

Conductas autodestructivas indirectas en jóvenes universitarios y los bloqueos en el ciclo de la experiencia

Zavala Aranda, Hilda Alejandrina

2019-05-03

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4228>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por la
Secretaría de Educación Pública

RVOE SEP-2.2.1.1-DNEP/662/02 DE FECHA 17 DE JULIO DE 2002



CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS INDIRECTAS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS Y LOS BLOQUEOS EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA

DIRECTOR DEL TRABAJO
MTRA. NORA GUADALUPE GURROLA SÁNCHEZ

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA

Presenta

HILDA ALEJANDRINA ZAVALA ARANDA

Puebla, Pue.

2019

Conductas Autodestructivas Indirectas en Jóvenes Universitarios y los Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia

Índice

Capítulo 1. Introducción

- 1.1. Planteamiento del Problema
- 1.2. Pregunta de Investigación
- 1.3. Objetivos
- 1.4. Importancia
- 1.5. Limitaciones
- 1.6. Definición de Conceptos

Capítulo 2. Marco Teórico

- 2.1 Salud Mental
- 2.2 Salud Mental en México
- 2.3 Conductas Autodestructivas
 - 2.3.1 Conductas autodestructivas directas
 - 2.3.2 Conductas autodestructivas indirectas
 - 2.3.3 Conductas autodestructivas en jóvenes
- 2.4 Enfoque Gestalt
 - 2.4.1 Influencias
 - 2.4.2 Elementos del Enfoque Gestalt
 - 2.4.3 Funcionamiento sano y Neurosis
- 2.5 Ciclo de la experiencia
 - 2.5.1 Fases del ciclo de la experiencia
 - 2.5.2 Bloqueos en el ciclo de la experiencia
 - 2.5.2.1 Mecanismos de perturbaciones de límite: Perls
 - 2.5.2.2 Resistencias al contacto: Kepner
 - 2.5.2.3 Canales de resistencia: Erving y Miriam Polster
 - 2.5.2.4 Alteraciones del límite: Yontef
 - 2.5.2.5 Interrupciones en el ciclo de conciencia-excitación-contacto:
Zinker

2.5.2.6 Bloqueos en el ciclo Gestalt de Salama

2.5.2.7 Resistencias Gestálticas: Castanedo

Capítulo 3 Metodología

3.1 Sujetos de estudio

3.2 Instrumentos

3.2.1 Ficha de identificación personal

3.2.2 Instrumento para determinar la frecuencia de Conductas
Autodestructivas Indirectas.

3.2.3 Escala de autodestructividad de Kelley (validada por Ponce De León)

3.2.3.1 Antecedentes

3.2.3.2 Descripción del instrumento

3.2.3.3 Puntaje

3.2.4 Escala de Resistencias Gestálticas de Castanedo y Munguía (2013)

3.2.4.1 Referentes teóricos

3.2.4.2 Antecedentes

3.2.4.3 Descripción de la escala

3.2.4.4 Materiales

3.2.4.5 Administración

3.2.4.6 Calificación

3.2.4.7 Descripción de los puntajes

3.3 Procedimiento

3.4 Resultados y Análisis de Datos

Capítulo 4 Discusión

4.1 Conductas Autodestructivas Indirectas y Bloqueos en el ciclo de la experiencia

4.2 Relación de práctica clínica en OPTA con trabajo de tesis. Caso de Natalia

4.3 Recomendaciones en el manejo de los bloqueos gestálticos para el terapeuta

4.4 Conclusiones

Referencias Bibliográficas

Anexos

Anexo A. Ficha de identificación

Anexo B. Escala de Autodestructividad de Kelley

Anexo C. Escala de Bloqueos Gestálticos de Castanedo-Munguía (2013)

Anexo D. Plantilla de calificación de Escala Bloqueos Gestálticos de Castanedo-Munguía (2013)

Lista de Figuras

Figura 1. Fases y Resistencias del Ciclo de la Experiencia de C. Castanedo (2001)

Figura 2. Bloqueos Gestálticos y Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI)

Figura 3. Deflexión y Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI)

Figura 4. Deflexión y Bloqueos Gestálticos

Lista de Tablas

Tabla 1. Puntuaciones Bloqueos Gestálticos Total y Conductas Autodestructivas Indirectas

Tabla 2. Puntuaciones Bloqueos Gestálticos

Tabla 3. Datos Descriptivos de la muestra

Tabla 4. Correlaciones

Capítulo 1. Introducción

Existen patrones de conducta conformados por hábitos que tienen efectos a corto y largo plazo; cuando el efecto tiene un impacto importante en la vida diaria resulta más fácil percatarse de estos hábitos ya que se presentan como crisis que ameritan atención inmediata. Sin embargo, hay ciertos patrones de conducta que pueden pasar desapercibidos y que contribuyen al desarrollo de estados de enfermedad, son considerados factores causantes de decesos y forman parte de cierto estilo de vida. Estos patrones están determinados tanto por las características de un individuo como por sus condiciones de vida, integración social y ambiente. Se caracterizan por generar de manera no intencional consecuencias negativas, aunque no de manera inmediata, y reciben el nombre de Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI).

Estas conductas han sido consideradas como actividades que sustituyen un suicidio en tanto que atentan contra la vida del individuo, cuyos efectos no son inmediatos, sino que se van presentando poco a poco a lo largo del tiempo. Tales conductas incluyen el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco, el descuido y el desequilibrio en la forma de alimentarse, el contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, así como la práctica de diferentes actividades que ponen en riesgo la vida como la conducción de vehículos a exceso de velocidad por mencionar algunos. Además, la proliferación de estilos de vida nocivos es uno de los aspectos que resultan en una mayor incidencia de problemas de salud mental (Córdova, 2011).

Dentro del Enfoque Gestalt se puede describir un estado de enfermedad como una pérdida del equilibrio de un organismo, una alteración en el contacto y una ausencia del libre funcionamiento de la energía del individuo, lo cual se ve reflejado en un bloqueo, la falta de flexibilidad para responder a situaciones diferentes y neurosis (Salama, 2007; Castanedo, 2013).

1.1 Planteamiento del problema

Tener una vida larga, productiva y de calidad es una de las aspiraciones del ser humano en la actualidad; la salud es un elemento importante por considerar, a partir del cual se establecen referentes de funcionamiento que permiten tomar decisiones orientadas a desarrollar un determinado estilo de vida. Como parte de éste se encuentra la alimentación, el mantenimiento de la salud, la higiene, la práctica de ejercicio, el trabajo, la recreación, las

relaciones, el manejo de dificultades diarias y la solución de conflictos. Sin embargo, los patrones de comportamiento que conforman estilos de vida son en ocasiones poco saludables.

En el ámbito global, los gobiernos de los países realizan esfuerzos para mejorar la salud de los individuos considerándola tanto un estado de ausencia de enfermedades como de bienestar en el aspecto físico, mental y social según los señalamientos de la Organización Mundial de la Salud (2007). En este sentido se promueven programas para desarrollar las condiciones adecuadas de salud de una población. A nivel individual, implica llevar a cabo una serie de acciones que conduzcan a dicho estado de bienestar. Un individuo mentalmente sano es capaz de enfrentar las tensiones propias de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera a la vez que contribuye con su comunidad siendo consciente de sus propias capacidades (Organización Mundial de la Salud, 2007). Sin embargo, en la vida cotidiana ciertos hábitos o comportamientos pueden poner en peligro la salud y a la larga la vida: una inadecuada alimentación, la falta de ejercicio, el consumo de sustancias nocivas, la conducción negligente de vehículos, las conductas de riesgo en sexualidad y las adicciones (Acevedo, 2007). Tales comportamientos reciben el nombre de Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI). Estas conductas son menospreciadas o pasan desapercibidas por el individuo y/o por quienes le rodean, se realizan de manera inconsciente, tienen efectos a largo plazo, tienden a repetirse y a aumentar en intensidad con el tiempo (González, 2006), comprometiendo así la salud y la vida por lo que algunos autores las denominan suicidios encubiertos (López Molina, 1993) o conductas suicidas (Ruiz, 2009).

Las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) pueden estar presentes durante años y producir efectos a largo plazo. Los individuos que presentan estas conductas no son conscientes o no están interesados en estos efectos y tampoco las consideran como conductas que pueden acabar con su vida (Farberow, 1980) y llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo, adicciones (tabaco y alcohol), inadecuadas prácticas de alimentación como la anorexia además de la interrupción de tratamientos médicos (Silva, 2003). A su vez, el consumo de alcohol y tabaco, la mala calidad de la nutrición, el sobrepeso y la obesidad son reconocidos por la Organización Mundial de la Salud como factores de riesgo para la salud.

Se ha reportado que las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) están ampliamente presentes entre adultos jóvenes y estudiantes universitarios en Estados Unidos (Kelly, Rollings, & Harmon, 2005; Schwartz, et al, 2011). En el 2009 Eaton y cols. reportaron

en la Youth Risk Behavior Surveillance (YRBS) del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos que durante ese año el 28.3% de los jóvenes condujeron en estado de ebriedad o viajaron con conductores que habían consumido cantidades considerables de alcohol; el 17.5% había llevado consigo un arma, 41.8% había consumido alcohol y 20.8% había consumido marihuana. El 19.5% había consumido cigarrillos, el 77.7% no había consumido al menos cinco frutas o vegetales al día y el 81.6% no había sido físicamente activo. En los 12 meses anteriores a la encuesta, el 31.5% de ellos habían participado en alguna pelea y el 6.3 % habían intentado suicidarse. Así mismo la morbilidad y los problemas sociales se vieron incrementados debido a prácticas sexuales sin protección que derivaron en embarazos no planeados e infecciones por VIH. En los jóvenes mexicanos el consumo de alcohol generalmente se ha asociado con accidentes automovilísticos y el consumo crónico de tabaco con el cáncer y enfisema pulmonar (Hernández, 2013). Además, en 2010 se reportaron 519 muertes por accidentes automovilísticos ocasionados por el exceso de velocidad, manejar alcoholizado o el uso del teléfono celular mientras se conduce (Cruz, 2011). En particular los trastornos relacionados por el consumo de alcohol de la población masculina ocupan el sexto lugar en los años de vida ajustados por discapacidad (Gonzalez-Pier y cols, 2006).

