

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

**“Descripción de una técnica terapéutica gestáltica
como un aporte al tratamiento integral de las
enfermedades somáticas”**

ALUMNA CLAUDIA TASCÓN FUENZALIDA

PROFESORA PATROCINANTE RUTH WEINSTEIN

2002



Nuestro cuerpo se gesta en la biología,
se desarrolla en el intercambio permanente de materia y energía con su medio ambiente,
se forja en los encuentros afectivos con nuestros conyéneres y otros seres,
crece en un mundo de sentido,
adquiere los hábitos de los juegos relacionales de nuestra peculiar cultura.
El cuerpo humano es aquella organización
que en su complejidad ha manifestado nuevas opciones en el mundo de la vida:
la autoconciencia y el inconsciente, la razón, la imaginación creadora, el lenguaje y la pasión.
Dotar de sentido a la experiencia es el eje vertebrante de nuestro devenir en el mundo.

Denise Najmanovich

Quiero agradecer a mis papás Alejo y Alicia por su eterno e incondicional apoyo en mis altos, bajos, hondos, claros, oscuros, luminosos pasajes de esta vida.

A mis hermanos Pablo, Gabriela y Marcela, que con su presencia única y amor, me muestran todos los días que la humildad es algo hermoso.

A Mauricio, amado compañero de viaje, que con su abrazo y su sonrisa me hace seguir soñando y trabajando por lo que creo justo.

A los tíos Lucho y Sylvia, a quienes tengo en mi corazón. Gracias por la confianza y el regaloneo.

A Marcela Araneda, Antonio Martínez y Adriana Schnake, que sin pretenderlo, me han mostrado que el ser terapeuta es un acto de fe, entrega y amor.

A la ilusión que se posa en mi vientre

En fin... a la vida.

Dedico este trabajo a mi papá

ÍNDICE

PARTE 1.

1.1 Introducción	01
1.2 Objetivos del Estudio	05
1.2.1 Objetivos Generales	05
1.2.2 Objetivos Específicos	05

PARTE 2 . SALUD Y ENFERMEDAD

2.1 Enfermedad como fenómeno cultural	06
2.2 Definición de los conceptos Salud y Enfermedad	08
2.3 El actual criterio médico de Salud Y Enfermedad	13
2.4 Realidad psicosocial del enfermar	14
2.4.1 La enfermedad definida desde lo social	14
2.4.2 La significación social del enfermar en nuestra cultura	16

PARTE 3. MODELOS INTERVENCION EN SALUD

3.1 La medicina como disciplina	19
3.2 Desde la medicina primitiva al modelo Biomédico	20
3.3 El Modelo Biomédico de Salud	23
3.3.1 El Modelo Biomédico en el Paradigma Científico Tradicional	25
3.3.2 Características del Modelo Biomédico	28
3.3.2.1 La relación médico-paciente	30
3.3.2.2 Enfermedad y enajenación	34
3.3.2.3 El diagnóstico, el uso de fármacos y los costos	38
3.3.2.4 El poder del modelo Biomédico	41
3.3.3 Limitaciones generales del modelo Biomédico	43
3.4 Posible superación del Modelo Biomédico	45
3.4.1 Introducción de factores sociales al proceso salud-enfermedad	46

3.4.2 La responsabilidad del sujeto frente a su enfermedad	49
3.4.3 Necesidad de un nuevo paradigma	51
PARTE 4. LA COMPRESION PSICOSOMÁTICA	54
4.1 Aspectos generales	54
4.2 Líneas de desarrollo del pensamiento psicosomático	57
4.2.1 Escuelas de Medicina Psicosomática	57
4.2.2 Teorías específicas e inespecíficas	61
4.3 Aportes a un modelo integral de salud: Introducción del sujeto al discurso médico	62
4.4 La Comprensión Psicosomática en el Paradigma Científico Tradicional....	64
PARTE 5. PSICOLOGIA DE LA SALUD	67
5.1 Definición	68
5.2 Aspectos generales de esta disciplina	70
5.3 Aportes de la Psicología de la Salud a un modelo integral de salud	71
PARTE 6. LA MEDICINA INTEGRAL	75
6.1 Un nuevo paradigma	75
6.2 El sujeto encarnado	77
6.3 La Medicina Integral como propuesta de un nuevo modelo de salud	79
PARTE 7. TERAPIA GESTÁLTICA	82
7.1 Premisas fundamentales de la terapia Gestáltica	85
7.1.1 La concepción del hombre como un todo. Perspectiva holística.....	85
7.1.2 La Homeostasis y la Autorregulación Organísmica	86
7.1.3 La relación Organismo/Ambiente. Teoría de Campo	88
7.1.4 El Darse Cuenta	90
7.1.5 El Aquí y el Ahora	91
7.1.6 Las Polaridades	93
7.1.7 La teoría Paradógica del Cambio	95

7.2 Salud y enfermedad en terapia Gestáltica	95
7.3 Finalidad de la Terapia Gestáltica	100

**PARTE 8. ENFOQUE PSICOTERAPEUTICO GESTALTICO EN PACIENTES
CON AFECCIONES «SOMATICAS»..... 103**

8.1 La psiquiatra chilena Adriana Schnake y su propuesta terapéutica	103
8.2 Descripción específica del trabajo con síntomas y enfermedades	106
8.3 Aspectos fundamentales del trabajo con síntomas y enfermedades	110
8.3.1 Actitud del terapeuta	110
8.3.2 Polaridades	114
8.3.3 Finalidad de este enfoque psicoterapéutico	116
8.4 Resumen de un caso clínico	119

PARTE 9. DISCUSION Y CONCLUSIONES 123

PARTE 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 127

ANEXOS

A. Diálogo de una mujer con su útero

B. Fichas con descripciones fisiológicas, vivenciadas y analógicas de algunos órganos.

RESÚMEN

PARTE 1.

1.1 Introducción

La experiencia del enfermar es común a todos los seres humanos y en todas las culturas. En la actualidad, el modelo sanitario predominante en nuestra cultura es el denominado "Modelo Biomédico" (de Miguel 1980; Gyarmati 1992; Abdusselam 1995; Restrepo 1996; Bustos 1998; Rosso 1999; Schnake 1999; Dethlefsen et al. 2000; Goic 2000; Junge 2001). Este modelo se enmarca dentro de la visión newtoniana-cartesiana de la realidad, en donde el médico, como observador objetivo pretende conocer causas, que provocarían efectos medibles en los individuos (síntomas), y por tanto los tratamientos se basan en prescribir medicamentos o acciones que tiendan a eliminar o aliviar estas causas para que los síntomas desaparezcan. Esto, lo sitúa como un modelo básicamente asistencialista. El médico se ubica en el lugar del experto y el paciente es un sujeto pasivo tanto en la relación, como en lo que respecta a su enfermedad.

Por otro lado, el paciente sólo recibe indicaciones de parte del profesional, sin la necesidad de tomar de conciencia, de cómo una afección en su cuerpo, puede estar relacionada íntimamente con su modo de vida o características personales, por ejemplo. Es decir dejando a su cuerpo de lado, como si la biología no formara parte de la totalidad de su experiencia como ser humano.

Dicho modelo, por tanto, tiende a perpetuar la separación entre el cuerpo y la mente, asumiendo que son dos aspectos de la experiencia que ocurren en forma independiente. A su vez, esto implica que el individuo enfermo crea que la solución a sus molestias se encuentra exclusivamente en manos de expertos, es decir que la responsabilidad para el alivio está fuera de él. Esto es lo que muchos han considerado como una expropiación del cuerpo por parte de la biomedicina (Schnake 1995, 2001; Restrepo 1996; Bustos 1998)

Si bien, este modelo ha sido ampliamente reconocido por su efectividad en comparación con los anteriores a su época, existen hoy en día numerosas investigaciones que cuestionan su prevalencia. Considerando que aún cuando tiene aspectos altamente positivos, mantiene falencias básicas en su concepción. Esto, básicamente porque no integra la totalidad de la experiencia del sujeto en la comprensión de los procesos mórbidos, lo que a su vez se basa en una concepción de la realidad, altamente juzgada en la actualidad.

Diversas áreas del conocimiento, evidencian que para la comprensión del ser humano, y por ende de la salud, no pueden ser estudiadas en forma independiente su historia personal, entorno y características biológicas entre otras, lo que sugiere la emergencia de un modelo diferente al actual. La psicología, como ciencia social ligada estrechamente a la comprensión de la experiencia humana, debe tomar parte de este cambio, aportando sus conocimientos, a este nuevo modelo de salud. El cambio propuesto, contiene a su vez, la necesidad de un punto de partida radicalmente diferente a la cosmovisión que sustenta al modelo Biomédico. Es decir de un paradigma diferente al moderno (Gyarmati 1992; Abdusselam 1995; Restrepo 1996; Lolas 1997; Schnake 1999; Junge 2001; Najmanovic 2002).

En este sentido, la presente investigación propone una técnica terapéutica gestáltica, como un aporte en el tratamiento integral de las enfermedades denominadas somáticas. Por cierto, ésta se enmarca en una nueva cosmovisión, pues la Terapia Gestáltica, adscribe desde su concepción a la imposibilidad de acceder a una comprensión global del ser humano, a través del paradigma actual.

El enfoque psicoterapéutico gestáltico, descrito en la presente investigación, se presenta como una experiencia de años de trabajo de la doctora chilena Adriana Schnake, que a través de un descubrimiento tanto teórico como vivencial, ha llegado a formular un entendimiento del enfermar somático, que se hace parte de esta nueva mirada total al ser humano. Este planteamiento no pretende ser una forma más de alternativa al modelo dominante, si no que intenta mostrar, que el modelo puede ser

superado mediante la integración de aspectos no reconocidos hasta ahora como fundamentales, principalmente la responsabilidad del sujeto frente a lo que le ocurre.

Por todo lo anterior, la relevancia de este estudio se fundamenta desde diversos sentidos:

En primer lugar intenta mostrar un trabajo terapéutico que diversos profesionales de la salud están realizando actualmente en Chile, y que ha obtenido resultados altamente alentadores, por lo que se considera necesario darlo a conocer y resaltar el concepto de ser humano que sostiene a la base. Se intenta por tanto nutrir la práctica clínica actual, exponiendo un trabajo psicoterapéutico poco conocido, enmarcado dentro de la terapia gestáltica.

Por otro lado, esta investigación bibliográfica puede enriquecer a la psicología de la salud, ya que aporta un nuevo entendimiento a la etiología de las enfermedades, y por ende a la prevención y tratamiento de estas y a la promoción de la salud.

Por último, a excepción de una Memoria de título en psicología del año 2001, no existen investigaciones experimentales ni bibliográficas en la Universidad de Chile, que estudien específicamente el aspecto integral de la salud, por lo tanto en el ámbito académico, se convierte en un novedoso aporte tanto para a la docencia como para el quehacer terapéutico.

El presente trabajo pretende detallar cuales son los fundamentos teóricos que sustentan un cambio de visión en salud, para luego describir una propuesta de trabajo terapéutico de la terapia Gestáltica. Por tanto la presente investigación es de carácter bibliográfico.

En primer lugar, se realiza una revisión de los conceptos tradicionales de salud y enfermedad. Luego, se describen superficialmente los modelos de salud que han sido parte de nuestra cultura, para posteriormente especificar el actual modelo de salud, con

sus características y limitaciones. Se realiza además, una descripción del "enfoque psicosomático", como muestra de un primer acercamiento desde la ciencia occidental moderna a unir experiencias psicológicas con sintomatologías corporales. A continuación, se ilustra el papel de la Psicología de la Salud en este cambio de concepción de la salud. Luego se describe una nueva propuesta de modelo, denominada "Medicina Integral" a la cual se adscribe el enfoque gestáltico descrito. Posteriormente, se exponen los fundamentos de la Terapia Gestáltica, para finalmente describir en forma específica el trabajo psicoterapéutico propuesto, acompañado de un caso clínico y un ejemplo transcrito.

1.2 Objetivos del estudio.

1.2.1 Objetivos Generales

1. Realizar una revisión bibliográfica en torno a los conceptos de salud y enfermedad y los modelos de salud en nuestra cultura.
2. Realizar una revisión bibliográfica general del Enfoque Psicosomático, de la Psicología de la Salud y la Terapia Gestáltica.
3. Describir el enfoque psicoterapéutico gestáltico, propuesto por la doctora Adriana Schnake, para el tratamiento integral de enfermedades comúnmente denominadas somáticas.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Revisar las principales definiciones de los conceptos salud y enfermedad.
2. Revisar el actual criterio médico de salud y definir enfermedad somática.
3. Revisar la realidad psicosocial de la experiencia de la enfermedad.
4. Revisar los elementos asociados a los modelos de salud anteriores al actual.
5. Describir el modelo actual de salud denominado "Biomédico", con sus características, limitaciones y posible superación.
6. Revisar los aspectos generales del Enfoque Psicosomático y su aporte a un nuevo modelo de salud.
7. Revisar los aspectos generales de la Psicología de la Salud y su aporte a un nuevo modelo de salud.
8. Exponer una propuesta a un nuevo modelo de salud denominada "Medicina Integral".
9. Revisar las premisas fundamentales de la Terapia Gestáltica y su abordaje de la salud y enfermedad.
10. Realizar una descripción específica del trabajo con síntomas y enfermedades propuesto por el enfoque gestáltico.
11. Revisar los aspectos fundamentales del trabajo con síntomas y enfermedades propuesto por el enfoque gestáltico.
12. Presentar el resumen de un caso clínico y un ejemplo de trabajo con síntomas y enfermedades propuesto por el enfoque gestáltico.

PARTE 2. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La experiencia del enfermar es un fenómeno complejo y su análisis puede realizarse bajo distintas dimensiones. En el presente capítulo se expondrá una serie de elementos, que a juicio de la autora, resultan necesarios de abordar para el entendimiento de este fenómeno.

2.1 La enfermedad como fenómeno cultural.

La enfermedad es una experiencia presente durante toda la historia del desarrollo humano y común a todos los grupos, aunque sus manifestaciones sean diversas o varíen de una cultura a otra.

“La enfermedad es uno de los fenómenos socio-culturales más antiguos de la humanidad. Tanto, que se tiende a analizar la enfermedad como una expresión de la vida, es decir de la adaptación del ser humano a un medio agresivo e inclemente. Cada cultura ha tendido a cristalizar ese enfrentamiento en formas de organización peculiares (de Miguel 1980:11).

Según de Miguel (1980), la mayor parte de los estudios antropológicos parten de diversos criterios comunes: que la enfermedad es universal; que todos los grupos humanos desarrollan algún sistema para luchar contra la enfermedad; y que dentro de su marco cultural crean teorías más o menos elaboradas para explicar, diagnosticar y a veces justificar la enfermedad. Resalta así, la importancia que tiene la cultura en la etiología de la enfermedad, e incluso en las formas de organizar el sector sanitario.

La humanidad ha tendido a cambiar sus recursos biológicos, culturales y sociales, para irse adaptando al medio. Una de las formas más importantes ha sido la aplicación de esos recursos para combatir la enfermedad. Se parte del principio de que tanto las enfermedades, como las heridas, los accidentes y la muerte, han sido constantes en todas las civilizaciones y grupos humanos. En relación a esto, resulta fundamental

mencionar que la civilización contemporánea ha logrado una reducción sensible en la tasa de mortalidad, pero sólo a costa de un incremento en la morbilidad (de Miguel 1980; Bustos 1998).

Frente a esto, cabe resaltar cómo el tratamiento de las enfermedades ha dependido de las creencias acerca de la enfermedad, y éstas, a su vez, de la concepción global del mundo de cada época.

Por otra parte, en cada época histórica, la humanidad ha conocido distintas enfermedades. Para un período considerado, una ha hegemonizado la representación misma del mal, reflejando concepciones, ideas y las condiciones de vida del momento (Bustos 1998).

“De esa manera, la enfermedad pasa a convertirse en un lenguaje y, el psique-soma individual, en un cuerpo metafórico, capaz de captar «el pulso de ese momento histórico»”(Bustos 1998:136).

La enfermedad es entonces una expresión de las situaciones cambiantes de los ecosistemas y las culturas. La historia parece confirmarlo. La peste invadió al Imperio Romano bajo Justiniano; la lepra prevaleció en Europa Occidental hasta el siglo XVI; varias epidemias de fiebre amenazaron a Inglaterra en tiempos de los Tudor; la sífilis se difundió extremadamente rápido después de 1500; la viruela se presentó en los siglos XVII y XVIII; la tuberculosis, la fiebre escarlatina, la difteria y el sarampión aparecieron cuando disminuía la viruela. Hoy día, después de que la mayoría de las enfermedades bacterianas y bacilares, que se consideraban un riesgo para la humanidad, logran ser controladas en sus fases agudas y han sido al menos estabilizadas en sus manifestaciones epidemiológicas, aparecen las enfermedades virales y en especial el Sida poniendo en jaque los conocimientos médicos y mostrando como éste jamás puede auto limitarse y considerarse terminado (Restrepo, 1996).

2.2 Definición de los conceptos Salud y Enfermedad

La Organización Mundial de la Salud sostiene actualmente la siguiente definición de salud:

“Salud es el completo bienestar, físico, mental y social que le permite la adaptación el hombre a su ambiente” (Sánchez 1996)

Sin embargo, esta es una definición que constantemente está siendo evaluada por quienes estudian los factores relacionados al proceso mórbido.

Bilbao y Leiva (1999) distinguen tres tipos generales de categorías del concepto de salud:

a) Habría un grupo de definiciones que consideran a la salud como un **fenómeno discontinuo**. De acuerdo a esto el individuo se hallaría de manera excluyente, **sano o enfermo**.

Como subcategoría dentro de este grupo se encuentra la definición de la salud como la *ausencia de enfermedad o trastorno*. “Este concepto negativo de salud se corresponde con el modelo médico cubriendo sólo la zona negativa del espectro que iría desde la patología o trastorno más severo hasta el “punto cero” (no óptimo) de ausencia de enfermedad”(Sánchez 1996: 92).

Existe otra subcategoría denominada “normalidad estadística”. El criterio estadístico considera normal lo que es más común o habitual de observar. Es decir, aquellas características físicas y conductuales que muestran la gran mayoría de las personas. Es un criterio basado en la frecuencia y su medida es un promedio, que es el que determina nuestra apreciación de la normalidad (Goic 2000).

Por su mayor objetividad, el criterio estadístico de normalidad es el que más comúnmente utiliza la medicina para definirla, considerando normal el valor promedio o mediana de la variabilidad biológica. “Si bien el criterio estadístico establece una norma,

el promedio y valores de dispersión en torno a él, no nos dice el punto exacto de la dispersión en que lo normal pasa a ser anormal y, en consecuencia, para los fines médicos, no nos indica que individuo requiere ayuda y cuál no" (Goic 2000:61).

Una tercera subcategoría (denominada normalidad social), identifica a la salud como la *aceptación de las normas y valores sociales* y a la patología como el rechazo o disconformidad con estos (Sánchez 1996).

Frente a este grupo de definiciones, es relevante mencionar, que entre las condiciones de estar sano o enfermo existen múltiples estados intermedios, que no nos permiten definir categóricamente a un sujeto, ya sea como normal o anormal, sano o enfermo. Del mismo modo, aunque la dicotomía es observable en numerosas condiciones específicas, no se expresa tajantemente en la mayoría de las personas, situaciones y conductas que experimentamos cotidianamente (Goic 2000).

b) Un segundo grupo de definiciones considerarían **la salud como una utopía**. La salud sería un estado de autorrealización imposible de alcanzar.

En relación a esto, Goic (2000) plantea que este criterio considera como sano, aquello que se ajusta al modelo humano que la sociedad valora como positivo y deseable y al cual, se estima, debiera aspirar el hombre. Refiere la salud, no sólo respecto a las características físicas, biológicas y psicológicas del hombre, si no que en relación a sus fines y actividades, considerándolas normales cuando estas son adecuadas y eficientes. El criterio ideal es, sin embargo, un criterio subjetivo y selectivo y, con alta probabilidad, nadie se ajusta totalmente a un determinado modelo especialmente psicológico y, por consiguiente, todos seríamos de algún modo enfermos o anormales.

El mismo autor señala en relación a la definición de la Organización Mundial de la Salud:

“La definición de la OMS aparece no sólo como ideal, y por tanto, irreal o utópica, sino que poco operacional en términos de poder catalogar de sanos o enfermos a los individuos en la vida real y proceder en consecuencia” (Goic 2000:71).

C) Un tercer grupo de definiciones consideraría a la salud como un **fenómeno dinámico o continuo**. De acuerdo a estas definiciones, salud y enfermedad corresponden a extremos de un continuo que permiten al sujeto pasar de un estado a otro.

En relación a esto, es necesario mencionar que la salud se ha enfocado también, desde el punto de vista *adaptativo*, poniendo el acento en lo funcional. Es decir, un sujeto estaría más sano en tanto cuanto es capaz de adaptarse mejor al medio o a circunstancias adversas. “Este criterio de adaptación se aplica para estimar tanto la normalidad física de un individuo, como la normalidad psicológica, en términos de su capacidad de adaptarse a los factores internos y externos que ponen en tensión sus mecanismos de defensa (Wolf S. Social environment and health. Seattle and London: Oxford University Press, 1981)” (Goic 2000:64). El enfoque adaptativo, apuntaría más a la salud desde una perspectiva funcional global de un individuo, que respecto a una característica física o psicológica específica.

“Las enfermedades derivan de un juego recíproco entre los individuos y su medio ambiente y sus capacidades biológicas y psicológicas de adaptación y no al mero efecto de un determinado agente causal (Dubos, R. Mirage of health. New York: The New American Library, 1966)” (Goic 2000:100).

La salud considerada como *proceso* es una perspectiva dentro de estas definiciones. La salud sería concebida como una forma de conducta dinámica, que se desarrolla de manera evolutiva y en la relación interactiva con el entorno (Sánchez 1996).

Para Gyarmati (1992), la salud no es un «estado»; tampoco lo es la enfermedad. Son parte de un proceso multidimensional. El individuo, a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose a uno u otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que *están permanentemente interactuando*: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. De hecho, propone que más que factores, son sistemas interrelacionados.

“El problema consiste en cómo fortalecer el equilibrio entre ellos, o restaurarlo cuando este se haya roto. Luego, en vez de salud-enfermedad más conviene hablar de un proceso de bienestar biopsicosocial, a lo largo de un eje positivo-negativo (Gyarmati, 1992:174).

El nuevo panorama epidemiológico, ha traído consigo la reconsideración de los factores implicados en la salud humana, propiciando así la aparición de una nueva concepción de la enfermedad como fenómeno plurideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia.

Este cambio en la concepción de la salud y la enfermedad queda recogido en la definición en la Organización Mundial de la Salud del año 1948 para el término «salud», que se expresó como *«el estado de completo bienestar físico, mental y social»* y no la mera ausencia de enfermedad, definición que si bien puede ser criticada por su falta de operabilidad (Goic 2000), pretendía reflejar un cambio importante en la perspectiva que debía adoptarse de las políticas sanitarias futuras.

Como consecuencia, se ha ido produciendo un cambio cualitativo en los criterios que se utilizan para definir la salud y/o enfermedad, basados hasta no hace mucho en términos biológicos, y se fue desarrollando una propuesta de salud como concepto integral, formado por aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales, propuesta que progresivamente ha ido dando lugar a la aparición del «modelo bio-psico-social de la salud». Este modelo insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. Cualquier enfermedad, desde este

modelo, es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma (Engel en Martínez-Donate y Rubio 2000).

Frente a variedad de definiciones en las que se enmarcan los conceptos de salud, cabe preguntarse si existe alguna posibilidad de llegar a algún punto en común, que defina las líneas de trabajo para quienes se desempeñan en esta área. La doctora Adriana Schnake (2001), plantea estas diferencias como elementos desintegrados, que podrían complementarse para un mayor entendimiento de los procesos implicados en la salud.

“¿Tendríamos que pensar que todos los modos de preocuparse de la salud - que son parciales- están equivocados? De ninguna manera. Por el contrario, creo que todos tienen razón. Tal vez, lo único que no debe dejarse a un lado es que son parciales y que es preciso relacionarlos con el todo y hacemos la pregunta de qué es lo que nos ha orientado a darle una mayor relevancia” (Schnake 2001:55).

Esta aseveración es en apariencia coincidente con las actuales propuestas del modelo «bio–psico–social” de salud, sin embargo la autora considera importante resaltar que si bien este nuevo modelo propuesto tiene elementos en común con el trabajo Gestáltico, especialmente en lo referente a considerar en forma global al ser humano, difiere sustancialmente en el paradigma en que se sustenta (Martínez 2002). La presente investigación bibliográfica, no arrojó información, que estableciera una intención manifiesta en los precursores del nuevo modelo, de sustentarlo teóricamente bajo una nueva visión de mundo. Es decir, reconocen la multiplicidad de factores que interactúan en el ser humano, pero intentan resolver esto desde el paradigma newtoniano–cartesiano que los enmarca.

2.3 El actual criterio médico de la Salud y Enfermedad

Dado lo expuesto en el presente capítulo, podría afirmarse que ningún criterio de salud puede dar cuenta por sí sólo, de la inmensa variabilidad biológica y, particularmente psicológica del ser humano, y, que no existe un criterio universal aplicable a todos los individuos de todas las sociedades y culturas y en cualquier tiempo histórico.

Sin embargo, es evidente que en medicina un enfoque relativista exagerado de normalidad llevaría a una suerte de parálisis diagnóstica y terapéutica, que limitaría y haría inoperante el accionar médico. Es decir, conduciría sólo a describir y constatar síntomas aislados y, dado que pueden ser inducidos por varias enfermedades, haría imposible formular un diagnóstico preciso y prescribir un tratamiento específico (Goic 2000).

Por otro lado, para los fines de esta investigación, corresponde ser específicos en hacer referencia a las enfermedades somáticas, ya que es hacia el tratamiento de éstas, donde pretende apuntar el aporte de la doctora Schnake, que se describirá finalmente.

“El diagnóstico de síntomas aislados no nos indica una conducta terapéutica definida y nos impide, por lo tanto, prestar una ayuda efectiva al paciente” (Goic 2000:68).

En la práctica médica, se utiliza el “criterio clínico”, que se aplica al individuo particular. Este deriva de la práctica del saber médico, que apunta a resolver problemas de salud en el preciso momento en que se requiere la ayuda profesional. En cierto modo, el criterio clínico combina y sintetiza los diversos enfoques que han aplicado para estimar la normalidad y sus desviaciones (Goic 2000).

Al referirse específicamente a las **enfermedades somáticas** el médico Alejandro Goic (2000) describe dos criterios:

El primero referido a la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano: "el prototipo ideal es aquel en que todas las estructuras orgánicas están indemnes, de manera que las funciones del organismo se pueden llevar a cabo eficientemente. En este caso, la estructura anatómica y la fisiología de una persona es la esperada de acuerdo a lo que han revelado los estudios del organismo humano" (Goic 2000:65).

El segundo prototipo médico refiere a las alteraciones de la salud, y que ha sido el fruto del desarrollo de la clínica. "Se refiere a los instrumentos conceptuales que clasifican, ordenan y jerarquizan los síntomas y que llamamos «entidades clínicas» o simplemente «enfermedades». Son precisamente las entidades clínicas las que han permitido al médico manejar productivamente el concepto de normalidad" (Goic 2000:65).

2.4 La realidad psicosocial de la enfermedad.

A juicio de la autora es necesario enfatizar en los aspectos psicosociales que rodean la experiencia de la enfermedad, en coincidencia con las nuevas propuestas de investigación en salud. Considerando que estos han sido dejados de lado en la práctica terapéutica médica, exacerbando sólo los aspectos reconocidos como físicos o biológicos (Bustos 1998; Goic 2000; Restrepo 1996).

2.4.1 La enfermedad definida desde lo social

Fundamentalmente, lo que aquí se pretende resaltar, es que la enfermedad y su tratamiento pueden ser procesos biológicos sólo en abstracto. El hecho de que una persona enferme, la clase de enfermedad que tiene, y el tipo de tratamiento que recibe depende fundamentalmente de factores sociales (de Miguel 1980).

Goic (2000), en su libro "El fin de la Medicina" menciona como uno de los ejemplos más dramáticos, el de la Sociedad Americana de Psiquiatría que eliminó la

homosexualidad de su clasificación de las enfermedades mentales, en circunstancias que pocos años antes la había considerado como un trastorno mental o desviación sexual. Y agrega cómo una construcción taxonómica, condicionada por factores culturales, políticos y sociales, puede llegar a «convertir» a enfermos en sanos o viceversa.

“El razonamiento, entonces, ha ido transformando los síntomas subjetivos inestructurados de los pacientes, una realidad caótica, en un conocimiento objetivo, estructurado, un instrumento operacional. Este carácter instrumental de la enfermedad permite actuar sobre la realidad del enfermo y modificar esa realidad mediante un tratamiento. Se ha creado así una nueva realidad, distinguible de la realidad particular del sujeto individualmente considerado: la realidad universal de la enfermedad, aplicable a cualquier enfermo que presenta síntomas similares a las del prototipo conceptual” (Goic 2000:88).

Fernando Lolas (1997), plantea que la experiencia del enfermar posee una dimensión personal experimentada en forma subjetiva, que sin embargo, no equivale a la rotulación del experto. “Este dispone de un catálogo de “enfermedades” reconocidas por la ciencia oficial de cada época, a las que caracterizan atributos, síntomas y signos que se combinan en una gramática de lo mórbido aceptada por la medicina. Se tiene una enfermedad que no es lo mismo que sentirse enfermo, cuando un agente oficial realiza esa rotulación” (Lolas 1997: 84).

Restrepo (1996), en su libro “Semiología de las prácticas de Salud” llama la atención de esto en relación a la actitud del médico, quien según él debe entenderse como alguien que dialoga con la sociedad a través del lenguaje de la enfermedad, entendiendo que se encuentra no sólo ante un hecho “natural”, sino ante un fenómeno con un gran componente “cultural, axiológico, lingüístico y valórico.”

2.4.2 La significación social del enfermar en nuestra cultura

Para Riera (1985), la consideración que la sociedad le ha concedido a la enfermedad a través del tiempo, ha sido muy dispar, razón por la cual la comunidad o el grupo humano, partiendo de supuestos culturales y condicionamientos económicos, valora según sus exigencias y concepciones el sentido o importancia que el evento de la enfermedad tiene o puede tener individual o colectivamente.

“Las pautas socioculturales, en su evolución histórica, revelan los condicionamientos económicos, mentalidades y supuestos dependientes de la estructura social, así como el progreso técnico y material de la sociedad que, en suma, determinan la consideración del hombre enfermo y de la enfermedad en una sociedad determinada” (Riera 1985:321).

En relación a esto, hoy en día la enfermedad parece vinculada, por una parte, a la involuntariedad de los síntomas, y, por otra, a las condiciones de bienestar o malestar con que una persona lleva a cabo sus actividades, entendidas como cualquier actividad regular que la persona realiza a diario. En este sentido, el criterio representacional social de la enfermedad, coincide con la incapacidad de trabajar o relacionarse con los otros, determinado por la presencia de signos ambiguos en sí, para los cuales no se tiene una explicación concreta. En ese momento se acude al médico, el que debe dar un sentido al conjunto de signos (Goic 2000; Bustos 1998).

“Así, el médico funda una enfermedad en el cuerpo del enfermo, enfermedad que adquiere sentido para el individuo sólo en el plano social de la interrupción de sus relaciones sociales y laborales” (Bustos 1998:166).

Este mismo autor, es aún más enfático en reconocer el papel que juega la sociedad, específicamente en lo que se refiere a la relación entre producción y enfermedad. Él plantea que la salud y la enfermedad se dicotomizan en función de la producción. Siendo, la idea de rendimiento, la que condensa la concepción moderna

en torno a la enfermedad. Tratándose por tanto de una equivalencia social y no natural. "En este contexto lo importante es recuperar la salud como bien de capital, idea que se encuentra expresamente formulada en los proyectos de políticas de salud en Chile a mediados del siglo XX, y en la gestación de políticas sociales destinadas más que nada al impedimento de estallidos sociales en sociedades fragilizadas por la enfermedad y la pobreza, resultante del desorden económico"(Bustos 1998:145).

Si bien, existe una determinada vivencia de enfermedad influida por el contexto cultural actual, es necesario reconocer dos ideas que acompañan esta experiencia, aún siendo gestadas en otros contextos: *La asociación con la muerte y el castigo*. Se considera relevante mencionarla, en tanto se encuentran aún hoy en el imaginario colectivo y movilizan en gran parte la necesidad de recuperar el estado de salud.

"Si bien es cierto que la enfermedad ha perdido toda su potencia representativa para el conjunto de la población, no es menos cierto que para el individuo afectado por ella continua conservando el poder evocador de la presencia de la muerte. Esto permite ilustrar que el cambio histórico de las mentalidades va mucho más lento que los cambios operados e instaurados por el avance de las técnicas de diagnóstico y tratamiento"(Bustos 1998:143).

La creencia de que la enfermedad es un castigo sobrenatural o divino está extendida en muchas culturas.

"En la cultura judeo-cristiana, actualmente dominante, la enfermedad es una consecuencia del pecado, como queda claro en la parábola de Job. La enfermedad es también una antigua forma de control social, atribuyéndose la responsabilidad no sólo a los pecados y castigos individuales, sino también a toda la familia y miembros del clan; visión que tiende a reforzar la estructura del grupo. Estas ideologías vienen acompañadas de la creencia en que la normalidad, y la moralidad están asociadas a la salud. Este sesgo está presente todavía en la medicina cosmopolita contemporánea" (de Miguel 1980:25).

Finalmente, en relación a lo anterior, Restrepo (1996) menciona que más que un hecho natural, (afección de un organismo por causalidades físicas o químicas), la enfermedad se presenta al hombre como un *nudo de significación*. E insiste en la necesidad de la persona de transformar su dolor en un código de imágenes y palabras que le permitan integrarlo a la existencia diaria. Para él, el éxito de la intervención médica radica, en muchos casos, no tanto en la acertividad de la técnica, como en la posibilidad que el médico le otorga al paciente de comprender su enfermedad. "Al entablar con él comunicación mediante categorías lingüísticas y giros idiomáticos asequibles a sus posibilidades comunicativas" (Restrepo 1996: 4).

PARTE 3. MODELOS DE INTERVENCION EN SALUD

En el presente capítulo, se sitúa a la medicina como una disciplina y se ilustra en forma general el desarrollo de modelos en torno a la salud, observados en nuestra cultura. Para luego ahondar en el modelo que hoy rige el accionar médico, con sus características, falencias y posibles superaciones.

3.1 La medicina como disciplina.

“Las prácticas médicas, se presentan como un subsistema indispensable en cualquier cultura para solventar la satisfacción de necesidades relacionadas con la salud. Se desconoce todavía el sistema cultural capaz de garantizar con toda seguridad el equilibrio y la armonía entre sus miembros , evitando peligros, momentos de crisis e incertidumbres. Para afrontar estos peligros existenciales, todos los grupos humanos conocidos, en tiempo y en espacio han respondido con una fascinante gama de estrategias para preservar o recuperar el equilibrio, el bienestar y la tranquilidad (Lisón 1974, 1979)” (Prat et al, 1980 :47).

En primer lugar es preciso señalar que cualquier forma de ejercer la medicina se apoya en conceptos básicos, de lo que entendemos por salud, enfermedad y el papel que en ellas juegan tanto el médico como el paciente. (Abdussalam 1995). En este mismo sentido, Lolas (1997) manifiesta que las disciplinas y profesiones pueden concebirse como respuestas institucionalizadas a necesidades sociales, cognoscitivas, estéticas o prácticas. Ocurriendo por ende, lo mismo con la medicina, sus fines y funciones.

