



UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Autor: Silvia Chediek

Tutor: Dr. Alejandro Castro Solano

Fecha de defensa: 4 de mayo de 2009

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1 ¿Qué es la psicoterapia?.....	4
3.2 Origen de la psicología.....	5
4. CORRIENTES Y ESCUELAS PSICOTERAPÉUTICAS.....	5
4.1 Primer Abordaje: Psicología Profunda.....	6
4.2 Propuestas generales de este abordaje. (Gross, 1998; Castro Solano, 2001).....	7
4.3 Segundo abordaje: de la Terapia de la Conducta.....	8
4.4 Propuestas generales del abordaje Conductista. (Gross, 1998; Castro Solano, 2001; Camacho, 2002).....	9
4.5 Propuestas generales de este abordaje Cognitivo Conductual.....	10
4.6 Tercer abordaje: Humanistas.....	11
4.7 Propuestas generales del abordaje Humanista. (Gross, 1998; Castro Solano, 2001).....	11
4.8 Cuarto Abordaje: Sistémico.....	12
4.9 Propuestas generales del abordaje Sistémico. (Ceberio y Watzlawic, 1998; Wainstein, 2006; Castro Solano, 2001).....	13
5. SOBRE EL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO.....	14
5.1 Conceptos fundamentales.....	15
5.2 Objetivos del tratamiento.....	17
5.3 Tipo de intervenciones.....	19
6. SOBRE LA TERAPIA GESTÁLTICA.....	21
6.1 Conceptos fundamentales.....	24
6.2 Objetivos e intervenciones.....	26
6.3 Vía de acceso preferida para las intervenciones.....	29
7. SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	30
7.1 Conceptos fundamentales.....	31
7.2 Objetivos del tratamiento.....	32
7.3 Tipo de intervenciones.....	32
8. METODOLOGÍA.....	33
9. INSTRUMENTOS.....	33
10. PROCEDIMIENTO.....	34
11. ANÁLISIS DEL CASO F.....	36
11.1 Entrevista al Lic. Lange acerca del paciente F.....	36
11.2 Entrevista al especialista gestáltico.....	40
11.3 Entrevista al especialista cognitivo conductual.....	44
12. UNA VISIÓN GLOBAL E INTEGRADORA.....	47
12.1 Objetivos del tratamiento.....	47
12.2 Tipo de intervenciones y técnicas.....	48
12.3 Rol del terapeuta.....	49
13. CONCLUSIONES.....	50
14. BIBLIOGRAFÍA.....	54
16. ANEXOS.....	57

EL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO Y LAS DISTINTAS ESCUELAS PSICOTERAPÉUTICAS

Un caso de estudio

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final integrador se basa en la experiencia de quien presenta el mismo, en el área del trabajo corporal y su utilización como herramienta de intervención para el mejoramiento psico-físico y emocional de los alumnos y participantes en los procesos de capacitación. Estos procesos se llevan a cabo tanto en forma individual como grupal a través de dinámicas corporales para el crecimiento y desarrollo personal. Articulando esto con la pasantía realizada en [una](#) Consultora , es que surge el interés por presentar esta propuesta de investigación.

En este trabajo se ha profundizado en los beneficios del Análisis Bioenergético, como una de las líneas de trabajo psico-corporal posible, en su forma tal como fue creado y descrito por Alexander Lowen, médico psiquiatra y discípulo de Wilhelm Reich. El mismo se ha analizado como parte integrante del espectro de escuelas y modelos psicoterapéuticos actuales y se han comparado el objetivo terapéutico, las estrategias de intervención y el rol del terapeuta con otras dos escuelas psicoterapéuticas, la Psicoterapia Gestáltica y la Terapia Cognitivo-conductual.

Para ello, la autora de este trabajo agradece profundamente la colaboración de profesionales de gran prestigio y trayectoria como el Lic. Christian Lange, bioenergetista perteneciente al staff de la Lic. Mónica Gornicki, especialista en psicoterapia gestáltica, transpersonal y bioenergética y el Lic. Marcelo Passini, del equipo del Dr. Javier Camacho, especialistas en psicoterapia cognitivo-conductual, pues sus aportes han sido de gran valía para la elaboración de este trabajo.

Se eligió realizar la comparación con estas dos escuelas psicoterapéuticas por pertenecer las tres a líneas o corrientes psicoterapéuticas que muestran algunas diferencias como también encuentros, con la intención de analizar y comparar las similitudes y discrepancias que se encuentren entre

las tres, focalizando en los objetivos de cada una, sus modos de intervención característicos y el rol del terapeuta propio de cada abordaje. De esta propuesta surge la siguiente pregunta: ¿en qué medida se relacionan el Análisis Bioenergético con la Psicoterapia Gestáltica y la Terapia Cognitivo-conductual en cuanto al objetivo de su abordaje, sus estrategias y técnicas de intervención y el rol que juega el terapeuta en relación con sus pacientes? Este interrogante será volcado sobre el análisis de un caso de estudio que se ha analizado a lo largo de diez sesiones de análisis bioenergético y el cual se ha articulado con las otras dos escuelas psicoterapéuticas arriba mencionadas.

2. OBJETIVOS

Generales

Presentar la variedad de psicoterapias contemporáneas en general y describir el Análisis Bioenergético, la Terapia Gestáltica y la Terapia Cognitivo-conductual en particular, dentro del espectro de modelos psicoterapéuticos actuales.

Específicos

Describir el objetivo del tratamiento, los tipos de intervención y el rol del terapeuta del Análisis Bioenergético, la Psicoterapia Gestáltica y la Psicoterapia Cognitivo-conductual.

Determinar similitudes y diferencias entre los tres modelos psicoterapéuticos propuestos en cuanto a los objetivos del tratamiento, el tipo de intervenciones y técnicas y el rol del terapeuta.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ¿Qué es la psicoterapia?

Cuando se habla del proceso psicoterapéutico en sentido amplio, Feixas, Guillem y Miró (1998) señalan que el proceso terapéutico depende, en gran medida del modelo psicoterapéutico que se adopte. No cabe duda de lo complejo del proceso psicoterapéutico y la consecuente delimitación de sus abordajes como lo es lo limitadas que quedan las definiciones acerca de qué es la psicoterapia.

El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, sino que es parte de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se sustenta en diversas orientaciones teórico-prácticas (Baringoltz, 2004). Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de corrientes, enfoques y conceptos teóricos aplicados al ámbito psicoterapéutico, que dan origen a otras tantas maneras de establecer este contexto de comunicación.

3.2 Origen de la psicología

La palabra psicología como disciplina deriva de dos vocablos griegos. *Psyche*: mente, alma o espíritu y *Logos*: discurso, palabra, estudio. Hoy se ha generalizado la concepción de psicología como el estudio de los procesos mentales y la conducta humana. Como disciplina ha nacido de la mano del fisiólogo alemán Wilhem Wundt, considerado el padre de la psicología, tomando como disciplinas fundantes la filosofía y la fisiología.

El objeto de estudio de la psicología variará según las diferentes escuelas, aunque el foco siempre esté puesto sobre el ser humano como un ser bio-psico-social. La psicología también se clasificará según las diversas actividades humanas y según los tipos de trabajo que realizan los psicólogos (Gross, 1998).

4. CORRIENTES Y ESCUELAS PSICOTERAPÉUTICAS

Según Vara Horna (2003) las distintas corrientes psicoterapéuticas se han ido desarrollando hasta la actualidad en la misma medida en que se han ido profundizando las líneas teóricas que las sustentan. En cada una de ellas existen elementos comunes que comparten.

También es posible encontrar elementos diferenciadores entre una y otra escuela de psicoterapia, que se corresponden con énfasis distintos en sus conceptualizaciones iniciales, o lo que es lo mismo, diferencias de "concepción del mundo y del hombre" que afectan los roles de los implicados en el contexto psicoterapéutico (Feixas, Guillem & Miró, 1998).

Según Ogg (1955) hay cuatro enfoques psicoterapéuticos: las psicoterapias tradicionales; las terapias del potencial humano (donde se

incluyen la Gestalt y la bioenergética); las terapias de grupo y las terapias cognitivo-conductuales.

Para Bergin y Garfield (1994) también hay cuatro enfoques principales: los Abordajes Psicodinámicos; la Terapia de la Conducta; la Terapia Cognitiva y Cognitivo-Conductual y los Experienciales,

De acuerdo a la clasificación de Roth y Fonagy (1996) habría seis modelos de psicoterapia fundamentales: Psicodinámico; Conductual y Cognitivo-conductual; Interpersonal; Sistémico; de Apoyo y Experienciales; de Grupo

Según Gross (1998) las escuelas se pueden clasificar en cinco enfoques principales: Psicoanalítico o Psicodinámico; Conductista o Estímulo-Respuesta; Cognoscitivo; Humanista-existencial y Neurobiológico o Biogénico.

Para Kriz (2007) hay cuatro abordajes diferentes: Psicología Profunda; Terapia de la Conducta -dentro del cual incluye el abordaje Cognitivo-; Humanistas y Sistémicos. Dentro de cada una de estas clasificaciones se pueden encontrar diferentes enfoques y líneas de trabajo (Anexo 1)

Como se puede observar, los autores difieren en la clasificación, pero a fin de trazar un camino que sea orientativo, sin intención de descalificar a los otros posibles, para la realización de este trabajo se ha elegido utilizar la clasificación propuesta por Kriz. Obliga esto a mencionar que dentro de esta clasificación, la única psicoterapia que puede encontrarse tanto en el abordaje psicoanalítico como en el humanista es el Análisis Bioenergético, pero de acuerdo a Kriz este será incluido en el primero, debiéndose aceptar a tal efecto las posibles superposiciones conceptuales.

4.1 Primer Abordaje: Psicología Profunda

Dentro de este enfoque encontramos el abordaje Psicoanalítico o Psicodinámico. Según Bergin y Garfield (1994) la distinción entre estos dos términos ha producido ciertas controversias ya desde los tiempos de Freud. La diferencia radica principalmente en el objetivo de la terapia -ya sea la reconstrucción de la personalidad, por un lado o el alivio sintomatológico y la restauración de las defensas del sujeto, por el otro- y la incorporación de técnicas más allá de la interpretación -contención, consejo, entre otras-. Hay

quienes, no admiten distinción alguna y sostienen la inexistencia de límites entre ambas líneas psicoterapéuticas.

Tomando los conceptos presentados por Castro Solano (2001) la psicoterapia psicodinámica considera que comprender los conflictos emocionales trae aparejado el cambio psicológico del sujeto y su mejoría clínica. Son tratamientos orientados al insight cuyo objetivo es resolver los conflictos inconscientes y situaciones traumáticas reprimidas.

El principal exponente y creador del psicoanálisis fue Sigmund Freud en los albores del 1900. Sus principales discípulos fueron Alfred Adler, médico y el primero en separarse de él proponiendo lo que da en llamar la Psicología Individual. Su línea rectora sostenía que la educación era lo que formaba o dañaba el psiquismo del individuo, por lo cual destacaba los aspectos sociopsicológicos del individuo. A juicio de Adler, una educación que preparara adecuadamente al niño para las tareas de la vida ahorraría toda terapia.

Según el cuadro que se presenta en el Anexo 2 se puede observar que Adler sentó las bases para la propuesta de la Vegetoterapia, modelo que luego desarrollaría Wilhem Reich, seguido por Alexander Lowen con el Análisis Bioenergético, en la misma línea de trabajo. También se encuentra en este encuadre a la Psicología Analítica de Jung y el Análisis Transaccional de Berne. Alrededor de esos tiempos y siguiendo la génesis del mismo marco teórico psicoanalítico se encuentra Fritz Perls quien será conocido como el padre de la Terapia Gestáltica pero este será enmarcado dentro de los abordajes Humanistas (Kriz, 2007).

4.2 Propuestas generales de este abordaje. (Gross, 1998; Castro Solano, 2001)

Naturaleza de los seres humanos: considera que el ser humano está en conflicto permanente debido a la tensión de las demandas hechas por las diferentes partes de la personalidad: Ello, Yo, Superyo. La conducta se encuentra principalmente determinada por fuerzas inconscientes.

Desarrollo psicológico: se da en etapas psicosexuales: la oral -0 a 1 año-; anal -1 a 3-; fálica -3 a 5/6-; latencia -5/6 a pubertad-; genital -pubertad a

madurez-. Esta secuencia está determinada por la maduración del sujeto, quien se irá formando a partir de sus experiencias desde la temprana infancia.

Causas de la anormalidad de la conducta: conflictos no resueltos en alguna o todas las etapas del desarrollo psicológico del sujeto, que provocan perturbación o neurosis. El rasgo principal es la ansiedad.

Método de tratamiento: orientado al insight. Se interpretan los sueños que es donde se manifiesta el inconsciente.

Objetivo del tratamiento: hacer consciente lo inconsciente para elaborar los conflictos reprimidos y lograr un adecuado equilibrio entre el Ello, el Yo y el Superyo a sabiendas que este conflicto siempre estará presente en cierto grado.

Técnicas más utilizadas: asociación libre e interpretación de las verbalizaciones del paciente en la sesión y de los sueños.

Rol del terapeuta: activo. Busca identificar conflictos inconscientes que se vean plasmados en conductas y relaciones disfuncionales y recurrentes.

Conceptos Clave: inconsciente, conflicto, energía, resistencia, transferencia, contratransferencia.

4.3 Segundo abordaje: de la Terapia de la Conducta

Sus orígenes llevan a investigadores como Skinner, Wolpe y Eysenck, quienes basan sus intervenciones en las teorías del aprendizaje clásico y operante, que desestiman los procesos cognitivos y consideran la hombre como un animal condicionable. El padre del conductismo, John Watson en 1913 dice: *denme cien chicos sanos y mediante un adecuado condicionamiento podré hacer de uno un sacerdote, de otro un ladrón, de otro un artesano eficaz* (Camacho, 2002).

Son Albert Bandura y Arnold Lazarus los introductores del Aprendizaje por Modelado (Kriz, 2007) y son quienes van concediendo mayor importancia a los procesos mentales internos -cognitivos- así como la interacción del sujeto con los otros y con el medio.

Según Camacho (2002) la integración acabada de aspectos cognitivos llega de la mano de Aaron Beck con su propuesta de Terapia Cognitiva. Entre las terapias cognitivas de la conducta, se encuentra, entre otras, la propuesta de Albert Ellis que dio en llamar Terapia Racional-Emotiva. Todas estas

variables se enraizan en supuestos de la teoría del aprendizaje, entendiendo aprendizaje como la posibilidad de adquirir y mantener pautas y conductas nuevas. Desde esta mirada aprendizaje es entendido como condicionamiento.

La terapia de la conducta contó como corriente terapéutica sistematizada para el abordaje de diversos trastornos recién en la década de 1960, medio siglo después que el psicoanálisis. El objetivo teórico fue la predicción y el control de la conducta, es decir que el acento para todo tipo de estudio estaba puesto sobre las conductas, reemplazando el método introspectivo como método de investigación por estudios de laboratorio dedicados al condicionamiento. Hoy existen profesionales con orientación sistémica, gestáltica y cognitiva que utilizan técnicas conductistas en sus procesos psicoterapéuticos

Actualmente algunas propuestas plantean la fusión de ambos modelos, dando lugar a lo que se conoce como la Terapia Cognitivo-conductual, cuyo objetivo es eliminar las cogniciones irracionales -supuesto que comparten con el modelo psicodinámico-. Las intervenciones son muy pragmáticas y permiten el monitoreo y la evaluación permanente de parte del terapeuta y del paciente. Sin embargo, cabe destacar que ambos modelos guardan profundas diferencias teóricas pues hay que recordar que en sus inicios el modelo cognitivo surgió para contraponerse a las posturas conductistas (Camacho, 2002).

4.4 Propuestas generales del abordaje Conductista. (Gross, 1998; Castro Solano, 2001; Camacho, 2002)

Naturaleza de los seres humanos: considera que la conducta humana se establece con base en fuerzas ambientales -reforzamiento- y es un conjunto de respuestas aprendidas ante los estímulos externos. La clave del proceso de aprendizaje es el condicionamiento -clásico y operante-

Desarrollo psicológico: no hay etapas de desarrollo. La conducta diferente está reforzada de manera selectiva a diversas edades pero las diferencias entre el niño y el adulto son sólo cuantitativas.

Causas de la anormalidad de la conducta: el aprendizaje de respuestas desadaptativas o el fracaso, desde el principio, en aprender

aquellas adaptativas. No hay distinción entre los síntomas y el trastorno de la conducta.

Método de tratamiento: modificación conductual

Tipo de intervenciones: estímulo-respuesta, ignora los procesos cognitivos

Objetivo del tratamiento: poseer un repertorio amplio de respuestas adaptativas, eliminando las desadaptativas.

Rol del terapeuta: activo y directivo

Conceptos clave: condicionamiento o aprendizaje, estímulo-reacción

4.5 Propuestas generales de este abordaje Cognitivo Conductual.

(Gross, 1998; Castro Solano, 2001; Camacho, 2003)

Naturaleza de los seres humanos: así como para el conductismo la persona responde sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la cognitiva no sólo importará el estímulo, sino la particular configuración que la persona haga de esos estímulos -Paradigma del Procesamiento de la Información-.

