo – Tú planteada por Buber M. (1878- 1965) “Entre el Yo y el Tú no hay conceptos, ni anticipaciones ni proyectos, no hay esquemas o explicaciones. Todo esto viene habitualmente a interponerse entre los seres y nos impide captar al otro en su totalidad” (Schoch de Neuform, 2000, p.17).

Por último, La relación propuesta por el terapeuta gestáltico al paciente con esquizofrenia debe respetar los principios fenomenológicos del enfoque en el espacio presente, generándose el emerger del terapeuta y del paciente, los cuales “*emergen*” en su rol por medio del encuentro enmarcado en un “*Aquí y ahora*” abierto y desplegado hacia la espontaneidad de una relación con un conocido punto de inicio y con un punto final aun por conocer.

### **6.3.2 Aspectos Transferenciales y contratransferenciales en la terapia con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.**

De acuerdo a lo ya señalado respecto al proceso de relación terapéutica entre paciente y terapeuta resulta necesario apuntar hacia una forma de ser y estar fenomenológica donde se promueva el contacto presente de una relación Yo-Tú diferenciada e incentivada desde la necesidad del contacto con la autenticidad de cada participante en la relación. En terapia Gestalt, la transferencia ocurre como un mecanismo de proyección donde el paciente moviliza hacia la figura del terapeuta sus propios estados afectivos y cognitivos, ante lo cual el terapeuta deja de ser un otro diferenciado, pasando a ser una figura proyectada y matizada desde los miedos, creencias y actitudes del propio paciente. En el caso de los pacientes con esquizofrenia, ocurre de forma similar. En los inicios de la relación terapéutica se espera que el paciente no necesariamente logre reconocer las particularidades del terapeuta, pudiendo configurarse este como un “*otro más*” que no se diferencia en la Visión de existencial que el paciente ha construido previamente, por lo cual muy probablemente será visualizado como una amenaza. Cabe recordar además que el aislamiento social que busca el paciente con esquizofrenia descompensada se relaciona en muchos casos con una visión de amenaza respecto al mundo y además con la necesidad de disminuir los estímulos del entorno que no pueden organizarse coherentemente en la percepción de realidad, generando fallos en la elaboración de figura/fondo.

Es por tal motivo que se sugiere que el terapeuta pueda prestar especial atención a los contenidos que el paciente proyecta en él, con la finalidad de diferenciarse de las elaboraciones del propio paciente asociadas al pasado y a la historia de este.

¿Cómo trabajar las proyecciones que el paciente con esquizofrenia instala en el terapeuta en el proceso de relación entre ambos? El trabajo con las proyecciones del paciente sobre el terapeuta no se asocia a la implementación de técnicas específicas sino que más bien se plantea una estrategia de abordaje enfocada en la propia fenomenología de la relación terapéutica, es decir, desde la relación se proyecta y desde la relación nace el abordaje de la proyección. En este tránsito, el paciente que instala su historial de relaciones en la figura del terapeuta debe ser invitado hacia el encuentro fenomenológico del Yo-Tú, Es decir, hacia una posición de validación de la propia experiencia y de reconocimiento de un Tú distinto al Yo. La invitación que el terapeuta propone al paciente se basa en la necesidad de que tanto terapeuta como paciente se haga “*Responsables*” respecto a su propia individualidad. En este contexto resulta útil que el terapeuta pueda ir modelando al paciente un discurso personalizado en primera persona sobre lo que le sucede en la relación terapéutica, manifestando inclusive sobre sus propios miedos y ansiedades, e incentivando al paciente a reconocer sus propias necesidades del aquí y ahora respecto a la relación terapéutica, en este sentido, en terapia con psicosis el terapeuta debe invitar al paciente a dialogar en y sobre la relación terapéutica, esto con la finalidad de favorecer el darse cuenta de ambos respecto a la necesidad de establecer un vínculo enmarcado en la autenticidad del presente de cada participante y a la vivencia del propio vínculo como una experiencia de contacto.

En el ensayo “Una comparación con Gadamer: para una epistemología hermenéutica de la Gestalt” (Spagnuolo, 2002), el terapeuta Antonio Sichera realiza una exploración respecto a la metáfora del “juego” en los planteamientos del filósofo Hans-Georg Gadamer, donde se abordan aspectos fundamentales en relación a la terapia y a la relación terapéutica como experiencia de contacto, donde destaca las características de: 1. El Juego como una experiencia que implica sumergirse en total dedicación e implicación. 2. El juego en la condición de continuidad de conciencia y por último 3. El juego como experiencia dinámica en desarrollo. Al revisar estos aspectos es posible notar que también son aplicables en el abordaje de los elementos transferenciales y proyecciones del paciente hacia el terapeuta, en el sentido fenomenológico de la relación terapéutica.

Con respecto a la contratransferencia, esta hace referencia a las actitudes, creencias y afectos que el terapeuta elabora en relación al paciente. Este aspecto también es posible de observar a propósito del impacto del terapeuta en el encuentro con un paciente con sintomatología psicótica. En este contexto el terapeuta está expuesto al contacto con una multiplicidad de afectos, los cuales pueden transitar desde el miedo al asombro, pasando por el rechazo y el vínculo terapéutico amoroso. Al igual que en el abordaje de los aspectos transferenciales, el terapeuta gestáltico debe tomar responsabilidad respecto a sus propios afectos, actitudes y creencias y trabajarlos en el contexto de la propia relación terapéutica con el propio paciente, en este trabajo no se debe subestimar a los pacientes, sino que deben abordarse con el respeto necesario para la elaboración de un vínculo de horizontalidad.

También resulta una metodología de vital importancia para abordar los aspectos contratransferenciales el hecho de que el terapeuta pueda contar con un espacio de supervisión o de contención externa respecto a su experiencia terapéutica. En este ejercicio el terapeuta puede transmitir sus propias experiencias con un equipo o con otro terapeuta con la finalidad de ordenar sus vivencias, separando lo que es suyo de lo que no lo es, favoreciendo en tal ejercicio el darse cuenta respecto a sí mismo y al impacto de la terapia en su experiencia. La necesidad de generar espacios de supervisión y contención de los terapeutas que trabajan con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia resulta fundamental además por las complejidades de estos, los cuales representan a un grupo cargado por un estigma de rechazo, razón que refuerza la necesidad de que el terapeuta tenga una equilibrada capacidad de contacto. Los aspectos contratransferenciales se abordan por tanto, en la relación terapéutica y en un contexto de apoyo externo para el propio terapeuta.