En México el 27 % de la población tiene entre 15 y 29 años, lo que equivale a 29.3 millones de personas (INEGI 2008, 2009). La esperanza de vida se encuentra entre los 72 y 77 años para hombres y mujeres respectivamente. En el pasado esta esperanza de vida se veía comprometida por la presencia de enfermedades infectocontagiosas; sin embargo, en la actualidad los padecimientos crónico-degenerativos van en aumento. Dentro de esta categoría se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales (González-Pier, et al, 2006). Como grupo de población, los jóvenes en México se encuentran expuestos a desarrollar una enfermedad mental, donde el 15 por ciento va a presentar un primer episodio entre los 19 y los 24 años. El panorama para cualquier población se complica por la falta de información respecto a estos padecimientos y debido a que las personas no saben dónde pedir ayuda ya que la mayoría de las veces llegan primero al médico general; esto retrasa la detección, tratamiento y canalización de los pacientes haciendo que el tiempo entre la aparición de síntomas y la recepción de ayuda sea considerable (Medina- Mora, et al 2003).

Estas situaciones se relacionan con la forma en que un individuo se trata a sí mismo, la cual se refleja en una falta de autocuidado de su cuerpo, su alimentación y ejercicio, así como la participación en actividades que implican el riesgo de perder la vida al manejar a alta velocidad, la práctica de deportes extremos y la presencia de comportamientos agresivos; todas estas formas son referidas como comportamientos que ponen en riesgo la salud (Schwartz, 2011; Joshpitz, 2011). Dichas conductas representan un problema para el individuo en tanto aumentan su frecuencia y se convierten en un estilo de vida con consecuencias a largo plazo; en particular cuando se trata de una población, esta incidencia repercute en un problema de salud pública cuando existe poca información y poca conciencia de la condición de enfermedad al encontrarse normalizadas socialmente.

La salud puede describirse desde diversos puntos de vista; por ejemplo, en la Terapia Gestalt se parte de la definición del ser humano como un organismo animal-humano-social constituido por impulsos, apetitos y necesidades que está inmerso en una cultura y una sociedad; en el equilibrio entre estos aspectos se encuentran el bienestar y la salud (Vázquez, 2005). Se considera que un organismo es sano cuando está presente, en conciencia, cuando puede darse cuenta, cuando reconoce sus necesidades, establece contacto y deja el contacto concluyendo una Gestalt (Salama, 2007). El funcionamiento sano es el Funcionamiento del Yo donde el individuo puede responder a sus propias necesidades y a lo que viene del exterior. Este funcionamiento incluye un proceso de interacción con el entorno para llegar a la satisfacción de una necesidad a través de la formación de figuras de interés que se traduce en una conducta y tiene como resultado el equilibrio entre organismo/entorno (Kepner, 2000). El proceso de resolver una necesidad física o psicológica se da en una secuencia de fases denominada ciclo de contacto, ciclo de la experiencia o ciclo de autorregulación (Perls, 1976. Zinker, 2008). Este ciclo representa para el organismo una secuencia de conducta y experiencia que resulta en la autorregulación y constituye un modelo que describe lo que se necesita para una buena autorregulación (Kepner, 2000); además está constituido por una serie de fases que conforman el ciclo de la experiencia: inician por la sensación, continúan por conciencia, movilización de energía, acción, contacto y terminan en retraimiento (Zinker, 2008).

Cuando una necesidad no puede resolverse y el ciclo es interrumpido de manera no consciente, éste no se concluye y se manifiesta en malestar orgánico y enfermedad. Las

fases bloqueadas o saltadas son el fundamento de una autorregulación orgánica deficiente. A partir del modelo del ciclo de la experiencia se ubica el punto en que un organismo se encuentra estancado; estos puntos reciben el nombre de bloqueos, interrupciones o resistencias al contacto (Salama, 2007; Zinker, 2008, Kepner, 2000; Castanedo, 2013).

Las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) han sido abordadas para su estudio desde diversas perspectivas: psicoanalítica, sociológica y de personalidad con el fin de tener una mejor comprensión del fenómeno (López, 1993; Roberts, 1975; Kernberg, 2004). La presente investigación se centra en uno de los elementos teóricos de la Terapia Gestalt, el ciclo de la experiencia, para describir lo que sucede en un individuo que al poner en riesgo su salud presenta estas conductas, desde la perspectiva de su funcionamiento orgánico manifiesto en bloqueos gestálticos. Tanto las conductas autodestructivas indirectas como los bloqueos gestálticos son identificados a través de escalas (Ponce, 2007; Castanedo, 2013) por lo que es posible establecer parámetros descriptivos de una condición poco saludable como las CAI en términos de una orientación gestáltica.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo se describen las Conductas Autodestructivas Indirectas en referencia a los Bloqueos Gestálticos que presenta una muestra de jóvenes universitarios?

1.3 Objetivos

a. Objetivo General

Describir las Conductas Autodestructivas Indirectas de jóvenes universitarios según los Bloqueos Gestálticos que presentan para ampliar la comprensión de las CAI de manera que permita realizar estimaciones de salud y generar propuestas de estrategias para el trabajo terapéutico.

b. Objetivos Específicos

- i. Identificar las Conductas Autodestructivas que presentan los jóvenes universitarios según la Escala de Conductas Autodestructivas (Ponce, 2007).
- ii. Identificar los Bloqueos Gestálticos en el Ciclo de la Experiencia que presentan los jóvenes universitarios por medio de la Escala de Bloqueos Gestálticos (Castanedo-Munguía, 2013)

- iii. Explorar la relación entre Conductas Autodestructivas Indirectas y Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia que proporcionen elementos descriptores para una mejor comprensión estas conductas a partir del funcionamiento del individuo.
- iv. En base al bloqueo detectado, generar sugerencias para la intervención terapéutica.

1.4 Importancia de la Investigación

Las Conductas Autodestructivas Indirectas representan un problema social y de salud pública en la población juvenil debido a que algunas de ellas derivan en accidentes de tránsito y aumentan la mortalidad y morbilidad de este sector de la población. Por otra parte, al ser poco evidentes los efectos que tienen algunas de estas conductas en el individuo a corto plazo, se convierten a la larga en enfermedades crónicas, en incapacidades físicas y falta de vigor físico necesario para llevar a cabo las actividades cotidianas lo cual genera un impacto en la vida académica y en la calidad de vida en general.

En lo que concierne a la salud mental, la presencia repetida de Conductas Autodestructivas en los jóvenes puede derivar en la edad adulta en diversos trastornos que según el DSM IV-TR pueden incluir Trastornos de la alimentación, Trastornos relacionados con sustancias, Trastornos del control de los impulsos, Trastornos del estado de ánimo, Trastorno límite de la personalidad y Trastorno antisocial de la personalidad (Nader y Boheme, 2004).

En general, la repetición y el aumento en la frecuencia de las Conductas Autodestructivas Indirectas pueden conducir a un estilo de vida poco saludable según los parámetros convencionales de salud, con consecuencias poco evidentes en un entorno social y cultural donde los jóvenes no son sensibles a ellas lo que permite mantener una forma de conducirse que les resulta normal. Identificar los Bloqueos Gestálticos que se presentan con estas conductas permite describir la salud y la falta de ésta en términos del funcionamiento orgánico dando lugar a una forma diferente de ver estas conductas que puede ayudar a sensibilizar a las personas, disminuyendo la incidencia de las conductas autodestructivas indirectas como camino propedéutico para la aparición de trastornos en la edad adulta. A la vez se amplía el panorama de lo que se considera como no saludable en términos gestálticos y desde un enfoque diferente a la psicopatología.

1.5 Limitaciones

El estudio de las Conductas Autodestructivas representa una complejidad que se refleja en la dificultad para delimitar conceptualmente aquellas conductas que son Directas de las Indirectas. El término autodestructivo se asocia, tanto en la literatura anglosajona como en la latinoamericana, a vocablos como self-injury, self-harm y autolesiones por citar algunos, aun cuando conceptualmente representan diferentes definiciones; tal disparidad representa una dificultad para acotar el alcance de las CAI. Sin embargo, todos los anteriores conceptos quedan fuera del alcance del presente trabajo.

En la literatura, se han señalado factores fisiológicos, de personalidad, sociológicos (Hersch & Viscusi, 1998; Kelly, Donovan, et al., 2005) y familiares (Quiroga, 2011) asociados a las Conductas Autodestructivas Indirectas. Se han realizado investigaciones con jóvenes universitarios y Conductas Autodestructivas en relación con la impulsividad, la agresividad, las habilidades sociales y el bienestar psicológico (López, 2006; Sánchez, 2007; Trejo, 2005; Ulloa, 2008). La presente investigación busca ofrecer una descripción del fenómeno de las Conductas Autodestructivas Indirectas tomando los Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia para buscar una mayor comprensión de tales conductas en jóvenes universitarios.

En cuanto a la realización de la investigación, la principal dificultad radica en la disposición de los participantes para proporcionar información respecto a hábitos que forman parte de su vida privada y a la apreciación de la frecuencia de éstos en su vida cotidiana. Además, las emociones que se puedan generar en el reconocimiento de dichas conductas influyen en sus respuestas de manera que olviden contestar algún reactivo de la escala o lo contesten doble. En tales casos, resultaría en la invalidación del material y la disminución de la muestra. Aunque esto pudiera evitarse revisando el material cuando es devuelto, resulta difícil ya que la aplicación es grupal y esto limita el tiempo disponible para hacer la revisión.

Otra limitante importante es que aun cuando se encuentren casos representativos de alta autodestructividad según la escala, no se tenga una prevalencia clara de bloqueos gestálticos, en cuyo caso se podría hacer una selección para tener una muestra que permita desarrollar los objetivos planteados.