Desarrollo psicológico: estadios del desarrollo cognitivo y del desarrollo de la memoria, percepción, lenguaje, atención.

Causas de la anormalidad de la conducta: ideas y creencias irrealistas o irracionales acerca de sí mismo y otros. Incapacidad para vigilar y controlar la conducta a través de procesos cognitivos adecuados.

Método de tratamiento: Terapia cognitivo-conductual, Terapia racional-emotiva, Autocontrol conductual, Terapia Multimodal.

Objetivo del tratamiento: Se busca el adecuado funcionamiento de los procesos cognitivos y la capacidad para utilizarlos para controlar la conducta. Su objetivo es eliminar las creencias disfuncionales.

Tipos de intervención: alejadas de la interpretación, son técnicas directivas y concretas cuyo objetivo es mantener la motivación del paciente para realizar las tareas propuestas, el automonitoreo y el cambio de creencias disfuncionales.

Rol del terapeuta: activo y directivo.

Conceptos clave: cognición, distorsiones cognitivas.

4.6 Tercer abordaje: Humanistas.

La psicología humanista se suele definir como la tercera fuerza, siendo el psicoanálisis la primera y el conductismo la segunda. Son variados los abordajes, reunidos, no tanto por un marco teórico común sino por una visión del hombre integral, compartiendo cierta homogeneidad pragmática y metodológica. Sostenían que tanto el psicoanálisis ortodoxo con su énfasis en el inconsciente y lo reprimido, como el conductismo, priorizando la bioquímica celular, habían reducido al hombre a una condición de objeto de estudio y totalmente condicionable, sin responsabilidad ni posibilidad de crecer, punto que desde sus orígenes enfatiza el abordaje humanista.

Las corrientes principales son la Terapia Gestáltica de Fritz Perls y la Psicoterapia del Diálogo o Centrada en el Cliente de Karl Rogers, que propugnan el movimiento del potencial humano, buscando restaurar y respetar la dignidad del hombre a través del fortalecimiento de sus derechos esenciales: satisfacer sus necesidades, expresar sus emociones y valorar su cuerpo, ser diferente, único y específico, realizarse, conformar sus propios valores individuales, sociales y espirituales, no ser limitado por la voluntad de otros y ejercer su libertad de elección.

Se abandona la mirada dicotómica entre salud y enfermedad, normal y patológico, poniendo el acento en desarrollar el potencial de la persona. Sostienen que el hombre es un sistema abierto y global incluyéndose así en los nuevos paradigmas sistémico y analógico.

Según la clasificación de Kriz (2007), la cual se ha elegido para esta investigación, el psicodrama de Iacov Moreno y la Logoterapia de Víctor Frankl se han incluido dentro de esta categoría pero no de manera nítida por su afinidad con otros abordajes. El psicodrama afín con la terapia de grupos y la cercanía de la Logoterapia con la terapia de la conducta o la psicología profunda. Hay autores que también incluyen en esta categoría humanista a la Bioenergética de Lowen y al Análisis Transaccional de Berne, pero según esta clasificación, estos enfoques se han incluido dentro de la Psicología Profunda, como lo llamara Kriz (2007).

4.7 Propuestas generales del abordaje Humanista. (Gross, 1998; Castro Solano, 2001)

Naturaleza de los seres humanos: el individuo es único, libre, racional y autodeterminante. Los seres humanos son diferentes a los animales por su libre albedrío y la posibilidad de autorrealización. Consideran la experiencia presente tan importante como la pasada. Los problemas psicológicos aparecen cuando las personas no pueden actualizar su potencial.

Desarrollo psicológico: desarrollo del autoconcepto, la autoestima, el autorrespeto. Satisfacción de las necesidades de bajo nivel como prerequisite para las de mayor nivel -Pirámide de Maslow-. Se busca la autorrealización del sujeto.

Causas de la anormalidad de la conducta: incapacidad para la autoaceptación, para expresar la verdadera esencia del ser, para autorresponsabilizarse de las propias acciones y para realizar acciones adecuadas y auténticas. La ansiedad es la heredera de la autonegación del ser.

Método de tratamiento: el insight. Es un espacio iluminado que logra el cliente a medida que se exploran las experiencias presentes junto con el terapeuta.

Objetivo del tratamiento: se busca la autoaceptación por medio del darse cuenta del propio potencial, ya sea para resignificar la vida como para lograr la intimidad con los otros. Redescubrir el sí mismo completo con miras a la autorrealización.

Tipo de intervenciones: no está tan orientado a técnicas específicas sino a desarrollar la apertura a la experiencia, con basamento en la intuición y la empatía. Es considerada una forma de autoconocimiento o de crecimiento personal más que una psicoterapia. Disminuir o eliminar el síntoma no es una meta a priori. Puede suceder como consecuencia del trabajo terapéutico.

Rol del terapeuta: es el observador que ayuda a sus pacientes a reconocer sus estados emocionales en su mundo subjetivo.

Conceptos clave: encuentro, crecimiento, autonomía, autorrealización, empatía, aceptación.

4.8 Cuarto Abordaje: Sistémico.

El abordaje sistémico supone un cambio de paradigma, pues cuestiona modelos explicativos y/o supuestos básicos sostenidos hasta el momento de su surgimiento. Con una fuerte influencia de la cibernética, la pragmática, la teoría de los sistemas y la teoría de la comunicación la terapia sistémica se instala a mediados del siglo pasado. El pensamiento sistémico contempla el todo y las partes, y se interesa por las conexiones entre estas últimas.

Los sistemas cognitivos y los sistemas sociales, se caracterizan por su persistencia y su coherencia interna, ésta es la que les otorga su identidad. Los cambios de un sistema cognitivo o social dependen de la pérdida de su coherencia, de la fractura de aspectos de su identidad...algo se debe destruir (Wainstein, 2006).

Son varias las escuelas que desarrollaron el pensamiento sistémico y lo sistematizaron metodológicamente en una forma de psicoterapia con diversas formas de intervención, como la estratégica, estructuralista, narrativista, utilizándose prioritariamente con familias y en menor grado con parejas.

4.9 Propuestas generales del abordaje Sistémico. (Ceberio y Watzlawic, 1998; Wainstein, 2006; Castro Solano, 2001)

Naturaleza de los seres humanos: El individuo es parte de un sistema e interactúa con este generando una circularidad y una retroalimentación permanente. Toda interacción puede ser considerada como un sistema al que se le aplican sus propiedades.

Desarrollo psicológico: el sujeto se va desarrollando por medio de una retroalimentación circular con el medio en su interacción permanente dentro del sistema al que pertenece. Llámese el sistema madre-hijo, familia, escuela, sociedad, todos ellos van dejando una huella en la identidad individual.

Causas de la anormalidad de la conducta: circuitos comunicacionales disfuncionales, estrategias fallidas de relacionar medios y fines, disfunción de partes estructurales del sistema que afecta el funcionamiento del todo, un modo de narrar que no encaja y gente atrapada en sus propios discursos. La familia y sus estructuras como la agencia generadora de conflictos.

Método de tratamiento: intervenciones estratégicas, estructurales, narrativistas en el sistema que produce las conductas disfuncionales.

Objetivo del tratamiento: modificación de las estrategias de acción, los patrones con que estas se organizan y se sostienen y los discursos que las describen y las explican.

Tipos de intervenciones: el cambio sintomático no es una meta en sí misma, aunque se usa al principio para detectar los elementos disfuncionales del sistema. Técnicas que identifican este abordaje: el consejo, la sugestión, instrucciones paradójales, prescripción de síntomas, entre otras.

Rol del Terapeuta: activo y directivo, identifica el rol de cada miembro del sistema y el del paciente que contribuye a mantener la sintomatología.

Conceptos clave: circularidad, comunicación, estructura, ecología, evolución.

5. SOBRE EL ANÁLISIS BIOENERGÉTICO

El Análisis Bioenergético es un método psicoterapéutico centrado en un enfoque analítico-corporal. Sus raíces se fundamentan en el psicoanálisis de Freud diferenciándose de éste en que el Análisis Bioenergético incorpora y presta detallada atención a la expresión del inconsciente en el cuerpo: gestos, movimientos, voz, respiración que informan de la historia emocional de la persona.

El Dr. Alexander Lowen creó en 1956 el Análisis Bioenergético partiendo de su trabajo personal con el Dr. Wilhem Reich¹, un discípulo de Freud y su gran inspirador y también observando a sus pacientes desde el punto de vista de su estructura física. Así pudo establecer correlaciones entre los traumas ocurridos a lo largo del desarrollo del individuo y su estructura corporal en la edad adulta. Es decir, entre la vida emocional y su expresión corporal.

Según Lowen (1991), el Análisis Bioenergético, también llamado por él mismo Terapia Bioenergética o simplemente Bioenergética, constituye en sí mismo un tipo de psicoterapia, ya que cumple con los requisitos exigibles a una

¹ Wilhem Reich (1897-1957) fue un psicoanalista precoz que se inició como discípulo de Freud. En 1927 publicó *La Función del Orgasmo*, donde atribuía al orgasmo una función reguladora que distiende y armoniza en cuatro tiempos la energía. Decía que esto signaba la Ley General de Pulsación de la vida. En 1930 rompe relaciones con Freud e insiste cada vez más en hacer foco en el presente más que en el pasado del sujeto. Hacía un análisis activo: tocaba a sus pacientes, incluía lo corporal, trabajaba con las tensiones y corazas musculares. Relacionaba de modo directo la agresividad, la sexualidad y la política. Iba más allá del discurso verbal, le importaba más el cómo que el por qué de los fenómenos.

técnica psicoterapéutica, pues hay un paciente y hay un terapeuta que actúa como un guía en el viaje al descubrimiento y autoconocimiento del sí mismo del paciente, utilizando como vehículo y punto de partida el cuerpo y sus manifestaciones energéticas. De ello que la bioenergética pueda ser considerada como una psicoterapia que utiliza técnicas que apuntan tanto al análisis intelectual como al corporal.

5.1 Conceptos fundamentales

Los fundamentos de la Bioenergética hacen foco principalmente en tres puntos:

- Todo organismo viviente, especialmente el ser humano, capta y emite una energía que le es propia.

Dicha energía puede orientarse hacia la propia destrucción del organismo o bien hacia su pleno desarrollo. Es posible, mediante técnicas especiales, canalizar la energía en forma adecuada de tal manera que influya positivamente en los trastornos energéticos del cuerpo, y que afecten tanto la salud mental como la física.

Según Lowen (1989) la bioenergética es un modo de entender la personalidad humana en términos del cuerpo y sus procesos energéticos. Las funciones básicas de la vida son la respiración, el metabolismo y la descarga de energía a través del movimiento. La cantidad de energía de la que se disponga y el modo en que se utilice esa energía, determinará las respuestas del individuo frente a las circunstancias de su vida.

Toda vivencia humana es una experiencia corporal y los procesos energéticos (vibración, excitación, pulsación, flujo, corrientes, expansión, contracción, contención) subyacen y determinan dichas vivencias. Estos procesos energéticos constituyen el fundamento de la unidad psicosomática de la persona. En correlación con esta perspectiva energética, los tres aspectos de la realidad afectiva: intrapsíquicos, físicos y relacionales, se contemplan como fundamentalmente relacionados y en interacción mutua.

- La ecuación mente-cuerpo

Considera a la mente y al cuerpo funcionalmente idénticos: lo que sucede en la mente refleja lo que está sucediendo en el cuerpo y viceversa.

Esta es la idea de la unidad dinámica del organismo humano. Todas las funciones del hombre, somáticas y psíquicas son efecto de la energía vital que puede aumentarse y disminuirse por mecanismos o trastornos internos, o por influencia del medio ambiente externo. De esto se deriva que si por razones internas o influencias externas alguna función somática queda restringida o alterada por falta o por acumulación de energía, las funciones psíquicas también quedan alteradas porque el organismo humano trabaja como un todo.

Del mismo modo, cuando hay problemas psicológicos que restringen el flujo de la energía vital en la musculatura y órganos del cuerpo, también hay disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo, del sistema endocrino, corrientes eléctricas y viceversa. Esta idea se resume en el principio básico de la Bionenergética, de que el sujeto es su cuerpo. Su cuerpo es su modo de ser en el mundo. No hay persona que exista separada del cuerpo vivo en que tiene su ser y a través del cual se expresa y se relaciona con el mundo que lo rodea. Cuanta más vida tenga su cuerpo, más estará en el mundo.

- El principio de placer y el principio de realidad.

Lowen (1993) asegura que la sensación subjetiva de salud es un sentimiento de animación y deleite del cuerpo que aumenta en los momentos de alegría. Por otro lado, el dolor aísla y separa. La salud se manifiesta en los movimientos, en el esplendor, la elasticidad y la calidez del cuerpo.

La vida se orienta hacia el placer y huye del dolor. A nivel corporal el placer fomenta la vida y el bienestar del organismo, y el dolor se experimenta como una amenaza para la integridad del organismo. Los procesos energéticos funcionales están relacionados con la vitalidad del cuerpo. A mayor vitalidad más energía tendrá y viceversa. La rigidez o la tensión crónicas disminuyen la vitalidad y menguan la energía.

Sobre estos supuestos reposa la psicoterapia bioenergética, orientada a utilizar el lenguaje del cuerpo y su energía para el mejoramiento del bienestar psicológico del individuo. Según Lowen (1985) la bioenergética como terapia, combina el trabajo tanto con la mente como con el cuerpo con el objetivo de ayudar a la gente a resolver sus conflictos emocionales y a comprender y redescubrir su potencial para el placer y el gozo de vivir. De ello se desprende que el abordaje clínico se fundamenta en la interacción entre los procesos

energético-corporal, analítico y relacional. La convicción básica es que la historia emocional de la persona se estructura en la forma y expresión de su cuerpo. Los traumas, déficits y conflictos se entienden en el contexto evolutivo de la persona.

Tanto pensamientos como emociones y sentimientos están condicionados por factores energéticos. Sostiene, por ejemplo, que es casi imposible para una persona deprimida elevarse por encima de su depresión solo a base de tener pensamientos positivos, ya que su nivel de energía está deprimido. Cuando su nivel de energía es elevado a través de una respiración profunda -ya que su respiración estaba deprimida junto con las restantes funciones vitales- y de una descarga emocional, la persona sale del estado depresivo y recién entonces se procede al análisis reflexivo de la génesis de su depresión, que según este enfoque, radica en algún trauma infantil reprimido.

Es indiscutible la presencia de los preceptos freudianos en los fundamentos de la Bioenergética propuestos por Lowen, sin embargo, se distancia del psicoanálisis en la fuerte impronta corporal que impone a su terapia, aún mayor a la propuesta de Reich, ya que este último no salía de la posición de acostado sobre el diván de su paciente. Lowen en cambio, le da suma importancia a lo que llamó enraizamiento, es decir, observar cómo el paciente, se afirma en la tierra, como en su realidad. La posición de bipedestación y de sedestación son muy tomadas en cuenta por Lowen para intervenir en diferentes áreas psicodinámicas de sujeto.

5.2 Objetivos del tratamiento

El objetivo del tratamiento bioenergético es la eliminación de todos aquellos mecanismos carenciales o patológicos corporales, musculares, emocionales, mentales y yoicos que se han fabricado a través de las etapas infantiles, adolescentes y juveniles. Busca restablecer la unidad dinámica del cuerpo y de la mente a fin de que el paciente tenga mayor vitalidad y efectividad en sus funciones somáticas y psíquicas, en su modo de pensar y de obrar e incluso en su relación con su parte espiritual (Lowen, 1994).

Del soma terapéutico surge el soma vital. De este descubrir del cuerpo, se pasa a ser cuerpo, a vivir el cuerpo habitado de sensaciones, emociones y necesidades. La relación emociones-cuerpo surge al sentir que debajo de las

tensiones o corazas musculares están reprimidas los afectos no expresados originados por situaciones de frustración, carencia afectiva, ira, enojo, tristeza, angustia. Luego se da lugar a la concientización de la unidad cuerpo-mente. El funcionamiento de la mente y el cuerpo se viven interconectados y unidos. Es el descubrimiento de la corporalización de los pensamientos.

El proceso terapéutico es un trabajo de cooperación mutua entre el terapeuta y paciente que no se limita a la hora de la consulta. La labor del terapeuta consiste en ayudar al paciente a independizarse de él y valerse por sí mismo sin necesidad de tener que recurrir a terapia toda la vida. Por lo tanto, puede darle tareas de respiración y ejercicios bioenergéticos para realizar fuera de terapia y que lo ayuden a tomar conciencia de sus conflictos, de su origen y de su posible solución sin necesidad de interpretaciones teóricas.