#### **6.4 Propuesta de intervenciones y técnicas psicoterapéuticas desde el enfoque Gestalt para la intervención y favorecimiento de la autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia**

El trabajo clínico con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia implica el desarrollo de estrategias gestálticas que enfocadas en diferentes niveles de intervención, considerando que tales niveles se integran mutuamente en un todo integrado siendo este todo la persona. El primer nivel pone el foco sobre relación terapéutica, la cual se instala desde las bases del darse cuenta, la responsabilidad y el desarrollo sobre el tiempo presente. El segundo nivel responde a técnicas específicas para abordar el desarrollo saludable de las diferentes funciones del *Self* afectadas,



comenzando el énfasis en el abordaje de aspectos más básicos asociados a la función Ello hasta llegar al desarrollo aspectos de mayor complejidad, tales como el trabajo sobre la Visión existencial y sobre una posible Dinámica polar del paciente, desarrolladas ambas principalmente desde la función Personalidad. La mayoría de las técnicas que aquí se expone no son invenciones propias sino que más bien responden a una recopilación de algunas estrategias de tratamiento pertinentes de acuerdo a las necesidades afectadas en las funciones del *Self* implicadas en el proceso de autorregulación orgánica en esquizofrenia.

Con respecto a las implicancias sobre el tratamiento a nivel de relación terapéutica, estas ya se han desarrollado a partir del punto 6.3 por lo cual no vale la pena repetir lo ya señalado, aunque por otra parte, cabe enfatizar sobre algunos aspectos asociados al ejercicio de centrarse en el presente como un posicionamiento clínico necesario para el favorecimiento del desarrollo saludable del proceso de autorregulación orgánica. El disposición de centrarse en el presente, reconociendo el “Aquí y ahora” como herramienta privilegiada para el contacto abre una ventana hacia el cambio desde la experiencia, desarrollándose al contrario de otros enfoques de naturaleza causalista que centran sus principales esfuerzos en la búsqueda de explicaciones sobre el pasado del paciente. En el caso del paciente con esquizofrenia, el indagar sobre el pasado resulta un trabajo que aporta a la comprensión sobre el desarrollo de la enfermedad pero no logra constituirse como una herramienta clínica para el cambio orgánico. Para ejemplificar este punto resulta útil desarrollar algunas de las situaciones típicas que conducen a la descompensación de los pacientes con esquizofrenia, siendo una de estas el abandono del tratamiento farmacológico. De acuerdo a la investigación “*La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actualización de enfermería*” (González, et al., 2005) los autores señalan: “Otros

datos mencionan que entre el 25%-50% de pacientes con trastorno esquizofrénico incumplen con el tratamiento farmacológico, y que aproximadamente el 30% y un 60% de los pacientes diagnosticados e inicialmente medicados abandonan el tratamiento en el primer año” (p.2). Ante lo cual se reconoce fácilmente la baja adherencia al tratamiento farmacológico como un factor que facilita las descompensaciones y la aparición de la sintomatología psicótica. En este contexto el revisar con el paciente el historial de sus abandonos de tratamiento puede llevar a que este, en el mejor de los casos se alarme y opte por un cambio, pero la revisión de aquellos antecedentes no necesariamente se constituye como una herramienta de cambio real en el tiempo, ya que si así lo fuese los pacientes presentarían índices de abandono de tratamiento antipsicótico menores. En este contexto el paciente con sesiones de psicoeducación tradicional, podrá darse cuenta que el hecho de abandonar su tratamiento farmacológico lo ha llevado a generar descompensaciones, pero dicho conocimiento muy probablemente no será una herramienta suficiente para impedir un nuevo abandono de tratamiento farmacológico. En este ejemplo, el conocimiento de las sesiones de psicoeducación tradicional sobre abandono farmacológico constituye en el paciente un darse cuenta de esencia cognitivo, por lo que el cambio se instala de manera superficial en la vida de este. En el caso de la terapia gestáltica, el darse cuenta que se promueve en el proceso terapéutico es un darse cuenta orgánico, el cual emerge como un conocimiento vital que surge en el experimentar del presente desde su integralidad, el cual implica conciencia sobre el afecto, la cognición y la propia corporalidad en integralidad y simultaneidad. Desde el enfoque gestáltico, el experimentar en la terapia no es un ejercicio centrado en el pasado ni en el futuro, ya que ambos estados son predominantemente “ideas” sobre las cosas, manteniendo una esencia cognitiva. Por el contrario, el experimentar en terapia Gestalt implica conciencia plena en el

presente, en la vivencia del aquí y ahora, cuyo conocimiento emerge desde el ejercicio del “ser” y del “hacer”. Tomando en cuenta lo que plantea Naranjo (2013):

Hay por lo menos dos formas en que centrarse en el presente se refleja en el repertorio técnico de la terapia gestáltica. Una, la clara petición del paciente en el sentido que atienda a aquello que entra en el campo presente de la atención y lo exprese. Esto casi siempre irá acompañado de las instrucciones de suspender el razonamiento a favor de la pura auto-observación. La otra forma es la presentificación de pasado o del futuro (o de la fantasía en general) Esto puede tomar la forma de un intento interno de identificarse con acontecimientos del pasado o revivirlos, cómo en el retorno de la dianética, o más frecuentemente, una reactuación de escenas con participación gestual y postural así como también oral, como en el caso del sicodrama. (p.30)

Teniendo como base lo ya señalado se realizará a continuación el desarrollo de algunas intervenciones específicas para el abordaje del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia considerando las funciones de la Teoría del *Self*. Cabe destacar que al trabajar con el paciente este se presenta desde una vivencia integral, por lo que la descripción de las intervenciones se enfatizan a modo de foco para el terapeuta, debiendo reconocer este último que en todo momento trabaja con una persona integral y no con una función específica.