Para Goic (2000), la medicina es epistemológicamente, un saber que tiene sus propios métodos de análisis y síntesis, inferencias y deducciones lógicas; además, un lenguaje específico y bien definido; habilidades y destrezas que le pertenecen; un campo de investigación que le es propio, objetivos concretos y un sujeto y objeto donde aplicar su acción. Según él, estos elementos configurarían una especie de doctrina y un

discurso que, en sus rasgos esenciales, son de carácter universal, al menos en la cultura de Occidente. “Los médicos europeos, norteamericanos o latinoamericanos, por ejemplo, comparten conceptos, lenguajes, valores y prácticas comunes e intercambian experiencias, sin prejuicio de diferencias adjetivas vinculadas a sus respectivas culturas nacionales que, por cierto, también influyen en el modo en que la medicina se ejerce” (Goic 2000:18).

Por último, en relación a esto, Riera (1985) plantea que la Medicina, como saber científico y quehacer técnico encaminado a resolver los problemas que plantea la enfermedad y la promoción de salud, tiene su origen en los primeros textos griegos hacia el año 500 antes de Cristo. Y enfatiza que debe aceptarse que las respuestas dadas por el hombre a este problema, ya sean científicas, mágicas o religiosas, constituyen formas de Medicina. “La medicina no se inició con la ciencia: surgió de la inclinación natural del hombre de ayudar al prójimo afectado por una dolencia. El arte médico (lat. *ars*, *artis*, habilidad) se desarrolló, entonces, con anterioridad al advenimiento del conocimiento científico tal como hoy lo entendemos” (Goic 2000:27).

3.2 Desde la medicina primitiva al Modelo Biomédico

Riera (1985), en su libro “Medicina Historia y Sociedad” propone una cronología del pasado médico, según los cambios cualitativos y doctrinales más importantes ocurridos. Establece así, dos grandes períodos: la medicina precientífica y la medicina científica.

El autor plantea, que **la medicina precientífica** se extiende temporalmente desde los comienzos de la humanidad hasta el siglo VI antes de Cristo y se basa en una concepción mágico-religiosa de la enfermedad. Corresponde a la medicina de los pueblos primitivos actuales y de las grandes culturas de la Antigüedad (Mesopotamia, China, India, Egipto). La condición pretécnica, la creencia y superstición o a la

religiosidad para entender la enfermedad, el enfermo y la curación, es el rasgo común, a pesar de las diferencias, que caracterizan esta medicina.

Otros autores denominan esta medicina como "medicina primitiva" (Goic 2000; de Miguel 1980) y manifiestan que en esta cosmovisión, las enfermedades se debían a causas sobrenaturales, a la introducción de cuerpos y espíritus extraños o la pérdida del alma. Y en este contexto el médico primitivo no tenía dominio personal sobre el tratamiento de los enfermos. Además consideran que la medicina primitiva no sólo explica como se ha producido una enfermedad, sino también por qué y quién es el responsable. La enfermedad, según ellos no se analiza en forma aislada de la sociedad, sino que se pone en relación con otros factores sociales y culturales. Esto último, según de Miguel, como planteamiento teórico, coincide con la última tendencia de la medicina, en aplicación de los consejos de la propia OMS. "La medicina primitiva no distingue tampoco entre enfermedades somáticas y mentales" (de Miguel 1980:30).

"El sistema cognitivo sobre la enfermedad en las culturas primitivas, sirve para algo más que para recuperar la salud del paciente; está implicado con los sistemas religiosos y mágicos, ambos difíciles de cambiar. Esta unión permite una mejor explicación de las posibilidades y razones de enfermar; facilita además la resignación frente a la enfermedad; y llega a ver en ella una forma de perfeccionamiento espiritual e integración con el grupo" (de Miguel 1980 :35).

Por último, resulta de interés destacar, que según de Miguel (1980) si bien esta medicina ha sido influenciada notablemente por la medicina moderna, existe por otro lado una creciente influencia de la medicina precientífica en toda la sociedad contemporánea. Al observar, por ejemplo, que la medicina multinacional y de alta tecnología está entrando en temas que antes dejó de lado, como las hierbas, acupuntura, meditación, homeopatía, etc. Y fundamentalmente, en las concepciones del enfermar que contiene esta visión sobre la relación entre el enfermo y su medio.

La **medicina científica** aparece por primera vez en el mundo griego a finales del siglo VI antes de Cristo y su evolución histórica llega hasta la actualidad. Desde la aparición de los primeros textos científicos, con Hipócrates y la Medicina hipocrática, los conocimientos médico, clínicos, diagnósticos y terapéuticos se basarían solamente en la naturaleza observable de la enfermedad. Ocurre entonces, una transformación radical en la medicina y su ejercicio, mediante la explicación racional del proceso morbido. El médico adquiere entonces, un perfil social definido y su quehacer se basa en el conocimiento de la naturaleza humana (Riera 1985).

Como puede suponerse, la medicina científica desde su nacimiento hasta ahora, ha sufrido notables transformaciones a través del tiempo, las que han ido surgiendo como respuestas a determinadas problemáticas de los distintos contextos culturales e históricos. El mismo autor, realiza una clasificación más acabada, en relación a las fases que ha experimentado la medicina científica hasta llegar al actual modelo biomédico. Sin embargo, se considera fuera de los márgenes de esta investigación ahondar en estas especificaciones, considerando que lo relevante es la comprensión de que el modelo actual es parte de un desarrollo anterior de otras modalidades y fruto de la superación de éstas.

En relación a esto Goic (2000) plantea que luego que la medicina se desprendió del *pensamiento mágico*, percibió la enfermedad como debida a causas naturales y se fue transformando en un oficio. En principio fue un oficio empírico. Por ejemplo, los médicos en la antigüedad atendían a los enfermos, curaban heridas y realizaban complejas intervenciones quirúrgicas, sin conocer la anatomía y el funcionamiento del cuerpo humano. Esta experiencia habría dado paso a un saber técnico, basado en la observación de los enfermos, el sentido común entrenado y la experiencia acumulada transmitida. La medicina se fue incorporando al conocimiento científico propiamente tal, en forma paulatina, con lo que el arte clínico se hizo más racional y se perfeccionó la acción diagnóstico-terapéutica del médico.

“La actitud positivista y la búsqueda de la explicación y manejo de los problemas morbosos mediante su análisis directo racional y experimental, relegó e incluso eliminó la especulación filosófica y religiosa médica docta, tan usual hacia los inicios del Renacimiento. Así el estetoscopio inventado por Laennec en 1816, se convirtió en el símbolo del médico moderno, de manera análoga a lo que había sido el vaso de orina para su colega medieval” (Medina 1981 :84).

Sin embargo, hacia fines del siglo XVIII, a diferencia de la matemática y algunas ciencias naturales como la química, la física y en menor grado , la biología, que habían alcanzado un nivel de «ciencias establecidas», la medicina de este período no había logrado aún desarrollar una actitud científica, (como es entendida hoy en empleo del Método Científico) por lo menos generalizada, y entre ella coexistían visiones científicas y precientíficas (Rosso 1999).

Finalmente, de Miguel (1980) expresa que Siguerist¹ mantiene una hipótesis que plantea que la medicina ha sufrido un proceso histórico en cuatro etapas: *magia, religión, filosofía* y finalmente *ciencia*. Postulando que no existen tipos puros y que en la actualidad todavía nos encontramos con componentes de las cuatro etapas. Siendo esta una razón de que los temas relativos a salud y enfermedad mantengan una riqueza ideológica y conceptual elevada.

3.3 El modelo Biomédico

El modelo que actualmente rige las políticas médico-sanitarias en occidente es el denominado “Modelo Biomédico”, el cual centra el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y patofisiológicos del cuerpo humano (de Miguel 1980; Gyarmati 1992; Abdusselam 1995; Restrepo 1996; Bustos 1998; Rosso 1999; Schnake 1999; Dethlefsen et al. 2000; Goic 2000; Junge 2001). Se describe a

¹ Médico soviético que entre sus publicaciones se encuentra “Historia de la Medicina” Oxford University Press, 1951.

continuación, cómo este modelo surge a partir de exigencias de la época en que nace y en correspondencia con los avances científicos que el paradigma moderno promueve. Luego se exponen las características de dicho modelo, además de sus limitaciones y posible superación de acuerdo a los avances en investigación en salud.

De Miguel (1980), plantea que en la mayoría de los países el sector sanitario está dominado por este modelo, definido como el único modelo médico legal. "La profesión médica establecida suele ser además uno de los grupos sociales con más poder. El avance científico occidental ha supuesto así un modelo único, monopolístico con mucho poder, medicalizado, universitario, uniforme, burocratizado, poco democrático e internacional" (de Miguel 1980:32).

Para comprender cómo este modelo se instala, Rosso (1999) menciona tres situaciones de importancia que se entrelazan en la construcción del nuevo enfoque. En primer lugar, plantea que hacia fines del siglo XIX, la nueva «mirada» del médico, guiada por el correlato anátomo-clínico, le había otorgado a los médicos la posibilidad de observar un gran número de enfermos, hecho nunca antes visto en la historia de la medicina. Esto, habría permitido organizar una base de datos, necesaria para entender la historia natural de las enfermedades. Por otro lado, a diferencia de la observación pasiva de siglos anteriores, la observación médica se volvió activa, incluyendo nuevas formas de exploración física. Finalmente, plantea que en esta época la mirada del médico se comenzaba a guiar por el conocimiento de las lesiones internas, evidenciadas en los hallazgos de autopsias. Lo que le permitía, sacar deducciones analógicas relativas al tipo de afección que tenía el enfermo y basar en ellos su diagnóstico y pronóstico.

La medicina, fue incorporando conocimientos de ciencias como la física, la química y la biología, en el entendimiento de los procesos mórbidos, disciplinas que se encontraban absolutamente validadas frente a la comunidad científica. Fue así, mediante la observación sistemática de casos clínicos y el uso de los conocimientos de

estas ciencias que se convierte en una ciencia natural (Riera 1985; Lolas 1992; Rosso 1999).

“La medicina no constituyó, en esta época de inventos, ninguna excepción. La que surgió del siglo XIX fue, como dijeron sus promotores, una medicina «científico-natural», sólidamente basada en ciencias como la química y la física. Una de sus ciencias fundacionales fue la fisiología, que alcanzó entonces el estatuto de disciplina fundamental (Lolas, Fernando 1979 y 1986). Los hombres que, como el profesor de Berlín Rudolf Virchow (1821-1902), inventaron la nueva medicina estaban convencidos que su primera misión era aplicar los métodos y descubrimientos de aquellas ciencias a la vida, a la enfermedad y a la muerte con el fin de entenderlas y controlarlas (Virchow 1849)” (Lolas 1992:21).

3.3.1 El Modelo Biomédico en el paradigma Científico Tradicional.

El Modelo Biomédico, al igual que sus predecesores, se sitúa dentro de una determinada cosmovisión, la que sustenta y determina la calidad de las teorías que surgirán a partir de ella. El denominado “Paradigma Newtoniano-Cartesiano” o “Científico Tradicional”, es este marco de referencia para nuestro actual modelo de salud. En este apartado, se expondrá cuales son sus características y se ilustrará al Modelo Biomédico cómo parte de él.

Muñoz (1997), da cuenta de un modo de acercamiento a “la realidad” en este paradigma que estaría caracterizado por lo siguiente:

1. La naturaleza se conocería desde afuera y los fenómenos se examinarían en abstracción a su contexto (conocimiento a través del método científico y el experimento).
2. El conocimiento se lograría fragmentando la realidad.

3. El objetivo de la metodología científica sería el control consciente y empírico de la naturaleza. La realidad se da en un sentido de linealidad donde cada efecto está precedido de una causa absoluta (perspectiva mecanicista)
4. Las descripciones que se hacen de la realidad serían abstractas y matemáticas. Únicamente aquello que puede ser medido sería real.
5. La mente sería algo separado del cuerpo; el sujeto que conoce es algo independiente del objeto conocido.
6. El tiempo sería lineal y se da en una progresión infinita; en principio es posible llegar a conocer la realidad.
7. La lógica está por sobre las emociones.

El universo mecanicista de Newton, se definiría formado por átomos materiales e indestructibles, que interactúan de acuerdo con leyes permanentes y válidas en todo contexto, en un espacio de tres dimensiones invariables y en un tiempo definido como lineal y absoluto. Es decir, se trataría de tres conceptos independientes -materia espacio y tiempo- que dan como resultado un mundo exterior objetivo y real, estructurado según leyes autónomas que pueden verificarse experimentalmente (Gutiérrez 2001).

Unido a esto, Capra (1993) señala, que Descartes asocia a este modelo una representación dualista del universo, al establecer un esquema de mundo en que la materia y el espíritu se excluirían mutuamente. Así, al percibir la materia desunida al espíritu, se reafirma el concepto de la existencia de un mundo material independiente y objetivo.

Una de las características más emblemáticas de este paradigma es la tendencia del mecanicismo a entender la dinámica de un conjunto por las propiedades de las partes, con la creencia que entre más se conozca de las partes más se conoce del todo, pues éste no sería más que la suma de ellas. Por supuesto esto es propio del modelo biomédico, observándose con facilidad el aumento de la especialización continua de los profesionales (Payán 1998:3).

En concordancia con lo expuesto, en su artículo para el libro "Ciencias Sociales y Salud: Perspectivas Latinoamericanas" Lolas (1992), ilustra mediante la principal tesis de Virchow (fundador de la «patología celular») que todo proceso mórbido tiene un *locus* en el cuerpo, el cual, aunque muy pequeño, es en principio localizable. La mínima unidad de descripción, el mínimo sitio corporal enfermable sería la *célula* el cual también nació, como objeto científico, durante el siglo XIX. Agrega además que "tras conquistar el *espacio*, la medicina científico natural conquistó el *tiempo*, bajo la forma de *función*. Los procesos en los organismos vivos, escribiría el fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878), no se diferencian mayormente de aquellos presentes en la naturaleza inanimada" (Lolas 1992:21).

Para Junge (2001), el reduccionismo de la salud y la enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana, es coherente con la moderna separación entre cuerpo y alma, siendo sólo el primero ámbito de acción e intervención para las ciencias médicas racionales. Esta misma autora manifiesta que desde este paradigma, el cuerpo se considera como una máquina que funciona fisiológicamente según patrones constantes y cuantificables, y la enfermedad como una alteración física de este funcionamiento, en su gran mayoría provocadas por agentes extraños. Según esta lógica, lo que corresponde para mantener la salud es conocer la fisiología, sus alteraciones e intervenir para reestablecer el normal funcionamiento del cuerpo. "En consecuencia, otros aspectos de la experiencia humana, sociales, culturales, ecológicos, emocionales o afectivos, nada tienen que ver con la salud ni la enfermedad del sujeto" (Junge 2001:3).

En relación a lo anterior Junge (2001) manifiesta lo siguiente:

"la tendencia hacia la hegemonización del sistema biomédico, negando la pertinencia de medicinas basadas en otros paradigmas; su énfasis exclusivamente científico y biofísico para la etiología y tratamiento de las enfermedades; el establecimiento de relaciones de poder entre aquel que detenta el saber racional y quien consulta, entre muchas otras, son características no sólo del sistema médico occidental ni del sistema económico

capitalista, se trata de pautas propias del paradigma moderno en su totalidad, cuya fe y confianza en sus propósitos derivó durante décadas en una tendencia hegemónica y dominante de cualquier paradigma distinto.” (Junge 2001:3)

En este mismo sentido Schnake (1995), plantea que hoy estamos bajo el paradigma descrito y que la ciencia médica estudia al hombre como una máquina inteligente y sensible. Pero agrega que la importancia atribuida a factores psicológicos en la etiología, desarrollo y evolución de las enfermedades está en aumento. Especialmente, en aquellas en las que los tratamientos médicos y quirúrgicos fallan. “Y es así como cada vez con más frecuencia, los tratamientos médicos se apoyan con tratamientos psicológicos, en un esfuerzo desesperado por reconstruir la unidad del ser humano, dividido sistemática y permanentemente” (Schnake 1995:36).

3.3.2 Características del Modelo Biomédico

Para Gyarmati (1992), existen dos supuestos en este modelo médico. En primer lugar, la salud implícitamente se define por su aspecto negativo: la ausencia de enfermedad y en segundo lugar los servicios de salud están organizados en forma unilineal: del especialista hacia el lego enfermo o expuesto a la enfermedad. Manifiesta que debido a esto, la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes, o la población en general, es de dominio, por un lado, y de obediencia pasiva, por el otro.

Fernando Lolas, en su libro “Más allá del cuerpo” (1997), expresa que la medicina actual se caracteriza básicamente por tres elementos: “la *tecnificación*, esto es la conversión de los procesos y procedimientos de ayuda y curación a ministraciones regidas por la racionalidad instrumental de las ciencias empíricas; la *secularización*, que implica el abandono de creencias en lo trascendente y la divinidad; y la *medicalización* que alude a la imposición del punto de vista del experto, o del profesional, en el control, la administración y la planificación de la vida, lo que incluye el empleo del lenguaje médico para la descripción de lo cotidiano” (Lolas 1997:13).

Se expondrá a continuación, una serie de características enumeradas por Bartlett y Windsor (1985) que Montero cita en su artículo "Expandiendo el paradigma médico. Propositiones para cambios a nivel de la educación médica"²

1. El foco básico es la enfermedad; la salud se ve como ausencia de enfermedad y la terapia tiene primacía sobre la prevención.
2. La enfermedad es básicamente un fenómeno biológico; los aspectos físicos reciben más consideración que las consideraciones psicológicas, económicas o de calidad de vida.
3. La enfermedad es vista en forma reduccionista. La anatomía, histología, la bioquímica, y otras ciencias naturales reciben más atención que las ciencias sociales y de la conducta.
4. La enfermedad tiende a ser vista como causada por un solo agente.
5. El hombre es visto a través de una visión dualística, el cuerpo esta sujeto a las mismas leyes naturales que los animales y puede ser considerado separado de la mente.
6. El tratamiento médico no sólo asiste al cuerpo en la curación, más bien supera las funciones corporales. El hombre es el amo de la naturaleza; el cuerpo es manipulado externamente.
7. El tratamiento de la enfermedad se enfoca primordialmente al individuo. Menos consideración se presta al ambiente físico y social que rodea al enfermo.
8. El médico defiende fundamentalmente los intereses del paciente con menos consideración a los intereses de la sociedad.
9. La intervención médica es preferida sobre la no intervención; es preferible diagnosticar la enfermedad en un sano que no diagnosticarla en un enfermo.
10. El médico actúa en forma paternal, "sabe más que el paciente y actúa en la mejor forma para el enfermo; sabe cual es el mejor tratamiento", el paciente no toma un rol activo en el diagnóstico ni en el tratamiento.

² Artículo del libro "Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas Latinoamericanas" Lolás et al (editores) Editorial Universitaria 1992

Para finalizar esta descripción de las características, cabe mencionar lo que Gyarmati (1992) resume de este modelo, en donde plantea cómo este modelo se presentó como la solución definitiva en torno a los problemas de salud.

“El avance científico en occidente dio origen a un modelo biomédico de base tecnológica y, con él, a la idea de que con el descubrimiento de nuevos fármacos y el desarrollo de tecnologías crecientemente sofisticadas, la medicina encontraría una cura para todas las enfermedades en un futuro no muy lejano. De ahí que todos los problemas se percibieron desde la perspectiva de la medicina; se perdió de vista la salud como el problema de fondo” (Gyarmati 1992:173).

A continuación, se expondrán en forma específica, algunos de los tópicos, que a juicio de la autora, deben ser desarrollados con mayor precisión para los fines de esta investigación. Es necesario aclarar, que el intento de referirse a ciertas características por separado, supone una forma de análisis que tiene el objetivo de ilustrar más claramente, elementos que se dan en continua interacción y que sólo adquieren sentido cuando no se olvida esto último. Por otra parte se debe dejar en claro que la información pesquisada en torno a estas temáticas, posee un carácter eminentemente crítico en la mayoría de los autores revisados, lo que invita al menos a reflexionar en este sentido.

3.3.2.1 Relación Médico-Paciente

La relación médico-paciente se ha estudiado ampliamente. En primer lugar, es necesario mencionar que existen variadas formas de esta relación. La más reconocida por todos es la propia de las consultas médicas o «tradicional hipocrática»; por otro lado están los proveedores de servicios (laboratoristas, radiólogos, especialistas en medicina nuclear, etc.), otro grupo cumple funciones de asesoría (epidemiólogos salubristas, especialistas en medicina legal, etc.). Están además, los dedicados a la medicina paliativa y por último existen los relacionadores públicos o difusores científicos, entre las clasificaciones más conocidas, según Trejo (1992).

Lo que a continuación se expone, es más fácil de observar en la primera de las formas citadas, por ser la experiencia más cercana a la mayoría de la gente. Lo que supone el hecho concreto, de haber sido pacientes alguna vez o experimentar la enfermedad de alguien cercano.

Para Medina (1981), el médico moderno se caracteriza por la *competencia técnica*, requiriendo de un proceso de práctica y enseñanza, por lo específico de los conocimientos que debe manejar, aún más cuando la sociedad espera que sea *experto* en su profesión, eximiéndolo del conocimiento en otros campos. Además, este profesional debe poseer *neutralidad afectiva*, ya que debe tratar objetivamente los problemas de su paciente, sin darle otros significados que los relacionados con su mejoría. Por último, según este autor, debe estar *orientado a la colectividad*, puesto que se espera que la solidaridad sea lo más importante de su actividad y no el lucro.

Junge (2001), menciona dos importantes características de este profesional en la actualidad. En primer lugar, éste controlaría el acceso al estado especial de enfermo, con todas las consecuencias sociales, laborales y simbólicas que ello implica. Así mismo, considera que muchas conductas que reflejan desequilibrios sociales como la pobreza, el desempleo, el racismo o cualquier tipo de desigualdad social, son medicalizados y transformados en «patologías», transfiriendo al ámbito individual los problemas de la sociedad. Por lo que el médico moderno cumpliría un rol en la mantención del sistema social y su desigual distribución de poder.

La relación establecida entre el médico y el paciente, ha sido ampliamente descrita como «asimétrica». Por ejemplo, según Trejo (1992), la autonomía del paciente tendría un papel secundario, ya que describe esta relación como paternalista, donde el médico ocupa la condición privilegiada del que sabe. Para este autor esta situación quedó plasmada en la clásica frase: "La relación médico-paciente es el encuentro de una conciencia y una dolencia" (Trejo 1992:103).

En relación a este mismo aspecto, Payán (1998) plantea que esta relación no permite lo participativo, ya que considera al paciente como un sistema gravitacional, lineal, determinativo, del cual basta obtener suficiente información para suponer como ayudarlo. Para el autor, esto se debe a que se basa en un sistema médico que no acepta la ignorancia frente al paciente ya que lo considera regido sólo por leyes newtonianas. De esta manera según él, le impone sus conocimientos y los subordina a ellos.

Frente a esta pérdida de autonomía, se suma, según Bustos (1998), una situación de exclusión social con sus derivados de angustia y desvalorización, debido propiamente al estar enfermo.

También en relación al paciente, Restrepo (1996) expresa que al consultar a un hospital o servicio médico, éste es escuchado en su queja puntual y remitido a diferentes especialistas, que lo califican en informes técnicos, sin necesidad de establecer con él un adecuado contrato terapéutico. En esta situación, manifiesta el autor, no importa el mundo significativo del paciente y enfatiza "nada interesa que históricamente, en todas las culturas, los códigos salud-enfermedad, por referirse de manera directa al cuerpo, aparezcan como verdaderos semilleros de sentido, desde los cuales reconstruimos de manera permanente la visión que tenemos del mundo, de nuestra vida y de la sociedad" (Restrepo, 1996:5).

Este mismo autor en su libro "Semiología de las prácticas de Salud" (1996) es aún más crítico al señalar lo siguiente:

"Si entendemos por violencia toda acción tendiente a impedir la emergencia de la singularidad humana o lograr su aniquilación física, tendremos que reconocer que son muchas las facetas de este doloroso fenómeno social, del que no escapa, por supuesto, la institución médica. Al interior de la medicina, se anida de manera muy especial esa violencia que Alice Miller, en un giro magistral, denominó «la violencia por tu propio bien»."

En la siguiente cita, Bustos (1998) se resume con claridad lo expuesto brevemente hasta ahora.

“La expropiación de la reflexividad del sujeto pasa por un aplanamiento del deseo -como en caso de los pacientes psicóticos- e implica una anulación de la voluntad de participación en la relación médico-paciente, donde la hegemonía del discurso técnico ocupa la plaza del «otro». Así se le niega al «sujeto reflexivo» (Castoradis, C. “L’état du sujet aujourd’hui” en Topique Revue Freudienne, N° 38, pp 7-39 Paris 1986) la posibilidad de introducir en el mundo de la causalidad natural o mecánica una «causalidad» de otro tipo, que tiene como fuente la reflexividad: la causalidad histórica-personal. Eso es exactamente lo que queda marginado de la práctica a través del sacrificio de la subjetividad del individuo social-histórico”(Bustos. 1998:130).

Finalmente, se considera importante mencionar lo que enuncia el médico chileno Gustavo Pineda, en su discurso de incorporación como miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile el año 1999. El manifiesta como responsables de estas características, a los progresos tecnológicos, pero por sobre todo a las dificultades económicas del mundo moderno y la presión asistencial. Según él, estas habrían llevado a la creación del “médico funcionario” quien debe atender un número determinado de pacientes por hora, no importando que el enfermo pueda necesitar más tiempo u otro tipo de relación en su atención. Para Pineda además, se suma la presión de la sociedad que exige ser atendida por un especialista y no por un médico «general» y la posibilidad de enjuiciamiento luego de una acción médica, etc. entre otras cosas. Esto nos hace recordar, algunos elementos concretos de nuestra organización social que perpetuarían esta forma de relación. Eximiéndonos de no caer en la visión simplista de “culpar” al especialista.

Si bien es cierto, que frente a lo expuesto el panorama no parece alentador, Trejo (1992) plantea que la relación médico-paciente tiende a perder su asimetría entre experto y lego. Existiendo hoy, una tendencia que pretende un encuentro donde el papel del médico sea el de un pedagogo, guía o consultor más que el de benefactor. Según él,

este cambio ocurrido en la relación médico-paciente, está en el contexto del progreso de la ciencia y la tecnología, de la facilitación de las comunicaciones y de la adquisición de información como también en relación a la transformación del panorama epidemiológico (retroceso de infecciones, mejor manejo de los cuadros agudos, aparición de enfermedades crónicas). Esto, permitiría que la persona que antes quedaba en situación de emergencia y dependencia, recupere ahora algo de la autonomía perdida, al estar más cercanas las posibilidades de informarse y al reconocerse la importancia de la calidad de vida en las enfermedades modernas.

3.3.2.2 Enfermedad y enajenación

Otro de los elementos que sobresalen al caracterizar a este modelo, es la enajenación del sujeto frente a su propio cuerpo, situación a la que queda expuesto actualmente, en coherencia a la visión del proceso mórbido que tiene el modelo Biomédico, lo que se ha descrito a lo largo de esta investigación.

En primer lugar, Bustos (1998) manifiesta que la biomedicina, en su práctica y en concordancia a la modernidad conlleva un momento de enajenación, donde el enfermo, pasa a ser un caso clínico, un objeto manipulable, interpretado por la mirada médica en términos de «sistema orgánico». Para este autor, esto tiene como última consecuencia, la expropiación de la reflexividad, la que asume como fuente de la subjetividad y a su vez, condición central del sujeto.

En relación a esto mismo, Restrepo (1996) se manifiesta abiertamente crítico, al recordar que Ivan Illich en su libro "Némesis Médica" llamó la atención hace muchísimos años, sobre la expropiación de la salud por parte de los médicos, los que según él usan su poder para quitar a los ciudadanos, la capacidad de autodeterminar sus vidas en campos como el dolor, el nacimiento, la enfermedad y la muerte.

"La medicina también sufrirá las transformaciones necesarias para cumplir un rol de apoyo al orden moderno emergente. Para ello disociará al «hombre total», ocupándose

sólo de su cuerpo, concebido como una máquina funcional, y sacrificará su subjetividad, es decir, amputará de sentido subjetivo y social a la enfermedad reducida a un «rol» social desviante, o no funcional” (Bustos 1998:14).

Para de Miguel (1980), esta forma de ejercer la medicina es supuestamente racional, pero el paciente muchas veces no participa de esa racionalidad, ni tiene capacidad de escoger ni decidir (entre diversas terapias, medicamentos distintos, etc.). Entre los médicos se conservaría el secreto de la medicina, y sólo muy recientemente se empiezan a publicar textos con información accesibles al público. De hecho, plantea que se han demostrado las diferencias de lenguaje y cultura entre los médicos y los pacientes en la sociedad actual, lo que convertiría no pocas veces la consulta en una conversación sin sentido.

“Mientras los médicos, los laboratorios, los patólogos, el personal de enfermería, etc. hablan un lenguaje que para ellos aparece eficiente y significativo, el paciente y sus familiares utilizan otros códigos, apareciendo de esta manera otro factor que aumenta el abismo ya existente entre la medicina y la realidad del enfermo” (Payán 1998b:4).

Para Restrepo (1996), el lenguaje médico, colmado de categorías científicas, toma la forma de un lenguaje narcisista, que descalifica desde un principio al interlocutor, bloqueando sus posibilidades expresivas. El médico, a través de las explicaciones o recomendaciones que da al paciente, de las notas en la historia clínica o de sus informes a otros del ámbito hospitalario, utilizaría un metalenguaje que sólo comprende un estrecho círculo de profesionales.

Frente a esto, cabe suponer, como expresa Bustos (1998), que la persona enfrentada a un lenguaje técnico extraño, ve además reducidas sus capacidades de autogestión y cuidados de sus propios procesos de salud. La relación de las personas con su cuerpo, quedaría entonces sujeta a una experiencia que le es ajena. Para Bustos (1998), lo que ocurre es una reducción del cuerpo que sufre a la clasificación de un saber objetivo y al espacio de la enfermedad. Esto, según él, conllevaría a que la

enfermedad actual, aparezca como un accidente casual que repentinamente surge del diagnóstico médico, sin necesidad de tener un sentido en el contexto de la vida de la persona.

“La persona enferma ya no es dueña ni siquiera de su propio cuerpo. Más que de los médicos o de la medicina, ha quedado presa del discurso médico, y lo que habla por ella es su «su cuadro clínico». Los terapeutas hacen su aporte a la comprensión de la enfermedad, y se acercan al enfermo absolutamente insertos en el discurso médico, buscando otras «etiologías». La Enfermedad: es ella la quien reina” (Schnake 1995:28).

Frente a esto, lo que finalmente sucede, es que el sujeto percibe la enfermedad como algo que le es ajeno y de lo cual quisiera desprenderse. No sabe ni cree que aquello que le duele, o que se expresa de un modo tan inaceptable, es parte de sí mismo. La enfermedad sólo lo atemoriza y perturba y le impide realizar aquello que desea hacer (Schnake 1995; Goic 2000).

“Para todos los que hemos venido trabajando con esta orientación, ha sido una sorpresa increíble percibir el grado de enajenación al que hemos sometido a nuestro propio cuerpo. Ni siquiera después de que se le diagnostica una enfermedad grave, la persona cree posible informarse por sí misma de lo que está ocurriendo en ella: el médico es el único que sabe. Sin embargo, el más elemental y antiguo principio de medicina nos enseña de que los síntomas son avisos de que algo no está bien; pero nosotros no somos capaces ni siquiera de escuchar - y mucho menos de entender- ese aviso. Hemos abandonado nuestro cuerpo a la escucha del otro, que nos ve como meros informantes, para colmo poco confiables” (Schnake 1995:8).

Sin embargo, esta situación en la que quedamos tiene un contexto en donde emerge y sólo adquiere sentido cuando se observa cómo la etiología de las enfermedades en este modelo habla de una causa ajena al sujeto que contrae la enfermedad.

Para Goic (2000), la identificación de organismos, que permitió aislar el agente causal de algunas de las enfermedades infecciosas, dio una confirmación, al parecer definitiva e inobjetable, al concepto etiológico monocausal.

“La identificación de organismos específicos identificables y visibles fortaleció, además, el uso de las metáforas militares en medicina. La enfermedad fue vista como una invasión de organismos extraños antes las cuales el cuerpo humano responde con sus propias operaciones militares, como la movilización de las defensas inmunológicas (Sontag, S. El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Muchnik Editores, 1989). El lenguaje médico está lleno de este tipo de metáforas: guerra o exterminio (de las enfermedades), ataque o agresión, invasión, enemigo, defensas” (Goic, Alejandro 2000:95).

En este mismo sentido, Bustos (1998) plantea, que la enfermedad es concebida como producto de una acción patógena de ciertos productos tóxicos «secretados» por una forma de vida, la que rompería las resistencias individuales. Sería por tanto consecuencia de lo exógeno, otorgando un argumento «desculpabilizante» a la esfera individual como responsable del estado de salud.

Frente a esto, es necesario referirse a que este concepto del enfermar, cómo se ha expuesto en la presente investigación, da una respuesta específica formulada dentro del contexto del paradigma Científico Tradicional. Por lo que resulta oportuno citar lo siguiente:

“La idea simplista de la enfermedad como consecuencia de un agente externo al organismo podría tener algún sentido en las enfermedades infecciosas. No obstante, incluso en estas enfermedades, diversas investigaciones muestran que, cuando se estudian los individuos en su ambiente natural, aparece claro que la enfermedad no es la consecuencia simple y directa de la acción de un microorganismo, sino que intervienen en su génesis otros factores que dependen, ya sea del individuo, del germen o de la interacción entre el germen y el individuo” (Goic 2000:96).

Por último, diversos investigadores coinciden en que esta pérdida de libertad en relación al propio cuerpo y el hecho que los cuidados de la salud queden bajo responsabilidad de otro, no estimulan los niveles de salud, pues éstos solo pueden ser óptimos cuando se favorece una capacidad de enfrentamiento autónomo de las necesidades del organismo o grupo social, manifestando además que la enfermedad parece ser una oportunidad para el reencuentro de una comunicación inusual o de un nuevo sentido para la vida. (Restrepo 1996; Bustos 1998; Dethlefsen et al. 2000; Schnake 1995,2001)

3.3.2.3 El Diagnóstico, el uso de fármacos y los costos

Durante la recopilación de información, se ha logrado observar cómo estos tres elementos influyen activamente de una u otra forma en la relación del paciente con el sistema de salud. Se considera por tanto fundamental abordarlos, ya que atraviesan la generalidad de las experiencias, a las que se ven sometidas las personas en el caso de enfermedad.

En cuanto al diagnóstico, Payán (1996) es más bien crítico al respecto, planteando que al tratarse de modelos descriptivos, el diagnóstico no hace más que traducir al lenguaje científico las mismas quejas del enfermo, y por tanto no conlleva en sí, la dinámica del proceso que produjo en esa individualidad el cuadro nosológico. Expresa además, que el diagnóstico se presenta como una desarticulación del paciente, quien es dividido por sectores, órganos o tejidos para que su totalidad pase a formar parte de diferentes miradas médicas, que paulatinamente lo reducirían a expresiones mínimas, todo esto bajo el supuesto que mediante la suma de las partes se puede entender el todo. Aunque reconoce su utilidad, insiste en la imposibilidad de tener todos los datos relacionados ya sea con el propio paciente, o con la totalidad de su entorno, teniendo en cuenta que es un sistema biológico, termodinámicamente abierto. Finalmente, propone que el diagnóstico se debe utilizar como una aproximación o

probabilidad al y del ser vivo, y no con el carácter determinista que según él se le otorga en la actualidad.

“Quiero insistir que lo que le crítico al diagnóstico ortodoxo no es su existencia sino que sea el único aplicable, aceptable y reconocido oficialmente, y que basado sólo en él se desconozcan las capacidades y las posibilidades del ser humano como ente universal” (Payán 1996:4).