Los objetivos generales pueden resumirse de la siguiente manera:

- Según Lowen (1989) la meta de la terapia bioenergética es ayudar a las personas a resolver sus problemas emocionales, comprender mejor su potencial para vivir en plenitud, capaz de experimentar plenamente los placeres y dolores, los gozos y las penas de la vida adquiriendo herramientas para mantener el equilibrio y el bienestar emocional ante cualquier desafío.
- Para ello busca un cuerpo vital, aliviando la tensión crónica, aumentando su nivel de energía general, agudizando la autopercepción y la autoexpresividad.
- Busca aumentar el grado de economía, creatividad, espontaneidad, flexibilidad, naturalidad y efectividad de los movimientos corporales reflejando las mismas cualidades a nivel intelectual y viceversa, reforzando el autoconocimiento, la autoafirmación y la autorrealización. El trabajo sobre el cuerpo conducirá a sentir y entrar en contacto con emociones reprimidas. Conforme aumenta la vitalidad aumenta la capacidad de la persona para sentir.
- En la terapia bioenergética la persona es asistida para que pueda entrar en contacto consigo misma a través del cuerpo utilizando determinados ejercicios, a través de los cuales la persona siente cómo inhibe o

bloquea el flujo de la excitación en su cuerpo; cómo ha limitado su respiración, restringido sus movimientos y reducido su autoexpresión y su vitalidad general. Las emociones reprimidas que afloran no son provocadas por los ejercicios sino meramente evocadas por ellos. Éstas han sido suprimidas por tensiones musculares crónicas y por la inmovilidad y rigidez del cuerpo.

- Se lleva al paciente a provocar una descarga de tensión, pero para ello es necesario que éste pueda primero soltar, entregarse, dejarse caer, confiar. Para ello es necesario ayudarlo a percibir qué está sosteniendo, contra qué lo está sosteniendo y por qué y para qué lo está sosteniendo. La educación del niño implicó aprender a controlar el cuerpo y este mismo control, una vez que deviene inconsciente, crea las tensiones por las que sufre el adulto. Lleva al paciente a comprender qué está haciendo para mantener el cuerpo bajo control y rígido y lo invita a permitirse aflojar, entregarse, dejar ir y confiar en que el cuerpo tiene todo lo que necesita para regenerarse y revitalizarse. Confía en su potencial regenerador para reestablecer el equilibrio original.
- La parte analítica de esta terapia ayuda al individuo a entender el por qué de estas inhibiciones y bloqueos mayormente inconscientes y generalmente provenientes de experiencias infantiles.
- Se lo ayuda y se lo alienta a aceptar y expresar los sentimientos reprimidos, bajo las condiciones controladas de la situación terapéutica, fomentando la independencia del paciente, dándole tareas para realizar fuera de terapia y que lo ayuden a tomar conciencia de sus conflictos, de su origen y de su posible solución sin necesidad de asistencia terapéutica.

5.3 Tipo de intervenciones

Según Lowen (1989) para hacer un tratamiento bioenergético, el cuerpo terapéutico es la clave de todo. Se llega a él por muchos caminos: a través de la actividad muscular, de la respiración abdominal y torácica, del desbloqueo de las articulaciones, la alineación postural, a través del sonido y la expresividad.

La forma de trabajo de la bioenergética incluye procedimientos manipulativos, ejercicios físicos especiales y el análisis reflexivo por medio de la palabra.

- Los procedimientos manipulativos consisten en masajes, presión controlada y toques suaves para relajar los músculos contraídos.
- Los ejercicios están destinados a ayudar a la persona a entrar en contacto con sus tensiones y emociones reprimidas y liberarlas a través de un movimiento y la resolución reflexiva apropiada. La variedad de los mismos es amplia y cada uno busca, por medio de diferentes accesos corporales, los objetivos arriba descritos. Entre ellos se pueden mencionar los ejercicios respiratorios, de relajación y meditación, expresivos, de pie, sentados, acostados, sobre un taburete, golpes con raqueta, patadas. Los más conocidos son los ejercicios de enraizamiento, los vibratoriales, los movimientos de la zona pélvica para liberar traumas sexuales reprimidos, entre muchos otros.

Esta terapia, pone un gran énfasis en la resolución de problemas por medio de la vía corporal, sin embargo, si esto no va acompañado de una terapia de reflexión para comprender y resolver los conflictos que surjan a través de los ejercicios corporales y los masajes, los nudos emocionales quedarán atrapados e irresueltos produciendo el desplazamiento hacia nuevos bloqueos energéticos o reforzando los ya existentes (Lowen, 1970).

Se podría resumir el pensamiento de Lowen (1997) con sus propias palabras:

“Lo que falla en esta cultura y hace que sea tan difícil hacer terapia hoy, es que las personas están separadas de los sentimientos de su propio cuerpo, separadas de sus sentimientos de la tierra, separadas del universo. Estamos tan ocupados haciendo cosas, haciendo dinero, viviendo rápidamente, que estamos fuera de contacto con la realidad de la propia vida, que es la realidad de lo que nosotros sentimos. Y cuando paramos de sentir paramos de vivir. Si paramos de sentir, no hay amor en nosotros, estamos viviendo en nuestra cabeza.

La Bioenergética, por lo menos para mí, representa el modo de ayudar a las personas a volver a sus propios sentimientos como seres humanos, como una parte de la vida, como una parte del universo, como una parte de la naturaleza, y no la idea egotista e insana de que nosotros somos superiores a la naturaleza y podemos controlarla. Creo que esas ideas egotistas del hombre nos llevan a la destrucción. La Bioenergética coloca su fe en el proceso que está más allá de la mente humana, que el hombre nunca entenderá. Como el hombre nunca va a poder entender al amor, lo que es la vida a través de su intelecto, jamás entenderá cómo somos una parte del todo que está a nuestro alrededor. En resumen, la persona es la suma total de sus experiencias vitales, cada una de las cuales está registrada en su personalidad y estructurada en su cuerpo. Con todo esto trabaja la terapia bioenergética.”

6. SOBRE LA TERAPIA GESTÁLTICA

Según Yontef (1995), los principios que definen esta terapia son: la Teoría de Campo² propuesta por Lewin (1935), la observación Fenomenológica y la utilización del terapeuta como su propia herramienta. Latner (1973) en esta misma línea señala que las características principales de la teoría y la epistemología Gestalt se basan en el concepto del holismo, estando más interesados en la integración que en el análisis. Estudia al organismo siempre en relación a un ambiente determinado, en un momento único, en el aquí y ahora, observándolo en constante interrelación con los factores implicados en el campo total. Practicada como terapia individual, en grupo o en el contexto del desarrollo de los recursos humanos, la Gestalt apuesta por un contacto auténtico integrando las dimensiones sensoriales, emotivas, intelectuales,

² La Teoría de Campo se orienta a las percepciones de cada persona, en ello estriba también el origen de la Teoría de la Terapia Gestalt, por ello ambas tienen mucho en común. La teoría de Campo explica la conducta individual a partir de la totalidad de los factores psicológicos que actúan efectivamente sobre una persona en un momento determinado y concreto, esta totalidad es lo que llaman espacio vital, que contiene ciertos propósitos y valencias positivas y negativas que crean vectores que atraen o repelen

sociales y espirituales del ser humano, permitiendo una experiencia global donde el cuerpo puede hablar y la palabra encarnarse

La psicología gestáltica nació inspirada en la corriente filosófica conocida como Fenomenología, iniciada por Husserl (1859-1938) y su idea directriz fue describir y no explicar los fenómenos. Hasta ese momento, los fenómenos que se captaban eran siempre externos al observador. En oposición a esta postura, él propone que la percepción de la forma no es un hecho objetivo sino que es el sujeto quien aísla la figura del fondo de acuerdo a donde pone su atención y donde están sus necesidades. Los primeros psicólogos gestálticos buscan demostrar que la percepción es subjetiva y varía de acuerdo a cómo el sujeto aísla del fondo a las formas y figuras dominantes. Por lo tanto, el aspecto del objeto dependerá de la atención y las necesidades del sujeto.

Perls (1973), considerado el padre de la Terapia Gestalt, comenta que el campo es una totalidad de fuerzas que se influyen recíprocamente y que en conjunto forman un todo interactivo y unificado, motivo este por el que se entiende que dar significado a una parte o aspecto de la realidad que se manifiesta en el campo, aislándolo de las influencias que recibe de éste es una forma de distorsionar y alterar su realidad, puesto que desde la Teoría de Campo el objeto en sí no aparece sino como una parte de una realidad más amplia de la que forma parte y en la que existe, cobrando sentido y relevancia.

Gestalt es una palabra de origen alemán que significa totalidad o configuración y se la ve como la totalidad del proceso que incluye acciones, emociones y pensamientos que fluyen y confluyen desde la aparición de una necesidad hasta su satisfacción. La Terapia gestáltica se sitúa en la confluencia del psicoanálisis, las terapias psicocorporales de inspiración reichiana, el psicodrama, los enfoques fenomenológicos y existenciales y las filosofías orientales.

Yendo a los orígenes de la psicología clínica, concretamente a la teorización acerca del psiquismo humano que realizó su fundador, Sigmund Freud, éste queda conceptualmente estructurado en una serie de instancias que reciben un tratamiento por separado, como elementos estancos e independientes, con unos límites faltos de flexibilidad entre ellos y que les confieren una movilidad mínima. En cambio, en la Terapia Gestalt, estas estructuras freudianas son transformadas en procesos siendo concebidas

como entidades que están constantemente en movimiento, interactuando, elaborándose en contacto con la realidad, en un campo determinado, en un aquí y ahora.

En esta conceptualización primera planteada por Freud, el trabajo del analista es un trabajo que se realiza sobre el organismo y en el organismo. Es una visión y una orientación de la investigación analítica de afuera hacia adentro, en la que las entidades o estructuras internas del sujeto son el objeto de estudio. Están ahí y simplemente son.

Por el contrario en la Terapia Gestalt, el punto de atención hacia el que el terapeuta dirige sus esfuerzos se sitúa en la frontera de contacto en el lugar donde el organismo y el ambiente interactúan influyéndose de forma recíproca en un proceso constante e ininterrumpido. El terapeuta no trabaja sobre ni en el organismo, sino con el organismo. Interactúa de forma auténtica con el paciente de tal forma que pasa a formar parte del campo, recibiendo su influencia e influenciándolo al mismo tiempo. No es el receptáculo en el que el paciente vierte sus proyecciones, es una parte implicada en el proceso vivencial que se está produciendo en un aquí y ahora único e irrepetible, un encuentro en el que ambos, terapeuta y paciente, cambian conjuntamente y salen más enriquecidos (Ginger & Ginger, 1987).

Por tanto, se ve que la Terapia Gestalt se centra más en los procesos que en los contenidos, más en lo que está sucediendo en el aquí y ahora, en la forma particular en la que el paciente está manifestando su forma idiosincrásica de estar en el mundo que en el discurso narrativo que éste desarrolla (Perls, 1973).

De los muchos nombres con que se ha denominado a la terapia gestáltica el más simple y descriptivo es terapia del darse cuenta. La Gestalt ha sido elaborada sobre todo a partir de las instituciones de Perls, quien junto con sus colaboradores (entre ellos Laura Perls, su esposa y Paul Goodman) elaboraron una síntesis coherente de muchas corrientes filosóficas, metodológicas y terapéuticas europeas, americanas y orientales, constituyendo así una nueva Gestalt en la que el todo es distinto de la suma de las partes, concepto básico de este abordaje (Naranjo, 1990)

Es gracias y a través de su primer libro que Perls pasa a integrar la lista de los disidentes del psicoanálisis, ya que rechaza la preponderancia del

inconsciente, aunque aclara que no lo niega sino que lo aborda a través del cuerpo, las sensaciones y la emoción. También rechaza el uso de la transferencia como base del tratamiento y discute la primacía de la sexualidad infantil y de la libido. Propone alejarse del uso del diván y terminar con las terapias largas e individuales, cuando comienza a coquetear cada vez más con la terapia de grupo. Mientras que para el psicoanálisis la acción se considera como una resistencia a la verbalización, en la Gestalt la verbalización prematura es tomada como resistencia a que surja la emoción (Sinay & Blasberg, 2006).

6.1 Conceptos fundamentales

El darse cuenta, figura-fondo, aquí y ahora, el cómo más que el por qué, hablar en primera persona y en tiempo presente, reflexión más que abstracción, intrasferibilidad de la experiencia personal, desarrollo del potencial del cliente, estimulación de la espontaneidad y la sabiduría personal, el contacto fluido con los demás, desapego, autenticidad, eliminación del deber ser, la libertad de elección personal, la importancia del cuerpo y las sensaciones, son algunos de los temas que siempre están presentes en el dominio gestáltico (Feixas, Guillem & Miró, 1998; Stevens, 1981; Sinay & Blasberg, 2006; Kriz, 2007).

Para Stevens (1981) el darse cuenta, es tomar conciencia, estar alerta en el momento presente del conjunto de los procesos corporales, emocionales internos y del medio para descubrir la información que los mismos proveen. Consiste en estar siempre atento al flujo permanente de sensaciones físicas, sentimientos, ideas. Es la sucesión ininterrumpida de figuras que aparecen en el primer plano de la conciencia con un fondo, formado por el conjunto de elementos pertenecientes a la persona y a la situación vivida. Es una experiencia siempre subjetiva que, para los gestálticos tiene un gran poder curativo.

El aquí y el ahora es la toma de conciencia de la experiencia actual, que, permite el resurgimiento en el presente de una experiencia vivida, rehabilitando la experiencia emocional y corporal.

Se enfatiza en el cómo o en el para qué más que en el por qué. Más que averiguar la génesis de los conflictos surge la pregunta acerca de ¿cómo le

está pasando lo que dice que le pasa? Aquí se remite al principio fenomenológico de describir antes que explicar, en donde la percepción corporal de la vivencia es esencial.

La comunicación se basa en un modo de expresión donde se busca inhibir los escapes defensivos, por ello se promueve el hablar en primera persona ya que el plural favorece el escape y la ocultación y el impersonal diluye la responsabilidad de lo que se dice. Se promueve la utilización del tiempo presente pues facilita la actualización de la vivencia y de los contenidos emocionales. Se busca la reflexión para la acción, es decir que la vivencia concreta está por sobre las abstracciones, haciendo hincapié en que cada experiencia humana es singular e intransferible, única e irrepetible.

Cada persona es responsable de su proyecto existencial. Se focaliza en el desarrollo del potencial del cliente, acompañando su autodeterminación y sus elecciones. Importan la responsabilidad y la autonomía del cliente (Bergin & Garfield, 1994).

El ideal gestáltico, al igual que el principio Taoísta que lo influencia, cree en la espontaneidad sabia y profunda más allá de la voluntad del ego consciente y promueve el reconocimiento y la integración de las polaridades, otra cuestión emparentada con el taoísmo -yin y yang-. Enfatiza lo espontáneo, lo que aparece y valora el cuerpo como morada del espíritu (Naranjo, 1990).

Elimina introyecciones como el deber, tener, hay que, con lo cual pone énfasis en el lenguaje utilizado por el cliente.

Promueve el desapego o lo que la Gestalt llama el ciclo de contacto y retirada.

Favorece un contacto fluido y auténtico con los demás y el entorno, un ajuste creativo del organismo con el medio, dando gran importancia al cuerpo y las sensaciones.

Hace foco también en la toma de conciencia de los mecanismos interiores que empujan con demasiada frecuencia a conductas repetitivas y caducas.

Pone de relieve los procesos de bloqueo o de interrupción dentro del ciclo normal de la satisfacción de las necesidades y desenmascara las evitaciones, miedos e inhibiciones, así como las ilusiones.

Pone atención a las gestalt incompletas, haciendo referencia a aquellos pensamientos y situaciones recurrentes que se presentifican ante diferentes situaciones. La gestalt incompleta aparece cuando el ciclo de satisfacción de necesidades no se ha desarrollado de forma completa. La situación puede quedar inacabada y pasa a constituir un elemento preconsciente de presión interna ya sea movilizador o fuente de neurosis. Algunos gestaltistas consideran la transferencia como una gestalt inacabada: figuras parentales del pasado que se interponen en una relación actual y la contaminan.

6.2 Objetivos e intervenciones

La Gestalt no aspira simplemente a explicar los orígenes de los conflictos, sino a investigar los caminos hacia nuevas soluciones: a la búsqueda de saber por qué añade el sentir cómo, movilizador del cambio. El cómo permite un entendimiento más profundo de lo que sucede, da perspectiva, orientación (Stevens, 1981).

El terapeuta gestáltico está interesado en examinar con atención el proceso a través del cual el paciente va constituyéndose de forma única e irrepetible en el aquí y ahora, siendo el cómo se articula este proceso en el presente lo interesante a observar. Se busca la comprensión acerca de cómo el sujeto hace ajustes creativos, cómo asimila y crece, a la vez que se trata de averiguar cuál es el procedimiento por el cual se interrumpe en su contacto dando lugar a la aparición de asuntos inconclusos que merman la capacidad del paciente para vivir plenamente el presente. Haley (1963) refiere que el hecho de dejar de pensar en una unidad individual para pasar a una unidad social de dos o más personas tiene ciertas consecuencias sobre el terapeuta. Este debe considerarse a sí mismo un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema.