#### **6.4.1 Intervenciones para “afinar” la función Ello.**

De acuerdo a lo revisado en el punto 6.1.4.1 “Funciones del *Self* en psicosis” de la presente investigación, se establece una conceptualización de la esquizofrenia desde la teoría del *Self*, en ese contexto el reencuentro de la persona con esquizofrenia con su estado de salud implica un trabajo que promueva la consistencia y la organización coherente del organismo consigo mismo y con su entorno, este trabajo debe implicar un desarrollo terapéutico que enfoque desde un orden de abordaje de aspectos básicos hacia un tránsito de abordaje de aspectos de mayor complejidad. La comprensión respecto a la necesidad de jerarquizar el orden del tratamiento responde a los niveles de desorganización que presenta la persona con esquizofrenia, por ejemplo, partir realizando un trabajo de integración de polaridades en un paciente que aún presente síntomas psicóticos activos puede resultar poco fructífero si es que la vivencia corporal del paciente no ha sido mínimamente abordada, tomando en consideración el impacto de la sintomatología psicótica en la experiencia corporal del paciente. El ordenamiento respecto al abordaje terapéutico de las funciones del *Self* no responde a un orden de mayor o menor relevancia, sino que más bien considera la habilitación de funciones básicas para el posterior trabajo de funciones orgánicas de mayor complejidad.

Tomando en consideración lo ya señalado es que vale la pena recordar que uno de los aspectos fundamentales implicados en la vivencia de personas con esquizofrenia se relaciona con la dificultad en el alcance de la frontera de contacto que distingue la experiencia interna con la externa, lo cual implica una dificultad y una vivencia confusa y ansiógena respecto a la corporalidad y a los límites en general, generándose en este sentido la experiencia de desorganización de fondo que dificulta el proceso de identificación de figuras o necesidades

básicas. El paciente con esquizofrenia descompensada logra contactar con una función Ello que se encuentra alterada, generando por tanto una vivencia de “dentro de la piel” impactada por la experiencia delirante y alucinatoria, en este sentido el primer foco terapéutico debe instalarse sobre el abordaje y “afinamiento” de esta función del *Self*. A continuación se realizará una descripción de algunas técnicas enfatizadas en el trabajo de esta función:

**6.4.1.1 Trabajo sobre el contacto y el Darse cuenta Corporal.** Las estrategias de intervención enfocadas en el afinamiento de la función Ello responden a la necesidad de diferenciación del organismo en relación a su entorno, el cual se reconoce como un principio fundamental en los procesos homeostáticos y por ende del proceso de autorregulación orgánica. La diferenciación implica que el paciente puede comenzar a distinguir la experiencia interna con la externa, generando por tanto un sentido de identidad que parte desde la diferenciación básica de lo corporal.

Debido a que los resultados de las formas de terapia tradicional no siempre son satisfactorios, en Europa y en Estados Unidos se han generado en las clínicas psiquiátricas, con gran éxito en los últimos años, un fuerte aumento de las formas terapéuticas orientadas al trabajo corporal. Los resultados de una investigación efectuada por el Medizinhistorisches Institut (Instituto de Medicina Histórica) de la Universidad de Bonn en Alemania en el año 1993, documenta que de 163 clínicas psiquiátricas, el 89% aplicaba dentro de su plan terapéutico formas de tratamiento corporal con resultados altamente positivos. (Fietz, 2002, p.19)

Uno de los trabajos básicos en relación al afinamiento de la función Ello se enfoca sobre el contacto del paciente con sus sentidos, los cuales son una de las herramientas fundamentales en el encuentro con la realidad. Los sentidos del gusto, el tacto, la visión, la audición y el olfato son puentes de contacto entre la persona y el entorno, de esta forma, si la persona logra establecer un contacto estrecho con sus sentidos, podrá generar un primer darse cuenta experiencial centrado en lo corporal y en lo contextual. En esta misma instancia es posible trabajar con el paciente sobre un primer acercamiento a los estados de “agrado y desagrado” donde por medio de diferentes estímulos este podrá generar identificaciones con estados de contacto y de retirada.

El trabajo corporal que implica el contacto con estados de quietud y movimiento también se configura como una posibilidad de abordaje respecto al afinamiento de la función Ello del paciente con esquizofrenia. En este tipo de intervenciones el paciente debe generar un reconocimiento que implica el contacto con su propia corporalidad pero también le demanda generar una percepción del contexto, el cual de no ser percibido puede generar una colisión o choque con algún elemento del “afuera”. Bajo esta perspectiva pueden indicarse disciplinas como la danza, musicoterapia o cualquier actividad física que implique en el paciente una percepción diferenciada de su propia corporalidad y la de otros cuerpos del entorno, incentivando los procesos de diferenciación y organización.

El trabajo sobre la función Ello cobra especial relevancia en la intervención Grupal, donde el paciente, en un entorno de protección, puede generar un encuentro con su propia corporalidad desde un entorno de colectividad. En esta modalidad se pueden desarrollar técnicas

que consideren la corporalidad y el movimiento tales como el psicodrama y el juego colectivo. Un ejemplo grupal del trabajo de énfasis particular en la función Ello es la técnica de la “Escultura” o también llamada “Coreografía” la cual se configura como un recurso terapéutico caracterizado como parte de las técnicas activas procedentes del psicodrama de Moreno “coreografiar modelos transaccionales (alianzas, triangulaciones y corrientes emocionales) y los evidencia tal como lo hace una escena de movimiento silencioso (...) y permite al terapeuta dibujar el sistema con espacio, tiempo, visión, audición energía y movimiento” (Papp, como se citó en Espina, 1997, p.1)

La terapia artística también se configura como un conjunto de técnicas psicoterapéuticas utilizada comúnmente con pacientes con esquizofrenia donde también se trabaja particularmente sobre la función Ello que enfoca en el “hacer” y donde además se promueve un sentido de creatividad mediante el desarrollo de “otras” formas de expresión. Para los pacientes con esquizofrenia el trabajo artístico se presenta como una oportunidad en relación a las dificultades para poder comunicar sobre sus estados internos a otras personas, abriendo puentes y canales de acceso muchas veces limitados desde el despliegue de las habilidades verbales.