En relación a esto, Pineda (1999) reconoce que aunque en teoría se insiste en lo fundamental de establecer una estrecha relación médico-paciente, para obtener una buena anamnesis, realizar un examen físico completo y hacer buen uso del laboratorio, en la práctica cotidiana esto no es así. Para este médico, esto implica un posible daño al paciente, ya que si el interrogatorio es demasiado rápido, si se examina en forma incompleta o se interpretan exámenes desconociendo la clínica, el riesgo de un diagnóstico errado es alto. Finalmente, expresa que desde ahí se puede comprender la posibilidad de tener resultados negativos, ya que la decisión terapéutica es producto del diagnóstico.

En segundo lugar, cabe mencionar cómo este modelo ha situado el uso de medicamentos como la gran solución para reestablecer el estado de salud de los pacientes, lo que para algunos autores ha llevado a la sobremedicación, “con ello tampoco se abren las posibilidades de una apertura de sentido para la enfermedad, al mismo tiempo que la autonomía del sujeto de ve claramente reducida” (Bustos 1998:155). Junto a esto, no se ha demostrado la eficacia esperada en la mayoría de las enfermedades, observándose además en la gran mayoría de los medicamentos, numerosos efectos secundarios realmente dañinos para la población (de Miguel 1980; Lolas 1992; Bustos 1998; Restrepo 1996; Schnake 1999).

Lolas (1992), sostiene que la asociación entre la industria farmacéutica y la profesión médica llega a ser tan estrecha que hay quienes se refieren a este modelo como el «modelo farmacéutico». Menciona que si bien además de esta industria, existen

otras ligadas a la profesión médica, la medicina contemporánea juzga a través de ésta, los criterios apropiados de eficacia terapéutica. De hecho, menciona cómo la psicoterapia, es evaluada en base a modelos de estudio desarrollados en el ensayo farmacológico.

“Este acercamiento reduccionista del bienestar y la salud a su expresión corporal y fisiológica se manifiesta también en la fuerte tendencia a la medicalización de una serie de procesos humanos altamente complejos, tales como el embarazo y parto, la obesidad, el stress, sexualidad o las adicciones, experiencias que son marcadas de terminologías patológicas y tratamientos centrados en la corporalidad de estos procesos” (Junge 2001:3).

Por último, Restrepo (1996) expresa que el tratamiento medicamentoso es insuficiente, ya que existirían factores de tipo ecológico, cultural y actitudinal, que hacen de la situación mórbida un fenómeno complejo que no puede ser reducido a la lógica unidireccional de esta terapéutica.

Por último, es fundamental referirse brevemente a los costos de las prestaciones médicas, ya que, si bien desde este modelo se han creado infinidad de recursos técnicos y metodológicos, en la realidad estos no son accesibles a la gran mayoría de la población, por su alto costo.

Por ejemplo, Pineda (1999) manifiesta, que la aplicación de las nuevas metodologías de estudio o formas de tratamiento ha llevado a una gran eficacia diagnóstica, a costa de un importante encarecimiento de la prestación médica, la que no siempre es posible solventar aún en los países con más recursos. Así mismo, Riera (1985) plantea que la difusión de estas prestaciones, han elevado cuantitativamente los costos sanitarios hasta constituir un auténtico problema de Estado. Este autor sostiene que a pesar de las mejoras sociales, de un más alto nivel de vida y la mayor protección a la salud, el número de enfermos que demandan asistencia sanitaria es cada vez

mayor, lo que obviamente preocupa a todos los países, sin importar su condición política y organización social.

“Se ha producido la paradoja consistente en que al momento en que casi existe un consenso político universal de considerar la salud como un derecho de las personas, se comprueba en los hechos que ese derecho no se puede ejercer en forma absoluta, porque se provocaría una gran injusticia al absorber recursos necesarios a otras necesidades de las personas y que son concurrentes a las mismas fuentes económicas. Y teniendo presente lo que decíamos referente a que ahora muchos de los anhelos y fantasías pueden, técnicamente satisfacerse. El derecho a la salud ha terminado por ser un derecho virtual, más bien una declaración filosófica de intenciones, pero que sólo puede ser ejercido en función de las posibilidades de la economía de cada país.(Robbins, C.y De Kervasdore, J. 1985; Riggio, R.1984; Priester, R. y Caplan, A.L. 1989)” (Trejo 1992:104).

3.3.2.4 El poder del Modelo Biomédico

En la actualidad, los sistemas médico-sanitarios participan de una basta gama de decisiones a nivel público y privado, por tanto resulta de interés exponer cómo este rol es visualizado por diversos autores, que enfatizan cómo este sistema, está actualmente investido de una alta dosis de poder dentro de la sociedad.

En principio, parece importante reconocer lo expresado por Lolás (1997), cuando plantea que el saber, como organización de la experiencia posee una estrecha vinculación con el poder, no sólo sobre la naturaleza, sino también sobre las sociedades. Fenómeno al cual no estarían ajenas las disciplinas médicas. “convierten el poder del saber en legítima autoridad mediante el reconocimiento y licencias del Estado” (Lolás 1997:20).

Restrepo (1996), en su libro "Semiología de las Prácticas de Salud", realiza una detallada descripción de cómo históricamente el médico es investido del poder que actualmente posee. Sostiene que el «biopoder», (denominación realizada por Michael Foucault), tiene su origen en la revolución capitalista gestada en Europa durante los siglos XVII y XVIII, la que trajo la formación de la «policía médica». Esta, habría sido un grupo de fiscales que estaban capacitados para vigilar la intimidad de las personas una vez que el bien común, lo requiriera. Según este autor, el biopoder estaría centrado en el cuerpo como máquina, en su disciplina, en la optimización de sus actitudes y sus fuerzas, así como en el aumento de su utilidad y docilidad. La policía médica, actuaba por delegación directa del rey, que estaba en pleno derecho de mantener bajo su mirada todo aquello que sucediera en el reino. Este autor plantea a esta policía como origen de las actuales políticas de salud pública. "Una vez caídas la monarquías y como efecto de la revolución francesa, el médico occidental heredara esta atribución real de fisgonear las vidas ajenas al igual que recaerá en gran parte sobre sus hombros funciones que antaño correspondían a las comunidades religiosas, a los sacerdotes" (Restrepo 1996:2).

De Miguel (1980), describe los ámbitos en que este poder se manifiesta, sosteniendo que la profesión médica burocratizada domina el sector sanitario, hace de juez, dicta normas para toda la población y mantiene el monopolio de la definición de lo que sea la enfermedad y su tratamiento. Además, se refiere a que la educación médica en el mundo es cada vez más similar y uniforme, lo que perpetúa en distintas latitudes, un conocimiento que olvida el contexto en donde emerge la enfermedad. Finalmente, plantea que este es un modelo burocrático-racional (al estilo de la definición de Max Weber), que reglamenta los aspectos del nacimiento, enfermedad y muerte, además de la conducta sexual, familiar, formas de alimentación y nutrición, higiene personal, moral, etc.

Cabe recordar, que esta forma de medicina existe dentro de un modelo ideológico, que sustenta y refuerza su posición de predominio social, situación de la que

no se escapa por supuesto la realidad Latinoamericana, como lo manifiesta Medina (1981)

“dados los contrastes múltiples derivados del subdesarrollo y de la dependencia económica capitalista, el sistema médico oficial no podría evitar reforzar todavía más su posición relevante y monopolizadora del poder social orientado a la atención de los problemas de salud de la población” (Medina Eduardo 1981:92)

Para enfatizar en esto, resulta interesante mostrar la posición de la Antropología Médica Crítica, que observa, como la biomedicina reproduce las pautas de relaciones de poder propias del sistema mundial moderno. Junge (2001), plantea que algunos autores, especialmente críticos de los patrones del capitalismo mundial, ponen énfasis en distinguir cómo las relaciones de clases y la orientación a la obtención de ganancias se expresan en el ámbito de lo médico, por ejemplo en la alta tecnologización de la medicina, el uso masivo de drogas y la concentración de servicios en complejos médicos, como medidas para controlar las situaciones médicas y optimizar los resultados.

3.3.3 Limitaciones generales del modelo.

El modelo Biomédico, se ha presentado como uno de los modelos más efectivos conocidos hasta ahora, cabe reconocer por tanto los éxitos de la investigación biomédica (Lolas 1997; Medina 1981; Goic 2000). Sin embargo, para los fines de esta investigación, resulta fundamental ahondar en una mirada crítica, ya que la propuesta de la investigadora, apunta a reconocerlo como modelo válido pero factible de ser superado, dado la gama de aspectos en los cuales ha demostrado ser insuficiente.

En este sentido, diversos autores han referido en sus investigaciones a un número significativo de limitantes de este modelo. Si bien, a lo largo de este trabajo

bibliográfico pueden deducirse algunas de éstas, en el presente apartado, se intentará sintetizar la visión de los autores revisados, en relación a lo observado en la práctica.

Para Medina (1981), las limitaciones de este modelo de salud, pueden resumirse fundamentalmente entre las siguientes: La extrema sofisticación tecnológica, los costos crecientes de sus acciones, el énfasis más curativo que preventivo, las interferencias surgidas en el trabajo dentro de la propia comunidad, la aplicación mecánica de procedimientos técnicos y la iatrogenia.

Frente a esto, Goic (2000), agrega que en un número significativo de enfermedades se desconoce la "causa" y sólo dispone de tratamientos sintomáticos, que en algunos casos suele fallar, y si bien no ponen en riesgo la vida de los enfermos, son para ellos fuente de sufrimiento. Sostiene además que algunos procedimientos quirúrgicos son muy mutilantes (la cirugía oncológica entre otros).

"Estas limitaciones de la medicina explican, en parte, el desarrollo que han tenido a través de las épocas algunas terapias alternativas.(...) Sin embargo hay que decir que algunas de las debilidades de la medicina surgen del seno de los que la practican. Conceptos equivocados de causalidad y un enfoque de los enfermos exclusivamente centrado en los síntomas de origen orgánico, más bien que en la persona del enfermo, conducen a errores en la práctica médica" (Goic 2000:51).

Restrepo (1996), resume en tres elementos lo que considera las falencias fundamentales del modelo: la *tentación de homogeneización*, que según el autor niega la singularidad humana. El *dogmatismo*, que negaría la existencia de otras formas de entender el proceso salud-enfermedad. Y finalmente *pensar en la práctica médica como un sistema de cuidados obligatorios*, lo que negaría la necesidad que tienen individuos y comunidades de ser autónomos en la manera de cómo abordan el nacimiento, el dolor, la salud, la enfermedad y la muerte.

La Antropología Médica Crítica, observa la tendencia hegemónica del conocimiento biomédico y cuestiona el operar de la medicina oficial, tanto en lo que respecta a su focalización en los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, como a las relaciones de poder que establece con otros sistemas médicos y con los pacientes (Junge 2001).

Sin embargo, como ha sido la lógica de la presente investigación, corresponde ubicar esto en un contexto. En este sentido Restrepo (1996), se refiere a que el actuar médico, corresponde a una expectativa social de posponer y negar la muerte. Plantea, que el médico se obliga moralmente a utilizar todos los recursos disponibles para preservar la vida y combatir la enfermedad, sin importar el costo ni las consecuencias. Es por esto, según explica, que considera posible y deseable interrumpir de manera inmediata el curso de cualquier enfermedad, lo que habría llevado a excesos en la medicina alopática. Esto, según de Miguel (1980) es comprensible, ya que por mucho tiempo, se sostuvo que el conocimiento médico occidental representaba la culminación del progreso del conocimiento racional aplicado a la medicina, y además el último eslabón en una cadena de modernización lineal.

3.4 Posible superación del Modelo Biomédico

En reconocimiento de lo descrito hasta ahora, es posible plantear, que el presente modelo requiere integrar ciertos conocimientos al proceso salud-enfermedad, que surgen tanto desde dentro de la esfera médica como de otras áreas. Actualmente, es ampliamente sostenido, que aún cuando los cambios socioeconómicos y la educación de los recursos sanitarios e institucionales tengan lugar, resulta necesaria la introducción de un nuevo enfoque, un cambio de método y una modificación de estrategias en la forma de administrar y proveer salud.

Al respecto, Schnake (2001) plantea que es importante tener claro que no estamos limitados por el *conocimiento* de nuestra biología. Si no, por el *discurso médico* que ha necesitado este conocimiento para enfrentar la enfermedad.

“Si la modernidad se ha construido utópicamente como realizadora de los ideales humanos, la medicina ha asumido la utópica tarea de desterrar el sufrimiento, la enfermedad, la muerte como expresión concreta de los «sueños» modernos. Sin embargo, creemos, ella ha equivocado su camino, por lo tanto, debe redefinir sus metas y sus límites” (Bustos 1998:15).

3.4.1 Introducción de factores sociales al proceso salud-enfermedad

A juicio de la autora, es necesario enfatizar en los aspectos psicosociales que rodean la experiencia de la enfermedad, en coincidencia con las nuevas propuestas de investigación en salud. Considerando que estos han sido dejados de lado en la práctica terapéutica médica, exacerbando sólo los aspectos reconocidos como físicos o biológicos (Hardy 1992; Restrepo 1996; Bustos 1998; Schnake 1999, 2001; Goic 2000)

“Tradicionalmente el área de la salud se ha visto restringida a un enfoque exclusivamente médico (Boltanski, 1984). Sin embargo, no ha faltado, especialmente en los últimos años, una crítica a este paradigma médico-biológico y se ha avanzado en definir un paradigma médico social. El proceso salud enfermedad ha pasado de ser enfocado, exclusivamente desde el punto de vista médico, ha ser entendido como un proceso social (Nunes. 1987)” (Hardy 1992:15)

Actualmente, se ha demostrado en forma experimental, que acontecimientos de la vida de un individuo se traducen en modificaciones del funcionamiento del organismo y de sus mecanismos de defensa inmunológica y, eventualmente, en enfermedad. Esto demostraría que las vivencias de una persona, la fisiología y enfermedad son inseparables. “Las corrientes del pensamiento médico antropológico, entienden la enfermedad como un acontecimiento vital del ser humano, la que posee una conexión de sentido con su biografía personal” (Goic 2000:110).

Según Bustos (1998), al hacer una revisión histórica del recorrido de la enfermedad, se llega fácilmente a concluir que es imposible disociar la enfermedad misma de las experiencia concreta de los enfermos. Ambas serían realidades interdependientes, sin que por ello sean reductibles las unas a las otras.

En este mismo sentido, Casullo (2000) enfatiza:

“Numerosos trabajos concretados en los últimos años en el campo de la etnopsiquiatría (Gaines, 1992), la psicología cultural (Shweder, 1991, 1993), la antropología de las emociones (Lutz y White, 1986), antropología psiquiátrica (Good 1992, 1994) dan cuenta de la imposibilidad conceptual y metodológica de referirse a un “cuerpo” desvinculado de una dimensión sociocultural en la que está inserto, y de una “representación subjetiva” que le otorga un significado particular”

Refiriéndose a las enfermedades típicamente contemporáneas – las crónicas – De Miguel (1980), menciona que mantienen dos características básicas: son enfermedades de origen multicausal, y de muchas de ellas se ignora su etiología exacta. Esto supone una influencia de factores sociales y culturales, pero a la vez una cierta dificultad para medir la importancia real de estos factores.

Resulta interesante exponer lo descrito por Fernando Lolas en su artículo “Las transformaciones de la Medicina: Modelo Farmacéutico y Ciencias Sociales”³, donde realiza un análisis histórico de la introducción de la esfera social en la biomedicina.

En primer lugar, plantea que durante las décadas del veinte y de treinta del siglo XX, se habló de una «crisis» de la medicina, la que logró que la profesión médica diera respetabilidad a lo psicológico y se generara el movimiento psicosomático. Sin embargo, agrega que la estructura académica y la enseñanza, continuaron afirmando implícitamente, que la contribución de la medicina al bienestar de la humanidad se debía

³ Artículo para el libro “Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas latinoamericanas” EDITORES, Chile Editorial Universitaria, 1992.

a sus logros técnicos y a los conceptos de la física, la química y la biología puestos al servicio del hombre.

Pese a esto, según Lolas (1992), lo importante fue que la medicina recibiera una crítica externa, aceptando de alguna forma la irrupción de la psicología y las ciencias sociales. Sobre todo, si se considera que por primera vez durante mucho tiempo, otros profesionales intervenían en los derechos tradicionales de los médicos: diagnosticar, tratar y curar; administrar la salud y la vida; participar como expertos en la resolución de conflictos sociales. Sin embargo, para este autor, lo que se presentó como una disputa teórica, era en el fondo, una lucha de grupos profesionales por el poder de definir, nominar y controlar la salud y la vida.

“Esta primera renovación, basada en las «nuevas humanidades» y extrínseca a la medicina como profesión, es un proceso aún no concluido ni inequívocamente formulado (Lolas, F. 1985). Pues no se trata sólo de consideraciones teóricas, sino de las complejidades derivadas del dinero, el prestigio y el poder.” (Lolas 1992:25)

Continuando con lo descrito por Lolas, el autor estima que existió una segunda influencia también externa. Plantea que en Estados Unidos, los teólogos morales reaccionaron frente a lo que había llegado a ser la práctica médica, esperando rescatar y legitimar, las dimensiones religiosa y humanista del curar. Propusieron entonces, que la biomedicina no podía ser ajena a las problemáticas sociales, ocultándose bajo su pretendida *neutralidad valórica*.

Por último, se refiere a las primeras publicaciones de lo que se convertiría en *bioética*, las que criticaban el tecnicismo unilateral de la biomedicina y la orientación de la medicina académica en su práctica y en su enseñanza. Además concluían que el progreso de las “tecnociencias” planteaba desafíos éticos cualitativamente distintos a los de toda forma anterior de medicina.

"Las humanidades, las ciencias sociales, la ética poseen hoy una indisoluble ligazón con la medicina, al punto que la identidad de esta última como ciencia biológica o natural puede discutirse" (Lolas 1997:49).

3.4.2 La responsabilidad del sujeto frente a su enfermedad

La introducción del sujeto, hacia una participación diferente en el proceso salud-enfermedad, se debe al desarrollo de diversas investigaciones que lo reconocen como un sujeto activo, diferente al supuesto por las ciencias biomédicas. Esto, puede deducirse a lo largo del anterior apartado, pero se considera importante realizar una mención especial de las dos grandes vertientes que influyen en este cambio de perspectiva.

Por un lado, cabe reconocer el mérito de la psicología profunda en la introducción del *habla* y de la *escucha*, (Lolas 1997) donde la enfermedad ya no es solamente una célula o un órgano alterado, sino podía ser también por ejemplo, afecto inadecuado o relación interpersonal insatisfactoria. Lolas (1997), describe tres momentos fundamentales, en los que se introduce al sujeto en esta nueva forma. En primer lugar, al tener en cuenta a los síntomas inmateriales, se incluye lo psíquico en la comprensión del proceso mórbido. En segundo lugar se observa que un trastorno varía según quien lo padece, a quien se lo relata o cuando le acontece, lo que se ha denominado polisemia de los síntomas. En último lugar, el paciente comienza a pedir una explicación de sus síntomas, lo que es un primer intento de acción frente a una situación que solía dejarlo inmóvil.

"Reconstruir enfermedades ya no es un ejercicio sólo en el espacio, es también ejercicio en el tiempo. En el tiempo de la biografía individual y social" (Lolas 1997:64).

Desde otro punto de vista, el generado por las ciencias médicas, el microorganismo aparece como una condición necesaria pero no suficiente, para el desarrollo de las enfermedades y surge el concepto de susceptibilidad. El

descubrimiento de la "resistencia inmunológica" permitió generalizar un concepto amplio de resistencia, que aparece como recursos de defensa, físicos o psicosociales, capaces de controlar los agentes de las enfermedades. Estos recursos mantendrían al individuo libre de enfermedad (Montero 1992). Pese a esto, Schnake (2001) plantea que la psiconeuroinmunología ha avanzado notablemente en la comprensión de los fenómenos mórbidos, sin embargo al estar incluida en el mismo discurso del modelo Biomédico, guarda sus conocimientos para los expertos.

En concordancia con lo expuesto en este apartado, Restrepo (1996) menciona, que el mundo contemporáneo recurre cada vez más a los modelos autogestionarios. Para este autor, la autogestión se daría cuando un individuo o un grupo, se niegan a renunciar al derecho de decidir sobre lo que les concierne y toman a cargo la dirección de su propia vida, siendo por tanto un acto de "desajenación". Expresa además que "se debe desmonopolizar el conocimiento sobre las enfermedades, así como contrarrestar el monopolio médico sobre la asistencia de salud. Se exige una desmitificación de los asuntos médicos y una recuperación del poder del individuo para sanarse a sí mismo y moldear su ambiente" (Restrepo 1996:7)

Por último, Bustos (1998), se plantea abiertamente a favor de un cambio de mirada total a la enfermedad, donde el individuo pueda optar por otorgarle un sentido dentro de su vida. Para él, esto resultaría más fácil, en la medida que sea entendida como una «crisis» de una historia personal, permitiendo constituir un espacio de recreación, de autoconocimiento y de toma de conciencia a un nivel de profundidad mayor.

"A eso apunta Malherbe cuando evidencia la oportunidad del cambio por la enfermedad, de «hacer vivificante una experiencia» que, amputada de sentido por la intervención médica reductora en su expresión de máquina de normalización social, impide la creatividad que puede surgir del duelo y el sufrimiento" (Bustos 1998:174).

3.4.3 Necesidad de un nuevo paradigma

Son numerosos los investigadores del área de la salud, provenientes tanto de las ciencias sociales como naturales, que han manifestado la necesidad de reunir toda la información arrojada desde esta área, dentro de un nuevo paradigma. Esto, en consecuencia a la búsqueda de un marco general, que de sentido y pueda contener los avances en investigación, que por cierto en el paradigma moderno o tradicional no tienen cabida. (Gyarmati 1992; Abdusselam 1995; Restrepo 1996; Lolás 1997; Schnake 1999; Junge 2001; Najmanovic 2002)

“Es imperativo reconocer la existencia de diferentes sistemas cognitivos y modelos del cuerpo, cada uno de los cuales caracteriza a las diferentes culturas médicas y prácticas de salud. La violencia y la intolerancia pueden surgir cuando consideramos que sólo uno de estos modelos es válido, absolutizando el conocimiento, sin abrimos a las posibilidades de una sana interacción. Esto implica aceptar que no estamos en posesión de la verdad sino de un código, de un juego lingüístico de los que Wittgenstein llamaba una «caja de herramientas», certera para un cierto campo de aplicación pero ineficiente para solucionar todos los problemas en todos los contextos.” (Restrepo 1996:PAG)

En este sentido, Gyarmati (1992), reconoce que este modelo ha ido cambiando en las últimas décadas, en un intento de introducir las nuevas propuestas en salud (por ejemplo potenciar la prevención o involucrar en forma algo más activa a la población general). Sin embargo, plantea que no se ha logrado modificar la estructura institucional básica del modelo biomédico-tecnológico. Frente a esto refiere dos razones: en primer lugar sostiene que con las nuevas ideas aparecieron otros profesionales participando en lo que eran derechos exclusivos de los médicos: diagnosticar, tratar y curar. Entonces, las innovaciones conceptuales habrían sido percibidas como amenazas al status social y económico de la profesión. En segundo lugar, reconoce poca claridad en las ideas que subyacen la visión multidimensional o «integral» de la salud, aduciendo a la falta de un paradigma, “es decir, la articulación coherente de los supuestos básicos, conceptos,

métodos y variables en una sola matriz que constituye «el piso cero» sobre el cual se erigen las diversas teorías y modelos de una disciplina” (Gyarmati 1992:174).

“En la actualidad este pensamiento que permitió el desarrollo de un mundo rico y potente, se ha vuelto un chaleco de fuerza que nos impide dar cuenta de la experiencia contemporánea, seguir creciendo y producir nuevos sentidos. Afortunadamente, en las últimas décadas del siglo XX han comenzado a desarrollarse otros paradigmas, otras metáforas, otros puntos de vista que están rompiendo ese cerco cognitivo y experiencial de la perspectiva dualista y que nos dan la posibilidad de ampliar, enriquecer y sofisticar el pensamiento y la vivencia de la corporalidad” (Najmanovic 2002:2).

Lolas (1997) expresa, que para que exista un real avance en este sentido, deben a lo menos observarse dos elementos. Por un lado, la medicina al repensarse, debería poseer una adecuada fundamentación antropológica y aceptar el pluralismo de metodologías, ya que insiste, que hasta en las corrientes mas estrictamente pragmáticas, se está aceptando la idea de la *multidimensionalidad* del padecer humano. Por otro lado, agrega un elemento altamente diferenciado de la postura biomédica, que solo se comprende desde la aceptación de una nueva cosmovisión. Sostiene, que la introducción del sujeto paciente en medicina, debería complementarse con la introducción del médico como sujeto también. (aduciendo a la imposibilidad de la neutralidad objetiva y a lo enriquecedor del diálogo entre sujetos).

“Si algo debe esperarse de las humanidades médicas es replantear la medicina como una narrativa de personas, con personas y para personas.

Si se aceptan los supuestos implícitos de esta afirmación, la medicina no será igual. Una medicina como narración no solamente será consciente de su propia historia; será más humana, rescatará dimensiones olvidadas del arte y enriquecerá a quienes participan de ella con el valor del diálogo como herramienta de progreso” (Lolas 1997:24).

La Antropología Médica Crítica, es clara en sostener, que se busca un cambio que apunte a elementos centrales del paradigma moderno, fundamentalmente la

sobrevaloración del conocimiento científico como la versión más legítima respecto de la realidad, que en el caso de la medicina, se observa en la sobrevaloración del conocimiento fisiológico y tecnológico sobre los procesos de salud y enfermedad (Junge 2001).

PARTE 4. LA COMPRESIÓN PSICOSOMÁTICA

4.1 Aspectos generales

En el presente capítulo, se intenta abordar la comprensión psicossomática, dada su relevancia en lo que respecta al estudio de los procesos relacionados a la experiencia de la enfermedad. Se considera a éste, el primer intento desde la medicina actual de comprender las experiencias psíquicas en relación con las denominadas "corporales" o somáticas. O como lo expresa Lolas (1995), "la medicina psicossomática se orienta a descubrir la naturaleza precisa de la relación entre emociones y función corporal". Lo que ha generado un vasto y continuo campo de investigación en este sentido.

En un principio, es preciso señalar que la expresión «medicina psicossomática» ha sido utilizada por lo menos en tres sentidos diferentes (Chiozza 1975). Por un lado, para designar una especialidad que comprende, selectivamente, el estudio y el tratamiento de las enfermedades psicossomáticas. Por otro, para subrayar la capacidad de la medicina psicoanalítica de producir efectos terapéuticos tanto psíquicos como somáticos, y, sobretodo, su posibilidad de brindar elementos teóricos básicos para comprender esas transformaciones. Y por último, para designar una orientación de medicina general que pretende incluir en cada juicio clínico y en cada acto médico, los elementos que puede aportar el psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad

Para Bustos (1998), la conceptualización de lo psicossomático, presenta dificultades inherentes, que por tanto inciden en la práctica concreta. "En la encuesta sobre medicina psicossomática dirigida a especialistas en el tema por la Sociedad de Medicina Psicossomática de París (Brisset, Ch. et Sapir, M. «Revue de Médecine Psychosomatique» N° 7 pág 9-56 1986) se puede constatar que la mayoría de los encuestados acentúa la «aproximación global y total del enfermo» con lo cual se quiere significar una tendencia holística, unificadora que definiría lo psicossomático como «una concepción general de la medicina» y no meramente como una especialidad producto de la evolución y división del trabajo médico" (Bustos 1998:123)

Sin embargo, para otro grupo de encuestados, se trataría de «una rama especializada de la medicina», atendiendo a la insuficiente formación de los médicos en conocimientos técnicos bien definidos para tratar un paciente psicosomático. Otros señalan la hegemonía del psicoanálisis en este campo, por oposición a una tendencia que habla de una medicina psicosomática que va en todas direcciones.

Aún cuando no exista un acuerdo generalizado de cuales son los límites para denominar lo que el área psicosomática aborda específicamente, la autora Spagnuolo de Lummato (2000) plantea lo siguiente:

“La expresión medicina psicosomática fue introducida en el psicoanálisis por F. Deutsch, siendo los términos «psicosomático» y «somatopsíquico» utilizados por primera vez por J.C. Heinroth en 1818 y por K.W.M. Jacobi en 1822. El siempre vigente interés por lo psicosomático corresponde a un genuino afán científico por superar el dualismo cartesiano que separa la «psiquis» de la «materia» y también al mecanicismo subyacente a ciertas explicaciones de la medicina tradicional que, más allá del progreso que acarrió en muchas áreas de la investigación, redujo la visión y la interpretación de los fenómenos humanos de su original riqueza y complejidad a una peligrosa explicación causalista.” (Spagnuolo de Lummato” 2000:2)

Se considera que la investigación psicosomática empírica, se inició alrededor de 1940, con el intento de correlacionar los procesos biológicos con los conceptos psicodinámicos propuestos con anterioridad por Freud, Groddeck, Deutsch y otros autores (Lolas 1995).

En lo que respecta a los conocimientos que integra la aproximación psicosomática, existen diversas percepciones. Lolas (1995), plantea la contribución de tres fuentes: la clínica médica, el psicoanálisis, presente como una nueva teoría, método terapéutico e ideología y por último la fisiología “que merced a un propio desarrollo supera algunas de las limitaciones impuestas por el fisicalismo materialista del siglo XIX y aborda el problema de la integridad orgánica” (Lolas 1995: 23). Para Garrone (1998) esta ciencia contiene al psicoanálisis, (del cual habría surgido), y a los conocimientos de la medicina, de la fisiología, de la biología.

La íntima relación entre el psicoanálisis y la comprensión psicósomática es un hecho, (Schnake 1995; Lolas 1995 y 1997; Chiozza 1975; Garrone 1998), esto queda claramente expuesto a continuación:

*“El psicoanálisis nació como procedimiento terapéutico durante el ejercicio de una actividad médica: el tratamiento de la histeria. Es un hecho indudable que la **patología**, como ciencia que nos proporciona un conocimiento teóricamente sistematizado de la enfermedad, solo pudo ser psicósomática a partir de entonces, y que esta última **patología** nació por lo tanto junto con el psicoanálisis y su posibilidad de interpretar los **síntomas histéricos**” (Chiozza 1975:1).*

Finalmente, para los fines de esta investigación, resulta de importancia ilustrar la visión que fue compartida por el médico Georg Groddeck a Freud mediante una cita textual que realiza Adriana Schnake en su libro “Los diálogos del Cuerpo” (1995). Lo siguiente es el extracto de una carta escrita a Freud el 27 de Mayo de 1917.

“...había abrigado en mi la convicción de que la distinción entre cuerpo y alma no era más que una distinción nominal e inesencial, y que el cuerpo y el alma constituyen una cosa común: *que en ellos se encierra un Ello*.(palabra que Freud tomó de Groddeck, y usó con otro sentido)...Con otras palabras, desde un principio he rechazado la separación **entre dolencia corporal y anímica; he intentado tratar al hombre individual en sí, y al Ello que hay en él....El ello, que está misteriosamente relacionado con la sexualidad, con el Eros o como quiera que se desee llamarlo, forma lo mismo la nariz que la mano del hombre, y confiere de la misma manera sus pensamientos y sentimientos. Se manifiesta tan pronto como una inflamación pulmonar o un cáncer, que como una neurosis compulsiva o una histeria, y así como la actividad del Ello que aparece en la histeria o en la neurosis constituye el objeto del tratamiento psicoanalítico, así también lo debe constituir el fallo cardíaco o el cáncer. En sí mismo, no existen diferencias esenciales que pudieran obligarnos a hacer ensayos del psicoanálisis aquí y no allí”** (citado en Schnake 1995:32)

Lo expuesto en esta carta sin embargo, no es desarrollado por Freud de la misma forma que Groddeck, y este intento de observar al individuo en su totalidad se desvanece al menos desde la corriente psicoanalítica encabezada por Freud

(Schnake 1995). La misma autora años más tarde en su libro "La voz del Síntoma" (2001) plantea que los psicoanalistas que entendieron la relación del hombre con las enfermedades, "de la forma como quisieron o pudieron", persistieron en la búsqueda de relaciones causales, e inventaron una nueva especialidad en medicina, denominándola Medicina Psicosomática, con la cual definieron que había enfermedades en las que lo psíquico era determinante y otras en que no tenía intervención.

Finalmente, de lo expuesto hasta ahora, se puede rescatar que la medicina psicosomática resalta la unidad de mente y cuerpo y la interacción entre ambos elementos. En general, existe la convicción de que los factores psicológicos son importantes en el desarrollo de todas las enfermedades. "Si esta influencia es mayor en el inicio, progresión, agravamiento o exacerbación de la enfermedad o bien en la predisposición o la reacción a la misma es un tema que constituye un debate abierto y varía de un trastorno a otro" (García Cabello 2001:1).

4.2 Líneas de desarrollo de la comprensión Psicosomática

4.2.1 Escuelas de Medicina Psicosomática

La autora Ana María Spagnuolo de Lummato, perteneciente a la Asociación Argentina de Psicoanalistas, realiza un exhaustivo examen a las diversas corrientes psicosomáticas. A continuación se expone un breve resumen de las tres grandes escuelas que esta autora describe en su artículo "Medicina Psicosomática" (2000)

Escuela Norteamericana (Dunbar, Alexander, Deutsch, French, Weiss y English)

Se caracteriza por la búsqueda de los «perfiles psicológicos», correspondientes a las enfermedades que este grupo de investigadores considera típicamente psicosomáticas, llamadas las "Siete de Chicago": asma bronquial, úlcera péptica, rectocolitis ulcero hemorrágica, neurodermatosis, hipertensión arterial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis.

Los investigadores de esta línea de pensamiento, intentan establecer para cada caso una reconstitución muy completa de «patrones de conducta» y de «reacciones de

estrés» que se han sucedido o que han combinado su acción, a lo largo de toda la existencia del enfermo. Alexander, enumera los puntos de la historia individual que deben ser explorados, para obtener una «patobiografía» correcta: constitución hereditaria, traumatismos obstétricos, enfermedades de la infancia, accidentes físicos o afectivos traumáticos de la infancia, clima afectivo familiar, rasgos específicos de los padres y del ambiente, traumatismos físicos y experiencias afectivas posteriores. Tales observaciones, permitirían establecer correlaciones entre ciertas enfermedades y ciertos perfiles psicológicos.

Para Alexander, las afecciones psicósomáticas estarían completamente separadas de la neurosis: por ejemplo, la histeria pertenecería a la patología de la expresión voluntaria, donde músculos estriados son los órganos, que permiten la «vida de relación», mientras que los hechos psicósomáticos pertenecen a la patología de las reacciones vegetativas, expresadas por los músculos lisos que aseguran la armonía interna de las funciones vitales. Según él, el síntoma de conversión histérica es equivalente a una tensión emocional con una expresión simbólica. En la cronología del desarrollo correspondería a una organización ya evolucionada, que incluye el lenguaje y el gesto; mientras que la enfermedad psicósomática representa una «conversión» mucho más profunda y mucho más radical del conflicto.

La explicación según Deutsch, es que en una época anterior a la evolución completa de la vida instintiva, un trastorno orgánico se unió a un determinado conflicto psíquico, creándose así una unidad psicósomática. Luego, cuando el antiguo conflicto psíquico se toma activo, el órgano asociado originariamente con el conflicto es el que produce los síntomas.