El terapeuta es un elemento indisociable del campo organismo entorno, siendo esta implicación en el campo una de las claves del éxito en la intervención terapéutica. Kopp (1971) sugiere que como terapeuta se debe empezar simplemente por estar dispuesto a estar con el paciente, a llegar a conocerlo como persona y a permitirle que establezca contacto. El terapeuta debe confiar en sus intuiciones acerca de sus conocimientos y vivir la realidad en lugar de tratar de percibirla. Debe estar dispuesto a temblar sin retirarse de

la posibilidad de ser personalmente vulnerable como cualquier otro ser humano.

Este aspecto de involucración personal en el proceso vivencial que acontece en la sesión de terapia es, un aspecto relevante que presenta el enfoque gestáltico, pues al incorporarse el terapeuta al proceso experiencial en el que se desarrolla la sesión de terapia se entra en contacto con procesos emocionales que movilizan las dificultades personales del terapeuta.

Una intervención psicoterapéutica gestáltica no aspira a transformar la situación externa, a cambiar las cosas, a los demás o los acontecimientos, sino más bien a transformar la percepción interna que tiene el cliente de los hechos, de sus interrelaciones y de sus múltiples significaciones posibles. Cada cual es responsable de lo que elige y de lo que evita. Se trabaja al ritmo de lo que emerge en un momento determinado ya sea una percepción, una emoción o una preocupación actual de una Gestalt no cerrada o inacabada o incluso de perspectivas de futuro inciertas.

Se atiende en todo momento a las manifestaciones corporales del cliente: sus posturas y movimientos aparentes, como también a los microgestos semiautomáticos, una especie de lapsus del cuerpo que revela procesos a menudo inconscientes, como por ejemplo, dar golpecitos con los dedos, balanceo de los pies. También se controla el tono de voz, el ritmo de la respiración, así como la circulación sanguínea perceptible por la palidez o enrojecimiento de la piel. El síntoma corporal se utiliza como puerta de entrada permitiendo un contacto directo con el cliente.

Así pues más que tratar de interpretar el comportamiento de los demás, se animará al cliente a prestar atención a lo que siente: se trata de la toma de conciencia global o darse cuenta. Eventualmente se utilizará la técnica de amplificación para intensificar su sensación o su síntoma a fin de percibir mejor este último como a través de una lupa y dejarle expresar su sentir en el aquí y ahora. Así mediante sucesivas asociaciones de sensaciones, gestos, imágenes, sonidos o palabras, a menudo emergen súbitas tomas de conciencia -insights- que descansan en comportamientos actuales o bien comportamientos antiguos estereotipados que se han convertido en inconscientes. Así se puede decir que el síntoma físico es como una llamada personal, es el lenguaje que

ha escogido el cuerpo para expresarse y siempre se lo escucha con atención y se lo acepta con respeto.

No se trata entonces, de comprender, analizar o interpretar acontecimientos, comportamientos o sentimientos sino más bien de favorecer la toma de conciencia global de la forma de funcionar del individuo, de sus procesos de ajuste creativo al entorno, de la integración de la experiencia presente, de sus evitaciones y de sus mecanismos de defensa.

La Gestalt integra y combina de manera original un conjunto de métodos y técnicas variadas, verbales y no verbales, como el despertar sensorial, el trabajo con la energía, la respiración, el cuerpo y la voz, la expresión de la emoción, el trabajo a partir del ensueño o del sueño y el despertar, el psicodrama, la creatividad, el arteterapia, y se trabaja prioritariamente con las sensaciones, las imágenes y las emociones que preceden a la verbalización (Stevens, 1981).

Para Perls (1976) un terapeuta gestáltico no usa técnicas; se aplica a sí mismo en y a una situación en que cualquier habilidad profesional y experiencia de la vida han sido acumuladas e integradas. Hay tantos estilos como terapeutas y clientes hay.

Tomando este último concepto tal vez no sea tan determinante como aquí planteado por Perls (1976) pues en Gestalt se puede encontrar un abanico variado de técnicas, entre las cuales se pueden nombrar algunas como la silla vacía, la amplificación, el monograma, la puesta en acción gestáltica, los sueños, las fantasías dirigidas, entre otras. Con todas o algunas de estas técnicas el terapeuta puede intervenir si se presenta el caso y lo considera conveniente, verbal o físicamente, si cree que eso puede intensificar el proceso en curso, permitiendo que el cliente sea quien confiera a la situación un sentido personal.

El diálogo permanente entre el cliente y terapeuta emplea todos los lenguajes disponibles: la palabra, la postura, los gestos y micro gestos semiconscientes, las emociones explícitas o implícitas. Se expresa todo a través de diversos canales: el movimiento del cuerpo o incluso con el tacto corporal eventual, la expresión emocional, el lenguaje artístico, el empleo de los recursos ambientales. Todos los medios que permitan alcanzar los objetivos que persigue la Gestalt.

6.3 Vía de acceso preferida para las intervenciones

La Gestalt ocupa un lugar relevante entre las terapias psicocorporales, sin embargo, se discute el alcance y la profundidad de su abordaje corporal por comparación con las terapias de corte reichiano. Para Perls y la Gestalt, la rigidez corporal es sinónimo de retroflexión³, pero para él el bloqueo no se organiza alrededor de conflictos y sucesos internos como sostiene Reich, sino en relación al contacto con el entorno.

A Perls le interesaba la experiencia fenomenológica del paciente sobre su propio cuerpo, más que el movimiento y la expresión que le interesaban a Reich y enfatiza la sensación y la conciencia del darse cuenta. A diferencia de Reich para quien la resistencia muscular debería ser eliminada por impedir el flujo de energía vital y el funcionamiento apropiado, para Perls la tensión muscular es una función del yo, parte del sí mismo, aunque negada y fuera de la conciencia. Desbaratarla o eliminarla sería eliminar parte de su self, con lo cual propone utilizarla como una energía creadora, aplicando el principio de las artes marciales que llama a utilizar la propia resistencia y fuerza del contrincante para vencerlo o disminuir la resistencia.

Los principios teóricos de la Gestalt no conllevan la obligación de una movilización corporal: el enfoque global fenomenológico, la teoría del self, el darse cuenta en el aquí y ahora de la relación, la detección de las perturbaciones del ciclo de contacto y retirada y de las resistencias, todo esto apenas requiere de la intervención activa del cuerpo.

Entre los gestaltistas hay quienes piensan que el abordaje corporal clásico de la terapia gestáltica es suficiente y quienes por el contrario lo perciben deficiente y abogan por una síntesis de Gestalt y otras metodologías. Naranjo (1990) sugiere que la Gestalt es loable por su toma de conciencia del cuerpo, la atención a la postura y los gestos en el curso del proceso terapéutico así como también su atención a la sensación corporal como parte del despertar de las sensaciones y como espejo de ellas. Sin embargo, considera que Fritz y Laura Perls han sido algo arrogantes en su satisfacción de que esto fuera suficiente y considera importante el aporte de los gestaltistas de la generación

³ concepto que sustituye a la noción de coraza muscular de Reich

actual que han integrado elementos reichianos y otros de trabajo corporal a la Gestalt.

La gran mayoría de los que actualmente practican la Gestalt conceden un lugar privilegiado a las vivencias corporales del cliente, como también a las del propio terapeuta. Además se interesan tanto por la sensorialidad receptiva - ¿qué sientes en este momento?- como por la actividad motriz del organismo -te propongo que te levantes y des unos pasos...- y no dudan en moverse ellos mismos modificando si se da el caso, la distancia física o estableciendo momentáneamente un contacto corporal.

En el arco de los diferentes estilos terapéuticos caben todo tipo de implicaciones corporales del propio terapeuta, desde el que permanece sentado hasta el que se mueve y participa en ejercicios y respecto al paciente, desde privilegiar su comunicación verbal hasta proponer experiencias físicas de movimiento, contacto, ejercicios bioenergéticos.

En cualquier caso, más que un tema de marco teórico es un recurso personal. Es decir, que cada terapeuta trabajará con las herramientas técnicas y conceptuales que mejor se adecuen a su personalidad, lo cual incluye tanto a sus recursos como a sus limitaciones.

7. SOBRE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La Psicología Cognitiva es aquella que estudia los procesos de pensamiento y la elaboración de información de ideas, llamando a estas elaboraciones, percepciones y su procesamiento, cogniciones. Todas las intervenciones cognitivas intentan producir algún cambio influenciando el modo de pensamiento. Sostienen que la forma en que un individuo interpreta un evento juega un rol importante en determinar como él o ella responderá frente al mismo (Bergin & Garfield, 1994).

Por lo tanto y de acuerdo a esta perspectiva, el pensamiento determinará y afectará la conducta y la emoción de los individuos y a la vez estará influenciada por el estado de ánimo y las consecuencias de acciones previas (Bandura, 1986).

Las Terapias Cognitivo-conductuales son terapias breves, estructuradas, orientadas a problemas concretos. Así se trabaja sobre pedidos o demandas específicas, y no se espera entender la situación global antes de intervenir. Se llevan a cabo con una activa participación y colaboración entre el paciente y el terapeuta.

Según Castro Solano (2001), estos abordajes basan sus técnicas en intervenciones muy concretas, que pueden ser fácilmente monitoreadas y evaluadas. Sugiere que la idea sobre la cual se funda este concepto es que el cambio en las representaciones de los pacientes trae como consecuencia un cambio en los afectos y las conductas. Las intervenciones no se orientan a la interpretación, sino que son muy claras y específicas, orientadas a mantener la motivación del paciente para cumplir con las tareas propuestas por el terapeuta. Se busca el desarrollo del automonitoreo y el cambio de las cogniciones y pensamientos negativos.

7.1 Conceptos fundamentales

No hay un cuerpo teórico que centralice los diferentes conceptos que se relacionan con la Psicología Cognitiva. A modo de generalización, según Camacho (2003) se podrían mencionar algunos temas principales, por ejemplo, los conceptos de estructura, procesos y resultados cognitivos.

Las estructuras cognitivas se relacionan con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas y los resultados cognitivos serían producto de las creencias, que son el resultado que se da entre los esquemas y la realidad, mientras que dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso.

El concepto de esquemas es tema clave para la cognitiva. Para Beck (1979) los esquemas son patrones cognitivos que contribuyen a las interpretaciones de la realidad que permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de forma tal que sean accesibles y que provean de sentido al sujeto, mientras le permiten identificar y seleccionar las diferentes estrategias de afrontamiento.

Las creencias son el contenido de los esquemas y se construyen a partir de la experiencia y de la atribución de sentido que el sujeto le dio a la misma. Hay creencias nucleares, que constituyen el sentido de identidad del sujeto,

sus valores y son más difíciles de cambiar, pues dan estabilidad y seguridad y tienen un profundo arraigo en la construcción de la identidad de la persona. Y hay creencias más periféricas, más superficiales y más proclives al cambio.

7.2 Objetivos del tratamiento

Para Camacho (2003) la dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva, por lo cual el trabajo sobre las creencias, detectando especialmente las creencias disfuncionales que producen distorsiones cognitivas es crucial y un punto central de este enfoque. Las mismas son abordadas desde los pensamientos automáticos. Estos aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección. Se les atribuye una certeza absoluta, no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. Estos pensamientos son fugaces, concientes y se entienden como la expresión clínica de las creencias, ya que estas generalmente no son accesibles concientemente.

Previamente se hizo mención a que el objetivo de la psicoterapia cognitivo-conductual es detectar la forma en que el sujeto procesa la información, especialmente cuando este procesamiento no le es funcional en el flujo de su vida y que puede ser la génesis de su sintomatología. Así es que se hace foco en las distorsiones cognitivas, que son las alteraciones que pueden ocurrir en el procesamiento de la información por parte del sujeto. Entre ellas se encuentran la maximización, la minimización, la abstracción selectiva, la inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, entre otras.

7.3 Tipo de intervenciones

La psicoterapia cognitiva desarrolló gran variedad de recursos técnicos y también utiliza otros pertenecientes a otras escuelas. En general se utilizan técnicas de todo tipo tanto cognitivas como afectivas y conductuales. Algunas de las más utilizadas son la relajación, la respiración, la asignación de tareas, la técnica de dominio y agrado, la desensibilización sistemática, role playing, entrenamiento de habilidades sociales, identificación de distorsiones cognitivas, ejercicios gestálticos, entre otros.

La psicoeducación es muy importante en el enfoque cognitivo. Esta consiste en una explicación breve del modelo teórico del trabajo, dándole al paciente información sobre sus problemas y padecimientos con el fin de

generar mayor adherencia del paciente al tratamiento, aumento de su motivación y colaboración. El supuesto es que el conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento. De hecho se le sugiere bibliografía al paciente como una forma efectiva de reforzar los aspectos trabajados en el tratamiento. Sin embargo, es importante que esto no sea considerado una horma que calce por igual para todos los pacientes pues se debe analizar cada uno en forma individual, con sus posibles ventajas y desventajas.

8. METODOLOGÍA

Estudio de caso único: paciente F.

Se trata de un paciente de 45 años de edad, casado, con tres hijos. Llegó a consulta hace dos años. Llega después de una larga experiencia -psico-analítica previa. Relata su experiencia terapéutica anterior como positiva para comprender su historia y su presente pero cree que llegó a un punto límite en esa experiencia y que no puede modificar conductas y producir cambios y que necesita otro tipo de ayuda. Lleva más de diez años de matrimonio. Hace tiempo que está en crisis y ronda la idea de la separación sin haberla hablado en la pareja. Crisis cíclicas explosivas y con cierta violencia verbal mutua. Luego, etapas de neutralidad. En los últimos diez años ha aumentado más de treinta kilos a pesar que este no es el foco de su interés en este momento de su proceso.

9. INSTRUMENTOS

Se analizó el caso del paciente F, a través del relato descriptivo de diez sesiones de terapia bioenergética realizadas por el Lic. Christian Lange con su paciente. Estas diez sesiones fueron tomadas al azar, como un tramo del ciclo terapéutico que este paciente está transitando y que comenzó hace varios años. Las sesiones no se pudieron presenciar dado que este abordaje es individual y no permite la observación externa.

Se han realizado tres entrevistas con diferentes psicoterapeutas, el que presenta el caso desde la bioenergética, el Lic. Christian Lange; la Lic. Mónica Gornicki, psicoterapeuta gestáltica y el Lic. Marcelo Passini, psicoterapeuta cognitivo-conductual, con el objetivo de establecer diferencias y similitudes entre los tres abordajes focalizadas en las variables descritas en los objetivos específicos de este trabajo, a saber: los objetivos del tratamiento, los tipos de intervenciones y técnicas y el rol del terapeuta.

Se ha realizado una lectura profunda de distintos autores que se han ocupado de la temática elegida y se realizó una descripción global de las diferentes escuelas psicoterapéuticas en general y las elegidas para este trabajo en particular, con el fin de darle un sustento teórico al trabajo propuesto.

10. PROCEDIMIENTO

Para comenzar con este trabajo primero se buscó a un terapeuta bioenergético, para lo cual se contactó a la Lic. Mónica Gornicki, psicóloga clínica, gestáltica y bioenergetista, quien dentro de su staff de profesionales recomendó al Lic. Christian Lange, como experto en este trabajo.

Una vez que se ha tenido la primera entrevista con el Lic. Lange, con el fin de recavar información acerca de su paciente y de la forma de abordaje terapéutico llevado a cabo, se procedió a contactar a los otros dos profesionales que sumarían sus observaciones, su conocimiento y su experiencia para completar la información que se utilizaría para realizar la grilla comparativa. A tal efecto la Lic. Gornicki sería entrevistada para ofrecer su mirada sobre el caso F desde el abordaje gestáltico y el Lic. Marcelo Passini, del equipo del Lic. Camacho, sería el encargado de ofrecer sus observaciones desde el abordaje cognitivo-conductual.

Se procedió a confeccionar una grilla con las variables a observar desde los tres abordajes, para completar las similitudes y diferencias que se detectaran.

Para la realización de esta propuesta se llevó a cabo una investigación concienzuda de las fuentes bibliográficas más adecuadas a tal efecto y se procedió a buscar la bibliografía referida y recomendada para generar el marco

teórico necesario que diera sustento y un lugar de pertenencia a las escuelas elegidas para este trabajo.

11. ANÁLISIS DEL CASO F

11.1 Entrevista al Lic. Lange acerca del paciente F

La descripción detallada del Lic. Lange de cada una de las sesiones de análisis bioenergético con el Caso F se puede encontrar en el Anexo 2. La entrevista focalizada que se le ha realizado al Lic. Lange habla del objetivo de tratamiento terapéutico, de las intervenciones utilizadas a lo largo del mismo y de su rol dentro del proceso. La presentación del caso F se encuentra más detallada en la descripción del Anexo 2. A modo de resumen se transcribe a continuación los conceptos generales del proceso que surgen de la entrevista con el Lic. Lange, los cuales serán apoyados por la bibliografía correspondiente.

Lange refiere que el desempeño laboral y económico de F es sumamente exitoso. Que se siente feliz en su trabajo y reconocido. Habla de sí mismo como un tanque que avanza y vence todos los obstáculos y que todos los objetivos laborales/sociales/materiales que se ha propuesto los ha logrado a fuerza de voluntad y esfuerzo. Lange refiere que en las primeras sesiones más corporales con trabajos respiratorios más algunos intentos de contacto-masaje, se percibe el fuerte acorazamiento abdominal. Más allá del evidente escudo de tejido adiposo, se observa y percibe un escudo energético y una acumulación de tensión en posición defensiva.