#### **6.4.2 Intervenciones para trabajar la función Yo.**

La intervención con pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia no se encuentra centrada en el abordaje directo de la función Yo, ya que la intencionalidad que emana desde esta función se configura desde el intercambio entre las funciones Ello y la función Personalidad (Spagnuolo, 2002). De esta forma la deliberación del paciente con esquizofrenia puede surgir como errática a los ojos de un externo, pero representa un sentido latente para el propio paciente, considerando

en este sentido la resignificación del concepto de síntomas que plantea la terapia Gestalt. A medida en que la intervención terapéutica inicia en sobre la función Ello y sobre la función Personalidad se espera un impacto de cambio consiente del paciente en el desarrollo de la función Yo, en este sentido debe comprenderse que si bien el trabajo clínico puede presentar un matiz de enfoque sobre una función del *Self*, inevitablemente aquello también provocará un impacto en el resto de las funciones.

#### **6.4.3 Intervenciones para trabajar la función Personalidad.**

Una vez que se ha comenzado el trabajo de afinamiento sobre la función Ello y esta ha presentado paulatinos avances respecto a la organización del paciente, se implicará en el trabajo la función Personalidad. El abordaje de la función personalidad contempla con mayor especificidad la identificación, observación y el trabajo sobre de representaciones que el paciente elabora respecto a si mismo y a su entorno, es decir, el como el paciente se narra el mundo a sí mismo y como en base a aquello se moviliza en este.

El trabajo psicoterapéutico sobre la función Personalidad implica el reconocimiento de la Visión existencial del paciente y la posible Dinámica polar de este, es decir, reconocer las representaciones y actos que este elabora en relación a si mismo, al mundo y a la relación entre ambos. En este contexto es que suele aparecer el discurso social introyectado de acuerdo a lo que se comprende por Estigma. De acuerdo a la definición del sociólogo Erving Goffman en su libro *Estigma, la identidad deteriorada*, se señala: “define el fenómeno del estigma como los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvaloración social” (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015, p.54). En este sentido el trabajo psicoterapéutico implica un abordaje



desde la identificación del discurso y a los actos del paciente con esquizofrenia respecto al cuestionamiento en relación a sí mismo, así como también sus significados respecto a las posibilidades de ser en el mundo. En este contexto la intervención implica la integración de diferencias como posibilidades de ser en el mundo, buscando la aceptación del paciente respecto a sí mismo, lo cual comienza con la aceptación incondicional del propio terapeuta en relación al paciente en el contexto de la terapia. Una vez que el paciente logra vivenciarse como un ser aceptado desde la confianza puede comenzar a reconocerse desde el ejercicio de dignidad, dejando esta de constituirse como una idea para instalarse como un acto de ser en sí mismo y con un otro. Por otra parte, es necesario señalar que el trabajo sobre el fenómeno del Estigma en esquizofrenia escapa las barreras de la intervención psicoterapéutica de oficina, debiendo en este sentido instalarse en el propio espacio social desde donde surge, convocando en este ejercicio a diferentes actores sociales en función de promover la inclusión donde se visibilice la importancia de la educación y el respeto en el general del quehacer social.

**6.4.3.1 Trabajo sobre el contacto y el Darse cuenta de la Visión existencial y la Dinámica polar.** La intervención Gestáltica en relación al contacto de la Visión existencial del paciente y de su Dinámica polar se enfoca en facilitar el contacto orgánico del paciente con respecto a un estado de salud satisfactorio para este. En este sentido el solo hecho de que el paciente cuente con un espacio que facilite la toma de consciencia respecto a sus representaciones y actos se configura como un primer recurso enfocado en la responsabilización y el darse cuenta respecto a sí mismo, abriendo la posibilidad a un cambio de acuerdo a la intención del paciente. El trabajo sobre la función Personalidad puede desarrollarse desde la reelaboración discursiva en el diálogo terapéutico como también por medio de ejercicio de

técnicas expresivas que impliquen un “hacer” concreto y que conecten con la corporalidad del paciente, realmente el reconocimiento de la Visión Existencial y la integración de la Dinámica Polar implican en terapia Gestalt una integración del dialogo y el hacer en el espacio terapéutico, es decir, un trabajo integrado de las distintas funciones del *Self*.

El trabajo de identificación e integración de la dinámica polar del paciente implica un paso muchas veces simultaneo a la identificación de la visión existencial de este, en este sentido el trabajo consistirá en contactar con el malestar asociado a la rigidez de algún aspecto de personalidad que conflictue al paciente, en desmedro del desarrollo del aspecto de personalidad opuesto que ha sido rechazado. También es posible observar Dinámicas polares que subyacen a las producciones delirantes, las cuales precisamente surgen a propósito de configurarse como representaciones tensionadas en la vida del paciente. La integración de Polaridades puede llevarse a cabo desde el desarrollo de técnicas donde se expongan los aspectos de personalidad en conflicto de forma externa a la persona mediante la confección plástica de objetos, como también mediante técnicas de contacto integral como lo son el juego de roles y la técnica de la Silla Vacía. El desarrollo de esta última técnica puede resultar compleja en el caso de pacientes que tengan un marcado curso defectual en la enfermedad, por lo cual se sugiere un acercamiento paulatino al ejercicio de tal forma que el paciente pueda familiarizarse con este el tiempo que sea necesario.

Por último, resulta necesario explicitar respecto al proceso de tratamiento, que este se desarrolla de forma paulatina y de acuerdo a los ritmos del propio paciente, por lo que resulta vital para la intervención poder reconocer y validar las voluntades que este presenta respecto al desarrollo de los distintos momentos de la intervención. El proceso de abordaje de las funciones del *Self* alteradas en la esquizofrenia se configura como un recorrido direccionado en promover el reencuentro del paciente con su salud, emergiendo en este camino el contacto con la diferenciación, organización y el darse cuenta conectado con el ejercicio de la voluntad, aspectos propios del proceso de autorregulación orgánica. También cabe destacar que la intervención psicoterapéutica se configura como un vía de abordaje necesaria y a la vez complementaria con la medicación antipsicótica, además de las intervenciones sociales, funcionales y nutricionales para abordar al paciente desde su integralidad.