1.6 Definición de Conceptos

Autorregulación organísmica. Forma en que un organismo busca el equilibrio al interactuar con el medio ambiente. Cuando es eficaz, el organismo toma del ambiente lo nutritivo y lo asimila dejando de lado todo lo demás permitiendo el crecimiento (F. Perls, 1975)

Bloqueo gestáltico. Forma en la que se orienta la energía del organismo al disminuir el contacto, bloquearse o anularse y que no necesariamente es patológica. También se le denomina resistencia (Castanedo y Munguía, 2013).

Campo organismo/entorno. Los elementos organismo y entorno conforman una unidad donde se interrelacionan de manera inseparable denominada campo; no tiene sentido referirse a una función del organismo que sea completa sin su entorno (Vázquez, 2005)

Ciclo de la experiencia: modelo psicofisiológico de autorregulación organísmica que describe el camino que recorre la energía de un individuo al ser movilizada para resolver una necesidad. Señala una forma de funcionamiento sano en el individuo. Está conformado por las fases de reposo, sensación, formación de figura, movilización de la energía, acción, contacto y retirada (Castanedo, 2007).

Conducta autodestructiva. Acción llevada a cabo por un individuo que implica daño o riesgo de daño infringido (Halwirth, 2004).

Conducta autodestructiva directa (CAD). Son aquellas donde el individuo se daña a sí mismo, donde interviene la conciencia y puede haber o no una intención de morir. En este tipo de comportamientos se incluyen los pensamientos y conductas suicidas, así como el suicidio consumado (Farberow en Silva, 2003).

Conducta autodestructiva indirecta (CAI). Comportamiento que conlleva un riesgo para la vida y la salud de un individuo caracterizado por su cronicidad, falta de conciencia de los efectos a largo plazo e intenciones, donde el daño a sí mismo es una consecuencia indeseada (Farberow en Silva, 2003).

Conducta de salud. Comportamiento que se lleva a cabo por un individuo para proteger, promover o mantener su salud (Harris y Guten, 1979)

Contacto. Fenómeno que tiene lugar en el límite entre el organismo y su entorno donde hay tanto consciencia sensorial como comportamiento motor; implica la actividad de reconocer y hacer frente al otro, así como a lo que es nuevo o extraño (L. Perls, en Castanedo, 2000; Vázquez, 2005).

Darse cuenta. Llamado también awareness o conciencia inmediata e implícita del campo (Robine, 1999 en Vázquez, 2005). Proceso de estar en contacto con la propia experiencia donde se involucra lo sensorial, lo afectivo y lo cognitivo y siempre se da en el aquí y ahora (Yontef, 2009).

Deflexión. Bloqueo en el cual se desvía lo que surge en el aquí y ahora buscando evitar ya sea encontrarse con una persona, una situación o tema que genera angustia. Se utiliza la energía para evitar centrarse en sí mismo y en su lugar se le orienta de manera difusa en asuntos secundarios del existir. Por ejemplo, al cambiar el tema de una conversación o el curso de una interacción (Castanedo, 1988).

Escala de Autodestructividad de Kelley. Instrumento que determina el grado de autodestructividad en las personas caracterizado por la impulsividad, el descuido, la rebeldía, el comportamiento no sano, juicio pobre y gratificación inmediata (Ponce, 2007).

Escala de Bloqueos Gestálticos. Instrumento que permite identificar bloqueos en el ciclo de la experiencia de un individuo: Desensibilización, Proyección, Retroflexión, Deflexión y Confluencia tomando como referencia las fases del ciclo de la experiencia de Zinker. Estos bloqueos representan rigidez en la configuración de la figura y la pérdida del equilibrio homeostático del individuo como indicadores de funcionamiento no saludable (Castanedo, Munguía, 2013)

Figura. Una necesidad emergente (Zinker, 2008); lo que emerge del fondo como cosa única que atrae la atención del individuo (Wallen, 1989).

Gestalt o Guestalt: Configuración o patrón de un conjunto de elementos (Yontef, 2009). También significa estructura, modelo, figura, forma. En psicoterapia se usa este vocablo como una necesidad a ser satisfecha (Salama, 2007). Se forma según lo que más preocupa e interesa al organismo (L. Perls, 1973 en Yontef, 2009).

Gestalten. Secuencia de figuras que se dan en el proceso de contacto (Vázquez, 2005). Plural de gestalt (Castanedo, 2007)

Homeostasis. Proceso mediante el que un organismo satisface sus necesidades biológicas y psicológicas, mantiene su equilibrio y de esta forma su salud en condiciones variables (F. Perls, 1975)

Introyección. Bloqueo en el que un individuo invierte su energía al incorporar de manera pasiva lo que su ambiente le da, desconociendo sus propias necesidades o preferencias, en su

lugar se orienta por normas y valores adoptados de los padres, las instituciones académicas, religiosas o por la sociedad (Polster, 1994).

Neurosis. Estado de enfermedad donde el individuo se hace incapaz de tomar del ambiente e interactuar con este debido a que su ritmo de contacto-retiro esta alterado y se ve reflejado en la forma en que interrumpe sus procesos, en una forma rígida de responder ante situaciones cambiantes (F. Perls, 1975).

Organismo. Término introducido por Goldstein para referirse a cualquier ser viviente que posee organización y formas internas de autorregularse (Muñoz, 2008).

Organísmico. Relativo al organismo como un todo indivisible en su naturaleza dinámica como ser biológico-social y espiritual que se interrelaciona con el entorno (Goldstein en Castanedo, 2000).

Proyección. Bloqueo del ciclo de la experiencia en donde se hace responsable a personas y objetos presentes en el ambiente de lo que es uno mismo, enviando partes de sí que no está dispuesto a reconocer como propias (Castanedo, 2000).

Retroflexión. Bloqueo donde el individuo impone una restricción al libre flujo entre el sí mismo y el medio; los impulsos y la energía inicialmente dirigidos hacia otra persona se vuelven hacia sí mismo (Polster, 1994).

Resistencia. En terapia Gestalt es considerado como un bloqueador o desplazador de la energía que puede darse en el sentido de una adaptación o una legítima protección y es un sinónimo de Bloqueo Gestáltico (Castanedo, 2000).

Salud. Estado y proceso conformado por diversos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo; sensación de bienestar psicológico y físico relacionada con un estilo de vida conformado por adecuada alimentación, horas de sueño suficiente, ejercicio físico regular, moderado o nulo consumo de alcohol, controles médicos preventivos y cumplimiento de prescripciones médicas entre otros (Labiano, 2010).

Capítulo 2. Marco Teórico

En este capítulo se resalta la importancia de la Salud Mental y las Conductas Autodestructivas como factores que inciden en la salud de los jóvenes universitarios; en particular las conductas autodestructivas indirectas como elementos de un estilo de vida poco saludable y ampliamente difundido entre la población juvenil. Además, se aborda la forma en que se considera la salud y la ausencia de ésta en general y en términos propios del Enfoque Gestalt tal como los bloqueos del ciclo de la experiencia.

2.1 Salud Mental

La salud mental ha adquirido cada vez más atención en los últimos años. Esto se observa en la cotidianidad donde los medios de comunicación difunden información relacionada con la salud de las personas a nivel individual y como un asunto de salud pública a nivel social. La Organización Mundial de la Salud define la salud de los individuos como un completo bienestar físico, mental y social que está relacionado además con la promoción del bienestar, con la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales. La salud, más que la ausencia de enfermedad representa un ideal respecto al cual hay diversos grados de aproximación.

El modelo actual de salud representa un concepto complejo constituido por factores individuales y ambientales relacionados con el entorno ambiental, la economía y la sociedad; por una parte, implica una sensación de bienestar, diversos grados de vitalidad y funcionamiento y por otra las conductas orientadas a generar esa sensación de bienestar físico y psicológico. La salud es un estado y a la vez un proceso en constante cambio donde los hábitos de vida influyen en la calidad de vida y el bienestar físico y psicológico (Labiano, en Oblitas, 2010).

El término salud mental implica en sí un planteamiento dualista donde la mente *psyche* y el cuerpo *soma* aparecen separados; sin embargo, en la actualidad se sabe que existe una estrecha relación entre ellos: las manifestaciones físicas tienen una etiología mental y los trastornos mentales tienen en muchos casos una base orgánica (DSM-IV-TR, 2002). En este contexto, existen parámetros que permiten dar cuenta de la salud de un individuo: malestar, discapacidad, riesgo significativo de morir o sufrir dolor, deterioro de funciones y adaptabilidad que implican “la manifestación individual de una disfunción comportamental,

psicológica o biológica” (DSM IV-TR, 2002 p. XIX). La salud mental representa entonces una dimensión de la salud integral.

En el 2007, el Foro de la Organización Mundial de la Salud estuvo orientado hacia la cohesión social para el bienestar mental entre los adolescentes donde se abordaron temas y propuestas a nivel gubernamental a favor de desarrollar la salud mental y atender o prevenir los trastornos mentales que afectan a la población juvenil. También fue señalado como parte importante de la salud el autocuidado, que está relacionado con los hábitos de alimentación – dieta balanceada y horarios estables de comida-; de la misma manera lo es la actividad física, la búsqueda de atención médica adecuada y oportuna.

Se ha sugerido que es importante crear un ambiente social en el que se incluyan factores que protejan la salud mental y disminuyan la exposición a factores de riesgo que influyen en el desarrollo de un trastorno mental (Organización Mundial de la Salud/ Health Behavior in School-aged Children, 2007). Entre los factores de riesgo que promueven conductas poco saludables se encuentran la violencia, la exclusión social y el aislamiento entre otros. Un factor protector del bienestar mental y que favorece la salud de los adolescentes es el que está relacionado con los comportamientos y las habilidades individuales. A mayor experiencia por parte de los jóvenes adultos durante su infancia y de los efectos positivos de los factores de protección, es mayor la posibilidad de que logren desarrollar y mantener la salud mental y el bienestar en las siguientes etapas de su vida. Así también se asume que:

Los jóvenes con un sentido positivo del bienestar mental poseen habilidades de solución de problemas, competencia social y un sentido de propósito que puede ayudarlos a enfrentar los reveses de la vida, hacer frente a circunstancias desfavorables, evitar los comportamientos de alto riesgo y llegar a tener una vida productiva (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo. 1997 p. 4).