Según Lowen (1994) en el Análisis Bioenergético y en otras líneas terapéuticas de psicología profunda, pertenecientes al mundo de la "somatoterapia", o de las terapias corporales, se observa que ese modo de respirar facilita la represión emocional; es un tipo de patrón respiratorio que se corresponde, o más bien, se entrelaza con un tipo de acorazamiento que es siempre muscular y caracterológico simultáneamente. En este campo, el cuerpo es claramente, entre otras cosas, la raíz biológica del aparato psíquico.

Prosigue Lange diciendo que más allá de cierto eclecticismo propio y de su heterodoxia en cuestiones metodológicas, su trabajo, y este registro del mismo están fuertemente atravesados por el pensamiento (conceptos, teorías y herramientas) de W. Reich, A. Lowen, J. Pierrakos y D. Boadella.

Según Lowen (1994) en el caso del contacto físico entre paciente y terapeuta, sostiene que como habitualmente sucede, es el propio cuerpo del

terapeuta el territorio que funciona como una especie de antena o un dispositivo que va captando y expresando los procesos del paciente y los propios. Se hace difícil por momentos conceptualizar o explicar la manera en que se puede percibir en forma clara, diferenciada y simultánea estos procesos. Sin embargo esto sucede, y la supervisión y el propio trabajo terapéutico -como paciente- permiten cuestionar las falsas certezas y solidificar las auténticas dudas.

Lange prosigue diciendo que frente al contacto de su mano sobre su abdomen, F tiene un espasmo muy claro involuntario e incontrolable. No sabe a qué adjudicarlo. Él intuye, por haberlo observado varias veces, cuestiones vinculadas a su sexualidad y experiencias lindantes con el abuso o la molestia sexual en edad temprana. La intuición se confirma meses después en otro ejercicio a raíz de observar y trabajar la tensión en la zona de mandíbula, boca, lengua, labios... el segmento oral. Utilizando combinación de ejercicios respiratorios y cierta inducción a conectarse con la zona y con la necesidad de esa zona, irrumpe una crisis de llanto muy intenso y primitivo en su sonido. La experiencia va mucho más allá de la expresión de tristeza acumulada o angustia. El registro sonoro de lo escuchado está impregnado de algo más visceral y antiguo.

Lowen (1994) sostiene que esta resistencia a soltarse está totalmente relacionada con la contención de la respiración. Contener la respiración es la estrategia básica del acorazamiento y un medio de una eficacia altísima para inhibir simultáneamente la percepción y la expresión. La perturbación de la pauta respiratoria natural o espontánea -sumada a la existencia de tensiones musculares crónicas- constituye el nudo del acorazamiento muscular caracterológico que –además- es básicamente algo internalizado como hábito y es inconsciente. El origen, la génesis de ese sistema de tensiones musculares y restricciones respiratorias, habrá que rastrearlo en la génesis del sujeto y en su biografía corporal, en un trabajo casi arqueológico. En principio, todo acorazamiento tiene o tuvo una finalidad positiva. No cabe duda que eso se armó para defenderse de algo.

Lange agrega que al trabajo se incorporan ejercicios donde se utiliza un colchón de dos plazas y se realizan movimientos de equilibrio sobre un pie.

Este ejercicio, según Edmonson y Totton (1994), plantea una paradoja corporal y psíquica fundamental: dejarse caer o esforzarse por sostenerse. Caer o no caer, esa es la cuestión. No hay una forma correcta o una forma incorrecta de hacer este ejercicio. De lo que se trata es de la ansiedad de la paradoja y del manejo y la resolución de dicha ansiedad. Si el ejercicio no es interrumpido, y no se vuelve atrás, desarmando la postura, la caída es inevitable. Es una simple cuestión de tiempo. Lo que se observa es, en todo caso, cuánto tiempo y cómo el paciente peleará contra lo inevitable: gravedad, peso, fatiga, tiempo... Qué percibirá y qué expresará en ese proceso y qué acontecerá, finalmente, cuando caiga. Aquí hay un núcleo importante del pensamiento del Análisis Bioenergético referido a la fuerza de la voluntad y la enfermedad que produce pretender utilizar ese recurso contra el deseo de caer -metáfora de la derrota, de asumir el fracaso, de pedir ayuda, de dejar de sostener, de aceptar la imposibilidad...-

Siguiendo con lo referido por Lange, a medida que avanza en el proceso y habiendo descargado esas zonas en repetidas ocasiones, la energía del paciente F empieza a subir en cantidad y circulación. En los momentos analítico-reflexivos del trabajo llegan los relatos tanto del pasado como de cierta parte del presente mantenida en la sombra.

Es frecuente en muchos pacientes liberar primero el contenido emocional y energético del acorazamiento y sólo después, en sesiones o experiencias posteriores establecer relaciones o traer informaciones referidas a experiencias históricas y actuales y verbalizarlas analíticamente (Edmondson & Totton, 1994).

Efectivamente ha habido experiencias de molestia sexual en la infancia o preadolescencia, según F, ya elaboradas o superadas intelectualmente. El cuerpo expresa otra cosa. Hay una desactualización. Las heridas y los acorazamientos todavía están allí. En paralelo a este emerger del pasado cuenta de su vida sexual por fuera del matrimonio. Experiencias homoeróticas ocasionales. Este aspecto está reprimido más allá de que tenga experiencias. Esa represión alimenta una energía que cuando explota lo hace en forma compulsiva y perversa. Experimenta satisfacción y placer, pero también culpa. El centro del trabajo va virando hacia cuestiones vinculadas con la identidad y la auto-aceptación.

Avanzando algo más en el proceso suceden dos cuestiones simultáneas. Por una parte él aparenta conocerse, experimentarse y aceptarse más. Reprime menos, siente más. Su matrimonio profundiza su crisis en forma creciente. Los intentos de diálogo fracasan y la confrontación entre ambos crece. F tiene dos experiencias serias de hipertensión arterial en las cuales debe ser atendido de urgencia y hospitalizado. Cuando logra estabilizarse encara su proceso de separación. El camino es largo, doloroso y muy poco amigable. Finalmente, concreta la decisión y deja el hogar matrimonial. Se muda y se va a vivir solo.

Sigue trabajando sobre su sexualidad y su -auto-represión. El acorazamiento va cediendo a través de trabajos respiratorios, de masajes y de bioenergética más ortodoxa -grounding, taburete, golpes, patadas-. Después de unos meses de la separación libera una importante cantidad de tristeza y posteriormente, de violencia y odio. Termina esas sesiones, sobre todo una, entre extenuado y en éxtasis. La colocación y el sonido de su voz es completamente otro, su respiración se ha soltado de golpe, la tonalidad de su piel, el brillo de sus ojos, todo es abrumadoramente contrastante con el impacto inicial de su primera visita un año atrás.

En la fase siguiente este trabajo vinculado a la auto-aceptación y la identidad empieza -más aún- a afectar sus vínculos. Su sexualidad homoerótica se va haciendo cada vez menos compulsiva y más elegida y ligada a la afectividad. Establece relaciones breves. Pasa por fases muy adolescentes de ilusión, desilusión y euforia. Va admitiendo, de a poco, esa identidad ya sea de forma explícita o simplemente dejando que este aspecto no se esconda.

En la actualidad no ha logrado todavía establecer una pareja, pero está transitando ese proceso con mayor autoconciencia y madurez, descubriendo y expresando con mayor apertura la totalidad de su ser. Los cambios más radicales han sido en su capacidad de percepción y expresión. El acorazamiento, como todos, tuvo una finalidad defensiva. El proceso de desacorazamiento implicó transitar y volver a experimentar corporalmente una enorme cantidad de sentimientos negativos y experiencias de frustración hasta llegar al núcleo original de impulsos y deseos amorosos.

Lowen (1990) sostiene que el acorazamiento tiene una finalidad defensiva. El proceso de desacorazamiento implica transitar y volver a experimentar corporalmente una enorme cantidad de sentimientos negativos y experiencias de frustración hasta llegar al núcleo original de impulsos y deseos amorosos. Desde el Análisis Bioenergético se entiende que todo ser es esencialmente amoroso y que la frustración de sus impulsos expresivos y sus deseos en forma reiterada genera el patrón que se verifica en el cuerpo (raíz biológica del aparato psíquico) como acorazamiento muscular-caracterológico defensivo.

Lange finaliza diciendo que gracias a ese acorazamiento F fue capaz de sobrevivir a enormes frustraciones y hostilidades. Pero también, a causa de ese acorazamiento le ha sido imposible encontrar una salida a la contradicción que la represión del deseo genera. A pesar de toda su comprensión analítica, el cuerpo había quedado desactualizado y necesitaba atravesar todo el proceso hasta que cada célula pudiera liberarse del sufrimiento y la frustración acumulada y encontrar otra manera de existir. Lo está haciendo...y el proceso continúa.

11.2 Entrevista al especialista gestáltico

La siguiente es la información propuesta por la Lic. Mónica Gornicki, especialista en psicoterapia gestáltica, sobre el Caso F, haciendo hincapié en las tres variables establecidas para este trabajo: objetivo del tratamiento, tipo de intervenciones y técnicas y el rol del terapeuta

Objetivos del tratamiento

-Que el paciente pueda a lo largo de sus sesiones:

-Autoresponsabilizarse desarrollando responsabilidad por la propia conducta -habilidad para responder- pudiendo identificar claramente los límites implícitos en ello.

-Autorregularse para recobrar y mejorar su propio ritmo de autorregulación y un estado de salud a través de nuevas experiencias integrando lo intelectual, afectivo, corporal y espiritual.

-Estimular su darse cuenta y el contacto -de sí mismo, de y con los otros, de y con el ambiente- en el aquí y ahora del para qué y el cómo de cada una de

sus decisiones con respecto a su actual matrimonio y su identidad sexual, para dejar de jugar al como si, a través del aprendizaje de una actitud y una comunicación experiencial gestáltica, que le permita asumirse y aceptarse como una persona total.

-Trabajar profunda e integralmente su identidad, renovando todo tipo de conductas y respuestas estereotipadas que él cree de si mismo, haciendo hincapié en su identidad sexual, para sensibilizarlo en la asimilación de su orientación homosexual, partiendo del reconocimiento de su proceso de construcción de identidad, y la influencia que éste ha tenido o tendrá en su manera de relacionarse.

- Promover un proceso de transformación para el establecimiento de nuevas relaciones significativas, de auto-descubrimiento y aceptación, integrando lo intra-psíquico-contextual: familia, pareja, comunidad.

-Integración de partes de la personalidad para el logro de maduración, que no es más que generar auto-apoyo.

- Vivir en el aquí y ahora.

- Dejar de imaginar y fantasear en exceso sustituyendo al contacto real.

- Dejar de pensar innecesariamente sustituyendo a la acción.

- Expresarse y comunicar adecuadamente

- Permitirse sentir las cosas desagradables y el dolor.

- No aceptar ningún "debería", más que los propios convertidos en su propia elección, en base a sus necesidades y experiencias.

- Tomar completa responsabilidad de sus acciones, sentimientos, emociones y pensamientos propios.

Intervenciones y técnicas

En Terapia Gestalt se trabaja fundamentalmente con tres tipos de técnicas que perfectamente se podrían implementar con el Caso F. Las mismas se clasifican como:

- Supresivas, donde se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de lograr darse cuenta.

- Expresivas, donde se busca que el sujeto exteriorice lo interno, lo no expresado, terminar o completar la expresión, buscar la dirección y hacer la expresión directa.

- Integrativas, donde se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

Cabe señalar que las técnicas sirven de apoyo para lograr los objetivos terapéuticos, pero no forman en sí la Terapia Gestalt. Lo verdaderamente terapéutico es el reconocimiento de la importancia del proceso gestáltico y el respeto por el proceso individual de cada persona.

A partir de la evaluación del Caso F las intervenciones y técnicas que se podrían aplicar son muchas y cada una de ellas habría que seleccionarla dada la situación presencial del aquí y ahora de cada sesión. Desde la Gestalt no hay un programa preestablecido para intervenir en cada sesión, sino que se trabaja con el presente que trae el paciente a sesión, donde el terapeuta iluminará algunas distinciones y otras quedarán en la oscuridad, y siempre registrando lo que le pasa a él y al paciente a cada momento. Por tal efecto es difícil decidir, sin estar en presencia del Caso F, cuales serían las intervenciones y técnicas a utilizar, sin embargo, y a efectos de poder responder a esta consigna, se podrían aventurar algunas de ellas, a saber:

- El principio del aquí y del ahora.
- Incluir un yo y un tú en toda la comunicación.
- Personalizar el lenguaje impersonal haciendo hincapié en la semántica de la responsabilidad y la participación.
- Empleo del continuo de conciencia, insistiendo en el qué y el cómo... abandona tu mente y recobra tus sentidos.
- Evitar la murmuración estimulando la comunicación directa.

También sería posible intervenir a través de ciertos juegos como:

- Juegos de diálogo, donde el paciente representa un diálogo entre dos componentes en conflicto en sí mismo o entre él y otra persona.
- Juego de las proyecciones, donde el paciente ha de comportarse como la proyección que ha desarrollado sobre otro.
- Me hago responsable, implica que el paciente añada esta coletilla a cualquier proposición suya.

- Antítesis, cuando se le pide al paciente que represente el papel contrario al que está en la base de su sufrimiento.
- Exageración, llevando determinadas pautas al extremo para experimentarlas con toda su intensidad.

Rol del terapeuta

La tarea del terapeuta sería centrar al Caso F en su propio presente -en el ahora- y trabajar con el qué y el cómo de su experiencia, con la figura, la energía -o el bloqueo de esa energía-, la experimentación -acción versus verbalización-, con el lenguaje verbal y el cuerpo como fuentes de apoyo.

En todo momento se preguntaría al Caso F: ¿Qué sientes? ¿De qué te das cuenta? ¿Qué te recuerda ello? ¿Cómo se vincula tal o cual cosa con tu vida? ¿Qué evitas? ¿Con quién estás ahora? ¿Dónde estás?, de tal modo que se le facilitara su experiencia: el percibir, sentir y actuar en forma consciente, desarrollando así su habilidad para aceptarse y experimentar en el aquí y ahora su situación presente tanto a nivel matrimonial como en relación a su situación de homosexualidad bloqueada, disminuyendo las interferencias del pasado.

Desde la Gestalt se propiciaría el contexto adecuado para que el Caso F pudiera encontrar sus propios recursos para autocurarse, para lo cual el terapeuta oficiaría de guía y asistente para que lo consiguiera, situándose más como observador externo que asumiendo la función del que cura. El rol del terapeuta es distinguir e iluminar los recursos con los que cuenta el paciente y presentarle una nueva figura organizacional posible, una nueva Gestalt, o una nueva película -serie de imágenes- para darle una salida. El terapeuta propone una forma diferente de ver, de organizar los estímulos.

Desde la Gestalt se buscaría el desarrollo del contacto entre el paciente y el terapeuta el cual se lograría una vez que se estableciera la relación inicial, y se irá dando poco a poco mediante el establecimiento de la confianza básica entre ambos, lo cual es esencial para que se pueda desarrollar el proceso terapéutico.

En la terapia Gestalt, se pretende lograr que el paciente sea un participante activo y responsable que aprende a experimentar y a observar, a descubrir y realizar sus propias metas sirviéndose de sus propios esfuerzos. La responsabilidad de su conducta, la modificación de su conducta y el trabajo a

realizar para lograr tal cambio, es responsabilidad de él mismo. La terapia Gestalt rechaza la posibilidad de que el terapeuta asuma el rol de condicionador o des-condicionador del paciente.

Se podría resumir el rol del terapeuta como el de un participante-observador de la conducta del paciente en el aquí y ahora y el de catalizador de sus experiencias fenomenológicas.

11.3 Entrevista al especialista cognitivo conductual

La siguiente es la información propuesta por el Lic. Marcelo Passini, especialista en psicoterapia cognitivo-conductual, sobre el Caso F, haciendo hincapié en las tres variables establecidas para este trabajo: objetivo del tratamiento, tipo de intervenciones y técnicas y el rol del terapeuta.

Objetivos del tratamiento

A largo plazo

Que el paciente pueda decidir acerca de su relación matrimonial, y que pueda vivir su sexualidad plenamente. Los objetivos a largo plazo serían algo así como las metas del tratamiento, los objetivos de largo alcance, a los que se quiere llegar. El nivel de importancia que se le da a estas temáticas depende del nivel de malestar que manifieste el paciente -o que pueda inferir el terapeuta-.

A corto plazo

Los objetivos a corto plazo son los hechos concretos, más cercanos, identificables fácilmente por el paciente, y evaluables sesión a sesión. Son los pequeños avances que se espera que el paciente haga durante la terapia. Sería algo así como lo que se busca que logre día a día. Por ejemplo, para que llegue a decidir sobre su matrimonio tendría que lograr un clima de armonía con la pareja, disminuir el nivel de violencia verbal, clarificar cuál es su interés con respecto al matrimonio, hablar con su pareja acerca de la separación.