## 7. DISCUSIÓN

Luego de desarrollar en profundidad la propuesta de conceptualización del proceso de autorregulación orgánica en personas con esquizofrenia, además de proponer los objetivos de intervención terapéuticos, describir algunos aspectos fundamentales de la relación terapéutica y proponer algunas estrategias específicas de intervención, se expondrá a continuación la discusión de cada objetivo específico de la presente investigación, para posteriormente dar paso a las conclusiones donde se profundizará en el desarrollo del objetivo general de la investigación.

Es necesario recalcar que en la discusión de la presente tesis se expondrá en función de los objetivos específicos, considerando los resultados de cumplimiento de cada uno de estos y una reflexión en función de cada uno de ellos.

### **7.1 Objetivo específico 1: Proponer una conceptualización y comprensión teórica del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt**

Para la discusión respecto a la conceptualización y comprensión teórica del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt, es necesario distinguir varios aspectos que en conjunto facilitarán una evaluación integral. En este contexto se reconoce el posicionamiento fenomenológico de la terapia Gestalt ya que resulta fundamental al momento de observar y reconocer las manifestaciones de la esquizofrenia. En primer lugar la fenomenología facilita la validación subjetiva del paciente y

desde tal actitud se vuelve posible comprender las expresiones sintomáticas de este como manifestaciones que emergen a partir de una vivencia particular en un contexto particular, ante lo cual emerge la teoría del campo de la Gestalt como un marco idóneo en el proceso de evaluación. En ese sentido la producción delirante y la generación de alucinaciones tienen la capacidad de albergar contenidos que emergen de la vivencia del paciente configurándose como un reconocimiento erróneo de la realidad, pero que a su vez integra un sentido de protección, validación y/o estructuración para el paciente. Es por tal motivo que resulta fundamental reconocer las necesidades que albergan los síntomas de este.

Por otra parte también la conceptualización del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia se evidencia en una constante interrupción de su “darse cuenta”, la cual genera fallos en los procesos de formación y agudización de la figura. Implicando una constante vivencia ansiógena que se traduce en una Visión existencial donde el sí mismo se evidencia comúnmente como deficitario (Estigma) y el mundo es vivenciado desde una noción de amenaza, lo cual se evidencia en la vivencia paranoide de muchos de los pacientes con esquizofrenia y en la necesidad de aislamiento ante una constante vivencia de transgresión por parte del contexto (Dificultad en el contacto con sus propios límites) y a la dificultad en el contacto consigo mismo.

Lo anterior se revisa en función de la teoría del *Self*, desde donde se identifican alteraciones, particularmente en las funciones Ello y Personalidad. Los fallos en ambas funciones se configuran como agravantes en los procesos de autorregulación orgánica, los cuales requieren de ser intervenidos con la finalidad de facilitar la vivencia del paciente dentro

de su propio organismo y trabajar con este en función de promover su “darse cuenta” respecto a sus necesidades.

## **7.2 Objetivo específico 2: Plantear cuales serían los objetivos psicoterapéuticos para favorecer el proceso de autorregulación orgánica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt**

El acto de establecer objetivos responde a la necesidad de declarar uno o más sentidos explícitos para el proceso psicoterapéutico, en este sentido los objetivos son parte del estructurar la terapia. El planteamiento de objetivos se configura sobre una base flexible, la cual debe responder a las necesidades del paciente, considerando a su grupo familiar y al equipo de intervención que trabaja con este. La modalidad de intervención respecto a los objetivos también debe posicionarse desde un posicionamiento concordante con el estado de paciente, donde se espera que cuando este se encuentre con fases de crisis sea el terapeuta quien tome mayor iniciativa en relación a establecer una rutina y estructura de la terapia, dando paso a mayores flexibilidades a medida de que el paciente va reencontrándose con su voluntad consciente en su toma de decisiones y en la identificación de sus necesidades, en este sentido se alterna un estilo que puede considerar en ocasiones una modalidad más directiva y/o una modalidad de características más democráticas. Los objetivos de intervención en principio deberán considerar integradamente el abordaje de las funciones Ello, Yo y Personalidad, además de considerar el trabajo de reconocimiento de la producción delirante y alucinatoria.

Resulta interesante considerar además, de que a medida de que el paciente se reencuentra con su proceso de autorregulación orgánica en su versión saludable, muy probablemente se interesará por plantear nuevos objetivos de intervención, los cuales variarán en temática y forma de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Una vez que el paciente sale de la crisis psicótica es fundamental continuar trabajando en psicoterapia con este ya que aquello se configura como una instancia para identificar recursos y factores críticos, además de reconocer los factores que pudieron haber incidido en la descompensación, configurándose aquello como un aprendizaje necesario para el autocuidado del paciente.

### **7.3 Objetivo específico 3: Plantear cómo es el proceso y la relación terapéutica en la intervención psicoterapéutica con personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt**

La relación terapéutica en el trabajo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia resulta un aspecto relevante en la discusión, considerando que uno de los aspectos centrales afectados en los pacientes es precisamente su capacidad relacional y su tendencia al aislamiento social. En este sentido la elaboración de la relación terapéutica es, por sí mismo, un objetivo terapéutico de primer nivel.

Un primer aspecto pertinente de considerar es la voluntad necesaria del terapeuta hacia el encuentro con el paciente, ya que es de esperar que en principio el paciente pueda mostrarse distante e inclusive suspicaz ante la figura del terapeuta, sobre todo en sus momentos de descompensación. En este contexto el terapeuta deberá considerar la generación de condiciones

para que el paciente pueda entrar en la relación, considerando el ritmo subjetivo de este y el interés que muestre ante la relación propuesta por el terapeuta. Las condiciones hacen referencia además de un espacio de atención adecuado, al respeto, autenticidad, espontaneidad e interpelación horizontal incentivado por el terapeuta.