Escuela psicósomática de París (Marty, M'Uzan, David, Fain)

Consideraron un tipo particular de enfermo: «el psicósomático» caracterizado por una «insuficiencia en la mentalización», (conciencia) que le impide la expresión psíquica de sus conflictos. Estas personas, al estar privadas de esta posibilidad, drenan en el cuerpo sus «excedentes exitatorios», ya no como modo de expresión, sino como producto del déficit mismo. De modo que esta insuficiencia en la mentalización de los conflictos equivale a decir que estos dejan de ser psíquicos y poseer un sentido, transformándose en

algo somático, concreto, material y asimbólico, proceso denominado «somatización» por los integrantes de esta línea de pensamiento.

Para que se produzca una somatización, se postula un esquema evolutivo en el cual se habrían producido determinadas fijaciones somáticas, que precedieron a las fijaciones mentales. En un extremo, se halla el grado de mentalización del cual un sujeto es capaz (conciencia). Dado que este proceso, ligado a lo representacional y significativo, supone un nivel evolucionado como producto del desarrollo alcanzado, determinará la expresión de los conflictos de un sujeto en el plano mental. La somatización, en cambio, será una «vía residual» testimonio de un déficit evolutivo. Un conflicto que no pueda expresarse en el ámbito mental, iniciará un camino de retorno, «regresión somática», hacia esta vía antigua en la cual ya no interesarán los significados, sino que evidenciará la “compulsión” al terreno corporal. Se establece de este modo, una proporcionalidad directa entre el nivel de la mentalización y la salud y una proporcionalidad inversa entre el nivel de mentalización y la somatización.

Para estos autores, la insuficiencia psíquica de estos enfermos, se manifestaría en un síntoma básico y característico denominado «depresión esencial», que consiste en una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento desvalorización personal se orienta electivamente hacia la esfera somática.

El déficit que caracterizaría a los enfermos psicósomáticos, sería la construcción incompleta del aparato psíquico, surgida de un desamparo inicial, producto del vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, en el cual se impide un despliegue de la fantasía (espacio simbólico) y abre el camino a la acción directa corporal. Al no ser atendidas las señales indicadoras de sus deseos, el bebe las paraliza y produce respuestas corporales patológicas, que equivalen a los primeros síntomas psicósomáticos.

Por último cabe resaltar que para ellos, “el individuo es psicósomático”, no hay enfermedades psicósomáticas y que consideran que el aparato mental arranca a partir del proceso primario en estrecha relación con el aparato somático.

Escuela Argentina (Chiozza)

Luis Chiozza, es un psicoanalista argentino con una vasta trayectoria en la investigación y clínica psicosomática. Fundamentalmente, su teoría comprende la enfermedad orgánica como una forma de lenguaje, que al saber descifrar, no se presentaría como un evento indeseado, sino como parte de una biografía. Según él, el padecimiento orgánico ocultaría una historia cuyo significado le es insoportable al hombre, hallando en la enfermedad una «solución» para ese drama.

Para Chiozza si se entiende esta función que cumple la enfermedad, se deduce que su simple desaparición, mediante el «combatirla» puede reestablecer el problema inicial o incluso agravarlo.

Según este autor, lo somático no es una realidad primaria sobre la que asienta todo lo demás ni lo psíquico un emergente de la materia, siendo por lo tanto incongruente calificar una enfermedad o personalidad de «psicosomática», sino que, señala que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico un correlato corporal, lo cual no presupone que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático está dotada de sentido, así como el fenómeno psíquico posee un aspecto corporal. Por lo tanto, en la conceptualización de este autor la relación psicosomática no implica necesariamente una relación causa-efecto, en la medida en que psíquico y somático, ambas categorías establecidas desde la conciencia, equivaldrían a "dos caras de una misma moneda".

Para Chiozza (1975) la medicina no descubre causas únicas y unívocas de las enfermedades; sólo descubre condiciones necesarias pero no suficientes para que enfermedad adquiera en ese momento considerado la forma y la localización que la caracterizan. "El hallazgo de una causa no debe evitar la tarea de investigar en el terreno de los significados inconscientes, del mismo modo que el hallazgo de un motivo psicológicamente comprensible debe impulsar la investigación de las causas a través de las cuales el trastorno se realiza como una transformación en los órganos y sus funciones" (Chiozza 1975: 3).

Según esta escuela, el complejo proceso en la aparición de un síntoma corporal, se puede resumir de la siguiente forma: Los afectos permanecerían en el inconsciente en calidad de "estructuras disposicionales", que al ser actualizadas se expresan en coherencia al afecto que se trate. Sin embargo, al intentar evitar el desarrollo de un afecto displacentero y su consecuente emergencia en la conciencia, un afecto sobreinvertido (no asociado a la figura inicial) aparecería en la conciencia como una "alteración somática", despojada del sentido afectivo originario.

Chiozza y su equipo de investigadores diseñaron el "Estudio Patobiográfico", cuya finalidad específica consiste en incluir en el tratamiento del enfermo aquello que el psicoanálisis puede aportar, teniendo como meta obtener un cambio en la significación de la historia del paciente, es decir una resignificación de los hechos, además de una nueva oportunidad de expresión emocional.

Lo expuesto hasta ahora, tiene el fin de ilustrar algunos de los diferentes desarrollos teóricos de esta comprensión del enfermar somático. Escapa a los fines de esta investigación, ser más específicos en desarrollar esta propuesta, sin embargo podríamos resumir, como lo plantea Garrone (1998), que las diferentes corrientes coinciden en señalar a la enfermedad somática como el derrumbe de una formación defensiva previa, dando origen a una formación psicósomática. De esta forma, los individuos se debilitarían ante una sobre estimulación, del exterior o del interior, que no pueden elaborar por medios habituales, sean psíquicos o comportamentales. Según el mismo autor en general para la visión psicósomática "las defensas mentales garantizan las mejores condiciones de un buen funcionamiento somático" (Garrone 1998:1)

4.2.2 Teorías específicas e inespecíficas

Fernando Lolas, en su libro "Más allá del Cuerpo" (1997), realiza una clasificación de las teorías psicósomáticas, distinguiendo las específicas de las inespecíficas.

Las teorías de especificidad psicósomática, describen que un estado psicológico tiene una relación unívoca con un estado corporal. Dentro de esta categoría, se

encontraría por ejemplo a Franz Alexander (1891-1964) y al resto de las escuelas descritas en el anterior apartado.

Por otro lado, se encontrarían las teorías de inespecificidad o ausencia de relación especificable, entre estados psicológicos y somáticos. Según el autor, la más familiar es la teorización sobre el estrés. La versión más simple, consistiría en que ciertos estímulos activan mecanismos corporales hasta hacerlos anómalos, en un sentido cuantitativo o cualitativo. "Sobrepasado el umbral de lo homeostáticamente aceptable, se originan trastornos y enfermedades. El evento causal es inespecífico, porque procesos semejantes son gatillados por gran variedad de agentes" (Lolas 1997:95).

4.3 Aportes aun modelo integral de salud:

Introducción del Sujeto al discurso medico.

Para la finalidad de esta investigación, es de fundamental importancia reconocer algunos aportes, que emanan de lo expuesto en el presente capítulo. Específicamente, en lo que respecta a introducir al sujeto como participante activo en el proceso de la salud-enfermedad y no como un simple receptor de agentes dañinos "causantes de enfermedad". Esto, se suma como un aporte desde la medicina practico-teórica, a una forma integral de concebir la salud .

Según Lolas (1995), la transformación más relevante en la teoría y la práctica medicas consistía en *introducir el sujeto en la medicina*, o en términos más simples enriquecer a la medicina con la psicología. La psicología que en aquel momento estaba más cerca de la realidad clínica era el psicoanálisis, y ello implica que haya sido la base para el cambio.

Sin embargo, la incorporación de los aspectos fuera de las ciencias fisico-químicas no podía efectuarse sin problema, aún más si el investigador suponía otro punto de partida, otro sistema de referencia y una diferente posición del observador.

“El redescubrimiento de estos otros aspectos - por ejemplo, la influencia patoplástica de la individualidad y la comprobación de los vínculos entre emoción y enfermedad - demostró una relativa incapacidad para integrarlos armónicamente al edificio conceptual . Tal dificultad debe verse ante todo en la colisión de metodicas. No sólo los datos obtenidos desde una y otra perspectiva parecieron imposibles de armonizar, también el marco de referencia en que ellos eran recogidos y los supuestos en que se sostenían parecían irreconciliables. El psicoanálisis fue relativamente exitoso en su tarea de reexamen debido a sus orígenes en el pensamiento científico-natural, al que trasciende en su desarrollo” (Lolas 1995:34).

Según el mismo autor, en las formulaciones usuales, se destaca un *algo más que* se añade a la medicina tradicional. Lo que suele expresarse como una *concepción global* del hombre, o bien, como la tesis de que las influencias psicosociales sobre la *génesis y desarrollo* de las enfermedades son problemas tan importantes y legítimos para la medicina como los factores químicos, físicos o microbiológicos.

Schnake (1995), se refiere al abandono en que ha quedado el sujeto frente a las prácticas médicas y expresa cómo “lo psicosomático” ha perpetuado sin proponérselo nuestro olvido del hombre. Sin embargo, rescata el logro de un objetivo en forma categórica: **“las personas empezaron a exigir que los terapeutas ayudaran de alguna manera a enfrentar o entender sus enfermedades.** Y sin traicionar a Freud y *sin inventar* una nueva especialidad en medicina, tenemos que acercarnos a lo que las personas necesitan” (Schnake 2001:136).

Por último, Lolas (1995) plantea, que el «campo psicosomático» se ha ampliado desde estudiar los factores psicológicos en ciertas enfermedades crónicas, hasta abordar los factores psicológicos en toda enfermedad. Existiendo además, un *fundamental* desplazamiento del énfasis, desde los procesos intrapsíquicos (en términos de “conflictos psicodinámicos específicos”) a las relaciones interpersonales.

4.4 La comprensión psicosomática en el paradigma Científico Tradicional.

Lo que hemos denominado como comprensión psicosomática, se enmarca, al igual que el modelo bio-médico descrito con anterioridad, en el Paradigma Científico Tradicional. A juicio de la autora es de fundamental relevancia, mostrar cómo las explicaciones de los procesos descritos desde lo psicosomático, se adscriben a esta forma de aprehender la realidad y desde ahí observar sus limitaciones en la comprensión de la experiencia humana.

En primer lugar, continuar pensando en términos de una dicotomía psicológico-somático, aunque puede resultar operativo, refleja la persistencia de una concepción esencialmente dualista, que impide la comprensión de los comportamientos humanos de una forma unitaria e integradora.

Según Lolas (1995), a pesar de todas las declaraciones sobre unidad psicofísica del hombre, una característica general de los modelos psicosomáticos es estar basados en un «dualismo práctico». Se trata de explicar, o poner de manifiesto, la relación entre procesos psicológicos y procesos fisiológicos. Por tanto, manifiesta "hay en todos, una simplificación de los factores, que no están debajo de la lupa teórica con que el investigador mira el fenómeno total" (Lolas 1995:95).

Para este autor, pese a hablarse de totalidad, se da a lo psíquico preeminencia frente a lo somático, en lo teórico y en lo terapéutico. Plantea que no es fácil superar la linealidad causal-mecánica del modelo médico tradicional. La multidimensionalidad causal introducida por la aproximación psicosomática supone considerar aspectos biológicos, psicológicos y culturales conjuntamente. Y según él, en la práctica el modelo vuelve al pensamiento unidimensional. "El médico quiere simplemente saber si tal o cual enfermedad tiene «causas psíquicas» o no" (Lolas 1995:194).

De hecho, poder plantear un malestar como orgánico y/o psicológico implica formular una atribución de causalidad. En este sentido, para Schnake (1995) todos los aportes no nos acercan a una comprensión holística de la persona ni de la posible afección que padece, "el modelo en que se basan es absolutamente mecanicista y «aunque la

medicina psicosomática ha intentado trascender el estricto reduccionismo, sigue exhalando un aroma inconfundiblemente fisicalista» (Dossey 1986) (Schnake 1995:49).

Según Schnake (1995), la medicina psicosomática no ha encontrado un método que nos acerque a la persona y al posible sentido y significado de la enfermedad. Ya que, según plantea, está orientada por el psicoanálisis, y cae en la misma perspectiva y enfoque de todo el psicoanálisis: *“el psicoanalista tiene que descubrir qué conflicto proyecta el paciente en el órgano enfermo”.*

“Freud tiene que demostrar que existe «algo» como el inconsciente para que «causas psíquicas» puedan ser consideradas como determinantes de un cuadro clínico. Así hemos ido agregando a la causalidad orgánica la causalidad psicológica. Y entramos de lleno en la búsqueda y descripción de causas, de historias, de traumas, de virus..., dividiendo radicalmente al hombre y mostrándole que cada vez sabe menos de sí mismo” (Schnake 1995:28).

Y finalmente, Schnake (2001), agrega que no saldríamos de ningún modo del discurso médico, si creyéramos necesario sustituir las posibles etiologías de una enfermedad por una explicación de tipo psicológico.

Luego de situar a la vertiente psicosomática dentro de la visión de mundo moderna, queda claro además, que la teorización psicosomática, pese a su desarrollo, ha carecido hasta ahora de una solución satisfactoria al problema planteado por sus precursores: como se transforma la experiencia interna en patología somática. “El «misterioso salto de la mente al cuerpo» continua siendo evidente para muchos - en tanto que factor etiológico y patogénico - pero los *mecanismos* a través de lo cuales puede ser posible no han sido ni con mucho establecidos” (Lolas 1995:193).

En relación a esto, Bustos (1998) menciona a Castoriadis (Castoriadis, C. «L'institution imaginaire de la société» 1975) y su exigencia de que individuo y sociedad deben ser pensados con simultaneidad, “lo que permitirá comprender la enfermedad como producto de un inconsciente y una individualidad social-histórica productivos y en constante transformación, irreductibles en la unidad del «psique-soma» tradicionalmente separada en epistemología médica clásica” (Bustos 1998: 125).

Frente a lo mismo, Lolas (1995) señala que todos los intentos por hacer de la aproximación psicosomática una medicina de la totalidad - o una medicina «holística» - están condenados al fracaso, por lo menos dentro de la actual estructura del pensamiento científico, ya que, plantea "su piedra angular está constituida por el proceder analítico. Lo que no impide que sea posible imaginar otras formas de científicidad, en las cuales las tradicionales categorías de pensamiento sean superadas" (Lolas 1995:119). En este sentido, puede expresarse, que no se puede ir más lejos de lo que el método permite y el método está sujeto a la teoría de mundo que nos sustenta.

Para finalizar, cabe reconocer lo que expone en forma resumida Casullo (2000), cuando expresa que el territorio de la denominada «problemática psicosomática» ofrece una oportunidad para poner a prueba nuestro desconocimiento acerca de los problemas humanos en tanto construcciones sociales y culturales, creando al menos, una posibilidad de acercarnos a esta comprensión.

PARTE 5. PSICOLOGIA DE LA SALUD

Para los efectos de esta investigación, lo que se desarrollará en relación a esta disciplina son sus planteamientos generales y cual es su propuesta. La autora, considera que lo importante es resaltar cómo los cambios en relación a la salud, apuntan a integrar los diferentes elementos que componen la experiencia humana. Por lo tanto, no se describirán estudios específicos de la Psicología de la Salud si no más bien se ilustrará como parte de un proceso global de cambio, en relación a lo antes mencionado.

El cambio conceptual sobre la salud y la enfermedad de la segunda mitad del siglo XX, cuyos principales factores han sido comentados con anterioridad, dio paso a una visión más holística del continuo salud-enfermedad y evidenció la importante contribución, que la psicología podía suponer respecto del cuidado de la salud.

Es así como actualmente, organismos como la Organización Mundial de la Salud e instituciones internacionales, han tratado de estimular la participación de los científicos sociales en la investigación relacionada con la salud, con el objeto de perfeccionar el trabajo dirigido a solucionar problemas de la población. Frente a esto, hoy se observa un mayor esfuerzo en ofrecer elementos que permitan prevenir problemas y viabilizar la intervención para solucionarlos, en vez de sólo tratar de interpretar los procesos sociales asociados a ellos (Hardy 1992).

Grau (1996), manifiesta cómo durante los últimos años, los psicólogos, con independencia de su orientación teórica particular, han sabido reconocer que la salud, como uno de los valores más importantes del ser humano, tiene un impacto social y psicológico en las personas, y se han dedicado a estudiar y dirigir este impacto. Lo que según él, es también una realidad de la Psicología latinoamericana.

La psicología, ha ido cobrando una importancia progresiva, como ciencia capaz de promover los cambios en el comportamiento individual, dirigidos al mantenimiento de

la salud y a la prevención de la enfermedad. Prueba de esto, ha sido la aparición, a partir de la década de los 70, de diferentes disciplinas como la Medicina Comportamental, la Salud Comportamental y, finalmente, la Psicología de la Salud, centradas en la aplicación de los conocimientos de la psicología sobre el comportamiento humano a los contextos sanitarios, haciendo énfasis en distintos aspectos, pero con una intención integradora y con un afán por cooperar en el cuidado de la salud, como elementos comunes (Martínez-Donate y Rubio 2000).

Antes de entrar en la definición de esta área de la Psicología, resulta necesario, a juicio de la autora, exponer lo siguiente: por un lado su surgimiento es parte de un continuo desarrollo en los temas de salud, como se ha expuesto anteriormente, y por otro, es necesario manifestar que aparece como un quiebre con el modelo biomédico tradicional.

“La insistencia de emplear el término ‘Psicología de la Salud’, no es un capricho. Desde los primeros tiempos, estuvo determinada por la necesidad de hacer evidente una discontinuidad con el modelo clínico tradicional, expresando con este nuevo concepto la apertura hacia una dimensión más amplia que rebasaba los marcos científicos y profesionales que habían predominado anteriormente, en el marco más restringido de la Psicología Clínica tradicional” (Grau 1999:34).

5.1 Definición

“La Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, y al análisis y mejora del sistema de salud y a la formación de políticas de salud” (Matarazzo, 1982, en Díaz y Penjeam 1996).

Según Sarafino (1994), en la definición es posible identificar el planteamiento de cuatro objetivos principales (Díaz y Penjeam 1996):

1. La promoción y mantención de la salud. Mediante el estudio de las conductas saludables y no saludables, y de los mecanismos psicológicos que subyacen en éstas. Los psicólogos de la salud pueden contribuir al diseño, planificación e implementación de programas de educación para la salud y campañas de información y difusión para estimular comportamientos y estilos de vida saludables.

2. La prevención y tratamiento de la enfermedad. La investigación y aplicación de principios y enfoques psicológicos, son de utilidad para el logro de este objetivo. Por ejemplo, el estudio de las motivaciones en los exámenes de control preventivo y el enfoque cognitivo-conductual, o la hipnosis en el tratamiento del dolor y otras enfermedades. Así también, la Psicología Clínica puede contribuir a la adaptación del paciente a la enfermedad, al programa de rehabilitación y las consiguientes expectativas futuras.

3. La detección de enfermedades y de sus causas (correlatos etiológicos). Diversas investigaciones, han dejado en descubierto la importancia de los factores de personalidad en el desarrollo y mantención de las enfermedades, así como de los estilos de vida. Es por esto que la psicología de la Salud tiene elementos concretos con los que aportar en este sentido.

4. El mejoramiento del sistema y las políticas de salud. Los psicólogos contribuyen a este objetivo, mediante el estudio de las características o funciones de los hospitales, del personal médico y los costos médicos, y de como esto influye en los pacientes. Los resultados de estos estudios permiten realizar observaciones que hagan posible mejorar el sistema de salud y desarrollar políticas más eficientes en ese ámbito.

5.2 Aspectos generales de esta disciplina

En primer lugar, algunos autores intentan exponer porqué esta disciplina es ciertamente parte de la psicología, ya que esto se ha cuestionado por la diversidad de áreas que debe integrar. Por ejemplo Morales y Ascaño (1987) menciona que es psicología ya que estudia las particularidades psíquicas de la necesidad la persona, en relación con el proceso salud-enfermedad, entendiéndola como una actividad orientadora y solucionadora. Además, parte de la psicología, al estudiar el papel que tienen las particularidades del desarrollo de la personalidad en este proceso, las utiliza para promover estilos de vida más sanos o restaurar funciones psíquicas seriamente. Por último "la «multidisciplinariedad» de la Psicología de la Salud se refiere ante todo a su proyección y a su bregar en el marco institucional, pero no niega su sentido psicológico, su derivación de las ciencias psicológicas" (Grau 1999:36).

En cuanto al nacimiento de la psicología, Luzoro (1999) plantea que como desarrollo científico, la Psicología de la Salud, surge como un intento de solución para algunos de los problemas sanitarios de la sociedad a mediados del siglo XX. Pero reconoce, que también al interior de la disciplina, hay una historia de generación de conocimientos que hacen posible acceder naturalmente a otros nuevos en este sentido.

Grau (1999), expresa que la Psicología de la Salud nació en Latinoamérica, a finales de los años '60 con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba en 1968, fecha en que se crea el Grupo Nacional de Psicología de la Salud, con funciones normativas y de asesoría técnica.

Por otra parte, cabe señalar que la psicología de la salud se crea desde una integración de diversas disciplinas. Es así, cómo según Grau (1999), ésta se conforma en principio por la medicina comportamental, la psicología clínica, la psicología social y comunitaria y la medicina psicosomática. Por otro lado "según Bayés (1985) el desarrollo de la epidemiología y de la sociología de la medicina, la escuela psicoanalítica de Chicago, la escuela soviética denominada córtico viseral, y el enfoque

de la fisiología experimental sobre las relaciones entre emociones y funcionamiento global del organismo, serían las grandes influencias en la conformación de esta disciplina” (Luzoro 1999:19). Por último, para los autores Martínez- Donate y Rubio (2000) la psicología de la salud estaría conformada por la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual. Si bien, no difieren del todo en sus apreciaciones, como toda nueva disciplina y sobretodo ciencia social, hay diferencias en las percepciones de quienes las describen. Sin embargo, debe reconocerse que lo que básicamente incluyen, son los aportes de las ciencias médicas y las ciencias de la conducta.

5.3 Aportes de la Psicología de la Salud a un modelo integral de salud.

En principio, resulta de importancia resaltar que el desarrollo de esta disciplina se encuentra acorde a las demandas sociales en torno a la Salud, por tanto se reconoce desde ya su pertinencia. “Según Trapé y colaboradores (1990) los asuntos relacionados a la salud no pueden ser tratados por una sola profesión, sino deben participar profesionales de varias áreas porque los problemas son de naturaleza compleja y multidimensional” (Hardy 1992:15).

Hardy (1992), es aún más específica cuando refiere a que las soluciones no están al alcance del médico aisladamente, por que la formación típica de estos profesionales, se ha caracterizado por el énfasis en los aspectos técnico-científicos de su actuación.

En relación a esto mismo, Grau (1996), plantea que se requiere de una nueva forma de pensamiento, que rebase el conocimiento y reconocimiento de los factores medioambientales y psicosociales en el proceso de salud-enfermedad “que supere el carácter declaratorio de un modelo bio-psico-social y que estimule realmente el concurso de las ciencias médicas y las ciencias sociales en la lucha por la salud”(Grau 1999:32).

Por otro lado, el desarrollo de esta disciplina, ha ido dando lugar a múltiples trabajos de investigación sobre la influencia de diversas variables psicológicas en la salud, al tiempo que ha ido generando multitud de aplicaciones prácticas, dirigidas a complementar el tratamiento, la prevención de problemas de salud concretos o a la promoción de la salud en general.

Todo ello, ha contribuido a aumentar la comprensión del papel jugado por diversas variables comportamentales, sobre la etiología y la progresión de la enfermedad "por un lado, de forma directa, a través de la influencia de variables como el estrés sobre el sistema nervioso, inmunitario, endocrino, etc., y del efecto de técnicas como el biofeedback, la relajación, etc. sobre los mismos. Por otro, de forma indirecta, a través de su influencia sobre los hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio, etc.) (Matarazzo, 1991), la percepción de los síntomas o la búsqueda de ayuda médica (Mechanic, 1972; Miller y cols., 1988) o la ejecución de conductas de autocuidado (entre ellas la adhesión terapéutica) (Caldwell y cols. 1983; Hanson y cols., 1989) y el diseño de programas dirigidos a su modificación" (Martínez-Donate y Rubio 2000:4).

Además, estas investigaciones han mostrado que la relación entre factores psicológicos y el estado de salud ("somático") de los individuos, se caracteriza por su bidireccionalidad, dado que un deterioro en este último, puede generar toda una serie de consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que repercutan nuevamente sobre la salud del individuo, a través de las dos anteriores vías, dándonos esto una idea de la continua regulación que ambos tipos de factores ejercerían entre sí.

Resulta pertinente mencionar en este momento, una cita que dice relación a lo anterior.

"No existe tal cosa como una enfermedad puramente psíquica o puramente física, sino sólo un acontecimiento vital que tiene lugar en un organismo vivo, el que, a su vez, está vivo únicamente por que en él lo psíquico y lo somático constituyen una unida"(Mohr F. Médico alemán, uno de los pioneros en Europa del estudio del efecto de las emociones

sobre las funciones corporales. Autor de *Psychophysische Behandlungsmethode*. Leipzig: S Hirzel, 1925)” (Goic 2000:112).

Debido a lo expuesto con anterioridad, vemos cómo la introducción de esta disciplina, es un aporte en la generación de conocimientos, que apuntan a la integración de los factores de la experiencia humana, que hasta hace un tiempo han sido estudiados aisladamente. En esta sentido, cabe resaltar la importancia que han logrado las múltiples investigaciones en esta área.

La psicología de la salud, constituye en último término, el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que se da a factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos (Luzoro 1999; Martínez-Donate y Rubio 2000).

Frente a la responsabilidad que le cabe atribuirse a esta disciplina Grau expone:

“Dos factores de éxito marcan el futuro desarrollo de la Psicología de la Salud: la integración holística de modelos teóricos aparentemente distantes y la proyección de los esfuerzos psicológicos en la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, modificando creencias, conductas y actitudes en la población, estructuras psicológicas que, agazapadamente, generan enfermedad, sufrimiento, dolor, invalidez y muerte” (Grau 1999:46).

Finalmente, a juicio de la autora, es necesario referirse a los problemas prácticos que se han enfrentado los psicólogos en el área de salud. En este sentido, Grau (1999), menciona que el amplio espectro de situaciones problemáticas en salud, a las que el psicólogo debe enfrentarse para responder a las demandas existentes, lo obligan a hacer uso de los recursos teóricos-metodológicos disponibles, así como a implementar

intervenciones que no siempre es posible configurar *con un encuadre teórico de la Psicología*. "Esto ha generado dificultades en el establecimiento de la correspondencia entre ambos niveles de abordaje, creando un falso cisma, casi mítico, entre los psicólogos prácticos que tienen que resolver problemas concretos en instituciones de salud con un cierto eclecticismo -muchas veces hipercriticado- y los que trabajan en instituciones académicas" (Grau 1999:34).

Resulta al menos interesante, detenerse en torno a esto, ya que como el mismo autor plantea, el encuadre teórico en el que se basa, no da pie a que se sustente la mayor parte del accionar en la práctica. En la presente investigación bibliográfica, no se obtuvo información que permitiera suponer una intención de situarse en un paradigma diferente, por parte de los investigadores de esta disciplina, sin embargo, a juicio de la autora los conocimientos arrojados por sus estudios, permitirían al menos reflexionar al respecto.

PARTE 6. LA MEDICINA INTEGRAL

A lo largo de la presente investigación, se a intentado ilustrar la necesidad de una nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad. Corresponde ahora, exponer una propuesta que recoge los diferentes aportes en este sentido, que por cierto se enmarca dentro de una visión de mundo diferente al Paradigma Tradicional acá descrito. Esta propuesta ha sido denominada "Medicina Integral", ya que apunta principalmente a la integración de todos los niveles de la experiencia humana, en el entendimiento de los procesos relacionados a la salud. Además, resulta pertinente exponer lo sistematizado en esta propuesta, en cuanto sostiene una forma de hacer medicina, a la cual se adhiere el enfoque psicoterapéutico, que esta investigación tiene por objetivo describir.

En primer lugar, se describirá el Paradigma al cual se adscribe la propuesta, luego se expondrá el lugar que ocupa el sujeto desde este enfoque, en comparación con lo expuesto anteriormente desde el paradigma moderno y el modelo biomédico. Si bien, el análisis podría realizarse en cualquier otro aspecto, se realizará solo en este sentido, ya que se considera lo más importante en destacar, para los fines de este estudio. Finalmente, se especificará la nueva propuesta de medicina.

6.1 Nuevo Paradigma

Progresivamente y desde posiciones muy distintas, los presupuestos fundamentales que dieron base al Paradigma Tradicional, han sufrido rupturas significativas (Echeverría 1993). El cambio más sustancial, proviene de la física, que con el desarrollo de la Teoría Cuántica de la Relatividad de Einstein y de la Mecánica Cuántica incorpora la posibilidad de que toda realidad exterior observable es influida por la percepción el observador (Gutiérrez 2001). Ésto, dará pie a una concepción radicalmente distinta a la anterior, lo que supone cambios significativos en la manera de concebir la experiencia humana. Sin embargo, Najmanovich (2001) plantea que se debe recalcar que este Paradigma no destruye a la teoría newtoniana, si no que, (basándose

en Kuhn), se trataría de teorías inconmensurables entre sí, las que producen sentido en diferentes dominios.

A su vez, el pensamiento científico que alimenta esta nueva visión, se compone no sólo de la física, si no que de las más variadas vertientes del conocimiento, entre las que se encuentran los avances de la cibernética, la teoría de la información, la teoría de sistemas, la teoría de los tipos lógicos entre otros. Además, entre la integración de conocimientos, se cuenta con la apertura hacia filosofías orientales, las que poseen una visión definitivamente similar al nuevo paradigma (Grof 1993)

En lo que respecta a esta investigación, no corresponde realizar una descripción más exhaustiva al respecto, pero sí insistir que el surgimiento de este sistema conceptual de pensamiento tiene sentido como parte de un proceso humano en evolución. Se citará a Gutiérrez (2001), quien realiza una sistematización de las características de este modelo.

1. La naturaleza sería revelada al hombre desde la interacción de ambos. No habría conocimiento sin un contexto. No se puede separar al observador de lo observado.
2. El método racional y el método intuitivo serían igualmente válidos para la investigación científica.
3. Se plantea la posibilidad de una nueva visión de mundo, orientada hacia la comprensión de las relaciones y dependencias recíprocas de los fenómenos. Es un punto de vista integrativo y centrado en principios básicos de la organización: totalidad, dinamismo, crecimiento, flexibilidad, estabilidad interna, actividad cíclica y retroalimentada. En el caso de los seres vivos, se habla del principio de la autoorganización, que sería la capacidad de un sistema de organizarse a sí mismo.
4. Todos los sistemas vivos están interrelacionados y son , en mayor o menor medida, interdependientes (Teoría de Campo, Holismo y Ecología). El mundo es un sistema vivo, integrado, formado por una compleja red de relaciones (visión sistémica).
5. Habría una tendencia al orden en los sistemas abiertos, que se logra por algo inherente (Autorregulación y Autoorganización).

6. Los sistemas vivos poseerían una tendencia inherente a la autoorganización. Su orden en estructura no lo impone el medio sino que lo establece el sistema mismo. Estos sistemas están en relación con el medio interactuando constantemente con él, pero esta interacción no determina su organización. Todo sistema es relativamente libre y relativamente determinado, es más libre en la medida en que es autónomo de su medio. Esta autonomía relativa, generalmente aumenta con su complejidad. Desde este punto de vista, el ser humano es el que mayor autonomía puede alcanzar.
7. Mente y materia, soma y psiquis serían aspectos diferentes del mismo fenómeno.
8. Ninguna disciplina tiene toda la verdad, siendo fundamental, complementar los conocimientos, por medio del diálogo y el intercambio, para acercarse más a la totalidad de la realidad.

6.2 El sujeto encarnado

Frente a lo expuesto hasta ahora, se puede observar, cómo la física contemporánea ha trazado una imagen del mundo radicalmente diferente del Paradigma Tradicional, evidenciando una realidad que desafía todas las teorías y supuestos fundamentales de un universo atomista, divisible y estático. Se reconoce una realidad holística, indivisible, interconectada, dinámica y relativista, que no sólo es inseparable de la conciencia del observador, sino que además es función de ésta (Capra 1993).

La epistemóloga argentina, Denise Najmanovich (2001), reflexiona acerca de los cambios en la concepción del sujeto bajo este nuevo modelo. Resulta interesante ilustrar esto, en cuanto expone cómo la experiencia corporal toma otro sentido. Si desde el Paradigma Tradicional y el modelo biomédico, describimos a un sujeto enajenado de su experiencia, corresponde mostrar ahora los nuevos aspectos de los que es investido el sujeto, lo que nos hace suponer un cambio de rol frente a la enfermedad.

En primer lugar, plantea la autora, se rompe la perspectiva lineal que mantiene afuera de su medio al sujeto. Este nuevo sujeto, "el sujeto encarnado" participa de una

dinámica creativa de si mismo y del mundo con el que está en permanente intercambio. Como segunda consecuencia, la aceptación de la corporalidad, implicaría que todo conocimiento humano se da desde una perspectiva determinada. El sujeto encarnado no puede estar en todos lados al mismo tiempo, por lo tanto sólo puede conocer en un contexto específico, y su conocimiento se estructura en un lenguaje determinado. En tercer lugar, este cambio conllevaría la imposibilidad de conocer objetos independientes de nosotros. "Desde esta mirada el conocimiento implica interacción, relación transformación mutua, co-dependencia y co-evolución." (Najmanovich 2001:4). Finalmente, sostiene que siempre tendremos un "agujero cognitivo", una zona que no podremos ver. Es decir, que podemos componer imágenes complejas de la realidad, con distintas fuentes de información, pero nunca de infinitas fuentes.

Finalmente, Najmanovich (2001) se refiere a que al asumir esta experiencia, tendremos una visión diferente de cuerpo, el que denomina "cuerpo experiencial" o "cuerpo vivencial". Este se caracterizaría por su naturaleza multidimensional: un cuerpo a la vez material y energético, racional y emocional, sensible y medible, personal y vincular, real y virtual. Como podemos deducir, este cuerpo no sería el cuerpo abstracto de la modernidad, sino uno totalmente dependiente de la experiencia, en permanente intercambio con el ambiente. El problema "cuerpo-mente" se resolvería, en tanto bajo esta perspectiva se tratan de dos formas diferenciadas de la compleja experiencia del sujeto en un "espacio cognitivo auto referente".

"Como todos los sujetos encarnados nuestras categorías se desarrollan en la trama evolutiva de nuestra vida, están inextricablemente ligadas a nuestra experiencia social y personal, a las tecnologías cognitivas, sociales, físico-químicas, biológicas y comunicacionales con las que convivimos. El desafío de la contemporaneidad se relaciona con la riqueza de perspectivas y por lo tanto, de mundos posibles en los que convivir, pero también nos exige el hacernos responsables del lugar desde el cual elegimos hacerlo. El sujeto encarnado disfruta del poder de la creatividad y de la elección pero debe hacerse cargo de lo que ha co-creado" (Najmanovich 2001:9)

Frente a esto, cabe señalar que actualmente estamos frente a un movimiento cultural que promueve tanto la renovación de los estudios sobre el cuerpo como, principalmente una transformación radical frente a él. Por una parte, diversas disciplinas como la neurofisiología, el psicoanálisis, la psicología genética, la psicología social y de la salud, la filosofía y la antropología entre otras, se encaminan cada vez más a analizar este fenómeno que podríamos denominar la "corporeidad de nuestra existencia". Por otra, las prácticas sociales, artísticas y culturales estarían contribuyendo también a la revalorización de nuestro cuerpo con el fin de contrarrestar los efectos de la mecanización (Bertherat 1998; Bernard 1994).

A juicio de la autora, la presente investigación se esboza como un aporte en este sentido, al mostrar un modelo de trabajo que tiene como objetivo, la recuperación de la totalidad de la experiencia en las personas, en este caso incluyendo al cuerpo como fuente de autoconocimiento.