Faltarían los objetivos a corto plazo del tema de la sexualidad. Con la TCC -terapia cognitivo conductual- el paciente puede comentar que ha tenido algunas experiencias eróticas con personas de su mismo género. De ser así, habría que ver cómo lo plantea y qué es lo que piensa acerca de eso -está

bien, está mal, me van a juzgar, es algo que no puedo compatir con tales personas por determinados motivos, soy menos hombre por esto,...- y cuáles son sus creencias acerca del ser homosexual y del mundo gay -es un ambiente promiscuo, sólo se busca la satisfacción sexual,...-. Entonces los objetivos a corto plazo podrían ser reconocer sus preferencias sexuales, disminuir la represión en cuanto a su sexualidad, establecer relaciones homosexuales basadas en el afecto, aceptar su sexualidad.

Se trabajaría el tema de su sexualidad para que clarifique qué es lo que le sucede con esto e identificar los pensamientos automáticos negativos para inferir cuáles son las creencias disfuncionales acerca de la homosexualidad que contribuyen a que la reprima. Una vez que el paciente pueda enunciar sus pensamientos acerca de la homosexualidad -si no lo hace claramente se lo ayuda a reconocerlos en el discurso- se buscará la evidencia que sostiene los mismo. Es decir, de dónde obtiene la información para pensar así y si estos datos realmente fundamentan su creencia. Se evaluará la veracidad de las evidencias y las disfunciones cognitivas que se puedan apreciar.

Luego, se enfocaría el trabajo hacia la autoaceptación y la identidad, lo cual podría ya considerarse un objetivo más de largo plazo.

Desarrollo de las sesiones

En las dos primeras sesiones se realizará una evaluación de la problemática planteada por el paciente, tratando de que pueda definir claramente qué está buscando conseguir con la terapia, es decir que pueda explicitar sus objetivos en términos de conductas que quiera lograr.

Al mismo tiempo la evaluación tiene como meta hacer un diagnóstico multiaxial para determinar si padece algún trastorno que deba ser tratado mediante psicoterapia o si es necesaria una derivación psiquiátrica para un eventual tratamiento psicofarmacológico.

Una vez que pueda construir una jerarquía de objetivos, se procede a la psicoeducación, explicando en qué consiste el modelo cognitivo conductual, haciendo hincapié en la relación entre Pensamiento – Emoción – Conducta, ejemplificando con datos extraídos de su relato para facilitar la comprensión.

Intervenciones y técnicas

En las siguientes sesiones, se utilizarán distintas intervenciones y técnicas para identificar cuáles son los pensamientos automáticos negativos que tiene el paciente, escuchando su relato, solicitando un registro diario de los mismos entre las sesiones. Para derribar estos pensamientos, se utilizará la búsqueda de evidencia que confirme los mismos y la búsqueda de alternativas a estos pensamientos. De esta forma, se podrá llegar a definir cuáles son las creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas recurrentes y si es conveniente se las mencionará, señalando en qué situaciones éstas aparecen, determinando si es necesaria o si es posible su modificación. También se identificarán las emociones negativas que son producto de interpretaciones erróneas o disfuncionales.

Podrán aplicarse también la autoobservación o monitoreo como técnica, para que pueda reconocer por ejemplo, en los momentos de discusión con su pareja, cuáles son los pensamientos y emociones presentes en esas circunstancias, e identificar las conductas en consecuencia.

Además se utilizará la técnica de role playing para representar el diálogo que pudiera mantener con su pareja acerca de la separación, y eventualmente mediante la técnica del modelado se ejemplificará un diálogo posible. Se promoverá el análisis en términos de ventajas y desventajas de pensar de determinada forma, y de tomar algunas decisiones.

En cuanto al tema de la homosexualidad se le podrán prescribir tareas, tales como observar el comportamiento de otros hombres homosexuales en distintos ambientes, la videotransferencia, es decir indicarle mirar algún DVD sobre la temática (por ejemplo, Secreto en la montaña, Adiós Roberto, El hada ignorante, Gotas de agua sobre piedras calientes) según las creencias que tenga.

Se trabajará desde la psicoeducación, es decir sugiriéndole bibliografía acerca del proceso de salida del "closet" desarrollada por la CHA -Comunidad Homosexual Argentina- u otra similar.

En suma, esta sería una forma de abordaje, suponiendo a grandes rasgos cuáles podrían ser las creencias de este paciente, datos con los que no contamos.

Rol del terapeuta

El rol del terapeuta, en las primeras sesiones tendrá como objetivo establecer la confianza y el rapport necesario, demostrando su compromiso con el paciente mediante las palabras, el tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal (Beck, 2000). El terapeuta asume un rol activo, y en algunos momentos directivo prescribiendo tareas y fijando la agenda para cada sesión. De todas maneras es importante destacar que cada paciente trae su propia impronta, por lo cual su personalidad también será una variable importante que marcará un norte para el terapeuta.

12. UNA VISIÓN GLOBAL E INTEGRADORA

Similitudes y diferencias entre la Bioenergética, la Gestalt y la Cognitivo-conductual contemplando las variables: objetivos del tratamiento, tipo de intervenciones y técnicas y el rol del terapeuta de acuerdo a la bibliografía consultada y a las entrevistas realizadas.

12.1 Objetivos del tratamiento

Tanto la terapia Bioenergética como la terapia Gestáltica y la Cognitivo-conductual parten desde una perspectiva global y holística⁴ del ser humano. El hombre es aprehendido en su globalidad, en sus cinco dimensiones principales: física, afectiva, racional, social, y espiritual. Para la bioenergética importará las consecuencias de los bloqueos energéticos corporales producidos por emociones reprimidas y cómo liberar tensiones para liberar represiones y recuperar la libertad. Para la Gestalt importará la forma en que el sujeto vivencia su experiencia de vida, satisface sus necesidades, se contacta consigo mismo y con el mundo y como expresa y sustenta su sintomatología disfuncional mientras que para la cognitiva se resaltarán la particular forma en que el sujeto le atribuye sentido a su realidad y cómo esto afecta todas las dimensiones de su vida ya que se basa en el supuesto de que la conducta y la emocionalidad de una persona está determinada por la forma que estructura el mundo. Así es que busca identificar las creencias disfuncionales del paciente y las desafía para ver si son falsas o verdaderas.

⁴ Del griego *holos*: el todo

12.2 Tipo de intervenciones y técnicas

Desde la Bionenergética se trabaja con mayor énfasis lo corporal, con un trabajo de integración reflexiva posterior. La simple práctica de los ejercicios bioenergéticos no es suficiente para reducir y resolver los patrones de tensiones y bloqueos musculares. Es necesario comprenderlos y se hace a través de la práctica de los ejercicios o técnicas que el terapeuta propone y del análisis reflexivo de todos los factores que han contribuido al problema. Para hacer un tratamiento bioenergético, el cuerpo terapéutico es la clave de todo y se lo aborda por diferentes accesos: la actividad muscular, la respiración, el desbloqueo de las articulaciones, la relajación, la meditación, entre otros.

Desde la Gestalt el cuerpo no es el foco prioritario del tratamiento aunque el terapeuta está atento a todas las manifestaciones corporales del cliente: sus movimientos, sus posturas, los gestos, la voz, la respiración y toda sintomatología fisiológica que revelen procesos a menudo inconscientes. No se pierde de vista que el cuerpo es a la vez expresión personal y lenguaje y comunicación interpersonal. El síntoma corporal se utiliza como puerta de entrada permitiendo un contacto directo con el cliente. Se trabaja propiciando un darse cuenta constante en el aquí y ahora de la sesión y de la vida del paciente, intensificando el autoconocimiento y lo que vaya surgiendo de forma espontánea.

El trabajo emocional se comparte verbalmente, y todo lo verbalizado se insta a que el paciente perciba la emocionalidad y la corporalidad que lo acompaña. Esto es lo que lleva a modificaciones profundas a largo plazo, pero precisa de reiterados ensayos. Sólo la conjunción de ambas, emoción y verbalización, parece permitir transformaciones que son al mismo tiempo rápidas, profundas y duraderas. No basta con la palabra, para que resulte eficaz, debe estar habilitada y necesita encarnarse.

Desde la cognitiva el abordaje desde lo corporal es casi inexistente, salvo tal vez, los ejercicios de relajación o visualización. Si bien para la consecución de las tareas asignadas, el medio para realizarlas es el movimiento corporal, el énfasis está puesto más en la esfera de lo cognitivo, por lo tanto se considera lo intelectual y las estructuras cognitivas del paciente la puerta de entrada principal, ya que su plataforma de despegue es el sistema de creencias del sujeto y la forma en que a través de él le confiere sentido a su

realidad. El tipo de tratamiento se caracteriza por ser activo de parte tanto del paciente como del terapeuta y directivo, pues es el terapeuta que dirige el tratamiento mediante sus intervenciones. Es también estructurado, pues existen pasos establecidos que hay que seguir. El tiempo es limitado, pues se planifica el trabajo acotado a un tiempo determinado, a no ser que sea un trabajo de desarrollo personal, donde no se estructura el tiempo y se libera más a lo que surja espontáneamente desde el deseo del paciente para ser abordado.

12.3 Rol del terapeuta

El terapeuta bioenergético interviene activamente aunque no es absolutamente directivo. Propone ejercicios, sugiere técnicas de trabajo desde el cuerpo, pero no es él el que impone el curso del proceso. El proceso terapéutico es un trabajo de cooperación mutua entre el terapeuta y paciente que no se limita a la hora de la consulta. La labor del terapeuta consiste en ayudar al paciente a independizarse de él y valerse por sí mismo sin necesidad de tener que recurrir a terapia toda la vida. Por lo tanto también puede darle tareas de respiración y ejercicios bionenergéticos para que haga y practique en su casa y puedan ayudarle a tomar conciencia de sus conflictos, de su origen y de su posible solución sin necesidad de interpretaciones teóricas.

El terapeuta gestáltico tampoco es directivo aunque si activo. Invita, por ejemplo a amplificar los fenómenos observados, incluso a experimentar actitudes nuevas y eventualmente reacciona él mismo aunque no es él quien decide la dirección de la acción. Más que interpretar el comportamiento o las defensas según modelos caracteriales, el terapeuta gestáltico prefiere motivar al cliente para que sea él mismo quien siga la pista que se le presenta de forma espontánea. Según Ginger y Ginger (1987) la Terapia Gestalt se fundamenta en la simpatía, sentir con, a diferencia de la apatía psicoanalítica y la empatía rogeriana, por lo que las intervenciones desde el enfoque gestáltico implican una actitud mucho más activa por parte del terapeuta.

La Terapia Gestalt ha abandonado del todo el modelo de las Ciencias Naturales y presenta una comprensión fenomenológica basada en la experiencia observable e inmediata de cómo una persona hace. El terapeuta observa directamente la actuación del sujeto en el momento presente de la

sesión, su interés está en lo relacional, en lo que hace el paciente frente al terapeuta. Lo obvio es el quid de la cuestión, la conducta manifiesta, la observación fenomenológica del cómo tiene mayor interés que la atención cognitiva al qué. El terapeuta gestáltico es su mejor herramienta y es a través de la toma de conciencia de su propio proceso vivencial en el encuentro con el paciente que puede obtener información relevante para la intervención que esté llevando a cabo (Zincker, 1977).

Tanto para la Bioenergética como para la Gestalt, caben todo tipo de implicaciones corporales del propio terapeuta -desde el que permanece sentado hasta el que se mueve y participa en ejercicios- y respecto al paciente -desde privilegiar su comunicación verbal hasta proponer experiencias físicas de movimiento, contacto, ejercicios bioenergéticos-. En cualquier caso todo terapeuta trabajará con las técnicas y abordajes que mejor se adecuen a su personalidad, lo cual incluye tanto a sus recursos como a sus limitaciones.

El terapeuta cognitivo, según Beck (1979), tiene que ser auténtico, empático y aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas aunque no comparta. No hay necesariamente una puesta en marcha corporal en la sesión ni ejercicios corporales específicos. Camacho (2003) describe la relación terapeuta-paciente como empirismo colaborativo, lo que implica que el paciente junto al terapeuta construirán experimentos que permitan encontrar datos empíricos en la realidad que confirme o refute las creencias del paciente. Y es colaborativo porque ambos se comprometen a trabajar juntos para la resolución de los problemas en una colaboración activa.

13. CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue presentar el amplio espectro de psicoterapias contemporáneas en general y describir el Análisis Bioenergético, la Terapia Gestáltica y la Terapia Cognitivo-conductual en particular, dentro del abanico de modelos psicoterapéuticos actuales.

Ubicar el lugar donde se encuentra cada escuela desde el nacimiento de la psicología y dentro del mencionado espectro de abordajes y escuelas que

existen en la actualidad, no fue una tarea sencilla si se considera que hoy hay aproximadamente 700 escuelas psicoterapéuticas reconocidas.

Se investigó y se profundizó en gran cantidad de bibliografía, seleccionando la más actualizada y de autores renombrados, utilizando diferentes fuentes como libros, revistas y producciones virtuales.

Se hizo una presentación ordenada con el fin de seguir un hilo conductor que llevara a la concreción de los objetivos propuestos en este trabajo.

En cuanto al objetivo general se estima que se ha logrado un buen trabajo de análisis y de síntesis, habiendo optado por una vía de acceso que se considera la más abarcativa o clarificadora en cuanto a la presentación de la clasificación de los diferentes abordajes psicoterapéuticos que se conocen en la actualidad.

En cuanto a los objetivos específicos, el primero de ellos hace referencia a la descripción de los objetivos del tratamiento psicoterapéutico, los tipos de intervención y técnicas y el rol del terapeuta tanto del Análisis Bioenergético como de la Psicoterapia Gestáltica y la Psicoterapia Cognitivo-conductual. Se considera que esto ha sido logrado holgadamente utilizando variada bibliografía y la información provista por los profesionales y especialistas.

El segundo objetivo específico propone comparar los tres ítems descritos en el párrafo anterior en los tres modelos psicoterapéuticos propuestos, para determinar similitudes, diferencias y complementariedades. Esta tarea no ha sido sencilla dado que requirió de un trabajo de investigación profunda de cada una de las escuelas, una articulación con el Caso del paciente F más las opiniones volcadas por cada especialista. Luego de analizar lo propuesto por cada uno de ellos, hubo que sintetizar la información, compararla y encontrar las similitudes, diferencias y complementariedades existentes. Se considera que se ha llegado a un resultado completo que cuenta además, con el aporte de especialistas de larga trayectoria y gran prestigio profesional para realizar lo dicho, que si bien tal vez no representen consensuadamente a la comunidad del abordaje al que dedican su trabajo, sí es viable pensar que los años de experiencia y los conocimientos que los avalan sería fuente suficiente para dar crédito a la solvencia de sus aportes y de los resultados obtenidos.

Es importante destacar que la elección de las líneas psicoterapéuticas analizadas no implican ningún tipo de preferitismo, simplemente se eligieron por ser abordajes que cuentan con larga data dentro del mundo de las psicoterapias y porque además se consideró que sería más interesante el trabajo comparativo ya que presentarían divergencias, recurrencias y complementariedades con las cuales se podría abordar con mayor riqueza el objetivo final del trabajo. Esto no significa que el trabajo no podría haberse realizado analizando otras líneas, las cuales merecen tanto respeto y reconocimiento de quien presenta este trabajo como las elegidas para realizarlo.

Sin duda quedarán interrogantes no resueltos, como normalmente sucede en todo tipo de investigación, ya que el que investiga pone el foco sobre unos aspectos mientras que otros quedan en la oscuridad.

Es por ello que es deseo de quien presenta este trabajo final de integración que aquellos profesionales que se dedican a la salud mental consideren lo importante que es seguir investigando en profundidad acerca de qué propone cada una de las líneas psicoterapéuticas contemporáneas. Es necesario conocer cuales son sus técnicas e intervenciones específicas y de aplicarlas contar con el entrenamiento adecuado a tal efecto, saber cuales podrían integrarse al trabajo realizado para mejorar la eficacia del tratamiento y cuales no deberían; mantener un claro discernimiento frente al eclecticismo técnico, sin perder de vista el encuadre y la epistemología común que han de compartir.

Por otro lado, es también menester conocer qué tipo de terapeuta implica cada abordaje y si esos requisitos condicen con la personalidad de quien los llevará a cabo y si son coherentes con las intervenciones implementadas y con las necesidades del paciente.

Asimismo, quien suscribe este trabajo, una profesional de la salud que vive desde la pasión por asistir a otros a lograr su bienestar psico-físico, emocional y espiritual, asume el compromiso con conciencia y responsabilidad de seguir investigando, formándose, experimentando y entrenándose en forma permanente para lograr la maestría necesaria que un profesional de la salud mental requiere para allanar el camino de otros que deseen lograr una mejor calidad de vida.

Este trabajo final de integración ha sido la coronación de cuatro años y medio de formación, y ha servido a su autora para poder integrar muchos conceptos, generar una visión ya no tan fragmentada sino más de conjunto, permitiéndole a través de esta investigación, haber cerrado un ciclo de mucho crecimiento solo para abrir otro...y otro...y otro.