Considerando lo anterior es posible esperar que el paciente considere generar un despliegue de sí mismo en el espacio terapéutico. En este contexto un objetivo siguiente para la relación terapéutica corresponde a consolidar la relación Yo-Tu, donde se promueve la responsabilización por parte del terapeuta, el paciente y sobre la relación entre ambos. La relación Yo-Tu además facilita los procesos de diferenciación tan necesarios para el paciente con esquizofrenia, el cual en principio mantendrá dificultades en la delimitación de su sí mismo y es por tal motivo que se vuelve relevante que el terapeuta pueda referirse sobre su propia experiencia al paciente, marcando lo que le sucede a lo largo de las sesiones, e incentivando a su vez al paciente a dar cuenta de su propia experiencia en la relación terapéutica.

Por último, respecto al abordaje de aspectos transferenciales y contratransferenciales, estos también se encuentran considerados en la mirada de la relación terapéutica. El reconocimiento de lo transferencial implica la validación de parte de la propia Visión existencial del paciente la cual se despliega en la relación. De esta forma trabajar sobre lo proyectado implica trabajar sobre la visión existencial del paciente, permitiendo desde un nivel relacional abordar contenidos y creencias en relación a la posibilidad de ser en el mundo con un otro. Lo contratransferencial también está considerado como un elemento que surge en la relación con pacientes que presentan manifestaciones psicóticas, es por tal motivo que la consciencia del terapeuta respecto a su



experiencia en la relación debe ser tomada en cuenta e idealmente ser abordada en el espacio terapéutico o en un espacio externo de supervisión de casos, para posteriormente ser considerado en el proceso de intervención con el paciente. Los aspectos transferenciales y contratransferenciales son dinámicas necesarias de ser visibilizadas y abordadas desde lo clínico en la relación terapéutica.

#### **7.4 Objetivo específico 4: Proponer intervenciones psicoterapéuticas desde el enfoque Gestalt para la intervención y favorecimiento de la autorregulación orgánica con personas con diagnóstico de esquizofrenia**

La discusión sobre la propuesta de intervenciones psicoterapéuticas para el favorecimiento del proceso de autorregulación orgánica para personas con diagnóstico de esquizofrenia responde a la consideración de 2 dimensiones que se diferencian para facilitar su comprensión pero que operan en simultaneidad en el espacio terapéutico. El primer foco de intervenciones responde a la necesidad de considerar la relación terapéutica como una herramienta fundamental para el proceso de cambio en la terapia. La intervención sobre la relación terapéutica debe impulsarse desde una modalidad que reconozca el “*darse cuenta*” del paciente, la “*responsabilidad*” de este y el foco en el “*aquí y ahora*”. Este último aspecto apunta al desarrollo del cambio desde el presente ya que la terapia Gestalt por esencia realiza una invitación al darse cuenta a partir de experimentar, en este sentido el experimentar se ubica en una temporalidad de aquí y ahora por lo cual puede configurarse como una herramienta de intervención fundamental de cambio.

El segundo nivel de estrategias apunta al favorecimiento del proceso de autorregulación organísmica a partir del abordaje del *Self* y sus funciones, poniendo especial atención a las funciones predominantemente afectadas, siendo estas la función Ello y la Función Personalidad. El trabajo sobre la función Ello podrá desarrollarse mediante técnicas que promuevan el darse cuenta corporal, así como también el contacto con los sentidos. Destaca también las intervenciones grupales donde se puede integrar el movimiento, la danza y la capacidad de contactar con otras personas o elementos del entorno. Por otra parte, a función Personalidad podrá abordarse desde el trabajo sobre la Visión existencia y la posible Dinámica polar del paciente, el desarrollo de estrategias puede ser diverso pero resulta fundamental establecer una metodología que considere la experiencia de dialogo con la finalidad de promover un darse cuenta que el paciente pueda elaborar desde lo verbal, y de tal forma generar un nivel de consciencia que facilite el darse cuenta sobre sí mismo, sus dificultades y particularmente sobre sus necesidades, tomando responsabilidad sobre estas. La diferenciación de las funciones del *Self* en el trabajo clínico es útil para enfocar el trabajo psicoterapéutico, pero cabe recordar que desde la vivencia del paciente no hay una división de funciones sino que se presenta la vivencia de un todo interrelacionado.

## 8. CONCLUSIONES

La conclusión de la presente tesis viene a reconsiderar y dar respuesta de la pregunta de investigación planteada en el punto 2: *¿Cómo favorecer el proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque psicoterapéutico de la Gestalt?* Desde donde se constituye el objetivo general de la investigación: “Describir, comprender y proponer abordaje psicológico clínico del proceso de autorregulación orgánica en personas con diagnóstico de esquizofrenia desde el enfoque Gestalt”. Ejercicio que permite integrar los autores de la revisión bibliográfica con los postulados propios del investigador. También se considera necesario observar las implicancias en el “mundo real” del modelo. Por último, se revisarán las limitaciones de la investigación y se abrirán reflexiones para futuras investigaciones.

Investigar y trabajar sobre el proceso de autorregulación orgánica implica reconocer una capacidad innata del ser humano en relación a su supervivencia, la autorregulación en este sentido se relaciona con el constante reconocimiento de necesidades que conducen la vida del organismo. En este contexto el concepto de homeostasis cobra vital relevancia considerando la satisfacción de necesidades como un reestablecimiento del equilibrio perdido cuando surge la necesidad. La homeostasis se rompe con la emergencia de una nueva necesidad y es por esta razón que la autorregulación orgánica debe reconocerse desde una interacción organismo/entorno. Para ilustrar este proceso Zinker (2003) diseña un ciclo de “consciencia-excitación-contacto” el cual da cuenta del tránsito de la sensación al contacto. Caracterizando un curso en la experiencia. Zinker plantea que las interrupciones que se generan en el ciclo de desarrollo y satisfacción de necesidades pueden relacionarse con estados psicopatológicos

específicos, como en el caso de la esquizofrenia, donde el ciclo estaría interrumpido entre los estados de sensación y consciencia (Zinker, 2003). El trabajo del formador gestáltico Todd Burley (2012) es tomado por las terapeutas de formación gestáltica Greenberg y Fischer (2015) las cuales de manera similar a Zinker, utilizan el proceso Gestáltico de formación-resolución de la figura para describir los fallos en el proceso de autorregulación orgánica, situando la dificultad de los pacientes en el tránsito entre las etapas de formación y agudización de la figura. Por otra parte Spagnuolo (2002) además de Müller-Granzotto, M. y Müller-Granzotto, R. (2009) y Müller-Granzotto, M. y Müller-Granzotto, R. (2013) Enfatizan la esquizofrenia tomando la teoría del *Self* y en los fallos producidos en sus funciones, considerando en este contexto la esquizofrenia como una de las patologías del *Self*.