6.3 La Medicina Integral como nueva propuesta

Lo siguiente, es la propuesta de salud denominada Medicina Integral (Abdussalam 1995). Como se ha mencionado, ésta sintetiza los diversos aportes que se han hecho en torno al proceso salud enfermedad y los enmarca dentro un nuevo paradigma.

Se expondrá la nueva propuesta en relación con la biomedicina, para que sus diferencias fundamentales queden del todo establecidas.

En primer lugar, la Medicina Integral **considera a la persona o individuo enfermo en forma global** y tiene en cuenta tanto su dimensión físico-química como la emocional, mental, social y espiritual. No desecha los resultados que pueda arrojar un determinado análisis, sino que establece otras prioridades. Lo primero es la consideración de la persona completa. Si la persona se siente enferma es que **está**

enferma, al margen de los signos que puedan ser evidenciables. Para esta medicina, cada órgano y cada función del cuerpo sólo pueden ser comprendidos y tratados en el contexto global que representa la persona y el medio en el que se desarrolla.

A diferencia de esto, y como se ha expuesto a lo largo de esta investigación, la Biomedicina tiende siempre a encontrar una evidencia física o química que cuadre en términos estadísticos con un determinado diagnóstico y desde ahí se escoge una terapia a seguir.

En segundo lugar, la Medicina Integral contempla los signos y síntomas que refiere el paciente - y los que no refiere - como una **expresión del organismo para indicar y al mismo tiempo corregir, alteraciones del equilibrio normal del mismo.** Por tanto no siempre es conveniente suprimir los síntomas, ya que con esto se pierde la posibilidad de poner atención a lo que el organismo necesita realmente para reestablecer el estado de salud.

Frente a lo mismo, para la Biomedicina, los síntomas que presenta el paciente son considerados como la enfermedad o el enemigo que hay que combatir o anular. Por ejemplo, si hay dolores se prescriben analgésicos, si existe inflamación antinflamatorios, si ansiedad tranquilizantes, si tristeza o desinterés por la vida antidepresivos y así sucesivamente.

Por último, la Medicina Integral considera como parte fundamental de la terapia la **toma de conciencia del paciente respecto a lo que le ocurre.** Para esta medicina, no sólo es importante que el paciente se "cure" sino, también que reconozca lo que le ha llevado a la enfermedad y lo que debe hacer, para evitar que aparezca en el futuro.

Las terapias biomédicas, se basan fundamentalmente en los medicamentos químicos y la cirugía. En consonancia con la filosofía de «combatir» y «eliminar» los síntomas, se utilizan sustancias químicas para suprimir los síntomas, que sin embargo no impiden el desarrollo subyacente de la enfermedad. En algunos casos, volviendo a

aparecer posteriormente, quizás con otras manifestaciones. En otros, los propios medicamentos dan lugar a síntomas y dolencias más serios que los que se pretendían combatir. (Abdusselam 1995; Lolas 1997; Bustos 1998; Schnake 1999)

PARTE 7. TERAPIA GESTALTICA

El enfoque gestáltico en terapia, surge de la obra de Fritz Perls (1893-1970) y se sitúa dentro la denominada corriente de Psicología Humanista, la que se caracteriza básicamente por un cambio de mirada al ser humano, diferente a los dos grandes movimientos existentes durante su concepción, el Conductismo y el Psicoanálisis. (Gutiérrez 2001). Perls, en principio, evidenció escaso interés en crear una escuela de terapia como tal, lo que tiene relación con el inmenso valor otorgado a la inmediatez de la experiencia, fundamento de su propuesta (Fagan y Shepherd 1993). Sin embargo, luego de un basto recorrido realiza su aporte más importante durante su permanencia en el Instituto Esalen en Big Sur, California en los años 60. (Gutiérrez 2001). La terapia Gestáltica se ha nutrido básicamente de tres vertientes del conocimiento entre las que cuentan la Psicología de la Gestalt, la Fenomenología Existencial europea y las líneas principales de desarrollo teórico en que se dividió el movimiento psicoanalítico original (Wallen 1993; Enright 1993).

La psicología de la Gestalt, nace como una teoría de la percepción, que abarcaba las interrelaciones entre la forma del objeto y los procesos del perceptor. Surgió en parte, como una reacción contra los enfoques atomistas anteriores, que intentaban estudiar la percepción y los procesos mentales reduciéndolos a elementos o contenidos mentales (Fagan y Shepherd 1993).

La palabra Gestalt, viene directamente del Alemán, no posee una traducción directa al español. Significa al mismo tiempo: forma, estampa, figura y estructura. En oposición al atomismo, aquí se propone aprehender los fenómenos psíquicos en su totalidad, sin dissociar los elementos del conjunto en que se integran y fuera del cual perderían su significado. Según esta escuela, uno de los procesos centrales de la percepción es la "formación de la gestalt o formación gestáltica". Lo que se refiere a la distinción, que surge entre lo que está en primer plano, la figura, y el ambiente en que se encuentra, el fondo (Perls 1990; Fagan y Shepherd 1993).

“el pensamiento gestáltico hacia hincapié en el «cierre», en las características de figura y fondo y en la fluidez de los procesos perceptuales, a la vez que consideraba al perceptor como un participante activo en sus percepciones antes que como un receptor pasivo de las cualidades formales (Fagan y Shepherd 1993:12)

Las raíces en el movimiento psicoanalítico freudiano, son principalmente las influencias de Otto Rank y Wilhelm Reich. Este último, fue uno de los supervisores de Perls, al momento de recibirse como médico e interesarse por el psicoanálisis. Sin embargo, luego de un tiempo es rechazado por los psicoanalistas, en principio porque sus primeras contribuciones diferían de la doctrina vigente de la libido (Fagan y Shepherd 1993).

Básicamente, el concepto que daría unidad a los diversos enfoques psicoanalíticos, que influyen la obra de Perls, y por lo tanto La Terapia Gestalt, es la concepción de la “pauta de satisfacción individual de necesidades”, como proceso de formación y eliminación gestálticas. Esto, se instala como una fundamentación racional, a las técnicas empleadas en la terapia gestáltica (Wallen 1993).

Por último, la influencia de la fenomenología existencial europea se centra fundamentalmente en su modo de acercamiento a la realidad. Básicamente, la fenomenología es un método de exploración, que intenta investigar de una forma diferente del método científico-natural. Se considera al filósofo alemán Edmund Husserl (1859-1938), como el máximo exponente y precursor de este método, quien lo propone como una respuesta a lo que manifiesta como “desconfianza progresiva en la certeza racional del hombre europeo de su época” (Echeverría 1993).

La fenomenología, habla de la imposibilidad de separar la experiencia del investigador y el fenómeno observado, manifestando una inherente interconexión entre ambos. Según Varela, esta concepción de la realidad rescata el hecho de que “no podemos tomar el mundo ingenuamente si no que debemos ver que el mundo lleva la marca de nuestra propia estructura” (Varela et al. 1997:40), es decir, para este mismo

autor, la fenomenología "corporiza la experiencia humana". Además, esta filosofía insiste que el observador debe captar lo que está percibiendo y sintiendo en el momento, dando una especial importancia a los fenómenos asociados a la experiencia cotidiana de los hombres, sosteniendo que debe diferenciarlo con lo que es residuo del pasado (o preconcepciones). Busca la comprensión basada en lo obvio o lo revelado por la situación, insistiendo en que la descripción no puede reemplazar a la experiencia individual (Echeverría 1993; Varela 1997; Martínez 2001).

Por otro lado, el existencialismo, es un movimiento filosófico que nace para dar la respuesta a la histórica interrogante sobre el sentido del ser, siendo Martin Heidegger (1889-1976) el filósofo fundador de esta corriente y el más representativo. El existencialismo se liga a la fenomenología, al validarla como método para acceder a esta búsqueda de sentido. Negando, a su vez, la supremacía de la racionalidad, para hacer énfasis en la experiencia vital, individual y directa. Su desarrollo teórico permitió dar una respuesta que puede resumirse de la siguiente forma: el ser es un "ser en el mundo". Lo que implica la imposibilidad de separar al hombre de su medio, en el intento de aprehenderlos o entender a cabalidad cualquiera de ambos fenómenos. Finalmente, puede plantearse desde esta concepción, que el ser no solo reacciona, sino que responde de acuerdo con la percepción de sí mismo y de lo que interactúa con él (Echeverría 1993; Varela 1997).

El apartado que se desarrollará a continuación, sobre los principios de la Terapia Gestáltica, está basado íntegramente en la revisión bibliográfica realizada por Fernando Gutiérrez en su Memoria para la obtención del Título de Psicólogo de la Universidad de Chile, el año 2001⁴ (a excepción de los ejemplos y los párrafos que claramente sólo adquieren sentido en la presente investigación). Se utilizará esta información, ya que a juicio de la autora, la sistematización realizada por Gutiérrez (2001) es sumamente actual y corresponde fielmente a lo referido en los textos de estudio entorno a esta temática. Cabe destacar por supuesto, la impecabilidad del

⁴ "Salud y enfermedad...". Debe aclararse enfáticamente que durante el proceso de investigación, se corroboró en consulta a una experta metodóloga la pertinencia de este paso.

trabajo citado, lo que se pudo corroborar durante la revisión bibliográfica correspondiente a la presente investigación.

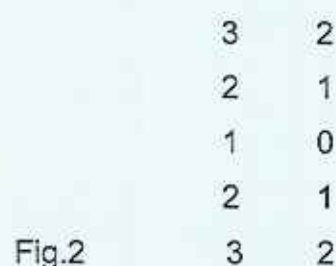
7.1 Premisas fundamentales de la Terapia Gestáltica

7.1.1 La concepción de hombre como un todo. Perspectiva holística.

Para Perls, su libro publicado en 1947 "Ego, Hambre y Agresión", fue el intento desde la teoría gestáltica de corregir "los errores del Psicoanálisis". Entre las propuestas desarrolladas por Perls (1995:16), se encuentra: reemplazar la Psicología de asociación por la Psicología Gestalt. Esta propuesta será la denominada holística u holismo.

La holística alude a la tendencia que permite entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora, como también a una teoría explicativa que orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos. La holística se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se podrían apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado (Barrera 2000; Yontef 1997; Capra).

El acercamiento básico al concepto "holismo" puede ser revisado desde la Psicología de la Gestalt y su interés por el proceso de percepción. Para esto resulta útil el uso del siguiente ejemplo:



En la figura 1 la tercera fila forma la palabra LOVE, convirtiendo a los números en letras. Sin embargo en la figura 2 la tercera fila claramente esta compuesta por los números 1 y 0. Lo que permite ilustrar, que lo que la persona conoce es un evento u objeto que forman inevitablemente parte de un contexto.

La novedad básica propuesta por el acercamiento gestáltico, viene dada entonces, por la forma en que las partes y las piezas están organizadas. El hombre no percibe cosas, eventos o sentimientos como piezas aisladas, cada una puede o no estar emparentada con la otra, pero son organizadas de tal modo por la experiencia que forma un todo significativo. Estos significados son personales y regulados por la experiencia y el interés del organismo (Perls 1997).

Uno de los méritos de Perls y de los psicólogos de la Gestalt, sería observar que el hombre es un organismo holístico, unificado. Por lo que se critica a los enfoques tradicionales, por no considerar las interacciones dentro las diferentes dimensiones de análisis del individuo.

Para los fines de la presente investigación, corresponde resaltar este aspecto de la Terapia Gestáltica, ya que es fundamental en la comprensión del proceso mórbido que surge desde esta postura, y que se diferencia sustancialmente del modelo biomédico descrito y al cual se pretende superar.

“En este sentido no es posible separar en el ser vivo lo psíquico de lo somático. Toda idea, pensamiento, emoción, etcétera, tiene un correlato físico inseparable. Ni siquiera podemos asegurar que es primero. Ya decir un correlato es un disparate” (Schnake 1987:49).

7.1.2 La homeostasis y la Autorregulación Organísmica

De acuerdo a la teoría de la Terapia Gestáltica, el comportamiento humano estaría regulado por el proceso denominado homeostasis. La homeostasis es el proceso

por el cual un organismo satisface sus necesidades y por el cual mantiene un equilibrio (Latner 1996).

En el actuar del organismo a cada momento, existiría algún suceso tendiente a perturbar su equilibrio y, de manera simultánea y regulada por el proceso homeostático, una tendencia contraria surgiría para recuperar ese equilibrio. El metabolismo fisiológico es el ejemplo más claro de la tendencia innata de cada organismo a lograr un equilibrio. Si, por ejemplo, en el curso de sus actividades el organismo consume gran parte del agua ingerida aparece la sed. De manera inmediata este organismo buscaría la forma de restablecer el nivel óptimo de agua en el sistema. En los organismos vivos cuando hay deficiencias o excesos el sistema orgánico los remedia (Perls 1998a, 1998b; Latner 1996; Simkin y Yontef 1981).

Las deficiencias del organismo humano, no son exclusivamente de naturaleza biológica. La cultura o civilización ha creado en el hombre un cierto número de necesidades adicionales. Cuando este proceso falla parcialmente, y el organismo mantiene en el tiempo un estado de desequilibrio, se produce la enfermedad. Cuando el proceso homeostático falla completamente, lo que resulta es la muerte del organismo (Perls 1997).

En Terapia Gestáltica, el principio homeostático se denomina Autorregulación del Organismo. Cuando existe una serie de necesidades prominentes al mismo tiempo en el individuo, el organismo tiende a operar atendiendo a las necesidades de manera jerarquizadas, es decir, atendiendo primero a la necesidad más urgente (la necesidad dominante en el campo del organismo se convierte en figura, las necesidades menores, temporalmente, retroceden al fondo). Para que el organismo satisfaga sus necesidades, abra o cierre gestalts, tiene que ser capaz de sentir lo que necesita (Perls 1997; Polster y Polster 1976).

De esta manera "...el organismo funciona con una prudencia originada en sus necesidades y en la satisfacción de éstos" (Latner 1996: 25). La autorregulación permite

que el organismo muestre una gran sabiduría y economía en su conducta (sabiduría Organísmica).

“Algo que comprendimos fue que los organismos vivos llevan en sí una especie de “deseo” o tendencia innata a estructurarse, a diferenciarse del ambiente y a crecer. En una palabra un mandato a ser. No así el mundo de lo inanimado, que sigue inexorablemente la tendencia a mezclarse, hacerse indistinguible, y aplanarse” (Schnake 1987:41)

A pesar que el principio de autorregulación no asegura la satisfacción de las necesidades del organismo, garantiza que los organismos harán todo lo posible para regularse de acuerdo a sus necesidades y los recursos del ambiente (tendencia a la actualización) (Yontef 1997).

7.1.3 La relación organismo/ambiente. Teoría de Campo

La Terapia Gestáltica es un enfoque de campo, es decir, estudia los fenómenos que se dan en la experiencia. La teoría de campo surge y es comparable con la Teoría de Campo Total de Einstein. Básicamente el “campo” es el todo en el cual las partes están en relación y en correspondencia inmediata unas con otras. El organismo o persona en su medio o espacio de vida constituye un campo (campo organismo/ambiente total) (Henle 1986).

Fundamentalmente el método de estudio de campo es descriptivo, aborda los “que” (estructura) y los “como” (funcionamiento). Este en vez de analizar el campo como una estructura con funcionamiento lineal-causalista (los “porqué”) (Yontef 1997).

Como un fenómeno figura/fondo, en la teoría de campo todos los acontecimientos y cosas se constituyen de acuerdo a las condiciones del campo organismo/ambiente y de acuerdo a las necesidades del perceptor. De acuerdo a esto, la realidad de cada organismo se constituye (de manera fenomenológica) según la situación, los intereses,

necesidades, recuerdos, percepciones anteriores, etc. de ese organismo (Stoehr 1998; Perls 1995, 1998).

Yontef (1997; Simkin y Yontef 1981) describe nueve características generales de la Teoría de Campo:

- 1) Un campo es una red sistemática de relaciones: Esto se refiere a que el campo es definido como una totalidad de fuerzas que se influyen mutuamente y que en conjunto forman un todo interactivo unificado. Este todo cambia dinámicamente en el tiempo.
- 2) Un campo es un continuo es el espacio-tiempo; El campo no puede ser analizado como si fuera una estructura estática. En vez de esto se propone la concepción de agrupación de conceptos en serie o en un continuo.
- 3) Todo es de-un-campo: Las personas, los organismos y las percepciones sólo existen como parte de un campo determinado y tienen significado solamente en la interacción con ese campo.
- 4) Los fenómenos son determinados por todo el campo: Cualquier evento, experiencia, conducta u objeto es determinado por el campo al cual pertenece. El significado de la experiencia deriva de la observación de la situación total.
- 5) El campo es un todo unitario: En un campo existe interacción entre todas sus partes. El estado de una de estas partes depende de todas las demás y viceversa.
- 6) La realidad percibida se configura mediante la relación entre el observador y lo observado: No existe lo absoluto ni lo objetivo. El observador afecta su objeto de estudio y lo observado afecta también al observador.
- 7) El principio de Contemporaneidad: Esto se refiere a que todo evento o proceso ocurre en la actualidad del organismo, en el presente, en el aquí y el ahora. Cuando se recuerda o se anticipa se hace desde el presente del campo.
- 8) Proceso: todo deviene: en el campo los fenómenos son un todo continuo más que partículas desordenadas. El cambio, el movimiento es inherente al organismo. Todo está en acción y en proceso.

9) Insight en constante genotípicas: El Insight es el proceso perceptivo que ocurre al manifestarse las realidades significativas, es la formación de una Gestalt. Lo de constante genotípica corresponde a relacionar lo que es específico al contexto (manifestación fenotípica) con aquello que es constante de la situación.

La Teoría de Campo es una referencia útil para estudiar un evento, una experiencia, un organismo o un sistema. Esta teoría llama la atención sobre la totalidad y sobre el movimiento (Robine 1999). El campo reemplaza la noción de partículas separadas y aisladas. La persona en su espacio de vida constituye un campo (Simkin y Yontef 1984).

7.1.4 El Darse Cuenta

Para algunos autores, el término que reuniría la esencia y propósito de la Terapia Gestáltica es el “darse cuenta” (del inglés *awareness*: tomar conciencia de, capacidad de darse cuenta) (Perls 199; Yontef 1997; Naranjo 1995).

Desde la Psicología de la Gestalt, el darse cuenta corresponde a la **libre formación de una Gestalt de aquello que más le preocupa o le afecta al organismo en un instante preciso**. Esta preocupación o interés pasa a ser figura vivenciada y enfrentada (reconocida, clasificada, trabajada), para luego fundirse en el fondo dejando el primer plano libre para la siguiente gestalt relevante (Wallen 1989; Polster y Polster 1976).

Desde el enfoque propuesto por la Terapia Gestáltica el darse cuenta sería **una forma de vivenciar**. Se puede decir que el darse cuenta es el proceso de estar en contacto alerta con el evento de mayor importancia en el campo individuo/ambiente, esto comprometiéndose en la experiencia el apoyo sensorio-motor, cognitivo y emocional. De esta manera se advierte que el fenómeno de darse cuenta involucra al individuo como persona total, por lo tanto, un darse cuenta parcial que solamente considere o el

aspecto sensorio-motor o el cognitivo o el emocional estaría incompleto o simplemente enfermo (Yontef 1997).

El acto de darse cuenta siempre está transcurriendo en el aquí y el ahora y da a conocer la necesidad dominante actual del organismo. Las técnicas del "darse cuenta" consisten básicamente, en llevar la conciencia a la existencia presente. Esto se realiza confiando en que la autorregulación del organismo sano, se reestablece al aumentar la conciencia del organismo porque ésta se dirige hacia sus necesidades presentes (restablecimiento del contacto). En un funcionamiento defectuoso, en cambio, el organismo decide evitar aspectos de su existencia (Latner 1996).

El siguiente es un ejemplo del libro "El darse cuenta" (1998) de John Stevens:

"P: Me doy cuenta de que mi estómago está endurecido. Y estoy conteniendo mi respiración. Y estoy respirando y mi corazón está latiendo más rápido. Estoy pensando en que decir y golpeteando con los dedos. Me siento como si buscara algo./ T: Usted está bastante consciente de sus actividades- contener, pensar, respirar, golpetear. De algún modo también intenta, busca, trata de pensar que decir./ P: Si. Me doy cuenta de que tengo mis pies cruzados. Me doy cuenta de los zapatos de ella. Y ella tiene unas uñas largas./ T: Se da cuenta que comenzó por su propio cuerpo - las sensaciones en su pecho - y luego derivó hacia sus dedos y pies para pasar luego a los dedos y pies de ella./ P:(riendo) Justo antes de que usted dijiera eso comencé a meterme dentro de mí y a sentir rigidez./ T: Trate de ir y volver entre la conciencia del interior y lo exterior. /P: Siento como si el interior de mi cuerpo estuviera sellado desde el exterior, como si todo estuviera adentro rígidamente/ T: diga "me estoy endureciendo a mí mismo"/ P: Me estoy endureciendo a mí mismo adentro.(...)"

7.1.5 El Aquí y el Ahora

La Teoría Fenomenológica de Campo, sustento de la teoría de la Terapia Gestáltica, ubica la experiencia de quien percibe en el tiempo (ahora) y en el espacio (aquí) (Kepner y Brien 1987)

“El centro de nuestro tiempo como acontecimientos humanos concientes es el tiempo presente y el espacio presente. No hay otra realidad más que el presente. Nuestro deseo de conservar más del pasado o de anticipar el futuro podría cubrir por completo este sentido de realidad. Aunque podemos aislar el presente del pasado (causas) y del futuro (propósitos), toda renuncia del presente como centro de la balanza (...) conducirá a una personalidad desequilibrada (Perls 1995:125)

El centro temporal de la persona, como evento humano conciente, en el espacio-tiempo sería el presente. Perder la capacidad de darse cuenta de la función presente o perderse en alguna zona del tiempo se considera en Terapia Gestáltica en una distorsión o, incluso, una disfunción psicológica del organismo (Latner 1996; Simkin y Yontef 1989; Yontef 1997).

Para el terapeuta gestáltico es de vital importancia comprender de forma adecuada la fenomenología y la conducta actual del paciente desde el comienzo de la terapia. El conocimiento del sí mismo del paciente no equivaldría a lo que verbaliza. El tipo de conocimiento que persigue la Terapia Gestáltica se relaciona en conocer cómo el organismo aleja la atención de la información sensorial inmediata de la experiencia. Los mecanismos por lo cuales el sujeto evita tomar contacto con el aquí y el ahora de la experiencia, son justamente los objetos de experimentación en terapia (experimentación en sentido de vivencia). Mediante la recuperación del darse cuenta de estos mecanismos, la persona puede analizar los procesos por medio de los cuales apoya conductas insatisfactorias y adquiere herramientas para aumentar en forma independiente su darse cuenta en el futuro (Stevens 1998; Polster y Polster 1976).

Al centrar la atención en la experiencia presente, el terapeuta estimula al paciente a darse cuenta y a expresar su experiencia frente a la frustración que le provoca el alejarse del presente. (Perls 1997)

7.1.6 Las Polaridades

De acuerdo a la teoría de la Terapia Gestalt, existirían en la persona aspectos fragmentados de su personalidad que se vivenciarían como fuerzas opuestas. Estas dicotomías, que reciben el nombre de polaridades, pueden entenderse como divisiones internas del sujeto que llevan a este a percibir sus partes como fuerzas independientes y competidoras entre sí (Perls 1996; Schnake 1993).

La primera referencia a las polaridades u opuestos se encuentra en Fritz Perls. Para él, "pensar según opuestos tiene ondas raíces en el organismo humano. La diferencia según opuestos es una cualidad esencial de nuestra mentalidad y de la vida misma" (Perls 1995:21). En 1949 el autor se refiere a las polaridades desde una perspectiva que abarca tanto al lenguaje, la mente y la existencia dualista. Con respecto a esto último, los dualismos que según el autor, son prevalentes en la época en que se encuentra serían cuerpo-mente y Dios-Naturaleza (Perls 1996).

Las polaridades internas serían naturales en el individuo y necesarias para su adecuado desarrollo, sin embargo podrían llegar a transformarse en dicotomías internas que generan un estado de incongruencia y desequilibrio. Schnake (1993:70) se refiere a esto de la siguiente manera: "Existen los opuestos y obviamente no habría ninguna necesidad de reconciliación entre ellos si no hubiera una pelea o un conflicto en el cual se viven como excluyentes el uno del otro". La dicotomía vivenciada por la persona podría llevar a la fragmentación de la personalidad, lo que puede traducirse en un comportamiento rígido y orientado por una posición extremista de la polaridad dominante (Quitmann 1989).

Pese a lo anterior, la Terapia Gestáltica no consideraría las dualidades como contradicciones irreconciliables, sino destrucciones que serán integradas en el proceso de formación y destrucción de Gestalt.

El trabajo de polaridades, es quizás la metodología más conocida de la Terapia Gestáltica. Ese trabajo surge de la obra de Perls y de las técnicas del darse cuenta. Básicamente el trabajo de las polaridades consiste en que la persona vivencie sus polaridades a través de diálogos en lo que representa los aspectos incluidos en su polaridad. A través de este trabajo se intenta unificar la dinámica de las polaridades, para formar una figura que abarque tanto la totalidad de partes del organismo como la totalidad de partes del ambiente. En este proceso la persona puede reconocerse o darse cuenta de sus partes desconocidas o dicotomizadas, esperándose que a la vez que admite estas partes, las acepte, las asuma y las integre en un todo (Schnake 1993; Naranjo 1995).

“Cuando nosotros trabajamos opuestos, en nuestros pacientes, generalmente aparecen guerras espantosas; una parte es la que impide ser, crecer y vivir a la otra. Las cosas que se puede decir una persona a sí misma son insólitas; los grados de descalificación, violencia y crueldad que puede tener una persona con sus otro yo, digamos, son increíbles. Lo obvio es que esta pelea es algo inventado, neurótico, artificial, y que esa persona que tenemos al frente es una sola persona, por lo tanto no tenemos ninguna duda de que si realmente asume el discurso de cada una de sus partes, con todo el cuerpo, en un espacio diferente para uno y otro, esto tiene que terminar en una reconciliación o por lo menos en una coexistencia pacífica, porque ambos personajes habitan en una misma morada, y el cuerpo no acepta dividirse sino a expensas de graves consecuencias.” (Schnake 1987:71)

7.1.7 Teoría Paradójica del Cambio

La metodología de la Terapia Gestáltica utiliza como referente a la Teoría Paradójica del Cambio. Esta teoría propone el estar en contacto con el fenómeno, con lo que es, con quien la persona es, permitiendo que el crecimiento se lleve a cabo en forma natural (Beisser 1984).

"Todos estamos preocupados con la idea del cambio, y la mayoría de las personas se empeña en esto haciendo programas "yo debiera ser así o asa" etc.. Lo que ocurre es que la idea de cambio deliberado jamás... resulta. Apenas uno dice "yo quiero cambiar" - haciendo un programa - aparece la fuerza contraria que le impide a uno el cambio (...). Si uno se mete más adentro en lo que uno es, si uno acepta lo que está ahí, entonces el cambio automáticamente ocurre por sí mismo. Esta es la paradoja del cambio" (Perls 1998:191)

En la situación terapéutica, de acuerdo a la teoría paradójica del cambio, si la persona cambia de acuerdo a patrones ofrecidos e impuestos por el terapeuta ("tu deberías hacer esto...") se verá afectada la autonomía y el apoyo de la persona que consulta. Lo que la Terapia Gestáltica propone como método adecuado es el diálogo, el darse cuenta y la experimentación (Simkin y Yontef 1984). El cambio no ocurriría por medio de un intento coercitivo del individuo o de otra persona por cambiarlo, pero sí ocurre con tiempo y esfuerzo para ser lo que es en la situación actual (Perls 1998; Beisser 1984).

7.2 La Salud en terapia Gestáltica

Como se ha insistido a lo largo esta investigación, detrás de todo modelo de intervención en salud existe una idea de lo que este concepto abarca, la que además orienta el quehacer terapéutico. Corresponde en este momento, referirse a las principales consideraciones que sostiene al respecto la terapia Gestáltica, ya que son el

fundamento para comprender la técnica que esta investigación tiene por objetivo describir.

Para comenzar, es necesario referirse a dos consideraciones básicas que esta terapia sostiene. En primer lugar, se debe enfatizar que bajo este punto de vista no es posible hacer una separación entre trastornos “somáticos” o “mentales” sino del organismo. Para la terapia Gestalt la usual división entre mente y cuerpo no es válida y el denominado trastorno corresponde a una interferencia con el proceso de formación y destrucción de una gestalt (Schnake 2000; Latner 1994). En relación a esto, es fundamental aclarar que el título de esta investigación se refiere a las enfermedades “somáticas” (debidamente definidas en el capítulo “Salud y Enfermedad”) en cuanto corresponde a la realidad del modelo actual de salud enunciarlas de esta manera. Sin embargo, para ser rigurosos, debe reconocerse que esta distinción resulta impropia, según la filosofía en que se inscribe la técnica propuesta.

El segundo punto a considerar, es que los trastornos del funcionamiento no serían categorías fijas y solamente representan al paciente en referencia los procesos actuales. En terapia Gestáltica, la anormalidad es trabajada en función de la salud. (Gutiérrez 2001)

“En el curso de su historia, las teorías de la personalidad se han centrado en los aspectos negativos de esta última, en parte como consecuencia del empleo del «modelo médico», que rotulaba de enfermos o patológicos los problemas que enfrentaba el individuo en su vida. Pero la medicina nunca se interesó por la salud, considerada apenas como la ausencia de enfermedad. Uno de los precios que pagamos por el empleo de la analogía médica es que nos centramos en aquello que aparece con menor frecuencia ante nosotros.” (Fagan y Shepherd 1993:11)

Latner (1994:76) plantea la siguiente definición funcional de salud desde esta perspectiva: **“La integración del organismo y el ambiente a través de adaptaciones creadoras que se llevan a cabo por formación y destrucción de gestalts.”** De esta

definición emanan inmediatamente dos elementos que debieran suponerse en el estado de salud: La integración del organismo al medio y la capacidad de formar y destruir gestalts.

Según este autor, la conducta integrada es requisito previo para el funcionamiento satisfactorio del desarrollo figura fondo, refiriéndose con esto a la posibilidad del organismo de estar presente en su totalidad, es decir de conectar su experiencia en todos los niveles, ya sea sensorial, cognitivo, emocional etc.

En segundo lugar, se encuentra la formación y destrucción satisfactorias de Gestalt, la que surge como criterio central de salud, exigiendo la existencia de gestalts claras y fuertes (Latner 1994). Es decir, requiriendo de la posibilidad de tomar contacto con ellas sin la necesidad de dudar entre la figura y el fondo, lo que en ese momento permitiría satisfacer las necesidades más urgentes del organismo.

Desmembrar todos los aspectos que influyen en la salud, según lo propuesto por esta terapia, resulta casi imposible, ya que todos se dan en interacción y se entienden unos a través de otros. Sin embargo para fines prácticos se intentará esbozar los elementos centrales que están en juego en este proceso. Según Gutiérrez (2001), el enfoque gestáltico considera al menos tres aspectos fundamentales: el paso del apoyo ambiental al autoapoyo; un ritmo de contacto/retirada pleno, fluido y adecuado a la necesidad dominante del individuo y la capacidad de autorregulación del organismo. Estos aspectos se tornan de vital importancia, en cuanto participan de una u otra forma en el proceso de formación de gestalts.

Una de las interrupciones del proceso de formación y destrucción de gestalts, sería la permanente necesidad de un apoyo externo como indicador en nuestra toma de decisiones. Esto se denomina *apoyo ambiental* y supone aun otro decidiendo nuestras propias necesidades o deliberadamente proponiendo las suyas, o simplemente una situación externa a la cual responsabilizar, la que tiende a perpetuar una situación de insatisfacción en los organismos. Es decir, depender de otros aspectos del medio para

que hagan por nosotros lo que podemos hacer solos, perjudica el proceso de formación de una gestalt (Latner 1994). Una conducta saludable entonces, correspondería a un proceso de renuncia a las estructuras que nos dan seguridad, pasando a un nuevo estilo de relaciones con el ambiente en contacto. Esto se denomina **autoapoyo** y deduce un proceso autónomo de responsabilidad individual, en oposición a la dependencia de factores externos (Latner 1994; Perls 1997; Schnake 1999; Gutiérrez 2001)

En segundo lugar, como se mencionó con anterioridad, para crear gestalts que satisfagan nuestras necesidades, tenemos que ser capaces de hacer una opción entre todas nuestras posibilidades. Esto, supone a su vez, reconocer lo que necesitamos, lo cual implica mantenernos en **contacto** con lo que es importante para nosotros (Latner 1994; Gutiérrez 2001). El enfoque gestáltico, propone que para que este contacto sea real, se requiere al menos una suficiente capacidad de darse cuenta y de permanecer en el presente.

El *darse cuenta* (awareness), es un estado de conciencia que se desarrolla en forma espontánea, cuando se enfoca la atención orgánicma en cierta región particular del límite de contacto entre el organismo y el ambiente, región en la que se está produciendo una transacción importante y compleja. Esto implicaría poder diferenciar lo que somos de lo que no somos (diferenciarnos del ambiente) (Latner 1994). "Cuando estamos sanos estamos en contacto con nosotros mismos y con la realidad" (Perls 1997). Por otro lado, este enfoque manifiesta que para tener un "buen contacto" debemos saber y aceptar lo que somos en el momento *presente*, ya que nuestras necesidades reales están en el aquí y el ahora (Latner 1994; Gutiérrez 2001). Este aspecto, se ha desarrollado con mayor detención en lo referido a los principios del mencionado enfoque.

Por último, Latner (1994) plantea que un contacto sano es móvil. Es decir, que debe existir la posibilidad de alternar contacto y separación al pasar de uno a otro repitiendo un proceso fluido, ritmo básico del funcionamiento sano. La flexibilidad en

este enfoque es vista como necesaria, ya que permite acceder nuevas necesidades, cuando las anteriores se han visto satisfechas.

Frente a esto, es importante recalcar que para esta terapia, el tomar contacto con nuestras verdaderas necesidades implica esfuerzo y por tanto no consiste en hacer todo lo que deseamos en un determinado momento. "Tomar contacto con las necesidades más urgentes del organismo" supone a la vez una capacidad del organismo basada en el principio de autorregulación antes mencionado. Por otra parte, cabe señalar que bajo esta perspectiva los conflictos internos y los que se presentan entre nuestras necesidades sociales, son compatibles con un funcionamiento sano. Ya que la naturaleza de este funcionamiento, no estaría dada por la no existencia de conflicto si no por la capacidad del organismo de responder a ellos en congruencia a sus propias necesidades insatisfechas (Latner 1994)

El tercer factor a considerar, es un supuesto básico para que los anteriores coexistan. La autorregulación como principio de este enfoque crea una confianza única en el organismo, lo que es compartido por la totalidad de las corrientes humanistas (Gutiérrez 2001).

En relación a esto, Perls (1996) sostiene que al surgir necesidades simultáneamente, el organismo opera dentro de una jerarquía de valores, razón por lo cual atiende primero aquella necesidad dominante. Esta necesidad se convertiría en figura, concentrando toda la atención. En ese momento, las demás necesidades pasarían a un segundo plano, es decir, retroceden por lo menos temporalmente al fondo. Sin embargo, para que un organismo satisfaga sus necesidades tiene que ser capaz de sentirla, saber de su presencia y de cómo manejarse así mismo y a su entorno, es decir, debe interactuar con el ambiente. En el contexto de la autorregulación del organismo, la relación entre éste y el ambiente es crítica, ya que el organismo y el ambiente componen una unidad interdependiente, en la que el organismo está luchando por regularse así mismo.