De eso se trata la vida y es de esperar que haya aún mucho tiempo más para seguir abriendo y cerrando y abriendo ciclos de aprendizaje, crecimiento, desarrollo y evolución. Habrá aún muchos interrogantes que quedarán por investigar, y posiblemente cada respuesta abrirá a nuevas preguntas...y así avanzará la ciencia y evolucionará la raza humana.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A.** (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. NY: Ed. Prentice Hall
- Baringoltz, S.** (2004). *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*. Buenos Aires: Ed. Lumiere.
- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. & Emery, G.** (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer.
- Beck, J.** (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona. Ed. Gedisa.
- Bergin, A. & Garfield, S.** (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.
- Camacho, J.** (2002). *Apología del Conductismo*. Recuperado de <http://www.javiercamacho.com.ar/index-entrar/articulos.swf>
- Camacho, J.** (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado <http://www.javiercamacho.com.ar/index-entrar/articulos.swf>
- Castro Solano, A.** (2001). Seminario de doctorado *Fundamento y eficacia de la psicoterapia*, impartido en la Universidade Do Sul de Santa Catarina, Brasil.
- Ceberio, M. & Watzlawick, P.** (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Ed. Herder.
- Edmondson, M. & Totton, N.** (1994). *Trabajos Reichianos*. Bs.As.: Ed. Era Naciente
- Feixas, F.; Guillem, R. & Miró, M.** (1998), *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*, Barcelona: Editorial Paidós Ibérica. ISBN 9788475099491.
- Ginger, S. y Ginger, A.** (1987). *La Gestalt: una terapia de contacto*. Méjico: Ed. El Manual Moderno.
- Gross, R.** (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. Méjico: Ed. Manual Moderno.
- Haley, J.** (1963). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Ed. Toray
- Kriz, J.** (2007). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Bs As: Amorrortu

- Kopp, S.B.** (1971) *Gurú. Metáforas de un psicoterapeuta. Guru.* Barcelona: Ed. Gedisa.
- Latner, J.** (1973) *Fundamentos de la Gestalt.* Sgo de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Lewin, K.** (1935). *A dynamic theory of personality.* Nueva York: Ed. Mac Graw Hill.
- Lowen, A.** (1985). *El lenguaje del cuerpo.* Barcelona: Ed. Herder.
- Lowen, A.** (1989). *Ejercicios de bioenergética.* Málaga: Ed. Sirio S.A.
- Lowen, A.** (1990). *El amor, el sexo y la salud del corazón.* Barcelona: Ed. Herder
- Lowen, A.** (1991). *Análisis Bioenergético.* Méjico: Ed. Diana.
- Lowen, A.** (1993). *La espiritualidad del cuerpo.* Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lowen, A.** (1994). *La experiencia del placer.* Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lowen, A.** (1997). *Alexander Lowen: Análisis Bioenergético y 100 años de Wilhelm Reich.* Entrevista realizada en New Cork por Myriam Campos de SOBAB -Sociedade Brasileira de Análise Bioenergética. Recuperado de <http://www.clinicabioenergetica.com>
- Naranjo, C.** (1990). *La Vieja y Novísima Gestalt.* Sgo. de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Ogg, E.**(1955). *Psychologists in action.* U.K.: Ed. Public Affaire
- Perls, F.** (1973). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia.* Sgo de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Perls, L.** (1992). *Viviendo en los límites.* Valencia: Ed. Promolibro.
- Ramirez, J.A.,** (1997). *Psique y soma. Terapia bioenergética.* Bs. As.: Ed. de Brouwerd, S.A.
- Roth, A.& Fonagy, P.** (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy Research.* New York: Ed. The Guilford Press.
- Sinay, S. & Blasberg, P.** (2006). *Gestalt para principiantes.* Bs.As.: Ed. Era Naciente.
- Stevens, B.** (1979). *No empujes el río.* Sgo. de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Stevens, J.** (1981). *El darse cuenta.* Sgo. de Chile. Ed. Cuatro Vientos

Vara Horna, A. (2003), *Algunos apuntes sobre psicoterapia*. Recuperado http://www.aristidesvara.com/investigaciones/psicologia/apuntes_sobre_psicologia/index.html.

Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: Ed. JCE Ediciones.

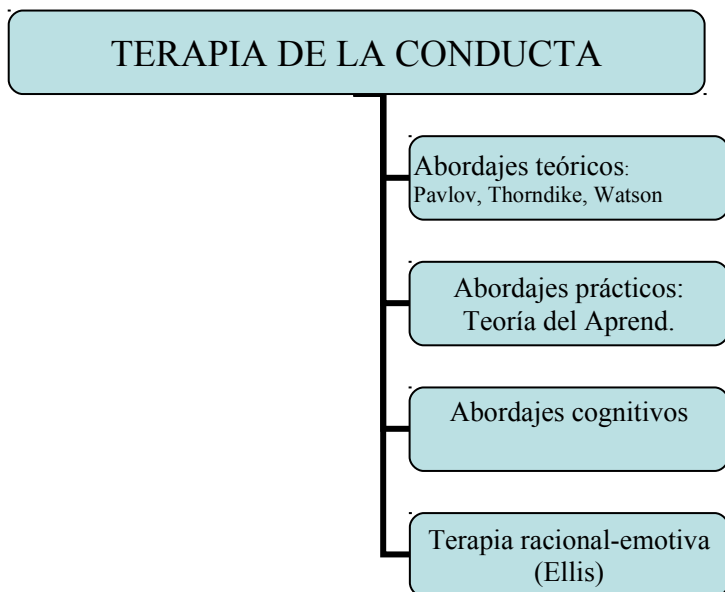
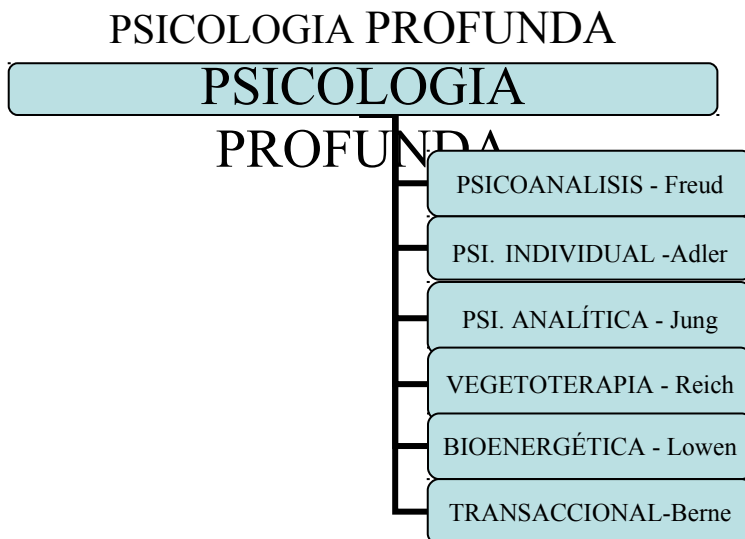
Yontef, G. (1995). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Sgo. de Chile. Ed. Cuatro Vientos.

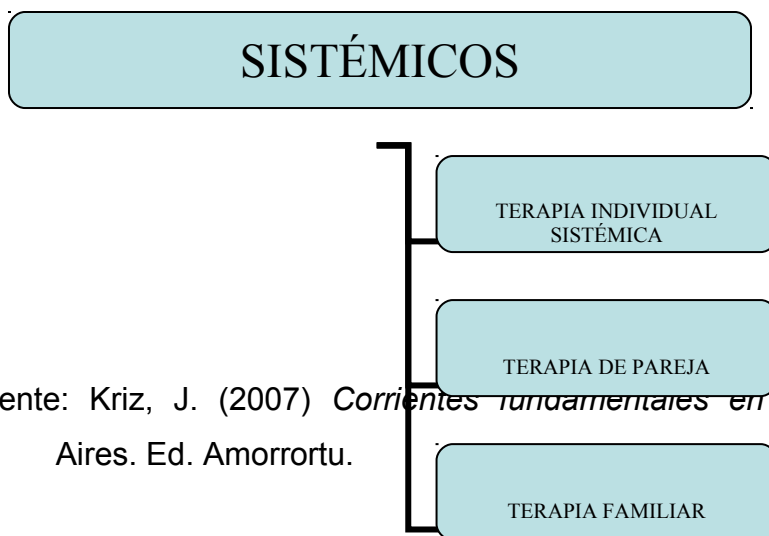
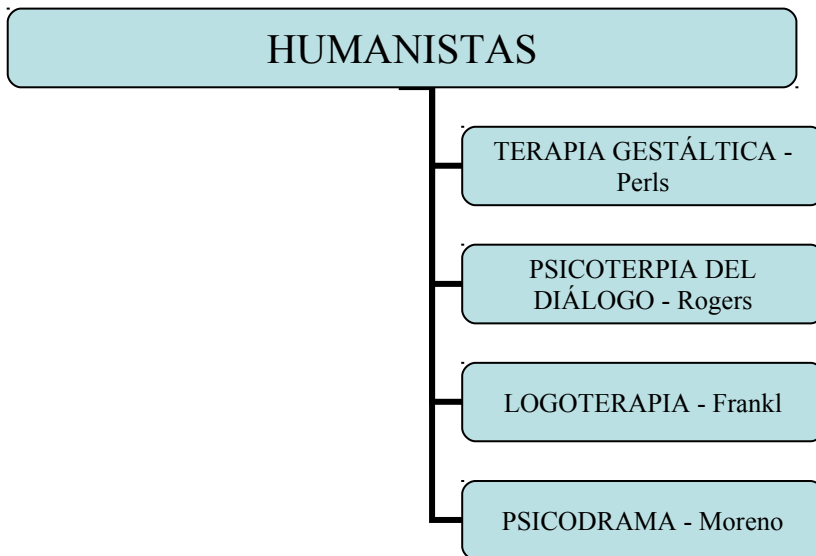
Zinker, J. (1977). *El proceso creativo en Terapia Gestalt*. Méjico: Ed. Paidós.

16. ANEXOS

Anexo 1

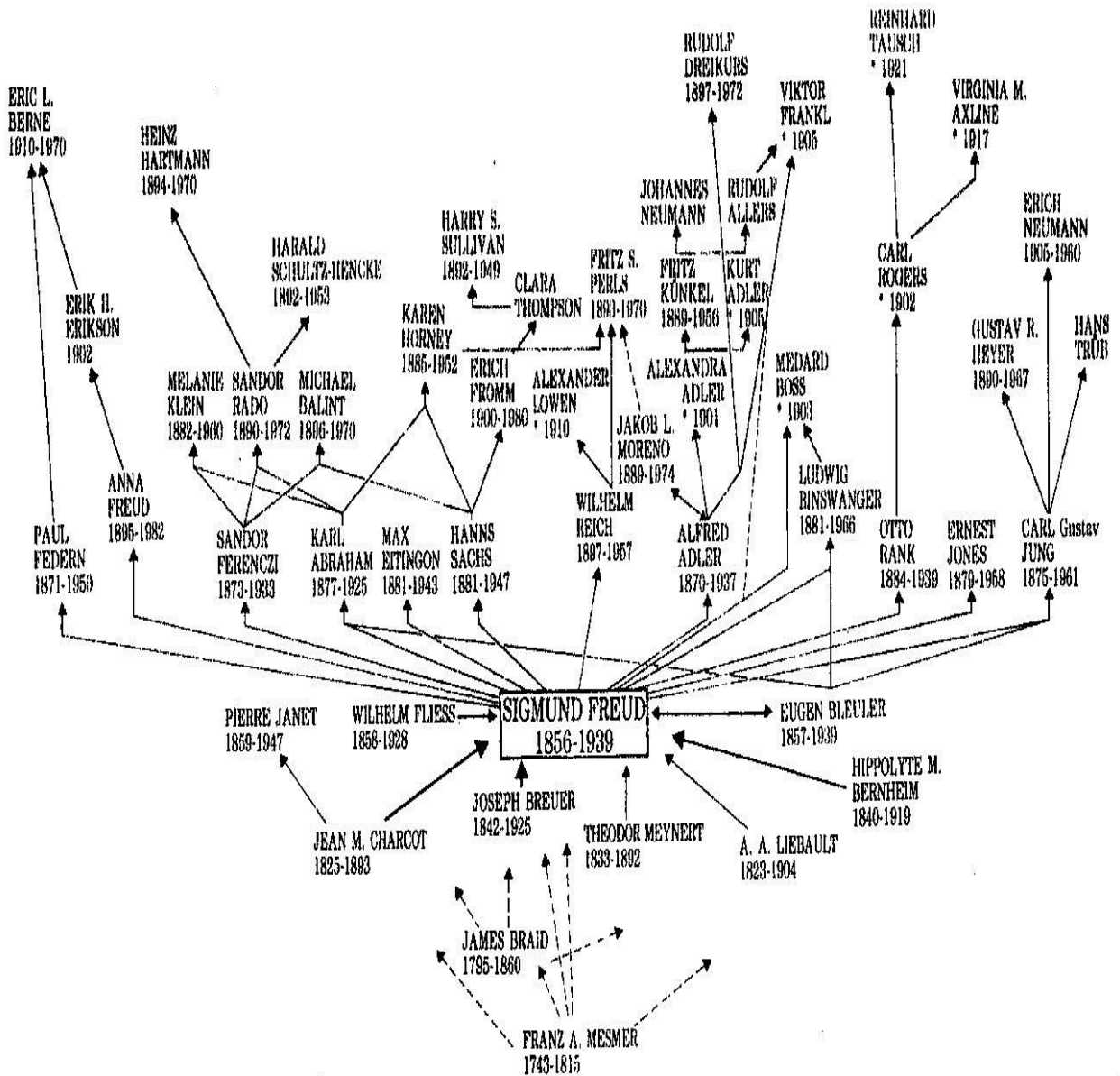
DIAGRAMA DE CORRIENTES FUNDAMENTALES EN PSICOTERAPIA





Fuente: Kriz, J. (2007) *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

ANEXO 2.



Fuente: Kriz, J. (2007) *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu

ANEXO 3

Relato descriptivo del Lic. Lange de las diez sesiones de Análisis Bioenergético con el Caso F

Sesión 1. Le pido a F que se acueste sobre las colchonetas. Coloco almohadones bajo las articulaciones de sus rodillas y codos y también bajo su cabeza y nuca. Le pido que simplemente se recueste allí sin hacer nada en particular. Observo su respiración: ritmo, volumen y localización. No hay movimientos ni ondulación en el área abdominal. La respiración es alta, localizada en el área torácica, restringida en su volumen (superficial), y el ritmo es medio (ni agitado o rápido ni lento). Le voy dando consignas para que haga una relajación muscular progresiva. Guío, mediante mis palabras, un recorrido por su cuerpo buscando que afloje, relaje, zona por zona. La respiración comienza a hacerse algo más lenta, aunque sigue siendo alta. Cada tanto aparece algún suspiro o alguna inhalación más profunda que las precedentes. Esto sucede espontáneamente. Cuando lo observo, hago un comentario para que él también lo registre y lo estimo a que deje que eso suceda. Le pido que observe y busque percibir y registrar los puntos de apoyo de su cuerpo con la superficie de las colchonetas y almohadones, que sienta como el suelo lo sostiene, que perciba el contacto de la piel con su ropa y hasta con el aire alrededor. Voy nombrando cosas en la medida que yo mismo las observo y registro. Pruebo espejar su modo de respirar. Al colocar mi propia respiración en esa posición, ritmo y volumen, percibo claramente que me alejo del centro de mi cuerpo, que me voy hacia “arriba”. Registro también una sensación de busto, de estatua, de algo rígido y elevado, lejos del suelo. Tomo esas sensaciones, conocidas, y que me dicen algo sobre el carácter de F (al menos de la posición actual de su carácter). Observo también la coloración de la piel, los pequeños movimientos ondulatorios que acompañan la respiración, las zonas donde se manifiestan mioclonías... Capto tanto como puedo el proceso de unos veinte minutos desde que F se ha acostado hasta “ahora”. Observo también tensión acumulada en la zona de la mandíbula y toda su periferia desde el rostro hasta la garganta incluida. Le pido que lleve su respiración más “abajo”. Apenas se nota algún cambio, pero lentamente vuelve a su patrón inicial. No hago ningún contacto físico por ahora. Estoy sentado en el suelo, en un almohadón, cerca de él, pero sin tocarlo, sino sólo hablando, pasando consignas o haciendo silencio y observando. Pocos minutos después doy por concluida esta primera experiencia y charlamos algunos minutos sobre sus percepciones del “ejercicio” que acabamos de hacer.

Sesión 2. Tras una breve charla, propongo repetir la experiencia de la sesión anterior con una variante: pasados los primeros diez minutos incluiré contacto físico por primera vez. Le digo que mientras él esté experimentando o trabajando con su respiración y yo lo vaya guiando como en la sesión previa, además, incluiré un masaje en sus pies. Le parece bien. Percibo, más allá de sus palabras, algo de vergüenza o ansiedad; una cierta tensión que todavía no descifro. Decido avanzar estando alerta a todas las percepciones propias. El ejercicio comienza similar al anterior.