La propuesta de la presente investigación precisamente recoge los aportes por los autores ya planteados, reconociendo además la necesidad de generar una integración en sus postulados. Ciertamente es posible observar una dificultad en las personas con esquizofrenia en relación a la generación de los fallos en el proceso de autorregulación orgánica, considerando la rigidez en sus respuestas y la dificultad para reconocer con espontaneidad el contexto y la situación en la que se desenvuelven, generando en tal escenario sufrimiento y necesidad de aislamiento y autismo. En este sentido la persona con esquizofrenia en estado de descompensación genera un “darse cuenta” alterado y más que encontrarse en un estado de propuesta se encuentra en un estado de constante fuga o escape, tanto del contexto que no logra organizar, como de si mismo, el cual se vivencia desde la ausencia de límites y por ende desde la desorganización, generándose una constante vivencia ansiógena donde las necesidades no son claramente identificadas. Esta descripción se posiciona como una propuesta de comprensión pero aún es insuficiente respecto al

trabajo clínico necesario para la intervención terapéutica. Es en este sentido la consideración de la Teoría del *Self* toma un rol fundamental, ya que entrega información detallada respecto a los aspectos del Sí mismo implicados en la vivencia de la persona con esquizofrenia, identificándose particularmente los fallos en la función “Ello” y en la función “Personalidad” del *Self*. Es en consideración a lo anterior que la propuesta de intervención sobre el proceso de autorregulación orgánica debe considerar un trabajo clínico enfatizando en ambas funciones, fijándose objetivos y estrategias de intervención pertinentes para el restablecimiento del *Self* integrado. En definitiva, la consideración simultánea del ciclo de experiencia y necesidades, junto con la mirada sobre *Self* se instalan como ejes que permiten a la vez comprender e intervenir, reconociendo su funcionalidad simultánea y la necesidad de considerar a la persona desde su integralidad.

Respecto a las implicancias sobre la aplicación del modelo propuesto, cabe destacar que este puede posicionarse como una oportunidad de intervención gestáltica que reconocer la necesidad de integrar a otros actores, tales como la familia del paciente, médicos psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, tomando en consideración a la psicoterapia como una forma de intervención que facilita el reconocimiento del paciente y permite su despliegue desde un contexto de respeto y dignidad, pero requiriendo a su vez un trabajo integral y que se complemente coherentemente con las necesidades que presente cada paciente, en este sentido se opta por un modelo de intervención que apunte a relevar la transdisciplinariedad en función de la necesaria mirada holística para un ser humano que demanda el reencuentro con lo orgánico. Es bajo esta mirada que el modelo de intervención planteado se constituye como una posibilidad real para los contextos de salud

pública, los cuales paulatinamente avanzan desde una mirada tradicional de preponderancia médica hacia una mirada que implica el reconocimiento de la intervención integral. Surgen bajo este contexto los Hospitales Diurnos, Centros Diurnos y Comunidades Terapéuticas, como espacios de intervención que se encuentran llamados a cumplir con esta mirada, pudiéndose idóneamente aplicar este modelo en tales contextos.

A fin de profundizar sobre la presente tesis, surgen cuestionamientos respecto a la necesidad de generar investigación que considere mayores amplitudes, considerando no solamente la intervención clínica transdisciplinaria sino que también la investigación transdisciplinaria. En este sentido la investigación médica, social, y psicológica en simultaneidad aún se considera un privilegio para pocos, y mientras eso suceda se continuará con investigaciones que caigan en los sesgos de cada disciplina, generándose una discordancia entre el mundo de la investigación y el de la intervención.

## REFERENCIAS

- Barrera, S. (2009). *Tratamientos del Autismo Infantil: Adaptación o subjetivación* (Tesis de Licenciatura) UNAM, México. Recuperado de [http://132.248.9.195/ptd2010/enero/0653547/0653547\\_A1.pdf#search=%22Autismo%22](http://132.248.9.195/ptd2010/enero/0653547/0653547_A1.pdf#search=%22Autismo%22)
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science, 1*, 251–264. Recuperado de <http://sci-hub.io/10.1002/bs.3830010402>
- Binswanger, L. (1973). *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid: Gredos.
- Bleuler, E. (1993). *Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- Brown, G., Monck, E., Carstairs, G. y Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenia illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine, 16*, 55-68.
- Burley, T., y Freier, M. (2004). Character structure: A Gestalt-cognitive theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(3), 321-331.
- Burley, T. (2012). A Phenomenologically-based theory of personality. *Gestalt Review, 16*(1), 7-26.
- Carvajal, A. (2008). Pasión y Razón: Una síntesis en la ética de Bertrand Russell. *Rev. Filosofía Univ. Costa Rica. XLVI*(119), 9-20.
- Conrad, K. (1958). *Die beginnende Schizophrenie*. Thieme: Stuttgart [versión castellana: *La esquizofrenia incipiente* (1999). Madrid: Triacastela]