Como esto ha sido referido en detalle en el apartado acerca de los principios de la terapia gestáltica, cabe señalar algunas de las implicancias concretas de esta capacidad. Según Gutiérrez (2001), los teóricos de esta corriente plantean que el individuo está en autorregulación cuando analiza, prueba, señala, elige y asimila los juicios de los demás en relación a los propios, rechazando aquello que no se ajuste a él. Además sostiene que la autorregulación organísmica es un proceso natural, basado en el reconocimiento de un conjunto de información sensorial, mental y emocional, relativos tanto a las necesidades internas como ambientales.

Por último, cabe resaltar el papel que el individuo tiene en relación a su salud bajo esta perspectiva. No puede obviarse la clara diferencia entre esta concepción de salud y la del actual modelo biomédico, ya que como punto de partida se insiste en la imposibilidad de separar el organismo de su medio, es decir en este caso al individuo de su entorno natural y psicosocial. Por ende no lo remite a convertirse en sujeto pasivo afectado por un medio, donde su capacidad de acción es ínfima. Es decir, en el caso de la enfermedad, que nos interesa particularmente, le devuelve un *cuerpo inseparable de la experiencia* al sujeto y por ende la responsabilidad al individuo (Schnake 1999, 2001; Gutiérrez 2001). Según Latner (1994:69) esto puede resumirse de la siguiente manera:

“Estar conciente es ser responsable. En la terapia gestalt esta palabra se usa de dos maneras: primero, somos responsables si estamos conscientes de lo que nos está sucediendo. Ser responsable significa, en parte, captar toda nuestra existencia tal como se presenta. El otro significado que nos interesa de la responsabilidad, consiste en que nos hagamos cargo de todos nuestros actos, impulsos y sentimientos. Que nos identifiquemos con ellos y aceptemos todo cuanto hacemos como algo nuestro.”

7.3 Finalidad de la Terapia Gestáltica

En relación a lo expuesto hasta ahora, corresponde hacer referencia al objetivo terapéutico propuesto desde este enfoque. A juicio de la autora, exponer los principales

objetivos de esta terapia, apunta además a contextualizar la metodología de trabajo que será descrita en el próximo capítulo.

Si recientemente se ha hecho referencia a los elementos que integran un funcionamiento sano, no resulta difícil exponer cómo la terapia apunta al reestablecimiento de capacidades que permitan al individuo la resolución de gestalts, a través de la toma de contacto con estos elementos.

Perls (1997). resume lo que expresan diversos terapeutas en este sentido. Plantea que el objetivo de la terapia es darle al paciente los medios con los cuales pueda resolver sus problemas mediante el autoapoyo. Como se ha expuesto con anterioridad, esto tiene directa relación con darse cuenta en todo instante de sí mismo y sus acciones - fantasías, verbales o físicas - lo que le permite ver como se producen sus propias dificultades.

Por tanto la actividad terapéutica consiste en experiencias dirigidas al darse cuenta. Laetner (1994) apunta a lo mismo, refiriendo que el objetivo es que el paciente descubra los mecanismos mediante los cuales aliena parte de sus procesos, evita estar en el aquí y el ahora, fragmenta su personalidad o evita el darse cuenta de sí mismo y del ambiente.

“Esto es lo que se pretende en Gestalt: poner al individuo en contacto consigo mismo, con cada una de sus partes y con el todo. Reconocerse y darse cuenta de que sólo partiendo de aceptar lo que somos cabe el cambiar, mejorar, en una palabra, funcionar más armónicamente” (Schnake 1987:46).

Frente a esto, Enright (1993) sostiene que lo que le corresponde al terapeuta es ayudar al paciente a superar los obstáculos que bloquean la toma de conciencia, de modo que el individuo pueda actuar haciendo pleno uso de sus capacidades. Bajo esta perspectiva, el terapeuta no ayuda directamente en el cambio, si no que ayuda a

reestablecer las condiciones bajo las cuales el paciente puede hacer mejor uso de su propia capacidad para la resolución de problemas. Lo ayuda a descubrir esta capacidad.

Finalmente cabe mencionar que a diferencia de otras modalidades, para los terapeutas gestálticos la terapia sería, antes que nada una actitud mas que un conjunto de técnicas. Esta terapia no se plantea como un enfoque abocado a la modificación conductual, si no que es un abordaje dirigido a la integración total de la experiencia y el crecimiento de la persona (Naranjo 1990; Latner 1994).

PARTE 8. ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO GESTÁLTICO EN PACIENTES CON AFECCIONES "SOMÁTICAS".

8.1 La psiquiatra chilena Adriana Schnake y su propuesta terapéutica.

El enfoque terapéutico que se describirá en el presente capítulo, corresponde a una modalidad de trabajo en terapia gestáltica, denominada "**Diálogos del cuerpo**", que hace algunos años están practicando profesionales y terapeutas formados en esta línea. Se reconoce como gestora de esta propuesta, a la doctora chilena Adriana Schnake Silva, quien se forma como médico psiquiatra en la Universidad de Chile, en donde además practica por un tiempo la docencia.

En los inicios de su formación terapéutica, Schnake se orienta por el conocimiento del psicoanálisis, sin embargo, su interés por acercarse a alguna psicoterapia más acorde a su visión de mundo la lleva al encuentro con la Psicoterapia Gestalt, introducida en Chile por Claudio Naranjo. Su interés y contribución al desarrollo de esta psicoterapia la ha convertido en una de las figuras de mayor importancia de este enfoque en Latinoamérica y países de habla hispana. (Gutiérrez 2001).

Actualmente, es Presidenta Honoraria de la Asociación Gestáltica de Buenos Aires y Córdoba, Miembro de Honor de la Asociación Española de Terapia Gestáltica y Directora y docente del Instituto de Terapia Gestalt Anchimalén en Chile. La mayor parte de su trabajo terapéutico lo realiza en Chiloé, en el sur de Chile, en donde vive desde hace bastantes años. En este lugar existe un centro terapéutico creado por Adriana Schnake y colaboradores cercanos a ella. Allí se realizan trabajos grupales, también parte de la formación de los terapeutas del Centro Anchimalén en Santiago y otras actividades orientadas a encaminar una mejor calidad de vida.

Entre sus obras, se encuentran la publicación de tres importantes libros, en los que desarrolla su visión como terapeuta gestáltica: "Sonia, te envió los cuadernos café: Apuntes de Terapia Gestáltica" (1987), "Los Diálogos del Cuerpo: un enfoque holístico

de la Salud y la Enfermedad" (1997) y "La Voz del Síntoma: del discurso médico al discurso organísmico" (2001).

La propuesta para tratar las afecciones somáticas, consiste en **establecer un diálogo con nuestro órganos afectados, para encontrar a través de estos, algún mensaje desde nuestro cuerpo. En principio, este mensaje tendría relación directa con algún aspecto no reconocido como propio, o bien, en conflicto.** Schnake (1995), expresa que esta modalidad de trabajo cobra sentido desde la gestalt, en cuanto esta terapia recurre a los diálogos para la integración de polaridades, como se describió anteriormente. "¿Como temerle a eso órganos que me fueron presentados con tanto amor? Y años más tarde ¿como no permitir a esos órganos que hablaran, si en gestalt hacemos hablar a los muertos, a los objetos, a todo?" (Schnake 1995:7).

En este mismo sentido, la autora refiere a la necesidad de reposar el cuerpo, y en primera instancia, plantea cómo para ella Perls fue la primera persona que se preocupó por combatir la enajenación del propio cuerpo. Esto al denunciar el hablar en tercera persona al referirnos a nuestro cuerpo o sus partes: *la cabeza, el estómago, el hígado...*, en vez de decir *mi cabeza, mi estómago, o mi hígado.*

Estamos entonces, frente a una propuesta que se inscribe en el modelo de Salud Integral descrito, el que tiene como una de sus ideas centrales la integración de la experiencia del individuo, en oposición a la enajenación a la que queda expuesto en el modelo biomédico.

*"...el enfoque gestáltico que proponemos no es un método para combatir las enfermedades . Es un modo de colaborar con las personas para hacerlas pensar, ya que «la medicina oficial tiene un modo de explicar el proceso de estar enfermo que no considera ni el lenguaje, ni el pensamiento (Huneeus, Francisco 1981). De esta manera sólo pretendemos **favorecer su autoayuda** para reposar su propio cuerpo, **para entregarle el conocimiento de sí que se ha negado**" (Schnake 2001:157).*

En principio, debe señalarse que al igual que todas las técnicas ocupadas en la terapia gestáltica, esta se basa lógicamente en los principios recogidos en el capítulo anterior. Sin embargo, no está demás recordar, que la visión holística debe permanecer presente en todo momento al intentar comprender este enfoque psicoterapéutico, como lo plantea Schnake (1995), al sostener que en cualquier célula está la estructura genética total del individuo, por tanto en cada órgano hay una información total de la persona.

"...en cada célula de ese cuerpo se puede reconocer y denunciar la presencia de toda la persona. Este descubrimiento no puede ser útil solamente para descubrir a un asesino. Es útil también para saber que en cualquier parte de nuestro cuerpo estamos enteros, y por lo tanto, podemos permitirnos escuchar aquella parte que se declara en rebeldía o en huelga, y nos hace chillar de dolor, o incluso sin el menor aviso nos amenaza de muerte (lo cual, es obviamente, un suicidio para ella) "(Schnake 1995:37).

Dado lo descrito hasta ahora, puede suponerse que la actitud frente a la enfermedad, no queda relegada a una situación de pasividad, inmovilidad y espera. Es decir, el sujeto que se encuentra afectado somáticamente, tiene la posibilidad desde esta perspectiva, de conectar su experiencia de vida con este malestar. En este sentido, Schnake (2001) plantea que en la medida que la enfermedad o cualquier síntoma nos detiene, nos obliga a conectarnos con él o la que somos *aquí y ahora*, y nos permite escuchar el lenguaje de nuestro cuerpo. Por tanto, el papel que jugamos al estar enfermos puede volvernó mucho más activos, y en lugar de que la enfermedad sea algo que se "instala casualmente" podemos entender este espacio vital como una posibilidad de aprendizaje.

"Tenemos que escucharla. No podemos pelear con ella sin saber a qué vino. Es una parte nuestra donde ella se ha instalado. Si hay algo que nos pertenece y que nos conecta con todo aquello que nos trasciende, eso es nuestro cuerpo; no lo entreguemos como un paquete en manos ajenas" (Schnake 1995:76).

Finalmente, Schnake (1995) propone entonces que hace falta que las personas pasen a un lugar central en este proceso y que no sólo sean informantes de síntomas. Insiste, por ende, que se debe tratar de comprender alguna señal que indique el "verdadero sentido y significado" de esa enfermedad, para esa persona, en ese momento, y en ese órgano.

8.2 Descripción específica de trabajo con síntomas y enfermedades.

En primer lugar, debe aclararse que esta modalidad de trabajo puede ser utilizada en cualquier tipo de afección somática. Esto, sólo dependerá de la factibilidad de acceder al tratamiento de la persona que consulta, en tanto el trabajo requiere de ciertas habilidades y suponemos que esto no es posible en ciertas enfermedades o en algunos momentos del desarrollo de alguna afección. Se ha utilizado con efectividad en enfermedades, como migrañas, cardiopatías, distintos tipos de cáncer, alergias, dolores musculares, quistes, dolores intrauterinos, dificultades gastrointestinales, asma, artritis reumatoidea, entre otras. (Martínez, entrevista personal, Agosto 2002; Schnake, Apuntes durante una terapia grupal en Anchimalén, Julio 2002)

En cuanto a la duración del trabajo, se ha establecido, a lo largo de la experiencia de los terapeutas que trabajan con este enfoque, que no existe una relación directa entre la gravedad de la enfermedad y el tiempo necesario para alguna mejoría en la persona. Sin embargo, lo que sí se puede correlacionar es la disminución de síntomas o un estado de bienestar en aumento, con la capacidad de darse cuenta de la persona involucrada en el proceso. Esto implica que cuanto mejor sea el contacto de la persona con el "mensaje de la enfermedad", cuanto más integración, más se avanza hacia la salud (Martínez, entrevista personal, Agosto 2002). Debe reconocerse sin embargo, que en muchos casos, cuando la enfermedad se ha instalado modificando seriamente las estructuras corporales, por ejemplo en enfermedades crónicas, el trabajo requerido suele ser más largo. No existe por tanto, una clara definición del número de sesiones que cada enfermedad requerirá para su mejoría, sino que esto sólo dependerá del trabajo individual.

Por otro lado, y en consecuencia con las características de todo el trabajo terapéutico gestáltico, debe mencionarse que éste trabajo se usa en combinación con otras técnicas. Al considerar los diálogos del cuerpo, un modo de acceder al mensaje de la enfermedad, es altamente probable que una vez conocido este mensaje, se utilicen otras modalidades terapéuticas para lograr la integración de lo descubierto (Martínez, entrevista personal, Agosto 2002).

En términos prácticos, generalmente, antes de comenzar al trabajo se realiza algún ejercicio de cambio de roles, para que la persona experimente el estar en el lugar de otros. Más tarde se comprenderá lo necesario de desarrollar esta actitud, para el buen desempeño de este trabajo.

Debe contarse con suficiente espacio físico para que la persona y el terapeuta se trasladen entre tres espacios desde donde hablarán. Generalmente, se usan cojines para que se sienten los participantes, ya que éstos posibilitan mayor movilidad (que una silla por ejemplo) la que será requerida a lo largo de la sesión.

El trabajo se realiza individualmente, es decir entre una persona que consulta y el terapeuta (más un coterapeuta en algunos casos). Esto, sin perjuicio de que otras personas presencien la sesión y se les solicite algún tipo de ayuda, lo que es muy recurrente en Terapia gestáltica, ya que usualmente se trabaja en grupos. En relación a esto Schnake plantea que suele ser de mucha utilidad presenciar este trabajo, sin embargo, insiste en que la actitud de los oyentes debe ser de completa compenetración con su propia experiencia, siendo de más utilidad el registro de las emociones vividas durante la sesión, que un juicio en relación a lo ocurrido (Schnake, Apuntes durante una terapia grupal en Anchimalén, Julio 2002).

Lo que se describirá a continuación son los pasos que deben implementarse durante a sesión de trabajo de diálogos, lo que Adriana Schnake expone en su libro "La voz del Síntoma" (2001). Sin embargo, debe dejarse en claro, que cómo toda técnica

depende mucho de quien la practique, por tanto no es inflexible y su plasticidad se relaciona directamente con la experiencia del terapeuta

1. Identificamos qué duele. Generalmente la persona ya lo sabe. O es el médico quien se lo dijo.

2. Le explicamos a la persona, que para entender algo del posible mensaje, lo que «esto» que duele quiere decirle, necesitamos identificar al que se «queja». Para esto tenemos que «sacarlo» por así decir de dentro de ella. Situarlo «fuera» de ella.

3. Le pedimos a la persona que imagine en frente de ella a ese órgano que duele. Preferimos usar cojines y no sillas, porque es importante que la persona represente con su postura a esa parte con la forma y situación en que se encuentra. Ella tiene que ser con todo su cuerpo ese órgano, como es y para que está en ella. No importa lo mucho o poco que la persona conozca el órgano o la parte que representa, lo básico es que hable y se dirija al que tiene al frente (no al terapeuta o mediador) sino a la persona misma.

4. Cambiamos de lugar a la persona y ahora tiene que ser ella misma hablándole a aquella parte de sí de la que se queja. En este punto es importante observar las actitudes, el tono de voz y el contenido de lo que la persona expresa. Es importante hacer toda la experiencia de ojos cerrados, para evitar que la persona se distraiga con lo que ocurre en el entorno y pueda así concentrarse mejor en el diálogo.

5. El terapeuta o mediador toma el sitio del órgano avisándole a la persona y se describe corrigiendo los errores que la persona cometió o agregando las cosas que no mencionó. Al describirse - el terapeuta - está de ojos abiertos y observando muy atentamente la expresión de la persona, especialmente cuando corrige graves errores. Es en este momento que se hace necesario que la actitud del mediador o terapeuta sea absolutamente fenomenológica. Que observe sin ninguna teoría ni idea previa y

dándose cuenta de la «coincidencia» entre algunas características mencionadas por él y la expresión de aceptación o rechazo por parte de la persona.

6. Volvemos a cambiar de asiento, para que la persona sea de nuevo el órgano y chequear si incorporó las características que le aportamos. Esto no siempre es fácil y hay personas que repiten su descripción inicial, como si jamás hubieran oído lo que dijimos.

En este caso es preciso insistir para que la persona corrija la información. Por ejemplo, nos ponemos en el rol de la persona y le decimos al órgano que le habíamos escuchado otra cosa. Si esto ocurre, tenemos que asumir nuevamente el rol del órgano e insistir preguntando a la persona: ¿Que pasa con ella que no quiere escucharlo? En estas circunstancias nos damos cuenta de lo que vemos habitualmente en las discusiones en una pareja y la dificultad del diálogo. *No se escucha lo que no queremos aceptar.*

7. Cuando la persona ha aceptado que órgano o la parte que habla es como se le dijo, intentamos establecer un verdadero diálogo. Con este fin preguntamos a la persona - siendo el órgano- como es ella y en que se parece a él (el órgano).

Hablamos desde asientos distintos y es en ese momento que *tenemos que tener una capacidad de estar en el Aquí y Ahora muy grande*. Debemos mantenernos con las características de un órgano determinado, sabiendo cual es nuestra función. Con el responder al qué y para qué estoy en este cuerpo, el diálogo se nos hace fácil. Yo no puedo hacer otra cosa que lo que hago y eso es lo que me toca hacer. Aunque la persona de la que soy parte no le gusta ni como soy, ni lo que hago, yo no puedo cambiar. Si me adecuo a sus deseos - aunque sea por un tiempo - me enfermo, funciono mal.

8. Es en este diálogo donde se hace imprescindible tener todas las posibilidades de expresarnos con la amplitud suficiente, buscando palabras y analogías que permitan a la persona darse cuenta cual es el aspecto, la característica de ese órgano que se hace inaceptable y *conectarla con ese aspecto y como alguna vez tener esa cualidad fue positivo.*

9. Una vez logrado esto, la persona se instala nuevamente en el lugar del órgano.

10. Nos quedamos generalmente en el sitio de la persona y reforzamos lo aprendido.

Para una mayor comprensión de lo expuesto, resulta pertinente complementar esta información con el anexo A. que ejemplifica lo anterior, a través de un diálogo de una mujer con su útero.

8.3 Aspectos fundamentales en el trabajo con síntomas y enfermedades.

Desde el entendimiento de que el encuadre teórico gestáltico, descrito en el capítulo anterior, a sido útil en exponer las premisas que sustentan este enfoque psicoterapéutico, se considera necesario ahondar en ciertos elementos, que si bien no son propios de esta técnica en particular, deben mantenerse presentes de forma significativa.

8.3.1 Actitud del terapeuta

“El rol de terapeuta y del posible coterapeuta es tener una escucha total, no sólo a las palabras, sino también a los gestos del paciente. Su función es darse cuenta especialmente de aquellas cosas que enfatiza la persona, y que no necesariamente corresponden a funciones del órgano que está hablando. Debe atender especialmente a aquella característica o función que el paciente no menciona (...) el terapeuta tiene que darse cuenta de lo que faltó o fue ostensiblemente alterado en el relato del paciente, para lo cual tiene que contar con una referencia vivencial-informativa lo suficientemente amplia de todo su cuerpo, y con ello de cualquier cuerpo humano”(Schnake 1995:77).

Schnake (2001), resume en cinco las actitudes básicas que debiera mantener el terapeuta.

En primer lugar, expresa que **la actitud no puede ser en absoluto competitiva con la medicina**. El terapeuta no debería dudar del diagnóstico. Plantea que éste puede tener la certeza de que el diagnóstico médico, es una parte de todo lo que le ocurre a esa persona, pero una parte que está amenazando toda la integridad de ese ser humano.

En segundo lugar, el terapeuta necesitaría **tener una visión general de la enfermedad**, y la capacidad suficiente para hacer una descripción analógica, lo suficientemente amplia para que la persona vaya conectando algunos aspectos no reconocidos de su personalidad, con su dolencia.

La tercera actitud, refiere a que el terapeuta tiene que tener una **noción general, y en lo posible vivenciada, de la características y funciones de él o los órganos afectados**.

"Para poder actuar como mediadores o facilitadores de este encuentro, necesitamos conocer las características esenciales, el funcionamiento básico de nuestro cuerpo. No podemos poner en boca de un órgano supuestas teorías, para desde ahí querer manejar la conducta de una persona " (Schnake 2001:174)

Schnake sostiene, que la persona debe confiar en que cualquier información que se le entrega es válida, que no se le dirá nada *supuesto* o incierto. Por tanto, hablarle como lo haría una parte de él mismo, debe ser desde un conocimiento verdadero, que tiene que ver con el cómo es y con lo que hace ese órgano. Para la autora, esto lo permite el alto nivel de certeza del conocimiento anatómico y fisiológico del cuerpo humano actualmente. Por último, menciona que las analogías usadas, deben corresponder al conocimiento de los aspectos más esenciales e indiscutidos del órgano caracterizado.

En cuarto lugar, propone Schnake, el terapeuta tiene que darse cuenta de que está ayudando a la persona a hacer una exploración sobre ella misma. **No hay lugar para juicios previos, no le está permitido querer «demostrarle» nada a la persona.** Es la persona quien hará sus propios descubrimientos y decisiones.

“El terapeuta actúa sin teorías, sin interpretación alguna. Y especialmente, sin ninguna necesidad de saber nada de la vida del sujeto. Actúa sólo corrigiendo los absurdos de información que ese sujeto pone en boca del órgano afectado” (Schnake 1995:91).

En esto último es enfática y lo describe de la siguiente forma:

“Aceptar el relato tal y como se presenta constituye un refuerzo del sistema alienante. Aceptar el relato tal como se presenta contribuye al mantenimiento del sufrimiento” (Ambrosi, Jean 1984 “La Gestalt Therapie revisitée”) (Schnake 1987:35).

El no teorizar con la persona, supone que la integración orgánica es lo suficientemente intensa para detener por un tiempo lo que mantiene la división (Schnake 1987).

“Que hacer para explicar que justamente lo que se hace es Nada . Sólo ver lo obvio, permitir a la persona que se conecte con lo no advertido por ella y no interrumpir el proceso. Y que para actuar de este modo no necesitamos tener teoría alguna de la personalidad; nos basta saber que tratamos con personas a las que - digan ellas de sí mismas lo que quieran - no podemos negarles el atributo de ser organismos vivos y como tales cumplen las leyes biológicas o pueden cumplirlas, si se los pone en las condiciones naturales aunque sea momentáneamente.”

En este mismo sentido, como el terapeuta tiene que representar «una parte» de la persona, no importa cuanto sepa de ésta y de su relación con los otros. Debe actuar sólo como informante, sin olvidar que no puede existir fuera de ese cuerpo que es el paciente, “el cuerpo del que se queja, que no conoce o niega o que le exige que sea lo

que no puede ser". Esta actitud implicaría humildad y experimentar que la fidelidad y la permanencia no fueron suficientes para que se nos aceptara tal cómo éramos (Schnake 2001).

Para Schnake (2001), esto mismo lleva a experimentar algo muy sanador para el propio terapeuta, ya que durante un momento se siente «algo» que sabe exactamente para que está en este mundo y que sentido tiene su existencia. Se asume como parte de un todo, que tiene un espacio y un sentido definido. No pueden variar los límites, el actuar o la forma.

Por último, se requiere que los terapeutas cambien sus propios condicionamientos, que **dejen fuera el hábito del pensamiento causal** que los hace esperar determinadas respuestas.

Además de estas actitudes consideradas fundamentales, cabe insistir en el actuar en conjunto y no desde la omnipotencia de creer poseer alguna verdad a la cual el paciente no puede acceder.

"...los terapeutas gestálticos hemos pasado a ser especies de "parteros". O sea, o sea ayudamos y asistimos aun proceso que está en marcha y al igual que lo que aprendimos en la escuela de medicina el 95 por ciento de los partos son normales y el otro 5 por ciento, mientras menos es la intervención, mejores son la expectativas de madre e hijo" (Schnake 1987:42).

Para finalizar lo relacionado al terapeuta, debe aclararse que Schnake insiste en que el trabajo debe hacerse en conjunto con la persona y si es necesario con el aporte de la medicina. El no reconocer esto, caería en la misma omnipotencia, que según la autora, poseen muchas de la llamadas medicinas alternativas al prohibir a las personas todo contacto con cualquier otro modo de tratamiento diferente al que ellos proponen.

8.3 2 Polaridades

En el capítulo anterior, se ha hecho referencia a las polaridades, describiéndolas como aspectos fragmentados de la personalidad vivenciados como fuerzas opuestas (Schnake 1993; Perls 1996). En esta modalidad de trabajo, la comprensión de este fenómeno es crucial, puesto que se asume la desintegración en el individuo, manifestada en síntoma corporal, que es posible de reconocer en el diálogo con el órgano afectado.

Schnake (1995), plantea que las características evitadas o no reconocidas de la función de un órgano, son la clave de un conflicto que la persona está negando, evitando o no aceptando por algún motivo. Sin embargo, en ocasiones, no es lo negado lo que aparecería como motivo central, sino las características que la persona le atribuye al órgano y la exigencia de que las cumpla, sin aceptar como es en realidad.

Esta claro, que el reconocimiento de estos aspectos no es algo fácil y para Schnake (2001) la gran dificultad para tener estos encuentros, es justamente, porque lo que necesitamos recuperar o saber de nosotros mismos, no es de fácil acceso a nuestra conciencia. De hecho, sostiene que aún especialistas como médicos, "olvidan" aspectos elementales al pedirles que representen y hablen de las funciones del órgano que conocen, "Y es en ese olvido (como para creer en los actos fallidos de Freud) donde encontramos la clave del mensaje que no se quiere entender" (Schnake 2001:91).

"Ya Freud había mostrado los inauditos trucos que podemos hacernos desde un inconsciente dinámico que participa en nuestra cotidianeidad. Perls prefiere no hablar de inconsciente en los mismos términos que Freud. Para mí será lo inadvertido, aquello a lo que podemos tener acceso si nos concentramos y mejoramos nuestra escucha en el aquí y ahora." (Schnake 2001:175)

En relación esto, Schnake (2001) plantea que las ideas que cada persona tiene de sí misma, que generalmente corresponden a su Yo idealizado, son muchas veces

perturbadoras, y algunas de las características se sitúan en oposición y en desmedro de otras. Esto, para la autora, es responsable de la neurosis y de problemáticas graves arraigadas en la humanidad. En este mismo sentido, Naranjo (1990) sostiene que en la medida que nos desligamos de parte de nuestra experiencia o no reconocemos algunos de nuestros rasgos, no vemos la realidad en torno a nosotros tal como es, si no que distorsionamos nuestra percepción, basados en características de todo aquello que rechazamos en nosotros mismos.

"Nos vemos más como queremos ser, que como somos. Todos aquellos aspectos rechazados o negados de nosotros mismos los criticamos y los vemos magnificados en los demás y ni siquiera no sorprende nuestra perfección" (Schnake 1987:70)

Este mecanismo, que reconocemos como proyección, ha sido ampliamente estudiado. Desde esta línea teórica, se considera proyección cuando la persona atribuye a otros los atributos que rechaza de sí mismo, volviéndose hipersensible o crítico ante la menor manifestación de tales atributos (Naranjo 1990; Enright 1993). Según Naranjo (1990), el individuo se apoyaría en estos medios para el bloqueo transitorio o crónico de la conciencia, permaneciendo en él, amplias regiones enajenadas e inaccesibles que interfieren el flujo vital en lugar de facilitarlos. Por último, Enright (1993) sostiene que la terapia gestáltica, hace menos hincapié que la psiquiatría en las formas más patológicas de proyección, donde el individuo deforma seriamente la realidad, pero insiste en llamar la atención en la exagerada selectividad perceptual de ciertos fenómenos.

En este sentido, cabe ilustrar mediante la siguiente cita, cómo Schnake visualiza la integración de la polaridad negada, mediante el diálogo con el órgano.

"El órgano o la parte enferma habla de muchos modos, y mientras el sujeto no entienda el mensaje, son enemigos. La persona no está haciendo nada que favorezca su cura; está tratando de deshacerse de una parte de sí que jamás comprendió o aceptó del todo. Una parte que tenía en sí características rechazables"

para el sujeto - mejor dicho, para el ego del sujeto - que se ha esforzado tanto y tan duramente en ser lo que es” (Schnake 1995:70).

Para Schnake (2001), en este sentido la efectividad de esta técnica está dada por la eficacia de escuchar una parte de uno mismo expresándose, a diferencia de lo que estamos acostumbrados, cuando escuchamos constantemente voces externas ofreciendo sanación. Expresa, que al llegar a nuestro cuerpo y escucharlo con voz propia (sin ideas o teorías imaginadas por nosotros o un terapeuta), algo cambia.

“...sabemos que basta que una persona se conecte bien con su cuerpo y su sentir y deje por un momento de manipularse intelectualmente para que la gestalt que más urgentemente necesita ser cerrada se cierre de un modo organísmico.” (Schnake 1987:57)

Puede observarse bajo esta mirada, la recuperación del cuerpo a la cual hemos hecho mención anteriormente. Este enfoque abre por tanto, la posibilidad de recuperar lo puesto en manos ajenas, por la vía del diálogo con el propio cuerpo. Schnake (1995) plantea que para ser escuchado, es posible que el cuerpo sólo necesite eliminar el ruido del ambiente para no ser distorsionado por voces que lo quieren organizar según sus propios deseos y necesidades. Desde esta perspectiva, se intenta ayudar a que el ser humano se haga responsable de su enfermedad y se insiste que al percibir a tiempo los mensajes del cuerpo se evitarían consultas y chequeos médicos a los que hemos llevado a nuestro cuerpo como algo ajeno (Schnake 2001).

8.3.3 Finalidad de este enfoque psicoterapéutico.

Si desde esta línea de trabajo, se sostiene que ciertos aspectos de la persona son proyectados en un órgano, provocando desequilibrios en su estado de salud, no es difícil suponer, que la finalidad de este trabajo, apunta a la integración de estos

aspectos en las personas. Por tanto, esta propuesta mantiene total coherencia con el objetivo de la Terapia Gestáltica, descrito en la presente investigación.

En este sentido, Naranjo (1990) manifiesta que asimilar proyecciones es un aspecto fundamental en la terapia gestáltica. Es decir, desde este enfoque se reconoce como esencial, incorporar como parte de nuestra experiencia aquello que hemos estado colocando fuera de nosotros mismos.

*“Queremos facilitar ese encuentro y diálogo entre las personas y que desde ahí se nos haga comprensible la relación, el vínculo real que tenemos con esa parte de nosotros que quiere hacerse escuchar. Cuando le damos voz al síntoma, la mayoría de las veces la relación que podemos descubrir nos sorprende y no podemos decir que se nos haga fácil aceptarla. Sin embargo lo que no dudamos es que ese «otro» (el síntoma o el órgano afectado) que nos habló y que es una parte nuestra, tiene una estructura, una forma y una función que no podemos cambiar según nuestros deseos y tampoco nos es fácil aceptar que sí es una parte mía y nació conmigo: **aunque esa característica no me guste, algo de eso tengo que tener**” (Schnake 2001:80).*

Si bien se ha descrito con precisión, la actitud requerida por el terapeuta durante un diálogo con el cuerpo, cabe resaltar que específicamente frente a las proyecciones, éste debe permanecer absolutamente alerta para devolverle al paciente sus emociones y sus proyecciones. No le permite que responsabilice a otros de lo que le ocurre a él, ni menos aceptar ser el depositario de partes o aspectos del paciente, que éste debe asumir.

Se alude también desde esta posición, a la necesidad del organismo de estar completo, lo que se ha descrito como perspectiva holística. Schnake (2001), plantea que el organismo necesita mantener en armonía una amplia y compleja variedad de elementos, sin poder negarle presencia ni valor a ninguno. Vemos como esto se asemeja a la intención de perspectivas aquí descritas, que aluden al fenómeno de la experiencia humana, como algo inherentemente multidimensional.

“desde cualquier enfermedad que nos aqueje podemos rescatar los aspectos más negados, olvidados y combatidos en nosotros mismos. Es este rescate el que finalmente nos transforma en persona enteras, totales(...) Este ha sido nuestro mayor empeño: permitir que la persona, que se acerca a un terapeuta gestáltico, logre darse cuenta de la relación de totalidad que hay entre ella, sus organismos sus emociones, sus expectativas y las propias teorías que han orientado su vida ” (Schnake 1995:113).

En cuanto a la duración del tratamiento de una afección, Schnake (1987) plantea en primer lugar, que una sola experiencia de esta naturaleza no es suficiente para cambiar definitivamente, pero si, para que una persona se dé cuenta del grado en que se niega partes de sí mismo y como esto puede llegar a alterar gravemente su funcionamiento orgánico. Sostiene además que aun cuando el “mensaje de la enfermedad” sea muy claro y la persona se dedique afanosamente al propio conocimiento y cambio, las estructuras que sostienen el comportamiento son difíciles de transformar. Para esto, propone la continuidad del trabajo en un proceso grupal (Schnake 2001).

“¿Es de utilidad darnos cuenta de qué aspectos nuestros pueden favorecer la presencia de una enfermedad que nos abrumba? Yo me permitiría contestar categóricamente que sí. Aunque no sepamos jamás cual es la influencia de este «darse cuenta», de un modo estadístico, en la mejoría de la enfermedad, podemos darnos cuenta de cuanto es el beneficio de los cambios de personalidad: de la mayor armonía de la persona, del mejoramiento de la relación consigo misma y con su entorno. Es este cambio lo que nos permite hablar, con toda propiedad, de una «mejor calidad de vida»” (Schnake 2001:193).

Finalmente Schnake (1995) expresa que si se ha iniciado un proceso que la biomedicina puede ayudar a revertir adecuadamente, se debe continuar. Pero insiste en que la persona debe estar conciente que esto la ayuda sólo en un aspecto de su mejoría.

"Me horrorizaría pensar que agrego o pretendo agregar otro «tratamiento de las enfermedades» más a la lista de la Medicina Alternativa. Si con nuestro enfoque desaparecen síntomas o signos o enfermedades que perturban a una persona, es porque el mensaje de esa enfermedad fue entendido, y en esa persona el cambio total se operó. En muchos casos, si se la trata como una verdadera mensajera de la salud, la enfermedad - cuando no ha producido cambios estructurales de importancia - se retira luego de cumplir con su objetivo. Y lo hace tan misteriosamente como vino" (Schnake 1995:70).

8.4 Resumen de un Caso Clínico

Para ejemplificar la técnica descrita en la presente investigación, se cita una experiencia clínica del psicólogo Antonio Martínez⁵, ya que corresponde a un caso cercano a la realidad de la psicoterapia en nuestro medio. La información proviene de una entrevista realizada a él durante el mes de Agosto del año 2002, en la "Escuela de Psicoterapia Gestalt, Anchimalén", en Santiago de Chile.

El paciente es un hombre de 35 años de edad, soltero, ocupa un cargo gerencial en una empresa en Santiago. Al momento de la terapia vive solo y mantiene una relación de pareja estable. Llega a consultar con un diagnóstico médico de Artritis reumatoidea, que data de dos años aproximadamente, a la fecha de su primera consulta con el psicólogo. El paciente se encontraba en tratamiento con antiinflamatorios en altas dosis. Los datos corresponden a la fecha en la que se inició la psicoterapia gestáltica.

El **motivo de consulta** es "comprender su Artritis". Sabía de la existencia de la técnica, ya que había leído un libro de la Doctora Schnake. En el momento de la primera entrevista y durante el proceso de psicoterapia Gestáltica, el paciente estaba asistiendo a una terapia de corte analítico con otro profesional. Se estableció una metodología de trabajo quincenal en común acuerdo a las necesidades del paciente. El trabajo con Antonio Martínez se extendió a lo largo de un año, durante el año 2000.