2.2 Salud Mental en México

Considerando la salud mental como un estado en el cual un individuo está en condiciones inmejorables que le permiten desarrollar al máximo su potencial en su trabajo, en la relación con otros y en la recreación, resulta preocupante la presencia de fenómenos sociales como

las diversas formas de violencia, el suicidio, el consumo de alcohol y otras sustancias ya que ponen en riesgo la salud de la sociedad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

La salud mental de una población está vinculada con la estructura y la organización de la sociedad además de su propia psicología y dotación biológica; está íntimamente relacionada tanto con la salud física del individuo como con la pobreza (Souza y Lenin 2011). En este sentido al abordar el tema de la salud mental de una población se toma en cuenta por una parte los factores propios de un individuo dentro de una sociedad tales como la desnutrición, personalidad y carga genética y por otra se encuentran factores relacionados con la condición del ambiente en el cual está inmerso: la contaminación ambiental, la situación socioeconómica, la dinámica familiar, los fenómenos de migración y explosión demográfica entre otros. Dichos factores tienen un papel importante en la iniciación, el transcurso y la forma en que termina un malestar o trastorno.

El hombre como especie posee una gran capacidad de adaptación (Dubos 1974, citado por De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo 1997) y por ello puede llegar a adaptarse a condiciones de vida extrema. Es de suma importancia señalar que en este proceso de adaptación se puede ver afectada su salud favoreciendo la aparición de síntomas o limitando su desempeño laboral (Cruz, 2008). En el ingreso de los jóvenes a la Universidad se dan una serie de circunstancias que representan un desafío de adaptación a una nueva etapa de la vida. El inicio de los estudios universitarios representa el debut en la vida adulta donde los jóvenes se ven expuestos a nuevas responsabilidades y situaciones, ambiente social, retos y riesgos. Es una etapa crítica del desarrollo que implica independencia, ampliación de su red social con relaciones significativas de amistad o de pareja, conformación de la familia, expectativas de conseguir un buen empleo y la consolidación de una vocación. Todo lo anterior puede ser experimentado por algunos como eventos sumamente estresantes que junto con factores de riesgo individual conducen al desarrollo de síntomas de patología mental (Santillán, 2017). Se ha observado que más del 15% de los jóvenes mexicanos pueden presentar un primer episodio de algún trastorno mental en un rango de edades que va de los 19 a los 24 años (Medina-Mora, Muñiz, Benjet y Jaimes, 2003).

En la población general de México, uno de cada seis habitantes puede llegar a desarrollar un trastorno mental. Entre los trastornos que se presentan con mayor frecuencia están los síndromes depresivos y ansiosos, la epilepsia, la demencia, la esquizofrenia, las

adiciones y los trastornos del desarrollo infantil (González, 2005 en Souza y Lenin, 2011). Los trastornos mentales causan pérdida de años de vida saludable (AVISA); según cifras oficiales, entre los 15 principales están los trastornos psiquiátricos neurológicos, seis de los cuales se vinculan con este tipo de trastornos, así como con patología adictiva, homicidios, violencia, accidentes producidos por vehículos automotores, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática y demencias. Pero sólo la patología alcohólica y los trastornos depresivos representan casi 18% del total que producen pérdida de AVISA. Para la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las principales causas de ello en México durante 1998 se relacionaron con trastornos mentales vinculados a homicidios y violencia.

Los trastornos relacionados con alcohol y abuso de sustancias conforman un grave problema de salud pública, reflejado en la afectación directa al desarrollo del capital humano y social lo cual genera altos costos económicos, no sólo a través del sistema de salud, sino también por vía de accidentes y lesiones, violencia y criminalidad, que tienen una alta frecuencia y un impacto negativo considerable en el bienestar de las futuras generaciones. El ingreso personal y la capacidad de las personas y familias para trabajar y contribuir a la productividad nacional se ven afectados por la presencia de trastornos mentales (Souza y Lenin, 2011).

2.3 Conductas Autodestructivas

Las Conductas Autodestructivas han llegado a tener relevancia en los últimos años debido a que la repetición de tales conductas puede llegar a derivar en la muerte del sujeto que la lleva a cabo, la mayoría de las veces sin una intención consciente de morir. Existen diferentes modelos que abordan el estudio de estas conductas tales como el modelo comportamental, el modelo biológico, el modelo psicoanalítico y de estimulación sensorial entre otros (Sánchez, 2007). Dentro del comportamiento autodestructivo se consideran todas las formas en que un individuo puede dañarse a sí mismo. Una forma de evaluar este comportamiento autodestructivo es considerando el grado de mortandad y el número de episodios que se presentan. Cuando se trata de un comportamiento autodestructivo directo se presenta el suicidio (alta mortandad), la autolesión atípica o mayor y la autolesión común (baja mortandad); en el comportamiento autodestructivo indirecto se observa la toma de riesgos (alta mortandad), la anorexia en fase tardía, la embriaguez aguda, toma de riesgos sexuales,

abuso crónico de sustancias, bulimia y la falta de continuidad en medicación (baja mortandad) (Walsh, 2008).

Las Conductas Autodestructivas pueden ser explicadas tomando en cuenta dos aspectos: el primero, cuando se lleva a cabo una conducta que es interpretada cognitivamente como poco favorable a largo plazo, pero con un resultado afectivo inmediato y agradable como en el caso de fumar o comer en exceso; el segundo, cuando no se lleva a cabo una conducta que debería realizarse pero que conlleva consecuencias afectivas negativas como en el caso de ir al dentista o ahorrar (Kelley en Ramírez, 2004). En un modelo de Autodestructividad propuesto por Baumeister, señala que el individuo al llevar a cabo ciertas conductas no busca intencionalmente hacerse daño, sino que de manera accidental se derivan resultados negativos. Esto puede ser debido a la percepción inadecuada de sí mismo o de los recursos disponibles y a las estrategias poco efectivas para alcanzar metas. A este tipo de conductas pertenecen las conductas de riesgo realizadas por jóvenes como conducir en estado de ebriedad, las relaciones sexuales sin protección y el consumo de sustancias; en este sentido los consumidores intercambian las sensaciones generadas en el consumo de las sustancias que les permiten escapar de emociones desagradables propias de la vida cotidiana por los efectos nocivos a largo plazo para la salud. La conducta autodestructiva ha sido definida como un “término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño infligido” (Halbwirth, 2004 en Ruiz 2009, p. 33). Se dice que el individuo busca hacerse daño a sí mismo siendo consciente en diferentes grados acerca de la intención de ello y sin perseguir ocasionarse la muerte de manera deliberada (Baumeister, 1988 citado en Ramírez, 2004).

La Autodestructividad Crónica (Kelley, et al, 1985, p. 573) ha sido señalada como “una tendencia a llevar a cabo conductas que a la larga reducen las consecuencias positivas e incrementan la probabilidad de experimentar las negativas”. Además, se ha propuesto que existen ciertos componentes de Autodestructividad en las enfermedades psicosomáticas, la práctica de juegos de azar, la prostitución y los deportes de alto riesgo (Achte, Blau, Farberow, 1980 en Baird, 1981).

Existen dos criterios básicos para establecer diferentes tipos de Conductas Autodestructivas: la cronicidad con que se presenta la conducta y la falta de conciencia de los efectos autodestructivos y de las intenciones de sus acciones (Farberow, 1980 citado en

Baird, 1981). Las consecuencias de las conductas autodestructivas directas son evidentes ya que se expresan en un daño físico parcial o total del cuerpo; sin embargo, las conductas autodestructivas indirectas tienen efectos que no son tan evidentes y tan obvios porque no son inmediatos. Además, en ocasiones, el medio en el que se presentan tiende a reforzarlas; por ejemplo, el individuo que bebe más de la cuenta en una fiesta y se empeña en conducir en estado de ebriedad, el boxeador profesional, conductas sexuales de riesgo, la anorexia e interrupción de tratamientos médicos, entre otros (Baird, 1981; Silva, 2003). Autores como Díaz, González, Minor y Moreno (2008) distinguen la conducta autodestructiva directa de la indirecta en el sentido que la primera incluye además del suicidio consumado, los pensamientos y las conductas suicidas en tanto que en la segunda se pone en peligro la vida de manera reiterada sin intención de morir. A continuación, se abordan los dos tipos de conductas autodestructivas para mayor claridad.

2.3.1 Conductas Autodestructivas Directas

Farberow, citado por Silva (2003), señala que las Conductas Autodestructivas Directas son aquellas donde el individuo se daña a sí mismo, donde interviene la conciencia y puede haber o no una intención de morir. En este tipo de comportamientos se incluyen los pensamientos y conductas suicidas, así como el suicidio consumado.

Este tipo de conductas ha sido relacionado con la autolesión donde se ocasiona daño de tejidos con diferentes objetos, sin intenciones de generar la muerte sino como una forma de alivio emocional. Díaz (2008) citando a Doctors (2002), afirma que los pacientes que practican la autolesión manejan hasta determinado momento la situación por lo que reflejan un grado de control en su conducta, aunque también se cree que debido a una intensa emoción como la ansiedad se produce una reacción violenta.

Otros autores, describen el comportamiento auto dañino como aquél que involucra un daño inmediato de tejidos, donde los individuos deliberadamente se lesionan como en el suicidio, los intentos recurrentes de suicidio o las autolesiones. Estos comportamientos se pueden presentar en un solo episodio o en varios y también implican diferentes grados de autolesión (Walsh, 2008).

Las dos formas más representativas de la conducta suicida son el intento suicida y el suicidio. El suicidio propiamente es un proceso que tiene distintas etapas que va desde la idea

al acto mismo, aunque no necesariamente son secuenciales ni indispensables para el suicidio consumado (González et al, 2002). El intento suicida es una forma fallida de acabar con la propia vida que tiende a repetirse y que se relaciona con formas de llamar la atención, particularmente en la población femenina (Taboada, 2007).