- Delahanty, G. (2006). Frieda Fromm-Reichmann y la psicoterapia intensiva en la esquizofrenia. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 12-23. Recuperado de <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/Frieda-Fromm-Reichmann-y-la-Psicoterapia-Intensiva-en-la-Esquizofrenia.pdf>
- Escobar, E. y Barra, B. (2011). Historia de un caso con esquizofrenia parafrenizada o parafrenia fantástica y sistematizada. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 49(2), 177-181. Recuperado de [www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n2/art08.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n2/art08.pdf)
- Espina, A. (1997). El uso de la escultura en la terapia de pareja. *Revista de Psicoterapia*, 7(28), 29-44.
- Fietz, C. (2002). *Terapia Corporal en el tratamiento del abuso sexual infantil y juvenil*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Fundación Familia (s/f). *Fases típicas de la esquizofrenia*. Recuperado el 01 del marzo del 2017, de [http://fundacionasamfamilia.org/fundacionasamfamilia\\_org/wpcontent/uploads/2015/06/fases\\_de\\_la\\_esquizofrenia\\_2.png.jpg](http://fundacionasamfamilia.org/fundacionasamfamilia_org/wpcontent/uploads/2015/06/fases_de_la_esquizofrenia_2.png.jpg)
- Garrabé, J. (2003). Aspectos prodrómicos de la esquizofrenia. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 14(53), 193-198.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximación a la construcción social*. España: Paidós Ibérica.
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, L., Armengol, J. y Azcón MA. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actualización de enfermería. *Enfermería Global*, (7), 1-9.



- Greenberg, E. y Fischer, S. (2015). *La esquizofrenia desde una perspectiva gestáltica*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Huneus, T. (2005). *Esquizofrenia*. 2ª Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Iñiguez, R. (2007). Nuevos debates, nuevas ideas, nuevas prácticas en la psicología Social de la era Post-contruccionista. *Scielo*, (50), 523-534. Recuperado de <http://www2.scielo.org.ve/pdf/ferm/v17n50/art03.pdf>.
- Jaspers, K. (2014). *Psicopatología General*. España. S.L: Fondo de cultura económica de España (año de publicación del libro original: 1913).
- Lacouture, G. (1996). El legado de Kurt Lewin. *Revista Latinoamericana de psicología*, 28(1), 159-163.
- Landriscini, N. (2014). Bleuler y Freud: crónica de una escisión anunciada. *Norte de salud mental*, XII(48), 13-18.
- Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. 2ª Edición. Santiago de Chile: Cuatro vientos (año de publicación del libro original: 1973).
- Husserl, E. (2012). *La idea de la Fenomenología*. Barcelona, España: Herder Editorial.
- Martínez A. y Varas, M. (2001). *Introducción a los conceptos fundamentales de la Psicoterapia Gestalt*. Recuperado el día 01 de Junio del 2017, de <http://www.gestalt.cl/articulo.php?textoId=6>
- Martínez, A. y Varas, M. (2005, 27-30 de agosto). Enfoque Gestalt de las Enfermedades. *IV Congreso Mundial de Psicoterapia*. Ponencia llevada a cabo en Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.gestalt.cl/articulo.php?textoId=7>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.

- Merino, H. y Pereira, M. (1990). Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de psicología*, 6 (1), 11-20. Recuperado de <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15f3af6d967bc4f6?projector=1>
- Ministerio de salud. (2002). *Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de salud. (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de salud. (2016). Decreto número 3, que aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088081>
- Muela, A y Godoy, J. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *REME*, 4 (7). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/amuelyj9391302101/texto.html>
- Müller-Granzotto, M. y Müller-Granzotto R. (2009). *Fenomenología y Terapia Gestalt*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Müller Granzotto, M. y Müller Granzotto R. (2013). *Psicosis y Creación*. Sao Paulo, Brasil: Editorial Summus.
- Murillo, G. (2007). *Psiquiatría y Salud Mental*. Santiago, Chile: Ediciones sociedad Chilena de Salud Mental.
- Naranjo, C. (2013). *La vieja y novísima Gestalt*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- OMS (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Capítulo 5: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>

- Parra, M. (1997). El dualismo Explicación - Comprensión en la metodología de la investigación. *Cinta Moebio*, 1, 42-60. Recuperado de <http://www.moebio.uchile.cl/01/frprin01.html>
- Perls, F. (1975). *Ego, hambre y agresión*. México: Fondo de cultura económica.
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (2002). *Terapia Gestalt, Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Volumen 4 de los libros del CTP. Madrid: Sociedad de cultura Valle Inclán – Los libros del CTP (año de publicación del libro original: 1951).
- Ruiz-Vargas, J. (1988). Vulnerabilidad, alto riesgo y prevención de la esquizofrenia: una perspectiva cognitiva. *Estudios de Psicología*, 36, 129-144.
- Sarrió, C. (2012). *La Gestalt y la teoría del campo*. Recuperado de <http://www.gestalt-terapia.es/la-gestalt-y-la-teoria-de-campo/>
- Schnake, A. (2012). *La voz del Síntoma: del discurso médico al discurso organísmico*. 6ª Edición. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Schoch de Neuforn, S. (2000). *La relación dialogal en terapia Gestalt*. Ferrol: Ediciones de la Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- Spagnuolo, M. (2002). *Psicoterapia de la Gestalt, Hermenéutica y clínica*. Barcelona, España: Editorial Gedisa. S.A.
- Spagnuolo, M. (2002). *Una comparación con Gadamer: para una epistemología hermenéutica de la Gestalt*. Barcelona, España: Editorial Gedisa. S.A.
- Stevens, J. (2008). *El darse cuenta*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos (año de publicación del libro original: 1976).
- Stierlin, H. (1996). Features of families with mayor affective disorders. *Family Process*, 25(3), 325-37.
- Subiela, E. (1986). *Hombre Mirando al Sudeste*. Argentina: Productora Cinequanon.

- Universidad de Chile (Productor) (2015, 11 de marzo). Entrevista a Antonio Martínez en Conversando en positivo (programa radial). Santiago de Chile: Radio Universidad de Chile.
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30 (5), 276-287.
- Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1986). Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de psicología*, 7(27-28), 89-109.
- Yontef, G. (2009). *Proceso y diálogo en psicoterapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (año de publicación del libro original: 1999).
- Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. México: Editorial Paidós (año de publicación del libro original: 1977).
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.