Para una mayor comprensión, del caso debe explicarse brevemente en que consiste esta enfermedad.

La artritis reumatoide, es una enfermedad en la que se inflaman las articulaciones produciéndose dolor y dificultad para el movimiento. Además se pueden lesionar otras partes del organismo. Tiene una duración variable, irregular y en general larga, por lo que se dice que es

⁵ Psicólogo Clínico Universidad de Barcelona, (revalidación de su título en la Universidad de Chile), acreditado como Clínico Supervisor y Subdirector de la "Escuela de Psicoterapia Gestalt, Anchimalien"

una enfermedad crónica. Las molestias y limitaciones que esta enfermedad ocasiona, varían mucho de un enfermo a otro.

La queja más frecuente en esta enfermedad, es el dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo. Este dolor, es consecuencia de la inflamación de las articulaciones y con frecuencia se puede ver la hinchazón a simple vista. Las articulaciones dañadas con más frecuencia son las de las muñecas, los nudillos, articulaciones de los dedos, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies. La inflamación mantenida y no controlada puede acabar dañando los huesos, los ligamentos y los tendones que hay alrededor. La consecuencia será la deformidad progresiva de las articulaciones y la pérdida de la capacidad para hacer algunas tareas de la vida diaria

El tratamiento medicamentoso de la artritis reumatoide, incluye un grupo de fármacos que sirven para aliviar el dolor y la inflamación a corto plazo, lo que sirven para bajar la inflamación y sobrellevar el dolor, pero no para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo. En este grupo, entran los llamados antiinflamatorios y los corticoides (Sociedad Española de Reumatología 2002).

En lo que respecta al proceso terapéutico, cabe resaltar que si bien es importante conocer el diagnóstico médico, lo que resulta fundamental es la descripción que el paciente logra hacer de sus órganos afectados y lo que de ahí se extraiga. El hecho de que exista un problema con las articulaciones no califica al terapeuta para suponer lo "no resuelto del paciente".

En este caso se trabajó en una primera sesión con un **diálogo del paciente con sus articulaciones** y desde ahí se descubre el tema central, que fue trabajado durante el resto de las sesiones, mediante otras técnicas gestálticas, que permitieron profundizar en esto.

Durante la entrevista al psicólogo se aclara que fue posible entrar directamente al trabajo ya que el paciente llegó altamente motivado para trabajar específicamente su enfermedad, frente a lo cual el profesional no consideró la necesidad realizar algún tipo de anamnesis minuciosa.

El tema no resuelto que se observa durante el diálogo es su **"dificultad para conciliar entre dos opiniones diferentes"**. Para obtener una mejor comprensión de esto se cita a Martínez durante la entrevista⁶ *"Las articulaciones para poder articular dos elementos muy distintos y fuertes, tienen que mantener una separación, es decir, lo blandito, a veces el líquido, el cartilago, deben mantener una separación entre un hueso y otro con elementos lubricantes, espacio, para que se pueda dar el movimiento, es decir... conciliar. La articulación concilia dos huesos, pero manteniendo la separación. Su idea de conciliar (del paciente) era negando las diferencias, es decir manteniendo una unidad, haciendo de los dos huesos uno".* Esto surge del darse cuenta y el vivenciarse como órgano. *"El tema de conciliar dos elementos era algo relevante para él. Lo importante era que la articulación lo hacía distinto a él, mantenía la diferencia y él sólo unía y negaba la diferencia".*

⁶ Lo escrito en letra cursiva es cita textual del entrevistado.

A partir de esto, se trabajan distintos elementos, entre ellos sus relaciones de pareja y familiares y se va observando cómo efectivamente existía una gran dificultad de poner un límite o una separación frente a un criterio distinto *"tu estás aquí yo estoy allá, tu tienes esta opinión yo tengo esta, y eso es posible y podemos seguir amándonos sin ser amenazante, no tenemos porque rompernos, por que la vivencia de chico era que eso no podía ser. De hecho, hubo un momento en que él quería irse de la casa, romper..., y finalmente, tras hablar con su hermano decidió quedarse, y el quedarse era de nuevo eliminar las diferencias, no sólo de él con los otros si no de otros con otros, papá con mamá, mamá con hermano, eliminar las diferencias, la disimilitud, por que eso para él implicaba pelea."* Se observa como esto es un comportamiento generalizado en distintas relaciones y situaciones y a partir de esto se trabaja con estos elementos sin necesidad de volver a ser articulación. *"la articulación como tal, como órgano, lo mencionábamos como un elemento comparador y de repente lo mencionaba como un elemento de ¿cómo me está yendo en cuanto al dolor?, por lo tanto la inflamación. Si baja la inflamación se supone que está bajando también el ataque del sistema inmunológico en contra la articulación, es decir estoy atacando menos la articulación porque la reconozco como mía".*

Mientras transcurría la psicoterapia, se fue constatando una menor necesidad de antiinflamatorios *"él responsabilizó a la terapia que estábamos haciendo parte de la mejoría, porque no es que él estuviera empezando a tomar antiinflamatorios cuando me conoció, llevaba tomando antiinflamatorios desde hace mucho tiempo y efectivamente hubo una reducción del dolor y molestias en sus articulaciones(..). Y no se demoró tanto, fue como al mes y medio, tres cuatro sesiones. Esto porque rápidamente salió lo de la conciliación y estaba muy motivado justamente por el dolor".* Durante todo el proceso el paciente se adhirió muy bien a la terapia y observaba como efectivamente trataba de negar la diferenciación que para él era equivalente a pelear. Además, se fue dando cuenta cómo esto lo hacía "dejarse de lado" por miedo a mostrar algún punto en desacuerdo y perder la aprobación en la mayoría de sus relaciones. *"Él estaba como muy presente con lo que veíamos, hacía todo un trabajo él solo y llegaba a la siguiente sesión: oye me he dado cuenta de esto, que importante lo que vimos, me ha pasado esto..."*.

El proceso terapéutico se finaliza de común acuerdo sin que los dolores desaparezcan por completo, ni dando por supuesto que el tema trabajado estaba completamente resuelto *"Si bien durante ese año se fue dando mucha cuenta, no se produjo un gran cambio en él en esto y él relataba como que todavía le faltaba más proceso de madurar. Ahora, como el vino no para una terapia si no para una comprensión de lo que era la enfermedad, llegó un momento que yo le planteé : Bueno, yo creo que el objetivo de lo que tu viniste cuando nos vimos para mí está, ¿no se para ti?... me dijo que también estaba, que el comprendió perfectamente, sintió cambio, sintió menos dolor, algunos cambios en aspectos de su vida".* Frente a esto, el psicólogo considera que el cambio necesario requería de un trabajo más largo para consolidarse y le propone trabajar en algún grupo de terapia, donde él pudiera estar frente a un otro que no es un terapeuta y continuar el proceso mediante esta posibilidad.

La última sesión se vuelve a realizar un diálogo *"el asume mucho más claramente la posibilidad de ser articulación y de mantener la distancia y esa distancia, esa no unión, implica poder mantener la diferencia , poder articular, poder armonizar, poder conciliar"*. Se observa desde este trabajo, cómo el paciente es capaz de integrar estos aspectos más fluidamente, vivenciando la capacidad de conciliar como algo que le pertenece. Además, del discurso mismo asumido en el diálogo, se observó corporalmente una diferencia en el paciente al ponerse en el lugar de su articulación, que lo mostraba más compenetrado con las características de la misma, *"todo esto implicaba también mucho más expresividad, mucho más incluso energetización, como más vitalidad en tono de voz, en la postura, porque justamente esa vitalidad era expresión de él y si él mostraba eso podía generar una diferencia con otro..."*.

Desde aquí, se puede mencionar que la terapia había cumplido su objetivo en relación a entender la enfermedad, aumentar la comprensión de sí mismo, para entender cual era el mensaje, *"el cambio que le pedía su dolor"*, que camino seguir. Cabe mencionar, que el darse cuenta más grande que hubo en esta terapia no ocurrió a nivel corporal, si no más bien a nivel relacional. Esto lo menciona el entrevistado considerando que según lo observado por él, el paciente no cambia significativamente la relación que mantenía hasta el momento con su cuerpo, si no más bien pone atención sus relaciones y el cambio que describe se manifiesta más abiertamente en es ámbito a diferencia de lo que ocurre en otros casos. *"Si esta persona por ejemplo empezara a observar al cuerpo, al cuerpo, al cuerpo y si por observar al cuerpo hubiese dejado de observar las relaciones, yo creo que no hubiese servido, por que lo que le servía en este caso a él era un tema relacional, el cuerpo era el síntoma que le informaba de que algo estaba mal, pero el tema importante era el tema de "¿qué hago yo con el otro? ¿sigo siendo como una especie de camaleón? ¿me disfrazo? Y ahí no genero diferencia y supuestamente nos armonizamos"*

PARTE 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación teórica, se ha intentado ilustrar diversos elementos, que muestran a la metodología propuesta como un aporte a un tratamiento integral de las enfermedades. A continuación, se realizará una reflexión en torno estos elementos, con la intención de visualizarlos como un conjunto de conocimientos, que se integran para dar sentido al objetivo de esta investigación.

En primer lugar, ha sido posible observar, cómo los conceptos de salud y enfermedad son totalmente dependientes del contexto de donde emergen, lo que lleva a considerarlos como altamente dinámicos. Por tanto, distintas definiciones expuestas en esta investigación, no coinciden en establecer la salud como un estado definido del ser humano. Por un lado, esto permite reflexionar acerca de la importancia de la experiencia sociocultural en la vida de los individuos, y por ende en la enfermedad, y por otro lado reconocer, que como la salud no es un concepto unívoco y a lo largo del tiempo ha variado, estamos frente a la posibilidad de continuar enriqueciéndolo con nuevos conocimientos.

En esta investigación, la revisión de los conceptos mencionados, ha permitido visualizar cómo los cambios en el modo de concebir la causa de la enfermedad, están ligados estrechamente a avances en medicina y salud pública. Es decir, que bajo cada supuesto de lo que es la salud, se construye un modelo que guiará el accionar de las sociedades en este sentido. Es así, como luego de un largo desarrollo a través de la evolución humana, nos encontramos hoy en día con un modelo de salud denominado "Biomédico". Este modelo, nace en un contexto de grandes descubrimientos, en donde el hombre supone ser capaz de controlar a la naturaleza y llegar a conocer objetivamente todo lo que le rodea. En este sentido el cuerpo pasa a ser parte de "lo natural" y de "lo que lo rodea". Esta actitud que si bien hoy podría catalogarse de soberbia, tiene un claro contexto desde donde emerge y es lo que hemos descrito como Paradigma Tradicional.

Sin desmerecer los logros que el modelo tiene, la intención de esta investigación ha sido demostrar teóricamente, que dados los emergentes conocimientos, ha llegado un punto en el cual deja de satisfacer las necesidades de la población, solo gracias a las cuales tiene sentido, y comienzan a observarse sus falencias en distintos órdenes. Escapa a los fines de este estudio, reflexionar en torno a muchas de las limitaciones que se describen de este modelo. Sin embargo, lo que nos parece más coherente, es referirnos al reconocido abandono del cuerpo, al que quedan expuestas las personas.

No son escasos los autores que han hecho mención de este fenómeno, caracterizándolo como una situación grave, que debe ser urgentemente transformada. Esto, porque supone pérdida de libertad del individuo en tanto no se le reconoce como un ser autónomo y se le deja absolutamente dependiente de otro, que en este caso es el médico experto, el que "sabe" lo que es mejor. En este mismo sentido, investigadores de las ciencias sociales, naturales y de las propias ciencias médicas, han establecido que al dejar de lado la corporalidad, se pierde la posibilidad de que las personas hagan una

conexión de sentido entre su enfermedad y su vida, perdiéndose así una oportunidad que se presenta para mejorar la calidad de ésta última.

No es difícil entender, que esto atiende una vez más a la cosmovisión que sostiene al actual modelo biomédico, entonces nos encontramos una y otra vez, con la imposibilidad de analizar una realidad, sin hacer mención al lugar desde donde emerge el discurso. Como se ha hecho mención, este modelo de salud, se crea en un momento de la humanidad donde el hombre es investido de un poder que antes no había tenido, un poder cuyos únicos límites estaban en la posibilidad técnica de acceder a la "verdadera" naturaleza. Desde aquí, se hace más fácil comprender la posición del médico, que frente a la posibilidad del conocimiento total del cuerpo, no hace más que ocupar el lugar que la sociedad le otorga. Por otro lado, los pacientes ponen todas sus esperanzas en manos del profesional, pues considerando que la sobrevivencia es indiscutiblemente significativa, resulta fácil entregarnos frente a la promesa de alejarnos del dolor o la muerte.

Esta situación, que ha sido ampliamente estudiada, ha propiciado cambios en las actuales políticas sanitarias y en este momento se está intentando validar un modelo denominado Bio-psico-social, el cual insiste en la imposibilidad de separar las experiencias biológicas, psicológicas y sociales en los individuos. Sin embargo no existe una definición clara del marco general desde donde dan sentido a estos conocimientos. Lo que hace suponer que intentan explicar la multicausalidad desde el mismo paradigma moderno. Sin embargo, resulta poco riguroso referirse al respecto, ya que durante la presente investigación no se ahondó en esta temática. Lo que si cabe reconocer, es la validación hecha desde aquí, al intento de comprender la experiencia humana como un conjunto de elementos interrelacionados, imposibles de aprehender por separado.

Por otro lado, a través de la revisión del enfoque psicosomático, puede establecerse que es una aproximación desde la medicina al intento de unir las realidades mental y corporal, consideradas separadas en el modelo Biomédico. Lo que de acá se extrae, es por un lado la primera introducción del sujeto al discurso médico, que se logra al relacionar las vivencias afectivas con sintomatologías corporales. Sin embargo, no se logra avanzar hacia una comprensión integrada de la experiencia de las personas, ya que se sigue sosteniendo un discurso dualista, donde las causas que antes podrían ser orgánicas ahora se volvían psicológicas.

En cuanto a la Psicología de la Salud, se instala como un quiebre al modelo clínico tradicional, e intenta dar cabida a la participación de las personas, en los procesos que rodean la experiencia del enfermar. Desde aquí surgen múltiples investigaciones, que apuntan a validar una posición más activa y considerablemente más autónoma en las personas, haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud, por sobre los tratamientos. Es decir acercando conocimientos a las personas, para que en su accionar diario sean capaces de mejorar su calidad de vida. En este sentido, el aporte se vuelve fundamental en tanto recuperación de la corporalidad. Debe aclararse sin embargo, que en la bibliografía revisada, no hay una intención manifiesta en los autores de situarse en un paradigma diferente al moderno.

Resulta interesante observar, como desde las distintas áreas del conocimiento revisadas, se insiste en la necesidad de recuperar un cuerpo dejado de lado durante largo tiempo, lo que a su vez supone una forma de aprehender la realidad radicalmente diferente a la del Paradigma Tradicional. Es así como llegamos a encontrarnos con una propuesta que se sitúa en otro marco de referencia, el cual le permite dar sentido a una innumerable gama de conocimientos que rebasan los supuestos del paradigma moderno.

La denominada "Medicina Integral" se sitúa en una posición totalmente diferente al modelo actual, ya que parte de la base de la imposibilidad de entender los fenómenos separados de la experiencia de quien los percibe, por tanto no supone al cuerpo y la mente como experiencias separadas. El modo de concebir la enfermedad entonces, es también diferente, como también el papel del enfermo y el médico. Desde aquí, la enfermedad contiene pleno sentido en la vida de las personas, y la toma de conciencia de este sentido, es la base para la recuperación de toda afección.

Es en este momento, donde cabe hacer referencia al enfoque terapéutico gestáltico descrito en esta investigación. Este, surge en concordancia con los principios de la Terapia Gestáltica, que a su vez se sitúan también en el nuevo paradigma. La propuesta de Adriana Schnake, consiste primordialmente en recuperar el cuerpo que hemos dejado en manos de la medicina, y para esto es enfática en señalar a las sintomatologías corporales como una señal que debe ser atendida. Esto, sin embargo, sólo adquiere sentido, en tanto es una otra forma de llegar al autoconocimiento, a la autoconciencia, que para la Gestalt es básica en un estilo de vida saludable.

Bajo los supuestos de la Gestalt, el fenómeno humano no puede atenderse sólo desde una perspectiva, sino que deben incorporarse distintos niveles en la comprensión de la totalidad de la experiencia. Lo que Schnake hace entonces, es tratar de incorporar al cuerpo en esta lectura. Desde esta premisa, se asume que en un órgano alterado en su fisiología, pueden "alojarse" algunas características que la persona no acepta de sí mismo. Sin embargo, la comprensión de esto, sólo puede surgir una vez internalizados los principios de la terapia Gestalt que se han expuesto.

Finalmente, lo más relevante de mencionar respecto a esta técnica puede resumirse en los siguientes puntos:

1. La intención de recuperar el cuerpo, lo que se encuentra en total concordancia con una vasta gama de conocimientos en ese sentido. Esto permite, una mirada en extremo diferente al enfermar, ya que otorga responsabilidad a las personas frente a su proceso, no con la intención de culpabilizarlos sino, más bien intentando darles la posibilidad de ser más activos en la recuperación de su salud. Esto último, no se considera desde la Gestalt como volver simplemente al estado anterior al malestar, sino que se visualiza como una amplitud de conciencia, que apunta a mejoría en la calidad de vida. Finalmente, puede suponerse que investir de autonomía a las personas, las ubica en un rol menos dependiente, lo que idealmente apunta a que disminuyan las consultas médicas excesivas y a que antes de correr en manos de otro nos detengamos a pensar.

2. En segundo lugar, desde aquí se apunta a una integración de todos aspectos de la experiencia humana, no ha desmerecer a unos en favor de otros. Por tanto, la propuesta incita al trabajo en conjunto, de distintos saberes y de la comunidad, no a que unos pocos sean los que "saben", lo que los ubica en un lugar de poder.
3. Por último, debe quedar en claro, que este enfoque se presenta como parte de un largo proceso de conocimiento de los humanos en su medio y por tanto, no pretende ser "la verdad", sino que un aporte en la comprensión de nuestra experiencia. Por tanto, desde aquí no surge la necesidad de desmerecer otros aportes en torno a la salud, hechos hasta ahora, sino que la lógica implícita es aprender a integrarlos, en la búsqueda del bienestar mutuo.

Por cierto, quedan muchas interrogantes, en relación a los procesos en juego en torno a la salud y la enfermedad. En lo que respecta a la investigación presente cabe reconocer algunas limitaciones de esta, que principalmente se basan en las características propias del conocimiento. Con esto pretendo expresar, que una vez que se intenta comprender un fenómeno, se sabe que es desde una perspectiva limitada, en el tiempo y en el espacio. Lo que implica, que todo intento de describir algo, es sobre la base de que forma parte de un proceso en continua transformación. Esto es lo que da cuenta la revisión bibliográfica realizada, ya que constantemente, unas ideas se van retroalimentando con otras, u otras se niegan entre sí dificultando la posibilidad de ordenar coherentemente la información.

Por último, se considera también una limitación de esta investigación, la falta de una fuente oficial, que permita hacer referencia a las actuales políticas sanitarias en nuestro país. Lo que podría permitir complementar la información acá entregada, con el contexto en el que nos insertamos como profesionales de la salud. Sin embargo, la experiencia clínica de los entrevistados, da cuenta de una transformación hacia una integración de distintos niveles de experiencia, que aún se encuentra lejos de ser una política gubernamental.

PARTE 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdussalam, M. (1995) "Medicina Integral versus Medicina Dominante" [En Línea] http://www.verdeislam.com/vi_01/vi_106.HTM#01 [Junio 2001]
- Bilbao, M. y Leiva L. (1999) "Índice de Bienestar Subjetivo en Jóvenes Urbanos de la Región Metropolitana. Un estudio descriptivo exploratorio" Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Bernard, M. (1994) "El Cuerpo: un fenómeno ambivalente" Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica S.A. 2 Reimpresión
- Bertherat, T. (1998) "El cuerpo tiene sus razones" México, Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Bustos, R. (1998) "Las enfermedades de la Medicina. El sacrificio del sujeto en las prácticas médicas modernas" Santiago de Chile, Ediciones Chile América CESOC.
- Casullo, M. (2000) "Cuerpo , Lenguaje y Afectos" Dinámica. Revista de la Asociación Argentina de Psiquiatras. [en línea] http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/Vol2/6/dinami06_08.Htm [Junio 2001]
- Capra, F. (1993) "La nueva visión de la realidad" en Grof "Sabiduría Antigua y Ciencia Moderna", Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial
- Chiozza, L. (1975) "El psicoanálisis y la Medicina" Discurso de inauguración del Encuentro Argentino-Brasileño sobre "Contribuciones Psicoanalíticas a la Medicina Psicosomática" [en línea] <http://www.funchiozza.com/libros/lugar/capitulo1.htm> [Junio 2001]
- Dethlefsen, T. y Dalhke, R. (2000) "La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento profundo de las enfermedades". Barcelona, Plaza Janés. 10 Edición
- De Miguel, J. (1980) "Antropología Médica en España", Barcelona, Editorial Anagrama.
- Díaz, M. y Penjean, A.(1996) "Aportes del enfoque Cognitivo Conductual a la conceptualización y manejo del Dolor Crónico Lumbar" Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Echeverría, R. (1993) "El búho de Minerva. Introducción a la Filosofía Moderna", Santiago de Chile, Dolmen Ediciones. 2 Edición

- Enright, J. (1993) "Introducción a las técnicas gestálticas" en Fagan, J. y Shepard, I. (compiladoras) "Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica" Buenos Aires, Amorrortu editores S.A..
- Fagan, J. y Shepard, Y. (1993) (compiladoras) "Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica" Buenos Aires, Amorrortu editores S.A.
5 Reimpresión de Edición en castellano.
- García, R. (2001) "Reflexión acerca de las enfermedades Psicosomáticas" [en línea] http://perso.wanadoo.es/franciscomp/Art_Rosa_Irene.htm [Junio 2001]
- Garrone, O. (1998) "La psicosomática, nuevas perspectivas" Tatuajes, Revista de Psicosomática en formato digital [en línea] <http://psicomundo.com/tatuajes/tatuajes1.htm> [Junio 2001]
- Goic, A. (2000) "El Fin de la Medicina" Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo.
- Grau, J. (1999) "Psicología de la Salud en América Latina" en Luzoro "Psicología de la Salud", Chile: Colección Universidad de Chile. Bravo y Allende Editores.
- Grof, S (1993) "Sabiduría Antigua y Ciencia Moderna", Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial
- Gutiérrez, F. (2001) "Conceptos de Salud y Enfermedad en la Terapia Gestáltica: desde lo teórico a lo clínico" Memoria para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Gyarmati, G. (1999) "Salud y enfermedad: hacia un paradigma Biopsicosocial" en Luzoro "Psicología de la Salud", Chile: Colección Universidad de Chile. Bravo y Allende Editores.
- Hardy, H. (1992) "Ciencias Sociales y Medicina: una experiencia personal" en Ciencias Sociales y medicina: Perspectivas Latinoamericanas Lolas, F. et al (Editores), Chile, Editorial Universitaria.
- Junge, P. (2001) "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica" Presentación en el Cuarto Congreso Chileno de Antropología [en línea] [Abril 2002] <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html>
- Latner, J. (1994) "Fundamentos de la Gestalt" Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial.
- Lolas, F. et al (Editores) (1992a) "Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas Latinoamericanas" Chile, Editorial Universitaria.

- Lolas, F. (1992b) "Las transformaciones de la medicina: Modelo Farmacéutico y Ciencias Sociales" en "Ciencias Sociales y Medicina: Perspectivas Latinoamericanas" Lolas, F. et al (Editores), Chile, Editorial Universitaria.
- "La Perspectiva Psicosomática en Medicina. Ensayos de aproximación" Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995.
2 Edición
- "Más allá del cuerpo", Chile, Editorial Andrés Bello, 1997..
- Luzoro, J. (1999a) "Psicología de la Salud" Santiago de Chile, Colección Universidad de Chile. Bravo Allende Editores.
- (1999b) "Psicología de la Salud: Antecedentes próximos" en Psicología de la Salud" Santiago de Chile, Colección Universidad de Chile. Bravo Allende Editores.
- Martínez, A. (2001) "Bases teóricas de la Gestalt" apuntes del curso de Actualización de Postítulo "Psicoterapia de orientación humanista en adultos" Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- Martínez-Donate, A. y Rubio, V. (2001) "Enfoque Bio-psico-social de la Salud" Publicaciones de la Universidad Autónoma de Madrid [en línea] www.adi.uam.es/~victor/salud/bibliog/Salud.doc [Junio 2001]
- Medina, E. (1981) "Medicina Tradicional chilena: un estudio sobre manifestaciones y significados del sistema médico popular urbano y rural, como recurso no oficial de salud" México, Universidad Iberoamericana.
- Montero, J. (1992) "Expandiendo el paradigma médico. Propositiones para cambios a nivel de la educación médica" en "Ciencias Sociales y medicina: Perspectivas Latinoamericanas" Lolas, F. et al (Editores), Chile, Editorial universitaria.
- Muñoz, M. (1997) "La psicoterapia Gestalt y el nuevo paradigma científico" Revista Figura Fondo [en línea] ww.ihpgestalt.com.mx/revista/art21.html [Junio 2001]
- Najmanovic, D. (2001) "El sujeto encarnado y la multidimensionalidad de la experiencia" Clase 4 del Seminario "Fronteras de la Corporalidad" organizado por PsicoNet [en línea] www.edupsi.com/index2.htm <http://edupsi.com/index2.htm> [Diciembre 2001]
- (2002) "El cuerpo entramado" Clase 5 del Seminario "Fronteras de la Corporalidad" organizado por PsicoNet [en línea] www.edupsi.com/index2.htm <http://edupsi.com/index2.htm> [Agosto 2002]

- Naranjo, C. (1990) "La Vieja y Novísima Gestalt. Actitud y Práctica". Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial.
- Payán, J. (1998a) "El acto médico ante lo holístico" artículo de internet [en línea] (www.geocities.com/jrio2/amh.htm) [Enero 2002]
- Payán, J. (1998b) "El diagnóstico, críticas y posibilidades" artículo de internet [en línea] (www.geocities.com/jrio2/dcp.htm) [Enero 2002]
- Payán, J. (1998c) "Posibilidades para un diálogo de saberes" artículo de internet [en línea] (www.geocities.com/jrio2/ds-l.htm) [Enero 2002]
- Pineda, G. (1999) "Discurso de incorporación como miembro de Número de la Academia de Medicina del Instituto de Chile" [en línea] (www.uchile.cl/instituto/medicina/boletin/boletin36/disc5.html) [Diciembre 2001]
- Prat et al (1980) "en de Miguel, J. "Antropología Médica en España", Barcelona, Editorial Anagrama.
- Perls, F. (1990) "Sueños y Existencia. Terapia Gestáltica". Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial. 7 Edición
- (1997) "El enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia", Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial. 9 Reimpresión
- "Dentro y Fuera del Tarro de la Basura. Autobiografía", Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial, 2001. 13 Edición
- Restrepo, L. (1996) "Violencia médica I y II" artículos del libro "Semiología de las prácticas de Salud", [en línea] (www.geocities.com/jrio2/vm-ii.htm) [Enero 2002]
- Riera, J. (1985) "Historia, Medicina y Sociedad", Madrid, Ediciones Pirámide,
- Rosso, P. (1999) "El pensamiento médico del siglo XIX: los obstáculos para la incorporación del método científico" Discurso de Incorporación como Miembro de Número de la Academia de Medicina de Chile. [en línea] (www.uchile.cl/instituto/medicina/boletin/boletin36/disc3.html) [Diciembre 2001]
- Sánchez, A. (1996) "Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas: métodos de intervención". Barcelona, Editorial Barcelona.
- Schnake, A. (1987) "Sonia: te envío los cuadernos café" Argentina, Editorial Estaciones.

(1999) "Los Diálogos de Cuerpo. El enfoque holístico de la enfermedad". Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial. 4 Edición

(2001) "La Voz del Síntoma". Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial.

Sociedad Española de Reumatología [en línea]

http://www.ser.es/pacientes/art_reuma.html [Septiembre 2002]

Spagnuolo de Lummato, A. (2000) "Medicina Psicósomática" [en línea] en Revista de la Asociación Argentina de Psiquiatras.

http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/Vol2/6/dinami06_10.htm

[Junio 2001]

Stevens, J. (1996) "Esto es Gestalt" Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial. 10 Edición

(1998) "El Darse Cuenta. Sentir Imaginar Vivenciar". Santiago de Chile, Cuatro Vientos Editorial. 19 Reimpresión

Varela, F. et al. (1997) "De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana", Barcelona, Editorial Gedisa S.A. 2 Edición

Wallen, R. (1993) "Terapia gestáltica y psicología de la gestalt" en Fagan, J. y Shepard, I. (compiladoras) "Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica" Buenos Aires, Amorrortu editores S.A.

ANEXO A.

TRANSCRIPCIÓN DE UN DIÁLOGO DE UNA MUJER CON SU ÚTERO.

Corresponde agradecer a la persona que facilitó esta información. Ésta, es una transcripción de una experiencia terapéutica realizada por Adriana Schnake durante el año 2000. Por razones obvias, no se nombra a la persona por su nombre real.

ANEXO B.

FICHAS CON DESCRIPCIONES FISIOLÓGICAS, VIVENCIADAS Y ANALÓGICAS DE ALGUNOS ÓRGANOS.

Este material, fue extraído del trabajo Tesis de alumnas de la Escuela de Terapia Gestalt Anchimalén. El original lleva por nombre "Los órganos hablan..." y fue confeccionado como material de apoyo para el trabajo gestáltico con las enfermedades. Sus autoras son Lieve Daeren, Teresa Escobar, Marcela Hernández, Sylvia Rittershausen y Marcela Wilson.

Se agradece por tanto, la posibilidad brindada por las autoras, de contar con este trabajo para ilustrar de otra forma lo descrito en la investigación.

A. DIÁLOGO DE UNA MUJER CON SU ÚTERO

T: Eres el útero de Paula, cuéntale a Paula como eres.

P(como útero): Yo soy un órgano pequeñito, del porte de una mano, estoy ubicado aquí en tu pelvis, tengo una forma triangular, con el vértice hacia abajo y de los dos ángulos de arriba nacen unos bracitos con uno deditos que están cerquita de unos vecinos míos que se llaman ovarios (*toda la descripción se acompaña por expresiones del cuerpo que afirman lo dicho*). Estoy cubierto por una capa cerosa y adentro tengo una capa muscular y más por dentro una mucosa y cuando estoy cerradito tengo un espacio como virtual. Y abajo me conecto con la vagina, como que me agarra la parte del vértice. Bueno y ahí estoy... cumplo la función de que una vez al mes me llega un huevito, por uno de estos dos ovarios y yo lo agarro por estas manitos que tengo, se van por dentro mío, y llega acá (*indicando el centro de su cuerpo como si fuera el centro del útero*) y si no llega una semilla que germine mi... este huevito, yo después la parte de la mucosa la descargo y la elimino hacia abajo. Y eso lo hago todos los meses. Tranquilito.

T: Cuéntale para que estás en el cuerpo de Paula.

P(como útero): Bueno, aparte para anidar una guagüita, si tienes un hijo yo voy a ser el lugar donde se críe, voy a ser la incubadora de tu guagüita, yo lo voy a nutrir y todo y si no tienes guagüita yo también produzco hormonas, para eso estoy...

T: Dile a Paula como tienes que ser para cumplir todas esas funciones que dices que cumples ¿qué características tienes tu? ¿Cómo puedes hacer todo eso que haces?

P (como útero): A ver... yo soy tranquilito, estoy ubicado en un lugar unido a otros, yo... cuando llega sangre a habitar me empiezo a formar mucosa, yo trabajo. Trabajo todos los días, y sé que llega un límite en que yo no puedo mantener esa mucosa y la boto. Yo sé soltar las cosas y dejo que todo eso que ya no va a servir se elimine, como que dejo que las cosas se vallan. Ahora cuando una vez tu tienes una guagüita, yo voy a poder crecer hartito, desarrollarme y voy a poder formar todo un sistema para que tu guagüita se alimente y la voy a proteger. También protejo a la guagüita y la nutro.

T: ¿Cómo haces todo eso? A ver explícame ¿Tu solo haces todo eso?

P (como útero): A ver... no, me ayudan.

T: ¿Cómo recibes esta ayuda?

P (como útero): Bueno. De la sangre que me llega, me llegan hormonas y que y que dicen: "ya es hora de formar mucosa" y yo obedezco y de repente como que

deja de llegar esas hormonas y yo dejo de afirmar y la elimino. Y eso. A mí me dan como órdenes y yo obedezco. Yo soy como pasivo y obediente.

T: Dijiste una cosa muy importante. **Sabes largar las cosas.** Cuando no te toca algo, lo sueltas.

P (como útero): Cuando no llegó, no llegó no más...

T: Dile más útero a la Paula, le dijiste que eras un poco obediente, que sabías botar las cosas. Le dices tú que si te tocara tener un bebé tu estarías... o sea dile todas las cualidades que tienes que tener o defectos para hacer lo que haces, porque es complejo lo que haces. ¿Haces siempre lo mismo o no?

P (como útero): No... puedo cambiar, puedo cambiar mucho. Sé que ahora soy chiquitito, pero puedo llegar a ser grande, puedo ir estirándome disminuyendo el grosor de mis paredes, pero adentro voy formando todo un sistema, una placenta y soy un filtro también donde pasan cosas que van a llegar al bebé...

T: ¿Has hecho eso alguna vez?

P (como útero): No.

T: Pero tu crees que puedes hacerlo si tuvieras un hijo.

P (como útero): Sí, eso lo sé.

T: Cuéntame una cosa, entonces ¿tu estás siempre diferente, cambiando? De forma, de más chico a más grande.

P (como útero): No, si llega una guagua yo cambiaría.

T: ah... y si no llega una guagua ¿estás siempre igual?

P (como útero): Sí. O sea no, lo que pasa es que todos los meses... durante un mes yo voy cambiando, por dentro, mi mucosa en principio es chiquitita, después empieza a crecer, yo la voy nutriendo, nutriendo y es pera y después se cae.

T: O sea que tú todos los meses tienes distintos momentos. Y eso ¿de qué depende? Eso que tu seas así tan cambiante de estado.

P (como útero): Es que yo como que recibo informes diarios, de niveles de hormonas que manda el sistema. De información, entonces yo sé más o menos como los uso.

T: O sea que ¿podríamos decir que eres como cíclico? No eres estable.

P (como útero): No, soy absolutamente cíclico

T: Eres cíclico, saber botar las cosas, dices que si llegaras a tener un bebé puedes esperar, te quedas tranquilo hasta que eso pase ¿tu crees o no?

P (como útero): Ah no. Llega un momento en que el bebé está más grande y ahí yo... lo mismo que hago todos los meses pero en chiquitito lo puedo hacer en grande. Me vienen contracciones, mis músculos se empiezan a mover...

T: Todo eso te lo imaginas porque no lo has hecho nunca útero ¿no? Se supone que lo vas a poder hacer si llega el caso.

P (como útero): Sí, sí.

T: Cuéntale a la Paula bien, que cualidades tienes que tener para eso. Tienes que ser capaz de largar, tienes que.. ¿Qué más?.

P (como útero): **Tengo un ritmo**, tengo que trabajar, tengo un orden en las cosas.

T: Y... ¿qué te pasa cuando todo lo que preparaste tienes que botarlo? ¿Te molesta?

P (como útero): No, yo que se va llegar otro mes.

T: Entonces ¿cómo tienes que ser para soportar eso? Porque imagínate, te preparas para algo que no resulta.