Otros autores señalan la Conducta Parasuicida como aquella donde los pacientes se automutilan por ejemplo al hacerse cortes en la piel, pero que no desean morir. En psiquiatría “la automutilación ha sido considerada una autodestrucción localizada, con una falta de control de los impulsos agresivos debida al deseo inconsciente de la persona de castigarse a sí mismo o a un objeto introyectado” (Sadock y Sadock, 2008, p. 902). Los pacientes psiquiátricos tienen una incidencia de autolesiones 50 veces mayor a la población en general y cerca de un 30 % de los consumidores de sustancias tóxicas se autolesionan en ese mismo sentido. En tales casos los que se provocan cortes argumentan motivos tales como ira contra sí mismo o los demás, alivio de tensión y deseo de morir. Dichas conductas se asocian con frecuencia a trastornos de personalidad (Sadock y Sadock, 2008).

En la actualidad existe controversia acerca de las implicaciones y el uso del término autolesión; por ejemplo, en Gran Bretaña se denominan autolesiones deliberadas a todos los episodios en los que se sobrevive, sin tener en cuenta la intención. Su utilización en Norteamérica se refiere a episodios de lesiones corporales sin intención suicida, especialmente si es repetitivo. Usualmente excluye a las sobredosis y a los métodos de alta letalidad. Últimamente se está dejando de lado el adjetivo deliberada por cierta significación peyorativa (Taboada, 2007).

En México se utiliza el término autolesión y extraoficialmente se sabe que el diez por ciento de la población de adolescentes se corta, quema o golpea como formas diferentes de practicar la autolesión; sin embargo, no se tienen cifras oficiales (Olivares, 2013).

2.3.2 Conductas Autodestructivas Indirectas

Farberow (1980) citado en Silva (2003) indica que en las Conductas Autodestructivas Indirectas aun cuando no se pretende la muerte, sí existe un riesgo para la vida y la salud del individuo. Caracteriza estas conductas como un síndrome de comportamientos

autodestructivos indirectos cuyos rasgos principales son la cronicidad de la conducta y la falta de conciencia del individuo acerca de los efectos autodestructivos y de las intenciones de sus acciones. Díaz, González, Minor y Moreno (2008) apuntan que en este tipo de conductas no está implicada la intención de morir, pero la vida se pone en peligro y se ve comprometida de una manera reiterada y frecuente, lo cual conduce a la autólisis del individuo.

Se ha buscado definir estas conductas como un síndrome psicopatológico relacionado con la autoagresión incluyendo aquellas que no son tan obvias como “las interrupciones de tratamientos médicos, prácticas sexuales sin protección, las adicciones, la anorexia, el juego y la práctica de deportes de alto riesgo” (Baird, 1981 p.652).

Quintanar (2003) citando a Clemente y González afirma que el comienzo de este tipo de conductas es gradual e implican un sufrimiento prolongado, que asemeja a un martirio; además de una falta de conciencia de sus efectos destructivos, la conducta está racionalizada, intelectualizada o negada. El hecho de que dichas conductas se dan en un contexto social que, a su vez, tolera y refuerza la conducta cuando se festeja la locuacidad del que bebe alcohol y de quien fuma, hace que se pueda pasar por alto la posibilidad de que, a la larga lleven a la progresiva eliminación del individuo (López Molina, 1993).

Dado que las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) pueden derivar en la muerte del individuo, han sido asociadas al suicidio y llamadas suicidios encubiertos por los deseos subyacentes de morir (López Molina, 1993). Estas conductas de autoagresión reciben también el nombre de comportamientos autodestructivos indirectos estables (CAIS); tomada del término inglés Indirect Self-Destructive Stable Behaviour.

González Franco (2006, p.1), considera las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) como “un suicidio lento, inconsciente y a largo plazo siempre y cuando las conductas se repitan y tiendan a aumentar la intensidad con las que se presentan.” Está visto que las conductas autodestructivas en ocasiones terminan en la muerte biológica debido a la falta de estimación de las conductas de pasaje al acto y de riesgo que están relacionadas con la sexualidad, las adicciones y el cuerpo. Al presentarse dichas conductas se evita la aparición de afectos y sensaciones debido a la prevalencia de alexitimia, en particular cuando están asociadas con conductas antisociales en adolescentes (Quiroga y Cryan, 2004).

En la literatura existen diversos autores que incluyen dentro de las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) a las autolesiones o automutilaciones (daño directo del tejido). Por ejemplo, Mendoza y Pellicer (2002) señalan que se consideran indirectas debido a que no existe la intención de llegar a la muerte inmediata como en el suicidio, sino que solamente hay perjuicio en el individuo; Ross, (1991) en Díaz, (2008) destaca que en estas conductas hay un daño auto infringido de manera física ya sea como cortaduras, cabezazos, golpes en los ojos o mordeduras, sin llegar a la muerte del individuo. Sin embargo, en esta investigación se excluyen las conductas de este tipo y sólo se tomarán en cuenta las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) consideradas en la escala de autodestructividad de Kelley y que no son tan evidentes y se presentan de una manera tan sutil que sus efectos pueden pasar inadvertidos o donde el individuo le resta importancia al resultado de sus acciones. En este sentido las Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI) se refieren a la forma en que un individuo se trata a sí mismo, lo cual se refleja en una falta de autocuidado de su cuerpo, su alimentación y ejercicio; también se refieren a la participación en actividades que implican el riesgo de perder la vida tales como manejar a alta velocidad, deportes extremos, comportamientos agresivos.

En el libro *Las Muchas Caras del suicidio* de Farberow (1980), Litman explica que las conductas autodestructivas indirectas son una manera de sobrellevar el dolor emocional, evitar la depresión y como una experiencia mal encaminada hacia un triunfo masoquista al haber sobrevivido al peligro. Otros autores señalan que hay una ganancia psicológica secundaria que se obtiene cuando se provoca una expresión de simpatía o de hostilidad (Clemente y González, en Silva, 2003).

Por otra parte, Casillas y Clark en González Franco, (2006) relacionan las conductas autodestructivas indirectas con rasgos de personalidad, como la impulsividad, relacionada con los Trastornos de la Personalidad del grupo B.

2.3.3 Conductas Autodestructivas en jóvenes

Se ha reportado a nivel mundial que los jóvenes-adultos y estudiantes preuniversitarios participan en comportamientos de alto riesgo (Patterson, 2009; Young Et al, 2007; Youth

Risk Behavior Surveillance, 2010). Un joven participa en conductas de alto riesgo cuando deja de lado un comportamiento más seguro y elige un comportamiento que de entrada es gratificante pero también es peligroso (Zuckerman & Kuhlman, 2000, citados por Patterson, 2009). Dichos comportamientos representan un riesgo físico potencial para los individuos.

En un estudio reciente Schwartz et al, (2011) encontraron que entre los jóvenes universitarios los comportamientos de alto riesgo más comunes fueron el uso de marihuana, el sexo oral y el sexo sin protección; dichos comportamientos fueron reportados al menos por el 30% de los participantes en el estudio. Los estudiantes preuniversitarios se involucran en una amplia gama de comportamientos autodestructivos tales como el uso de drogas ilícitas, de alcohol o nicotina; comportamientos ilegales o agresivos y prácticas peligrosas de manejo (Kelly, Rollings, & Harmon, 2005). También se ha encontrado que se muestran más propensos a la práctica de este tipo de comportamientos de alto riesgo, en particular los atracones de comida y prácticas sexuales sin protección, que aquellos individuos de la misma edad que no se encuentran en el medio escolar (Boyd, McCabe, & d'Arcy, 2004; Bylund, Imes, & Baxter, 2005; Paschall, 2003).

En México, a nivel nacional, el INEGI indica que, en el 2004, las principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 24 años tanto para hombres como mujeres fueron los accidentes, homicidios, suicidios, tumores malignos, SIDA y enfermedades del corazón. Así mismo señala que la principal causa de accidentes automovilísticos en México es la alta velocidad y el consumo de bebidas alcohólicas en el momento de manejar.

En un estudio comparativo realizado el 2002 en dos universidades privadas de la Ciudad de México acerca del consumo de alcohol y drogas, se reportó que en un período de dos años aumentó el consumo de marihuana en un 45%; además los antidepresivos aumentaron 4.25%, el consumo de tranquilizantes en un 1.09%, el de cocaína 1.94%, el de hachís 1.1% y el de anfetaminas 0.2%. Se estableció que en promedio la prevalencia total de las seis drogas más reportadas aumentó 1.5%. Sin embargo, los niveles de consumo de alcohol permanecieron en niveles semejantes a los del estudio anterior (Pulido, Tovilla, Lanzagorta, Espinosa, Mendívil, Calvo, y García, 2003).

La búsqueda de conductas de riesgo ha sido la de mayor incidencia dentro de las conductas autodestructivas en jóvenes universitarios de 18 a 25 años (Maldonado, 2003). Uno de los motivos de estas conductas es que las personas buscan el placer (Baumeister 1988,

citado por Maldonado 2003), en un estado de éxtasis donde llegan a olvidarse de sí mismos y pierden conciencia de los límites sin que haya un deseo consciente de auto dañarse.

En un enfoque clínico del estudio de las conductas autodestructivas se reporta una relación entre las conductas autodestructivas y la conducta antisocial como en el caso de jóvenes argentinos (Quiroga, 2011) donde se establece una relación entre dichas conductas y rasgos de impulsividad propios de la conducta antisocial. También Díaz y cols, (2008) realizaron un estudio en adolescentes mexicanos que confirma la asociación de conductas autodestructivas con algunos trastornos de personalidad en ciertos niveles; ambos estudios identifican la presencia de las Conductas Autodestructivas como elemento característico de la personalidad.

En la presente investigación se propone el estudio de estas conductas desde el Enfoque Gestalt para dar cuenta de qué sucede en el funcionamiento del individuo cuando su conducta no tiende hacia el equilibrio como forma de autorregulación por medio del Ciclo de la Experiencia.