Lo que observo de su respiración es casi lo mismo que en la primera sesión: respiración alta, superficial, de ritmo medio. De a poco se profundiza (sólo de a ratos), se vuelve más lenta, pero sigue sin bajar. Casi no hago indicaciones en voz alta. Me siento del lado de sus pies para trabajar. Trabajo masajando un pie por vez, colocándolo sobre mis piernas, sobre una toalla, masajando el pie directamente con aceite. Empiezo en forma suave y voy aumentando la presión, recorriendo desde el talón hacia el dedo pulgar toda la superficie del arco, abriendo hacia toda la planta, el empeine y las articulaciones. Trabajo con presión, recorridos en líneas y en círculos, estimulando la movilidad de las articulaciones y estirando, tirando de su pie hacia mí o provocando movimientos de balanceo lateral y horizontal. El trabajo de masaje dura unos veinte minutos. Durante esos minutos observo: temperatura de los pies baja, frío, sudoración fría. De a poco empiezan a entibiarse. La tonalidad de la piel cambia de blanco muy pálido hacia el rosado suave o intenso por momentos distribuido desparejamente, formando lunares o manchas. La respiración se altera. Primero se acelera y luego baja de a poco al nivel más lento que he observado en F hasta ahora. La región abdominal empieza a reaccionar pero la respiración no se instala allí, sólo pasa esporádicamente. Algunos sonidos, suspiros, quejidos, gemidos durante el masaje. Pregunto si algo duele, voy graduando la presión/fuerza con la que trabajo. Busco ver en qué puntos o áreas del pie hay más reacción y repito algunas maniobras del masaje. Terminado el tiempo del masaje continuo con el trabajo respiratorio, cerrando la experiencia y conversando acerca de ella. F me comenta que el trabajo en los pies era alternativamente doloroso y placentero. Notaba que si se entregaba el dolor pasaba y sentía placer o alivio

o que le hacía bien. Pero que cuando no podía “soltarse” se ponía tenso y le dolía más.

Ese material irá apareciendo, espero, en próximas sesiones. Pero, sólo será posible percibirlo, expresarlo y pensar en él, en la medida que podamos, con las técnicas adecuadas empezar a disolverlo. De lo contrario el acceso a esa “capa” de la historia nos será denegado.

Sesión 3. Después de una breve charla, decido trabajar de pie. Las dos sesiones pasadas F ha trabajado acostado y tengo necesidad de verlo parado. Hacemos un ejercicio básico de *grounding*. El trabajo consiste en pararse con los pies paralelos, a un ancho regular, similar al de las caderas, llevar la percepción hacia la planta de los pies buscando distribuir el peso en forma pareja sobre toda la superficie del pie y percibir el contacto con el suelo (ground) y percibirse allí parado, plantado. Empezamos a trabajar y voy observando e interviniendo con consignas. Le pido que libere la articulación de sus rodillas. Observo que –como es muy frecuente- en esta posición de pie, F tiende a trabar las rodillas hiper-extendiendo las articulaciones. Para el trabajo de *grounding* es fundamental que esa zona no esté bloqueada. De hecho, y de modo general, para los ejercicios de Bioenergética (que forman parte del proceso de una psicoterapia encuadrada en el Análisis Bioenergético) es preciso que todas las articulaciones se encuentren desbloqueadas y se evite toda hiper-extensión. Indico que busque llevar su respiración hacia la región del abdomen y al área del ombligo y que no haga nada por contener su vientre sino que lo deje flojo, relajado. F debe intentar estar allí parado, rodillas desbloqueadas, respiración media a baja, vientre liberado y aumentar su percepción de esa postura. Le empiezo a sugerir imágenes. La idea de árbol y raíces es la que más trabajo. Me paro delante de él buscando una posición similar. Primero voy espejando y después empiezo a modificar mi postura. Ablando la zona de la mandíbula, profundizo mi respiración, aflojo el suelo pélvico y voy –en fin- haciendo en mi cuerpo y postura todas las pequeñas modificaciones que quiero que él vaya tomando. No hago indicaciones verbales y busco un contacto visual profundo y constante entre ambos. F no puede sostenerlo más que por breves segundos. Me retira la mirada, baja los ojos, mira a otro lado o los cierra. No insisto de modo verbal. Respeto sus

tiempos. Su patrón de postura y respiración se acercan lentamente al mío. La conexión está establecida.

Combino aquí -en parte- trabajos de la Bioenergética más ortodoxa (grounding) con otros sugeridos por D. Boadella en su trabajo (facing) y técnicas más vinculadas a la hipnosis ericksoniana y la PNL (espejar y conducir desde el lenguaje no-verbal). Hago algunas variantes dentro del trabajo de grounding.

Le pido que los pies los incline muy levemente hacia adentro y que el peso del cuerpo lo desplace más hacia adelante pero sin despegar talones. Indico una serie de estiramientos y movimientos de brazos estimulando la respiración. Lo hago descender por sus piernas hacia sus pies, haciendo una flexión del tronco hacia adelante y dejando que su tronco y brazo pesen hacia abajo. Vuelvo a pedirle que estimule la respiración abdominal y deje las rodillas destrabadas. Luego le pido que vaya estirando las piernas, rodillas incluidas, pero sin llegar a trabar, que empuje con su coxis hacia arriba y respire. Mi intención es ver si puede desencadenarse el fenómeno de la vibración, leve temblor que toma el cuerpo desde las piernas y que es un síntoma clásico de que el acorazamiento muscular y caracterológico está empezando a rasgarse aunque sea en una primera capa. No lo logro y esto no aparece. Volvemos a la postura inicial. Busco ahora una inclinación hacia atrás, una postura de tensión y allí aparece esa vibración de un modo muy irregular y espástico, disruptivo, casi como sacudones involuntarios y descontrolados. Volvemos al eje de la postura parados sin buscar nada. De nuevo al inicio: parados, en contacto visual y respirando. El temblor y la vibración en piernas están allí. Le explico que se trata de un fenómeno perfectamente normal y que sirve de descarga de tensión muscular y emocional. F está entre sorprendido, asustado y feliz. Al poco tiempo se cansa. Lo hago acostarse y descansar boca arriba sin ninguna otra indicación. Su respiración está llamativamente más libre que lo habitual. Lo observo en silencio algunos minutos. Finalmente volvemos a conversar de sus sensaciones durante toda la experiencia.

Sesión 4. Volvemos a trabajar acostados. Mi plan hoy es volver a las experiencias de las primeras dos sesiones, pero incrementando el contacto. Todavía no percibo que F (o nuestro vínculo) esté listo para un trabajo de

masajes o para pedirle que se quite ropa. Por eso decido que se acueste vestido como siempre y lo hago respirar y relajarse sobre la colchoneta. Mi atención no se centra ahora tanto en su respiración sino en todo el sistema muscular que voy examinando por zonas como anillos desde arriba hacia abajo, segmentando (sólo a fines analíticos) la totalidad de su cuerpo. Observo en forma ordenada: cráneo, ojos, boca, garganta, tórax, abdomen, vientre, bajo vientre, pelvis, piernas y pies. Los dos segmentos que se transforman en figura, dejando el resto en fondo (en mi percepción) son la boca y el abdomen. Tras un breve trabajo sobre sus pies, masajeando, y mientras le doy indicaciones e imágenes para su relajación general, decido indagar el área abdominal. Una vez más solicito que desplace hacia allí respiración y percepción. Apoyo mi mano sobre su vientre. Inmediatamente tiene un espasmo muscular intenso en la zona. Mete su abdomen hacia adentro. Retiro la mano. F me pide disculpas. Está perturbado. Lo tranquilizo. Pregunto si el contacto le dio cosquillas o le molestó. Las preguntas son deliberadamente vagas. No sabe qué decirme. Nada le molestó. Me dice que no fue a propósito. Dice que es algo incontrolable. Sigue allí acostado. Dejo que el silencio pese. Pregunto si le ha pasado lo mismo otras veces. La respuesta es afirmativa. No aclara más. Retomo el trabajo sin volver a intentar el contacto sobre esa zona. Apoyo mi mano en el centro de su pecho. El contacto es bien recibido y la respiración se profundiza y libera. El área de la respiración es alta pero hay movimientos ondulatorios en el abdomen también. Algo ha ocurrido en ese segundo de contacto y de rechazo defensivo que su cuerpo sin control alguno de su conciencia parece haber expresado. Observo ahora la boca. La tensión en la zona de la mandíbula es intensa. Le pido que relaje y suelte el maxilar inferior y deje el rostro laxo, bajando su tono. Algo se afloja, pero la boca, la mandíbula y los labios están tensos, crispados. Empiezo a hablar y sugerir imágenes muy amplias dejándome llevar de modo totalmente intuitivo pero con total certeza de lo que estoy diciendo. Hablo de la boca y de sus necesidades. No recuerdo exactamente las palabras. Nada fue preparado sino captado en el instante. La combinación de palabras, tonos, musicalidad y silencio algo produce. El maxilar tiembla y sobreviene una crisis de llanto. Inmediatamente contiene la respiración cortando la expresión del llanto. Nuevo contacto de mi mano en su pecho y el llanto vuelve. Le pido que

respire y no interfiera en el llanto ni se concentre en él. Sigue llorando. Se calma de a poco. Logro que llore y respire en forma simultánea. La respiración bajó al vientre, se va calmando mientras caen lágrimas en forma permanente. Percibe frío. Lo abrigo. Indico variaciones de la respiración adecuadas a estos síntomas. Pasan unos minutos y vuelve a un estado de equilibrio. La coloración de la piel ha cambiado. Su temperatura sube. Percibe tibieza primero y calor después. El rostro está relajado, sereno. F sonríe. Hablamos. No puede decirme algo acerca del “contenido” específico de su llanto. Es probable que así sea.

Aunque F todavía no sepa de qué se trató esta experiencia, sí sabe (su cuerpo sabe) que ha soltado una acumulación de tristeza. De un modo bastante explícito, está pidiendo ayuda. En lo personal yo sí creo saber de qué se trata –en parte- el contenido de este tipo de tristeza y estos síntomas y expresiones de su cuerpo-mente. Espero a próximas sesiones para confirmarlo, o más bien, para que F pueda hablarme de eso. En el mismo instante en que su abdomen se ocultó cuando apoyé mi mano percibí que se trataba de una experiencia de abuso sexual de alguna clase.

Sesión 5. Incorporo en esta sesión el colchón grande. Se trata literalmente de un colchón de dos plazas y de un muy buen espesor y densidad sobre el cual se hacen ejercicios que suelen ser más intensos emocionalmente y que precisan de una superficie importante, blanda y que pueda llegar a sostener todo el cuerpo. El ejercicio que propongo para la sesión de hoy consiste en lo siguiente: F se para a los pies del colchón; primero, sobre sus dos pies. Luego, inclina su cuerpo hacia adelante, hacia el colchón, sosteniendo su peso sólo en una pierna. El tronco se inclina, se adelanta, avanza hacia el colchón, como si fuera a acostarse, tirarse o dejarse caer sobre él, pero queda en equilibrio sobre una sola pierna, evitando esa caída.

El ejercicio, por momentos, es “violento” hasta de ser visto. F lo va realizando. A medida que el tiempo transcurre (y el cansancio muscular lógico aumenta) pelea cada vez más, usa todos sus recursos y hace lo imposible por no dejarse caer. Lo logra. Efectivamente no cae por muchos minutos más. Hasta que el momento llega y el quiebre se produce. No hay resto de fuerza alguno o de voluntad. Como sea, la caída se produce. En este caso, la percepción es que F se ha “desplomado”. Caee sobre el colchón. Su caída

viene acompañada de una mezcla de grito, alarido, alguna frase entrecortada (“no puedo más”) y un llanto profundo y desgarrador. Una vez que cae, me acerco a él, me siento a su lado, pongo mi mano en su espalda y la dejo allí un rato. Acaricio su cabeza. El llanto le genera verdaderas convulsiones. Lo abrazo desde atrás y me quedo así. En silencio respiro profundamente. Mi vientre y abdomen están en contacto con su espalda. De a poco toma mi respiración. Cuando se serena totalmente, lo voy soltando y me siento de nuevo al costado del colchón. Se recupera, se sienta. Hablamos. Se va muy sereno e integrado. En lo personal me quedo satisfecho pero tomado por la tristeza profunda que F exteriorizó. Me lleva bastante tiempo recomponerme. Libero mi propio llanto y trabajo con ejercicios respiratorios. Ahora sí, la sesión ha terminado.

Sesión 6. En función de todo lo vivido en estas primeras cinco sesiones, tanto lo relatado aquí como todas las otras informaciones de F y su vida en sentido amplio, decido hacer un trabajo buscando integrar todo lo experimentado, sin pretender abrir nada nuevo. Casi a modo de una pausa o un momento de descanso en medio del proceso que recién ha hecho un primer ciclo importante. Habiendo ya trabajado con F acostado y parado, habiendo trabajado el contacto por la vía del masaje (aún parcial), habiendo profundizado en lo emocional por el ejercicio de la paradoja de la caída, propongo algo radicalmente diferente y alejado de la ortodoxia del Análisis Bioenergético. Cuelgo una hamaca paraguaya y acomodo todo lo necesario para que F se instale allí a descansar. Indico algunas cuestiones vinculadas a respiración y relajación y me dedico a mecerlo muy tranquilamente, casi acunándolo. Pongo un tema musical. Todo transcurre en aparente serenidad hasta que el tema, en su letra, dice: “...*dime quién me puede amar*”. El llanto irrumpe. Sigo meciendo cada vez más lento hasta detenerme. El llanto cede, luego el silencio y –lentamente- F comienza a reír. De nuevo en silencio, siento -al mecerlo de nuevo- que cada vez pesa más. La respiración es muy lenta y baja. F se ha dormido. Lo dejo dormir. Salgo por un momento del estudio y regreso pocos minutos después. Lo despierto con una taza de té y conversamos sobre su llanto y risa sobre la frase que hizo estallar la experiencia.

Sesiones 7 y 8. Estas dos sesiones fueron conversadas. No hubo trabajo corporal ni ejercicios de ningún tipo. A lo largo de las dos sesiones F me fue

poniendo al tanto de cuestiones de su vida presente y también dándome sus impresiones sobre las primeras cinco sesiones que hemos tenido y comparando con su experiencia terapéutica anterior. En ese sentido el eje de su comparación es que en su experiencia analítica pudo hablar y entender y que en este proceso además está pudiendo sentir, experimentar y vivir. Le sorprende que cosas que daba por resueltas vuelvan a ser tema de trabajo.

Sesiones 8, 9 y 10. Tras las últimas dos sesiones conversadas, F tuvo dos episodios serios de hipertensión arterial en las cuales debió ser atendido de urgencia y hospitalizado. En ningún momento se ha perdido el contacto telefónico con él, pero prefirió tomarse unas semanas, en sus palabras: *sin terapia para ver qué hago.* (sic) Se le sugirió tener una entrevista, pero insistió en su determinación. Se le dijo que podía llamar si lo consideraba necesario en cualquier momento. Tres semanas después, llamó y se retomó el trabajo terapéutico. Relata su experiencia de estas semanas y las novedades. Una vez que logró estabilizarse de los cuadros de hipertensión, encaró su proceso de separación. Se mudó y se fue a vivir solo. Con la *tarea hecha* (sic), vuelve a las sesiones. Se hacen primero algunas observaciones sobre lo que contó. Se vuelve a los trabajos corporales y los ejercicios de Bioenergética. Se trabaja de menor a mayor, con grounding, masajes profundos completos (en la línea del Rolfing), taburete de bioenergética, ejercicios sobre colchón (pataleo) y almohadones (golpes con raqueta). Estos últimos, son ejercicios de intensa descarga emocional. Antes de intentarlos se observa lo que va ocurriendo con las experiencias más suaves y se interioriza sobre la evolución del estado clínico. En estas tres sesiones se siguió trabajando sobre su sexualidad y su (auto)represión. El acorazamiento va cediendo lentamente. En la sesión 10 se trabaja el tema de su separación y libera una extraordinaria cantidad de tristeza y –posteriormente- de violencia (odio), en los ejercicios de pataleo y almohadones. Termina estas sesiones, sobre todo la décima, entre extenuado y en éxtasis. La colocación y el sonido de su voz es completamente otro, su respiración se ha soltado de golpe, la tonalidad de su piel, el brillo de sus ojos, todo es abrumadoramente contrastante con el impacto inicial de su primera visita. Aún en pleno proceso y con mucho trabajo por delante F y el terapeuta convienen en que los nuevos puntos a abordar y profundizar son su auto-aceptación y su identidad y el modo en que empezarán (más aún) a afectar sus

vínculos. F expresa el deseo de que su sexualidad homoerótica se vaya haciendo cada vez menos compulsiva y más elegida y ligada a la afectividad. Piensa en relaciones. A pesar de lo “reve de este proceso, su intensidad ha sido importante y F ha capitalizado el trabajo al máximo. Los cambios más radicales han sido en su capacidad de percepción y expresión.

....El proceso aún continúa.