P (como útero): **Tengo que tolerar la frustración.**

T: Ah. ¿Y la toleras bien?

P (como útero): Sí

T: Pregúntale entonces a la Paula ¿En qué de estas cosas se parece a ti?

P (como útero): A ver... ya te conté, te dije recién para lo era buena. Me gustaría saber si también te pareces a mí en eso.

T: CAMBIEMOS

P (como Paula): mmm... a mí me cuesta tener ritmo, no tengo ritmo. Y tampoco tolero mucho las frustraciones.

T: (como útero) : No eres cíclica. No eres como yo entonces.

P (como Paula): No. A ver... Me parezco a ti que tengo un ciclo. Duermo, despierto me da hambre. Pero así tan ordenadita como eres tu, que va haciendo las cosas por capita y toda la cosa... No. Soy desordenada, no me gustan así las cosas que vayan pasando ordenadas.

T (como útero): Y ¿soportas tú las frustraciones a sí como yo? No vamos a llamarle frustración, porque si no me tocó, no me tocó. Casi no le llamo frustración, porque eso para mí es natural. Eso de que se junte ese huevito con un espermio no depende de mí, a sí que ¿qué le voy a hacer? Si no está no está, pero yo lo soporto muy bien y me vuelvo a preparar con la misma paciencia de antes, por que yo tengo mucha paciencia.

P (como Paula): Yo no tengo esa perseverancia que tienes tu.

T (como útero): Pero cuando algo no te resulta...

P (como Paula): No persevero. Si no resulta no resultó no más.

T (como útero): Y te molesta.

P (como Paula): Sí.

T (como útero): Somos diferentes. Claro que somos diferentes. Sin embargo yo nací contigo y pasó mucho tiempo que tú ni me conocías, ni sabías mucho que yo estaba dentro tuyo.

P (como Paula): ¡No! Todos los meses haciendo atado.

T (como útero): Oye perdóname, pero ¿a qué edad te diste cuenta que estaba?

P (como Paula): A los trece.

T (como útero): Grandota. Y antes yo no te había dado ninguna manifestación de que yo vivía. Pero ¿sabías que yo existía o no?

P (como Paula): Si algo me había hablado de ti de que existías. No me quedaba muy claro, pero sabía que existías.

T (como útero): Y yo he estado contigo desde que nacimos, me demoré en crecer, y hasta que me empezaron a mandar las hormonas para que yo cambiara, porque cuando tú eras niña todavía no me llegaban a mí, yo no me preparaba para nada. No... yo me empecé a preparar a los trece años ya bien y así soy. Verdaderamente yo estoy aquí muy tranquilo y ya llevamos muchos años que yo te estoy mostrando que yo sé esperar, que si no me resultó esta vez me vuelvo a preparar otra vez y lo hago con constancia y con un ciclo. Y a ti ¿no te gusta como soy yo?

P (como Paula): mmm no... Bueno, a ver... de alguna forma te admiro pero no soy así.

T (como útero): Bueno, pero si yo soy parte tuya, entonces algo tendrás.

P (como Paula) : Bueno... algún día, algo debo tener, algo tengo que tener...

T (como útero): No te gusta a ti ser como yo. Claro, cuando yo ya estoy listo, casi listo para largar todo. Y si a ti no te gusta largar lo que tienes adentro. Claro que ahí me empiezan las contracciones y después tu dices que te molesto, que yo soy el que te molesto, ¿qué te voy a molestar yo? Si yo largo todo. Tú eres la que te pones pesada conmigo y no me dejas que yo largue las cosas cuando me toca. Todos los meses te quejas de mí. Y yo lo encuentro súper injusto, yo tendría que quejarme de ti.

P (como Paula): Pero si las contracciones las tienes tu.

T (como útero): Oye, pero si yo tengo que largar eso para afuera. Pero yo no tendría porque dolerte si tu no te molestas con eso. Si tus aceptas que yo largue lo que tengo que largar. Si tus aceptas que yo sea como sea. Y yo trabaje como trabajo. No te molestaría nada de lo que yo hago. A mí no me molesta.

P (como Paula): Si pero yo no sé hacer eso.

T (como útero): Bueno pero tendrás que aprenderlo, porque yo soy parte importante tuya ¿o no?

T: CAMBIEMOS

T (como Paula): Yo no sé hacer eso. A ver explícame. Explícame como.

P (como útero): Pero si lo sabes hacer, si lo sé hacer yo que soy parte tuya, ¿cómo no vas a saber tú?.

T (como Paula): Pero no me gusta.

P (como útero): A bueno pero eso es otro rollo. Si lo sabes hacer. No te atreves a lo mejor a veces, no sé.

T (como Paula): No sé, porque fíjate tu que yo... Molestarme que tú botes eso, yo no estado en ningún momento esperando tener un bebé. No sé, que yo me dé cuenta no, a lo mejor como que hubiera querido que no largaras eso. No, ni siquiera te he dejado pasar ningún espermio, si que ¿porque iba a no largar eso? Si que yo, claramente sé que tienes que hacerlo. Lo que pasa es... ¿qué quieres que te diga? No me gusta preparar algo para nada.

P (como útero): Mira, yo te puedo dar una opinión de lo que sé hacer y para lo que fui hecho. Cuando yo me lleno y tengo que eliminar la mucosa, la elimino y no me hago rollo. Y en una de esas contracciones, son a lo mejor porque a ti no te gusta eliminar y de alguna forma...

T (como Paula): No. Es que a mí no me gusta eliminar, pero tu te contraes.

P (como útero): Bueno, pero yo tengo que botarlo todo, no hay problema en eso. Pero me preparo para el próximo mes.

T (como Paula): Tu serás así, pero yo no soy así. Somos diferentes, ¿te das cuenta que somos diferentes o no?

P (como útero): Yo soy de la forma que soy.

T (como Paula): Si, pero tú eres una cosa chica ahí no más, yo soy una persona.

P (como útero): Bueno, pero si yo sé hacer lo que te digo que sé hacer, y soy una cosa chica dentro de tu persona. Me imagino que tú serás capas también de aprenderlo o de reconocértelo en ti, porque yo soy parte tuya.

T (como Paula): Bueno, no sé yo pero si a mí no me gusta lo que tú haces y eres una parte mía, a lo mejor estás de más no más. No sé.

P (como útero): No, yo no estoy de más. Estoy aquí, estoy contento.

T (como Paula): ¿Estás contento? No sé yo.

P (como útero): Yo hago mi trabajo, todos los meses ordenadamente, metódicamente.

T (como Paula): Todo el tiempo me estás avisando y me haces doler, todo el tiempo tengo que enterarme que vas a hacer eso. Si te gusta tanto, hecha para afuera todo tranquilo, yo no sé porque me...

P (como útero): Mira yo creo que ese es rollo tuyo no mío. Yo lo hago, lo hago bien. ¿Has tenido algún problema? ¿Has tenido alguna infección?

T (como Paula): No nada. Pero yo no comprendo que tu estés tan resignado a estar ahí y no te importa que nunca completar. Que dices que sabes también lo que podrías hacer. A lo mejor tienes ganas de que yo mande un espermio y ...

P (como útero): A lo mejor tu tienes ganas de tener una guagua y me hechas la culpa a mí. Eso es cosa tuya, yo estoy aquí. Si tu decides tener una guagua yo sería capaz de criarla.

T: CAMBIEMOS

T (como útero): Yo puedo estar toda la vida así. Llegará un momento en que no me llegarán más las hormonas. Me quedaré callado como estuve al principio. Todos esos años en que estuve sin avisarte y después me volveré a quedar así...

A lo mejor eres tú la que quieres tener una guagua... Y no te gusta que yo que soy una cosa chica... Como no vas a saber tu que eres una persona grande...

P (como Paula): A ver. Yo no sé si quiero tener una guagua o no. A ver. Me da susto que... si, tienes razón, que se vallan a acabar en algún momento esos mensajes hormonales que te llegan todos los meses. Y no vas a poder hacer tu función.

T (como útero): Bueno, a mí no me preocupa porque yo así como estuve tanto tiempo en silencio, después seguiré. Lo que me toca me toca porque...

P (como Paula): Bueno en silencio silencio no has estado.

T (como útero): Noooo. Pero antes de los trece años yo no te molestaba. Y bueno, al no recibir más hormonas no voy a poder cuidar un niño. Pero bueno, será que no me tocó no más. Si yo resisto las frustraciones súper bien. Es una cosa esencial de mí. A ver, lo que no depende de mí no lo puedo cambiar yo.

P (como Paula): A ver... Lo que no... A ver repítemelo.

T (como útero): Lo que no depende de mí no puedo cambiarlo. Que tengo que aceptar para lo fui hecho. Por supuesto que si tú de repente quieres tener una guagua, entonces vas a dejar estos ovulitos que siempre salen solitos que alguno se junte con un espermio y llegue aquí un embrioncito, yo lo voy a recibir altiro. Pero si no, no. ¿A lo mejor tu quieres?

P (como Paula): No sé si quiero. Igual sería bonito pero no sé si quiero. Bueno pero esto de tener o no tener guagua, no tiene nada que ver con las contracciones de todos los días, de todos los meses.

T (como útero): Bueno, tiene que ver con que yo sé muy bien echar todo para afuera y tu no sabes eso y como que si no quisieras. Por eso te pregunté eso, y a lo mejor tu no quieres que yo todos los meses bote todo lo que preparé.

P (como Paula): No, si es bueno que lo hagas, si no imagínate todo lo que me causarías si no lo hicieras.

T (como útero): Es bueno que lo haga, pero para eso tengo que contraerme, pero eso no tiene porque dolerte.

P (como Paula): Exactamente.

T (como útero): ¿Cómo lo voy a echar para afuera si no me contraigo? Ahora, como a ti que cuesta tanto largar las cosas y como a ti no te gusta frustrarte aunque no tengas ganas de tener un hijo... es que esto es muy raro. No quieres tener un hijo y no quieres que yo no bote lo que tengo.

P (como Paula): No. Pero si eso no tiene que ver con tener un hijo.

T (como útero): Pero entonces explícame porque...

P (como Paula): Mira, a lo mejor tienes razón. A lo mejor me cuesta soñar las cosas, me cuesta dejar mi historia, desentenderme, me cuesta...

T (como útero): Pero yo estoy aquí para recordarte todos los meses que esto se puede hacer. Si no aprendes conmigo no se como lo aprenderás.

P (como Paula): Y la otra cosa es que lo haces todos los meses en forma ordenada, eres metódica, eres como una agenda y eso a mí me cuesta.

T (como útero): Yo soy así, te fijas y yo me siento tan bien así. Yo te muestro que somos cíclicos. Yo obedezco a estas hormonas que me las mandan estos ovarios que están allá arriba. Yo y ellos funcionamos así, en un ciclo, no somos parejos. Somos mujer eso nos hace que seamos cíclicas. No importa que nos critiquen que siempre estamos cambiando.

P (como Paula) : Si pero eso es una lata. Imagínate que andes con el genio atravesado y que después "caches" que en el fondo era porque estabas premenstrual y que cualquier cosa que te digieran te podías poner a llorar. Mira que lata esa cuestión.

T (como útero): No sé yo. Yo soy útero no más. Estoy acá adentro, pero me imagino que como tú, que eres una persona habrán otras cosas que son así como nosotras que van cambiando, que no son siempre parejas iguales ¿o no?.

P (como) Paula: la luna...

T (como útero): ¿Y es bonito o no?

P (como) Paula: Si, es bonito. Las mareas las influye la luna...

T (como útero): ¿Y que otra cosa es así como yo?

P (como Paula): Bueno, las estaciones, los años...

T (como útero): ¿Y cuando cambian de una cosa a otra no te enojas?

P (como Paula): Hay cosas que me cuestan más, como por ejemplo del otoño al invierno.

T (como útero): Bueno, entonces, si yo soy tan parecida a todas esas cosas que te gustan tanto ¿porque tu no puedes ser parecida a mí?

P (como Paula): (Silencio) Voy a tratar de serlo... pero

T: CAMBIEMOS

T (como Paula): Hay muchas cosas en la naturaleza que son cíclicas. Son importantes, las estaciones... imagínate. La primavera es linda pero si siempre fuera primavera. Imagínate.

P (como útero): A ti te gusta eso.

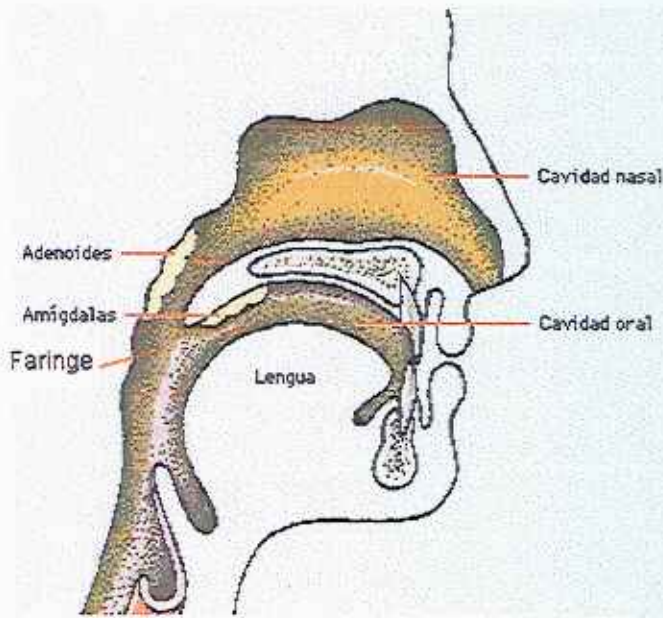
T (como Paula): Si, me gusta.

P (como útero): Puedes aprender a tener tu orden o tu ciclo.

T (como Paula): Claro es posible, voy a tratar. En realidad si te tengo a ti... y si no aprendo contigo no veo con quien. Quiere decir que ya no tengo remedio.

P (como útero): Exactamente.

Faringe



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Conectora
Conductora
Protectora
Defensiva(puerta de entrada alerta-barrera)
Vacia(no tiene nada propio)
Vulnerable
Sensible(estimulable a arcadas)
Abierta

Descripción Anatómica y Funcional de la Faringe

Yo soy un espacio que estoy ubicado en el fondo de tu boca, y conecto las fosas nasales y la boca con la laringe del sistema respiratorio y el esófago del sistema digestivo. En mí se entrecruzan estos dos sistemas. El alimento pasa desde tu boca, a través de mí, al esófago y el estómago. Y el aire que viene de tus fosas nasales (y de tu boca) pasan por mí hacia la laringe y la tráquea. Para impedir que los alimentos pasen a la laringe y a la tráquea y que tú te atores, tengo una lengüeta de tejido cartilaginosa, llamada epiglotis, que cierra la abertura de la laringe cada vez que tú deglutes. Afortunadamente, esto ocurre en forma automática, de modo que no tenemos que acordarnos de cerrarla cada vez que tragas algo. Aunque a veces sí ocurre, y entonces tú sabes lo que pasa....

Las paredes que me limitan, una posterior y dos laterales, están constituidas por músculos y revestidas por una mucosa rica en tejido linfático y finamente vascularizadas. En cada una de las caras de mis dos paredes laterales, tengo unas masas o protuberancias de tejido linfático, llamadas amígdalas. Ellas forman parte del sistema linfático y ayudan a combatir las infecciones respiratorias. Los ganglios adenoides, con una constitución y función similares, están ubicados en la parte posterior de la cavidad nasal.

ENFERMEDADES:

Amigdalitis, Faringitis, Adenoiditis, Hipertrofia Amigdaliana, Hipertrofia Adenoidea, Difteria

Mamas



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Dadoras
Acogedoras
Nutritivas
Estéticas
Sensuales
Llamativas
Sensibles
Prescindibles
Femeninas
Expresivas
Pasivas
Adaptadas
Obedientes
Productoras

Descripción Anatómica y Funcional de las Mamas

Somos dos órganos que nos ubicamos en la parte anterior del tórax. Descansamos sobre una capa del músculo pectoral mayor. Se distinguen en nosotros glándula mamaria propiamente dicha, su envoltura celuloadiposa y su envoltura cutánea.

Estamos formadas por una glándula mamaria de la cual salen conductos que se van uniendo como las ramas de un árbol se unen al tronco, hasta formar los conductos mamarios. En el extremo de cada ramificación tengo los alvéolos mamarios y los conductos desembocan en el pezón. Todo este árbol mamario está rodeado de grasita y apoyado sobre los músculos pectorales.

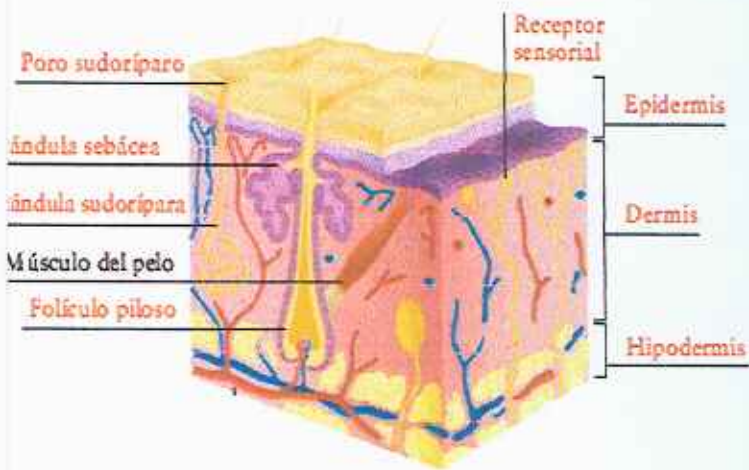
Permanecemos relativamente sin cambios desde la infancia hasta la pubertad, cuando se agranda por aumento del tejido glandular, conductos y tejido adiposo. Nuestro crecimiento en la pubertad y nuestra función en el ciclo menstrual son el resultado de la estimulación por hormonas sexuales de los ovarios: : estrógenos y progesterona. La secreción de estas hormonas inmediatamente después de la pubertad comienza a preparar las glándulas mamarias para la lactancia. En el período de postparto obedecemos a una hormona producida por la hipófisis (prolactina) que estimula nuestra fábrica de leche.

Las mamas o pechos somos órganos encargados de segregar leche cuando el cuerpo de la mujer ha tenido un bebé. Somos también órganos de placer sexual.

ENFERMEDADES:

Mastitis, Cáncer Mamario, Displasia Mamaria, Galactorrea, Mastopatía fibroquistica.

Piel



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Sensible y delicada
Suave y firme
Envolvente
Protectora
Conecto (con el medio)
Pongo límites
Reactiva
Delatadora
Flexible y adaptable
Termorregulo (soy cálida)
Voto lo tóxico y retengo lo útil
Vulnerable
Sensual y atractiva
Integro

Descripción Anatómica y Funcional de la Piel

Soy un órgano grande: tengo una superficie de casi 2 metros cuadrados y peso aproximadamente 4 kilos. Cubro todo el cuerpo excepto a nivel de cavidades (donde hay mucosa). Estoy formada por tres capas celulares: epidermis, dermis y hipodermis.

Tengo varias funciones. Primero que nada, delimito y protejo: soy un límite claro entre tu organismo y el medio externo. Este límite permite a su vez el contacto sano. Protejo tu organismo de infecciones porque soy poco permeable y no dejo entrar a algunas agentes externos (gérmenes y otros). Te protejo también de traumatismos.

Cumplo además una función de excreción, permitiendo la salida a sustancias extrañas o propias de tu metabolismo de tu organismo que ya no son necesarias. Lo hago a través del sudor que se asimila en su composición a la orina, claro que mucho menos concentrada. Otra de mis funciones importantes es regular tu temperatura corporal: soy como un verdadero radiador termoestático.

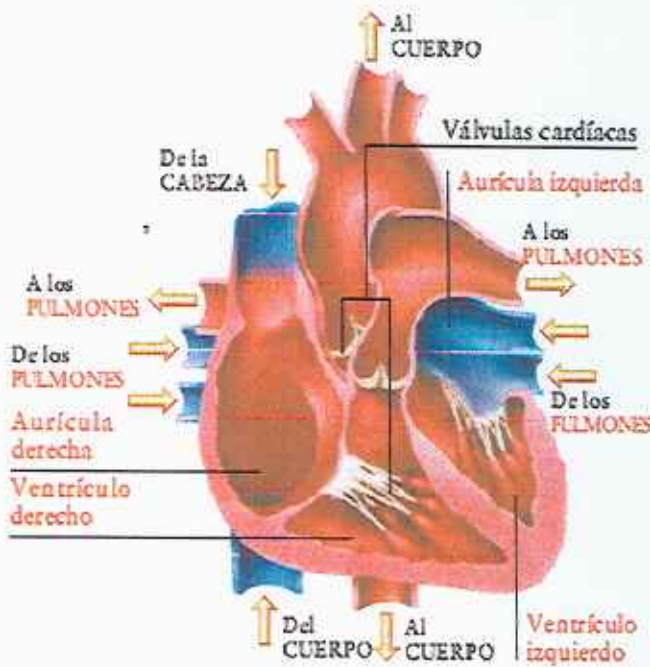
Soy un órgano de los sentidos porque en mí se ubican una gran cantidad de terminaciones nerviosas que te permiten darte cuenta de lo que sucede alrededor a través del tacto, la presión, el dolor, la temperatura. Soy una fuente de placer y un receptora de dolor. Reacciono fácilmente.

Finalmente, te confiero también tu color y aspecto inconfundible a través de una serie de señales: lunares, pecas, huellas dactilares, cicatrices. Tus pelos y tus uñas también son productos míos.

ENFERMEDADES:

Dermatitis de contacto, Prurijo, Acné, Psoriasis, Eccema, Vitiligo, Verrugas, Carcinomas, Furunculo, Impetigo.

Corazón



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Humilde
Emotivo
No se jacta
Persistente
Generoso
Vulnerable
Autónomo
Fiel
Trabajador
Incansable
Sensible a las demandas
Descansa tanto como trabaja
Noble
Altruista

Descripción Anatómica y Funcional del Corazón

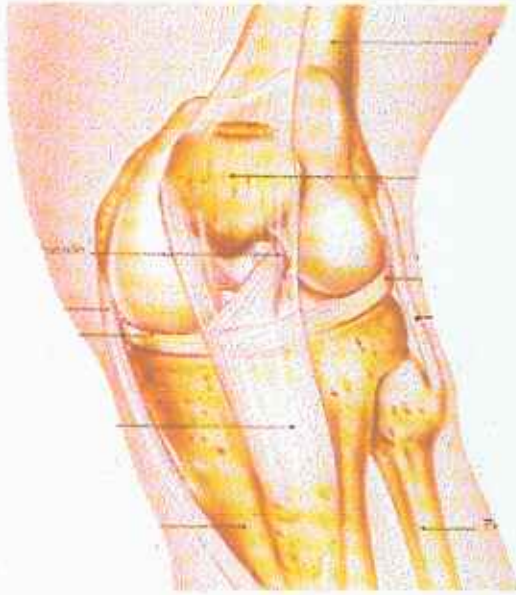
Estoy ubicado en la cavidad torácica, en el espacio que me deja tu pulmón izquierdo, delante de los bronquios. Mi cara inferior se apoya sobre el diafragma. Estoy cubierto por una serosa llamada pericardio que me protege y aísla de mis vecinos. Soy un órgano muscular del tamaño de tu puño y peso aproximadamente unos 400 gramos.

Mi función es bombear la sangre a todo tu organismo y para ello estoy dividido en dos partes, que a su vez están conformadas por dos cámaras. La superior se llama aurícula y recibe la sangre; la inferior se llama ventrículo y expulsa la sangre. Las dos están comunicadas entre sí por válvulas que impiden su reflujo (mitral a izquierda y tricúspide a derecha). Mi lado derecho recibe la sangre proveniente de las venas cava y la envío a los pulmones a través de las arterias pulmonares (para que sea oxigenada). Mi lado izquierdo la recibe por las venas pulmonares para enviarla a través de la aorta a todo el cuerpo nuevamente. A la salida de los ventrículos también hay válvulas que impiden el reflujo desde las arterias. Como mi lado izquierdo hace mayor fuerza es también más grande.

Para realizar mi trabajo, mis paredes están conformadas de un músculo estriado especial, único, con la capacidad de funcionar con un sistema eléctrico propio capaz de generar mi propia contracción pero modulado por el SNA, que frente a una demanda de oxígeno aumenta la frecuencia de mis contracciones (sistema simpático) y frente a una disminución de la demanda lo disminuye (sistema parasimpático). Si me escuchas atentamente percibirás dos ruidos separados por dos silencios, el silencio más largo corresponde a la diástole que es cuando recibo la sangre en mis ventrículos y aprovecho de nutrirme porque estoy relajado. Al llenarme cierro las válvulas, primer gran ruido, y luego viene el silencio pequeño que corresponde a la sístole donde contraigo mis paredes y expulso la sangre. Al terminar cierro las válvulas aórtica y pulmonar que escuchas como el segundo ruido, para nuevamente volverme a relajar y así sucesivamente... Esto lo hago durante toda tu vida en promedio 70 veces por minuto.

ENFERMEDADES:
Infarto agudo, Insuficiencia cardíaca, Cardiomegalia, Enfermedad reumática, Pericarditis, Miocarditis, Cardiomiopatías, Valvulopatías, Hipertrofia ventricular izquierda, Cardiopatía coronaria

Articulaciones



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Unimos dejando espacio (contacto y distancia)
Móviles y complejas
Firmes y sostenedoras
Conciliadoras
Flexibles
Armonizadoras
Amortiguadoras
Nos doblamos
Trabajamos en equipo
Fuertes y suaves

Descripción Anatómica y Funcional de la Articulación

Soy el punto de unión entre dos o más huesos y permito cierto grado de movilidad. Dependiente de donde estoy en tu cuerpo soy una articulación muy móvil o ligeramente móvil. Soy muy móvil y por lo mismo muy complejo en tu pie, rodilla, muñeca, codo, hombro y nuca. Allí permito el movimiento sin fricción gracias a una membrana - entre los huesos - que segrega una pequeña cantidad de líquido lubricante. Entre las vértebras de tu columna y donde uno tu pubis, tengo una movilidad pequeña y soy muy fuerte. Allí tengo una gruesa almohadilla de fibrocartilago - entre los huesos - que actúa como una amortiguador.

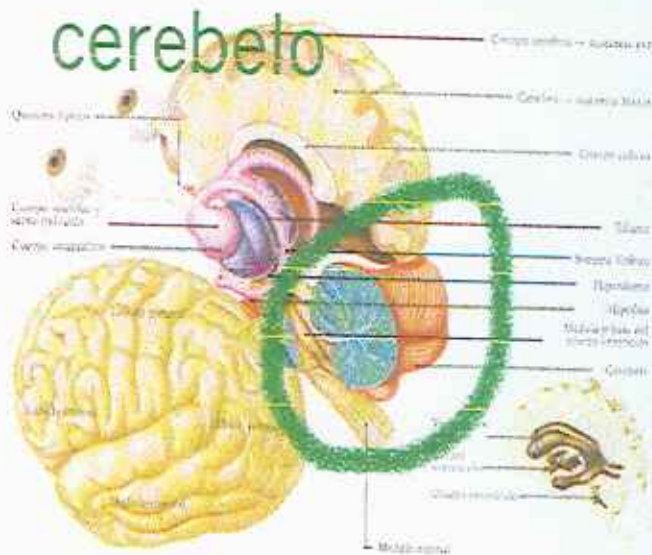
Poseo ligamentos que me mantienen unida y me proporcionan resistencia. También los músculos y los tendones me protegen y dan resistencia.

Para funcionar bien necesito mantener un delicado equilibrio entre contacto y distancia, así como respetar la función tanto de mis partes más duras y rígidas (huesos) como de mis partes más suaves y flexibles (ligamentos; cartílagos o meniscos y membranas).

ENFERMEDADES:

Artritis, Anquilosis, Espondilitis, Osteoartrosis, Rotura De Meniscos, Rotura de Ligamentos, Luxación

Cerebelo



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Coordinador
Orientador
Meticuloso
Estabilizador
Coreógrafo
Moderador e intermediario
Regulador
Preciso
Produce equilibrio

Descripción Anatómica y Funcional del Cerebelo

Soy parte del sistema nervioso central. Estoy por debajo del cerebro y por detrás del tronco encefálico. Estoy dividido en dos lóbulos de superficie estriada. Mi capa externa o corteza contiene neuronas, debajo de los cuales corren fibras que forman la sustancia blanca. A los dos años de edad ya tengo casi el tamaño "adulto".

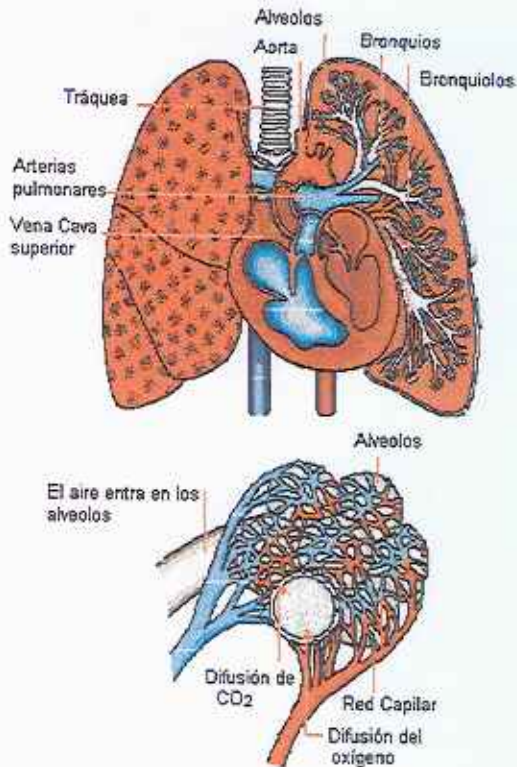
Yo coordino tus movimientos del cuerpo, tu postura y tu equilibrio que son iniciados por el resto del cerebro y lo informo a tu corteza cerebral. Mantengo tu tono muscular y doy rapidez o demoro a la ejecución. Regulo también tu orientación espacial. Hago todo esto basándome en la información que recibo y que evalúo sobre el equilibrio procedente de tus oídos, la información visual de tus ojos y otras informaciones sensoriales que me llegan desde distintos lugares de tu cuerpo a través de la médula espinal. Te permito realizar un movimiento uniforme y regulado, inhibiendo también las reacciones que resultan excesivas para la acción que se debe ejecutar.

Soy principalmente un coreógrafo. Soy un equilibrador, orientador y regulador. Yo cuido la estabilidad y el equilibrio. Cumpló las funciones de un modulador de movimiento de un titiritero.

ENFERMEDADES:

Tumores, Infartos, Cerebelitis, Esclerosis Múltiple, Ataxia, Corea de Huntington

Pulmón



CARACTERÍSTICAS de PERSONALIDAD

Pasivos

Dependiente (de músculos del torax)

No discriminan (reciben el aire como llega)

Elásticos - Flexibles

Blandos

Permeables (intercambiador de gases)

Gran capacidad de contacto

Delicado

Vulnerable

Comunican lo externo con lo interno

Descripción Anatómica y Funcional del Pulmón

Los pulmones somos dos y estamos situados dentro de tu caja torácica, protegidos por tus costillas con tu diafragma muscular como base, rodeados de una membrana delgada, húmeda y reluciente llamada *pleura*. Nos sostenemos sólo de un punto fijo en tu *tráquea*, razón por la cual tenemos mucha movilidad.

Somos como dos masas esponjosas y elásticas de color rosado y estamos conformados por infinidad de alvéolos que son como vesiculitas o globitos que a su vez están conectadas con las extremidades de los bronquiolos terminales. Las paredes de nuestros alvéolos son super delgadas (una capa finita de células que en sectores hasta desaparece) así el aire puede entrar en contacto con los capilares, ubicados en el tejido elástico que está entre los alvéolos, que a su vez, forman especie de racimos.

Yo, el pulmón derecho, soy un poco mas grande porque estoy conformado por tres lóbulos, mientras que mi par, el pulmón izquierdo no tiene mas que dos porque forma un hueco en el que se aloja el corazón. Los dos estamos cubiertos por la *pleura*, que está formada por dos membranas delgadas de epitelio liso, separadas entre si.

Cumplimos la función de intercambiar gases entre el aire y la sangre (bióxido de carbono y oxígeno). Somos el principal órgano de contacto entre el exterior y el interior, la superficie de nuestros alvéolos es mayor que la de la piel. Nosotros somos totalmente pasivos y dependientes para realizar esta función de intercambio. Mientras el corazón esté mandando sangre nosotros podemos funcionar indefinidamente.

El mecanismo para que entre y salga el aire de nosotros es movido por el diafragma y los músculos del tórax, que se expanden, generando una especie de vacío que hace que nosotros nos inflamos como globos, aspirando aire. Cuando los músculos se relajan y contraen y el diafragma vuelve a subir, nos hacen botar el aire.

ENFERMEDADES:

Neumonitis, Neumonitis Bronconeumonía, Pleuresía, Tuberculosis, Efisema Pulmonar, Atelectasia

Memoria para optar al Título de Psicólogo

“Descripción de una técnica terapéutica gestáltica como un aporte al tratamiento integral de enfermedades somáticas”

Autora: Claudia Tascón Fuenzalida

Profesora Patrocinante: Ruth Weinstein

RESUMEN

El modelo imperante de salud en nuestra cultura, es en la actualidad, el denominado “Modelo Biomédico”. El hecho que sea un modelo de salud, supone ciertas concepciones básicas en torno al proceso mórbido, las que a su vez son las bases teóricas, sobre las que se implementan las acciones de los servicios de salud. Éste, posee ciertas características que lo definen como un modelo asistencialista y asimétrico. Principalmente, porque deja en manos del especialista, la absoluta responsabilidad de la recuperación de la salud.

Son numerosas las investigaciones realizadas, que evalúan la posición en que sitúa la persona enferma, y no pocos son bastante críticos, al enunciar esto como algo que debe ser radicalmente transformado. Por un lado, porque no respeta la autonomía de las personas, y por otro, porque al no asumirse una conexión entre la enfermedad (somática) y la situación vital, se perdería una oportunidad para un cambio positivo en la vida.

Asumir esto, ha llevado a muchos investigadores a cuestionar la permanencia del Modelo Biomédico, por tanto, insisten en que la salud debe asumirse en forma diferente, debiéndose integrar niveles de la experiencia

humana dejados de lado en el actual modelo. Es por esto, que ha surgido una nueva propuesta, que intenta sistematizar lo anterior y que se denomina "Medicina Integral". Es imprescindible mencionar, que ésta se inserta dentro de un marco de referencia diferente al paradigma imperante hoy, lo que supone cambios sustanciales en concebir la realidad, la experiencia humana y por tanto la enfermedad.

Frente a esto, la psicología debe asumir una participación activa, como ciencia interesada en la comprensión de los fenómenos humanos, y a través de sus conocimientos aportar en este sentido. Dentro de este marco, se inserta la presente investigación, que mediante la descripción de una técnica gestáltica, intenta ilustrar el trabajo que realizan algunos terapeutas, encaminados hacia una comprensión global del enfermar somático.

La presente investigación teórica, consistió en la sistematización y análisis de la información recogida, a partir de una búsqueda bibliográfica de publicaciones tanto nacionales como internacionales. Entre las temáticas revisadas, se encuentran los conceptos de salud y enfermedad, los modelos de salud, la comprensión psicósomática, la Psicología de la Salud, los fundamentos de la Terapia Gestáltica y el trabajo gestáltico propuesto por Adriana Schnake para el tratamiento de las enfermedades comúnmente llamadas somáticas.

En base al análisis de la información recogida, logró establecerse que la propuesta acá descrita, forma parte de una transformación global en tanto a concebir los procesos relacionados a la salud. Por lo que finalmente, la intención de mostrarla como un aporte cobra sentido, al menos en lo que concierne al ámbito teórico.