2.4 Enfoque Gestalt

Este enfoque -también denominado Terapia Gestalt- se ubica dentro de la Psicología Humanista o Tercera Fuerza, que considera al ser humano como un ser capaz de tomar decisiones orientadas a construir y mejorar su propia vida (Lahey, 2007). Forma parte del movimiento del Potencial Humano que hace énfasis en la observación de la conducta en el momento presente y el proceso del darse cuenta; además considera las dimensiones fisiológica, cognitiva, motivacional y sociológica del organismo en interacción con su ambiente (Castanedo, 2007).

2.4.1 Influencias

El Enfoque Gestalt toma de la Teoría Gestalt los conceptos de la percepción y la conducta motora de la experiencia del individuo como elementos que organizan las necesidades más importantes del organismo (Castanedo, 1988). Además, considera que un individuo organiza lo que percibe en una totalidad significativa basado en el interés propio, su motivación y su necesidad (Perls, 2007).

Los psicólogos de la Gestalt Wertheimer y Kohler se enfocan en la manera que se organizan las sensaciones percibidas a través de los sentidos, es decir en la percepción principalmente de figuras externas captadas a través de la vista y el oído (Wallen en Fagan y Shepard, 1989). Su trabajo se describe en los siguientes principios gestálticos (Lahey, 2007):

- **Figura-fondo:** cuando se percibe un estímulo visual que llama la propia atención convirtiéndose en el foco central se le llama *figura*; aquello que descartamos, que dejamos de lado o lo que está a su alrededor recibe el nombre de *fondo*.
- **Pregnancia:** todo campo psicológico se encuentra tan bien organizado según lo permiten las condiciones en un momento determinado; esto sucede aún en el peor de los casos.
- **Continuidad:** tendemos a percibir continuidad en líneas y patrones. Esto no se da de manera natural, sino que hay una tendencia a percibir líneas o patrones que siguen un contorno suave como si fueran parte de una sola unidad.
- **Semejanza:** las cosas similares se perciben como relacionadas
- **Cierre:** hay una tendencia a crear percepciones completas y totales, llenando la información sensorial que falta cuando se trata de figuras incompletas de cosas familiares.

En sus inicios, la psicología de la Gestalt presenta una postura contraria a los enfoques atomistas que le precedieron donde la percepción y los procesos mentales eran reducidos a elementos o contenidos mentales; es considerada una teoría de la percepción, incluyendo “las interrelaciones entre la forma del objeto y los procesos del perceptor” (Fagan y Shepherd, 1989 p.17). Asimismo, hace énfasis en el papel activo del perceptor, en los saltos de insight, en el cierre, en las características de figura y fondo y en la fluidez de los procesos perceptuales (Wallen (1957) citado por Fagan, 1989).

La Terapia Gestalt además de tener raíces en la psicología de la Gestalt, también las tiene en el movimiento psicoanalítico freudiano, en Otto Rank, Karen Horney, Clara Happel, Elena Deutch, Paul Schilder además de Wilhelm Reich por sus trabajos sobre la coraza muscular (Vásquez, 2005). Los principios gestálticos de la percepción (las percepciones orgánicas, las percepciones de los propios sentimientos, las emociones y las sensaciones corporales) fueron relacionados con la motivación por Perls empezando a conceptualizar de esta manera un “proceso mediante el cual el organismo logra satisfacerse en su ambiente

como un proceso de formación gúestáltica esencialmente, en el cual hay cierto número de subtotalidades...” (Wallen, 1989 p.17). La percepción figural de las *Gestalten* que se forman en el cuerpo señaladas por Wertheimer y Kohler y en la relación del individuo con su ambiente son elementos fundamentales para el terapeuta gúestáltico. Además, la Terapia Gestalt recibe una gran influencia fenomenológica y existencial a través de Laura Posner Perls quien tuvo contacto con Martin Buber y Paul Tillich (Rosenfeld, 1978 en Yontef, 2008). Ella en particular aporta sus conocimientos acerca de la dimensión corporal por su amistad con Charlotte Selver y de las Teorías de la Percepción de la Psicología de la Gestalt (Vázquez, 2005).

2.4.2 Elementos del Enfoque Gestalt

Este enfoque posee un amplio marco conceptual que dan fundamento y dirección al trabajo terapéutico; es un enfoque fenomenológico dado que busca que el individuo observe y describa su experiencia haciendo énfasis en la sensación, la percepción, el pensamiento y la conciencia. Además, se encuentra constituido por diversos elementos teóricos que orientan las intervenciones terapéuticas y que están fundamentados en la conceptualización humanista del individuo. Algunos de ellos se detallan a continuación:

El **Campo organismo/entorno**. Los elementos organismo y entorno conforman una unidad donde se interrelacionan de manera inseparable denominada campo; no tiene sentido referirse a una función del organismo que sea completa sin su entorno. Es la relación que se da de manera constante donde el organismo y su entorno se influyen uno al otro. Esta interacción es de índole física, psicológica y social (Vázquez, 2005).

Un organismo se relaciona con su ambiente y puede pasar del equilibrio al desequilibrio de manera natural sin inhibir, programar o forzar las señales del organismo, esto se denomina **Autorregulación Organísmica** (Perls, Hefferline y Goodman en Vázquez, 2005). Al utilizar el término organísmico, Kurt Goldstein enfatiza el organismo como un todo indivisible en su naturaleza dinámica como ser biológico-social y espiritual que se interrelaciona con el entorno (Castanedo, 2004).

Darse cuenta o awareness se refiere a poner atención o a tomar conciencia de sensaciones, percepciones, emociones y actividad mental reflejada como fantasía; cuando

esto sucede, un individuo puede apropiarse de sus experiencias y hacerse responsable de sus acciones y consecuencias (Castanedo, 1988).

Figura-fondo: distinción que surge en todo proceso perceptivo entre lo que está en primer plano o relieve a lo que se denomina figura, y el ambiente en el que se encuentra denominado fondo (F. Perls, 1975).

Fenomenología: dentro de la Terapia Gestalt, es una práctica donde la persona toma distancia de su manera habitual de pensar y así puede distinguir entre lo que percibe y siente en el momento actual y lo que aparece como parte del pasado, enfatizando la experiencia directa y la experimentación (Yontef, 2009).

Holismo: visión de totalidad. En Terapia Gestalt el ser humano no es solo cuerpo, mente o emociones ya que no existe un comportamiento puramente biológico, sino que es una totalidad inseparable (F. Perls, Hefferline y Goodman en Vázquez, 2005). Este enfoque incluye al individuo en su totalidad, sus relaciones y su ambiente al cual afecta y por el que se ve afectado (Salama, 2007)

Teoría de campo: en Terapia Gestalt es un método de exploración que describe el campo total del cual un evento forma parte actualmente. El campo es un todo donde las partes se relacionan y se corresponden unas con otras de manera que no hay parte que esté fuera de la influencia de lo que ocurre en otro lugar del campo. La persona y su espacio de vida constituyen un campo (Yontef, 2009).

Presente: Ninguna vivencia o experiencia es posible si no es en el presente; cuando una persona trabaja en Terapia Gestalt y empieza a referirse a su experiencia diciendo “ahora me doy cuenta” empieza a ubicarse en el tiempo presente y a trabajar en una base fenomenológica que le permite cerrar su Gestalt y alcanzar el balance orgánico entre otras cosas (Perls, 2007).

2.4.3 Funcionamiento Sano y Neurosis

En el Enfoque Gestalt se considera a la conducta de un individuo “como reflejo de sus relaciones dentro de este campo (organismo/ ambiente) ... al considerársele como individuo y como ser social.” (Perls, 2007 p.30) por lo que cuando una parte se ve afectada, el organismo lo está también en su funcionamiento total. Este funcionamiento se ve alterado y se presenta como neurosis en “un desequilibrio crónico de baja intensidad; una irritación

constante asociada al peligro y a la frustración, entrecortada por ocasionales crisis agudas que nunca alivian la tensión” (Perls, Hefferline, Goodman en Vázquez, 2005)

Salama (2007) refiere que hay una forma sana de responder ante las propias necesidades y los acontecimientos externos y la llama Funcionamiento del Yo. Se presenta cuando el Yo es capaz de elegir, tiene un patrón de conducta flexible, no se agrade a sí mismo, libera la energía bloqueada y busca satisfacer la necesidad apremiante. El Pseudo Yo, reacciona sin observar, se conduce por patrones rígidos, no puede elegir al encontrarse su energía bloqueada de manera que la retiene, agrade al Sí mismo y al Yo, no tiene conciencia y sabotea al organismo de manera que no resuelve su necesidad. Un individuo integrado, sabe lo que necesita, mantiene contacto consigo mismo y se acepta. Cuando interactúa con otros puede pasar del apoyo ambiental al autoapoyo. Se reconoce como parte del medio, establece contacto consigo mismo y con la realidad exterior. Vive conscientemente en el presente, aquí y ahora. Es por lo tanto un individuo sano.

Otra forma de llamar al funcionamiento sano es madurez. Perls (1976), señala que cuando se pasa del apoyo del ambiente al apoyo propio se da la madurez. El individuo pone en juego su capacidad para hacer uso de sus recursos propios y moviliza su energía para satisfacer sus necesidades enfrentándose al ambiente. Esta madurez es trabajada en la terapia gestáltica al aumentar la tolerancia a la frustración y el abandono de la representación de roles que no son él mismo, de los que se sirve para manipular el ambiente.

El proceso de la satisfacción de necesidades de un individuo es importante para su supervivencia y la continuidad de su existencia en el aspecto biológico y psicológico, donde interviene su capacidad para extraer del ambiente lo necesario para nutrirse ya sea alimento, afecto, conocimiento. Este proceso se constituye por una formación y eliminación de Gestalten; cada vez que se satisface una necesidad es eliminada y reemplazada por una nueva según la jerarquía de dominio de manera continua y sin interrupciones, Wallen (citado en Fagan y Shepard, 1989). En general se dice que un organismo es sano cuando está presente, en conciencia, cuando puede darse cuenta y cuando reconoce sus necesidades; el organismo establece contacto y después deja el contacto concluyendo una Gestalt, una necesidad. Un organismo sano es capaz de orientarse, haciendo acopio de su atención y de su sistema sensorial; utiliza los medios de su sistema motor para manipular el ambiente y así obtener lo que necesita y completar la Gestalt (Perls, 1976). Salir de este camino implica hacer o dejar

de hacer cosas para evitar el contacto con lo desagradable, lo doloroso o bien con lo agradable, lo placentero. Esto equivale a entrar en la neurosis. El neurótico, no alcanza a distinguir sus necesidades dominantes ni tampoco puede manipular el ambiente para satisfacerlas. La neurosis es una forma no sana de mantener la homeostasis entre el individuo y su ambiente y para ello lleva a cabo diferentes maniobras para defenderse (Perls, 2007).

La neurosis también puede ser explicada tomando como base el concepto de polaridades de la Terapia Gestalt; en este modelo se considera la conducta alterada como una incongruencia donde dos elementos del mismo proceso psicológico se presentan como dualidades que se oponen. La integración de dichas polaridades es el trabajo terapéutico que orienta al individuo hacia la salud (Kempner en Castanedo, 2007). Otra forma de neurosis se refiere a la presencia de demasiados asuntos inconclusos en la vida de un individuo; el ciclo de contacto-retirada se rompe en su vida cotidiana, perdiendo la capacidad de hacer uso de los recursos disponibles en el medio para la satisfacción de la necesidad y así hacer el cierre; el neurótico se priva de su experiencia (Castanedo, 2007).

Por su parte Zinker (2008), señala que toda patología puede ser entendida como una interrupción amplia y crónica del proceso en virtud del cual la persona avanza hacia la satisfacción de toda su escala de necesidades. Por el contrario, en un individuo saludable, la satisfacción de la necesidad que emerge como figura se da de manera fluida, en un ritmo natural permitiendo el surgimiento de nuevas necesidades.

Un organismo mantiene su salud a través del proceso de autorregulación denominado también homeostasis que le permite mantener el equilibrio al resolver sus necesidades. Por el contrario, el organismo enferma cuando se queda demasiado tiempo en un estado de desequilibrio, cuando falla el proceso de homeostasis y cuando no se satisfacen adecuadamente sus necesidades, desarrollando de esta manera un estado de rigidez (Perls, 2007).

En la neurosis, hay una disminución o ausencia del libre funcionamiento de la energía del individuo. Dicha condición se manifiesta de diferentes maneras: en la disminución de la sensación, cuando el individuo no puede percibirla en el cuerpo; en la incapacidad para reconocer las propias necesidades o confundiéndolas; cuando hay una dificultad para expresar lo que se quiere decir o hacer. En general, la neurosis se presenta cuando hay una

alteración en el contacto, la diferenciación, la asimilación y en la satisfacción de la necesidad (Salama, 2007).

Como enfoque terapéutico la Gestalt se centra en el desarrollo de las potencialidades del individuo más que en el estudio de la patología (Vázquez, 2012). Sin embargo, un síntoma es considerado una Gestalt incompleta, una necesidad no satisfecha que ocasiona un conflicto psicológico relacionado con la expresión de emociones básicas como la agresión, amor, odio, alegría, tristeza, rabia, entre otras (Castanedo, 2007). Por otra parte, Francesetti se refiere a la Psicopatología como experiencia disfuncional (experiencia borderline, experiencia depresiva, experiencia bipolar, experiencia narcisista entre otras) y Zinker señala que las interrupciones en el ciclo de la experiencia se pueden relacionar con los trastornos propios de la Psiquiatría (Castanedo, 1998).

Uno de los elementos teóricos del Enfoque Gestalt a partir del cual es posible generar un trabajo terapéutico es el Ciclo de la Experiencia como un modelo del camino que recorre la energía de un individuo al ser movilizada para resolver una necesidad. Un bloqueo en cualquiera de las fases del ciclo representa un elemento que precisa ser atendido en terapia.

2.5 Ciclo de la Experiencia

Ante una situación o acontecimiento, un individuo puede responder de manera sana, resolviendo sus necesidades, las situaciones y tensiones que se le presentan, puede mostrarse flexible y puede adaptarse a las circunstancias de la manera que le resulte más favorable. La energía que el organismo moviliza para satisfacer una necesidad recorre un camino al que se le denomina Ciclo de la Experiencia. Éste se encuentra dividido en fases para fines descriptivos ya que las fases del ciclo no se presentan de manera tan definida en la realidad; sin embargo, resulta útil en la comprensión del fenómeno como modelo de funcionamiento orgánico (Kepner, 1992) y es conocido también como proceso de autorregulación orgánica.

El ciclo de la experiencia puede ser definido desde varias perspectivas (Kepner, 2007): considerándolo desde la perspectiva del campo organismo/entorno el ciclo es una secuencia de interacción entre ambos; si se considera al ciclo de la experiencia como un fenómeno, entonces puede decirse que se trata de una figura que emerge, algo que capta nuestra atención de tal manera que la traemos al primer plano; es decir, es el surgimiento de

una necesidad a resolver. Otra perspectiva es tratar el ciclo como una conformación de conductas y experiencias secuenciadas que lleva a la autorregulación que implica fluidez y una naturaleza continua del proceso. Una más implica el ciclo de la experiencia como un modelo que pretende describir lo que se necesita para la buena autorregulación.

Salama y Castanedo, (1991) sostienen que el ciclo de la autorregulación orgánica o ciclo de la experiencia es un modelo psicofisiológico, un proceso dirigido a lograr el objetivo final de satisfacer alguna necesidad, es decir, el proceso que lleva al contacto.

Zinker (2008) llama ciclo *conciencia-excitación-contacto* al ciclo de autorregulación del organismo y lo define como el proceso por cuyo efecto una figura se desarrolla, entendiéndose como figura una necesidad emergente. Así en una persona se presenta un ciclo psicofisiológico que inicia con una sensación que se lleva a la conciencia haciendo aparecer la figura, se hace contacto asimilando lo necesario y retirándose posteriormente; al final la figura se destruye y pasa al fondo. La conceptualización de este ciclo pretende reproducir cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismo; este ciclo consta de varias fases que se suceden una a otra sin interrupciones en condiciones saludables.

El ciclo inicia en reposo y emerge de una Sensación que al ser identificada pasa a ser Conciencia de manera que permite la Movilización de la Energía y así llegar al satisfactor. Para manipular el medio se lleva a cabo una Acción que termina en el Contacto. El organismo llega a una fase de cierre y retirada cuando la necesidad es cubierta para entrar por último al reposo. Este proceso no termina nunca ya que cada vez que se cierra una Gestalt aparece una nueva necesidad en forma de Gestalt abierta (Quitman en Castanedo y Murguía, 2011)

2.5.1 Fases del Ciclo de la Experiencia

En la cotidianidad, las necesidades surgen y se resuelven sucesivamente en una serie de pasos que reciben el nombre de fases. Dichas fases se utilizan con fines descriptivos teóricos ya que en la realidad no se presentan de manera tan definida (Kepner, 2007).

En los inicios del Enfoque Gestalt, este ciclo de la experiencia fue descrito en cuatro fases de contacto: pre-contacto, contacto, contacto final y post-contacto por Pearls, Hefferline y Goodman (Vázquez, 2005).

Por su parte, Salama, (2007) divide el ciclo en ocho fases, organizándolas en zona interna y zona externa:

- **Reposo:** es el punto de inicio de una nueva experiencia. Es el vacío fértil donde puede emerger una necesidad e iniciar así una gestalt.
- **Sensación:** es el punto donde se identifica físicamente una necesidad; se manifiesta como una tensión y se le llama momento de darse cuenta. Es corporal o psicológica.
- **Formación de figura:** se le pone nombre a la necesidad estableciéndose como figura, haciéndose consciente del objetivo de la sensación.
- **Movilización de la energía:** se le llama también **energetización** ya que se reúne la energía indispensable para resolver la necesidad.
- **Acción:** se lleva al organismo hacia la satisfacción de la necesidad o el objeto relacional. Se actúa en este momento en contacto con la zona externa.
- **Precontacto:** se identifica el objeto relacional para contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella.
- **Contacto:** se establece el contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo obtiene placer ante la necesidad que está satisfaciendo
- **Poscontacto:** en esta etapa se inicia la **desenergización**, buscando el reposo junto con los procesos de asimilación y de alienación de la experiencia, dentro del continuo de conciencia.

En los últimos 50 años, Joseph Zinker dentro del Instituto Gestalt de Cleveland ha desarrollado seis fases que constituyen el ciclo de la experiencia y que a su vez son la base del trabajo de Celedonio Castanedo (Castanedo, 2007). El ciclo de autorregulación orgánica o ciclo de la experiencia se presenta en toda persona como un ciclo psicofisiológico, es decir, la persona experimenta tanto necesidades físicas como psicológicas. En un ejemplo de necesidad fisiológica, este ciclo se presenta de la siguiente manera:

- Inicia con la fase de **sensación** que implica el registro a través de los sentidos como una sensación de sequedad en la boca
- Cuando se es capaz de nombrar estas sensaciones se convierten en **conciencia** lo cual permite la comprensión de la necesidad y de lo que se debe hacer para resolverla, entonces se dice que la sensación corresponde al hambre que se experimenta
- En tanto se tiene más clara la necesidad, el cuerpo se mueve, se desplaza haciendo acopio de su energía, entrando en la fase de **movilización de la energía**.

- Para la siguiente etapa, se llevan a cabo actividades que permitan resolver la necesidad entrando así en la etapa de **acción**.
- Por último, al tomar del medio lo necesario para satisfacer la necesidad, se lleva a cabo un proceso psíquico llamado **contacto**.
- Se tiene conciencia de la satisfacción de la necesidad llegando así a una etapa de **retirada** donde el organismo se relaja y pierde interés en la figura surgida al inicio del ciclo, pasando ahora a ser el fondo. Esta etapa es importante porque permite cerrar la gestalt y permite también la formación de nuevas gestalten (Zinker, 2008).

En un individuo integrado el proceso de formación y eliminación de gestalten se lleva a cabo de manera continua y sin interrupciones (Wallen, en Fagan y Shepherd, 1989). El organismo genera un movimiento que inicia con el reconocimiento de una necesidad, a través de una serie de fases y finaliza con la satisfacción de la necesidad usando sus propios recursos para completar el ciclo y volver de esta manera al equilibrio; esto sucede de manera inconsciente en un estado de salud y le permite al individuo desarrollar su propio potencial (Castanedo, 1997) pero cuando las necesidades no se resuelven se manifiestan como malestar orgánico y enfermedad (Kepner, 2000) y se denominan bloqueos en el ciclo de la experiencia.

2.5.2 Bloqueos en el Ciclo de la Experiencia

Ante una necesidad o diversas circunstancias, un organismo puede responder de manera poco saludable donde no permite que la energía fluya en su ciclo de la experiencia, ocasionando un bloqueo. Perls (1976) llama a este bloqueo el camino a la neurosis que se manifiesta cuando el individuo mantiene una serie de relaciones desgatadas, es incapaz de renunciar o de dejar tareas que sobrepasan sus propias posibilidades e incapaz de abandonar situaciones que ya no cubren más sus necesidades.

En otras palabras, en lugar de que un individuo complete una Gestalt al satisfacer una necesidad y permitir que la energía recorra el ciclo de la experiencia, el individuo responde de diversas maneras: no reconoce o percibe cuál es esa necesidad, deja de hacer contacto con su sensación y se conecta solamente con sus ideas (sus debería), atribuye al medio externo o a otros lo que en realidad le es propio, percibe inadecuadamente sus necesidades al

confundirlas con las de otros, moviliza su energía hacia sí mismo en lugar de satisfacer su necesidad o se queda en la sensación sin permitir el cierre de la Gestalt.

En ocasiones el individuo no encuentra lo necesario para satisfacer su necesidad en su entorno. O bien, resuelve su necesidad llevando a cabo conductas que generan respuestas hostiles del entorno o con conductas no apropiadas para resolver dicha necesidad (Kepner, 2007). Estas formas de responder le permiten al individuo hacerles frente a las situaciones que se le van presentando en su vida. Dichas formas son también llamadas estrategias de afrontamiento y son “procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento” (DSM-IV-TR, 2002, p. 900). Las formas en que enfrentamos situaciones que podemos percibir como amenazantes o conflictivas también son llamadas mecanismos de defensa. (Zinker, 2008). Sin embargo, algunos gestaltistas, como Croker y Swanson (1981, 1988) rechazan el término “mecanismo” por considerarlo peyorativo y con una connotación negativa respecto a las formas en que se bloquea el contacto además que pertenece más al paradigma positivista y se aleja de la teoría orgánica, propia del Enfoque Gestalt; en su lugar Swanson los llama estados de frontera disfuncionales.

Diversos autores han definido estos bloqueos o interrupciones en el ciclo de la experiencia, a continuación, se mencionan algunos de ellos.

2.5.2.1 **Mecanismos de perturbaciones de límite**, Perls (2007).

Se denominan también Perturbaciones a los recursos que permiten al organismo interrumpir el contacto y forman parte de la función del Yo (Perls, Hefferline y Goodman en Vásquez, 2005); Perls los describe como interferencias al proceso de crecimiento y considera cuatro mecanismos:

- la introyección, se presenta al tomar patrones, actitudes, formas de pensar y actuar del ambiente sin digerir ni asimilar; al tragar esto de manera indiscriminada, pasa a ocupar un lugar en nosotros como un parásito, sin ser realmente propio. En este caso el individuo que introyecta corre el riesgo de no desarrollar su propia personalidad o de desintegrarla. Perls (2007, p 45) señala que al introyectar “corremos el límite entre

nosotros y el resto del mundo tan demasiado hacia adentro de nosotros mismos que casi no queda nada de nosotros”.

- En la proyección hay una tendencia a llevar hacia el ambiente lo que en realidad es parte del sí mismo, es decir de manera inversa a lo que sucede en la introyección. En esta perturbación, el individuo no se hace responsable de sus deseos y sentimientos, sino que se los adjudica a otra persona o a objetos presentes en el ambiente. Es el individuo que diciéndose perseguido en realidad quisiera perseguir a otros. En la proyección se renuncia a aspectos de la propia personalidad que son difíciles de tolerar.
- La confluencia se presenta cuando el individuo se siente parte del ambiente al grado que no se distingue de éste. Sus límites desaparecen sintiéndose identificado, poco diferenciado de los demás y sin darse cuenta hasta dónde es de sí mismo y hasta dónde es de los demás. No es capaz de hacer contacto con los demás ni consigo mismo.
- La retroflexión se define literalmente como *volverse atrás intensamente en contra*. El individuo que retrofecta se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros, manifestando una conducta autodestructiva. Al retroflectar una conducta, la energía y la actividad son dirigidas hacia adentro del individuo en lugar de hacia afuera de él para manipular el ambiente y lograr satisfacer las necesidades propias. La base de este mecanismo radica en la confusión acerca del sí mismo (self) ya que el retroflector es incapaz de distinguir qué es el mismo y qué no es él mismo, qué es el sí mismo y qué es autoimagen.

Todos estos mecanismos tienen en común la desintegración de la personalidad y la falta de coordinación entre pensamiento y acción.

2.5.2.2 **Resistencias al contacto, Kepner (2000).**

Señala que una autorregulación orgánica deficiente se basa en las fases que son bloqueadas o saltadas. Describe los bloqueos con un enfoque corporal:

- la desensibilización es la fase donde se minimiza y amortigua la experiencia del cuerpo por lo que se vuelve menos accesible para la conciencia; el sentido de realidad se pierde. Puede darse por medio de una atención selectiva, una interferencia en la respiración y contracción muscular crónica. La persona puede estar desensibilizada

tanto para el placer como para el dolor, llegando a experimentarse un sentimiento de que todo en la vida es igual, que falta vivacidad. Algunos buscan salir de este adormecimiento a través del hedonismo, las drogas, el alcohol, búsqueda de peligro, de riesgo y crisis o el ejercicio físico intenso. La desensibilización dirigida al propio sentido del sí mismo es conocida clínicamente como despersonalización; cuando la desensibilización está dirigida hacia los órganos de percepción del entorno, desconectándose del mundo, se conoce clínicamente como disociación.

- En la proyección hay un desfase entre la experiencia corporal y la experiencia del sí mismo, por lo que el impacto de la sensación corporal se ve minimizado en la conducta de una persona. Por ejemplo, un individuo expresa: el hombro está tenso o mi hombro está tenso, en lugar de *me entieso*.
- La introyección, se presenta como una interferencia en la movilización de la energía en forma de falta de fuerza y vitalidad, así como una conducta que no tiene fuerza ni presión.
- La retroflexión es el proceso donde se inhibe o distorsiona el movimiento; se hace a uno mismo lo que estaba originalmente destinado al entorno. Un ejemplo de conducta retroflexiva es cuando el movimiento hacia el entorno es inhibido físicamente y es contrarrestado por una fuerza equivalente en los grupos musculares opuestos; el golpeo estaría dirigido hacia uno mismo (suicidio, automutilación, lastimarse a uno mismo). Otra forma de retroflexión se basa en el temor al rechazo y a la crítica donde se sustituye al sí mismo por el entorno, haciéndose a uno mismo lo que se quiere obtener del entorno; por ejemplo, al sostenerse a uno mismo en vez de pedir a otros que nos sostengan o felicitarse a uno mismo cuando se busca la aprobación de los demás. Aquí se inhiben las acciones involucradas en la búsqueda de contacto.

2.5.2.3 **Transacciones de la Resistencia** Erving y Miriam Polster (1994).

Son formas en que un individuo desvía su energía reduciendo las posibilidades de interacción plena de contacto con el ambiente. Estas formas pueden ser:

- Proyección: se da cuando el individuo rechaza partes de sí mismo y los adjudica al ambiente, renunciando a la parte de conducción de la energía que le corresponde y sintiéndose impotente para efectuar algún cambio por sí mismo.

- Introyección: se presenta ya sea porque el individuo tiene una capacidad baja de discriminación del medio o porque éste es benigno para él, por lo que no se preocupa de aclarar cuáles son sus necesidades e incorpora de manera pasiva lo que el medio le ofrece, sean reglas o valores que provienen de padres, escuela o sociedad. Como resultado el que introyecta renuncia a su sentido de identidad.
- Retroflexión: se presenta cuando el individuo declina influir sobre el medio, abandonando cualquier intento por interactuar con él; se convierte a sí mismo en una entidad aislada y autosuficiente, reinvertiendo su energía en un sistema exclusivamente intrapersonal e imponiendo severas restricciones al tráfico entre el ambiente y él.
- Deflexión: se presenta al interactuar el individuo con el ambiente independientemente de cómo salgan las cosas, lo cual resulta en la mayoría de las veces para mal o acertando por casualidad. Puede ser que no invierte suficiente energía para obtener una retribución saludable o que al invertirla se dispersa y se desperdicia. Se enfría el contacto real, donde se toma a risa lo que se dice; en el diálogo con otra persona se evita la franqueza, se va por las ramas y se prefieren las emociones débiles a las intensas.
- Confluencia: se presenta cuando el individuo sigue los caminos trillados, lo que le reporta un gasto mínimo de energía al dejarse llevar por la corriente, sin diferenciarse de lo que hay en el ambiente. No distingue sus necesidades y no acepta que pueden ser muy diferentes a las de otros; deja de ser autónomo y libre.

2.5.2.4 **Alteraciones del límite** Yontef en Salama (2007).

Reconoce los siguientes bloqueos:

- el Aislamiento, se pierde la conexión o el darse cuenta de la importancia de los demás para el sí mismo cuando el límite se hace impermeable; se dice que la persona es demasiado impermeable a las experiencias.
- Proyección se presenta cuando se atribuye al exterior lo que es interno confundiendo el sí mismo con el otro; resulta patológico al no darse cuenta y al no hacerse responsable de lo que se pone en el otro.

- Introyección, no hay discriminación o asimilación del material ajeno y se absorben valores, creencias, reglas, autoimagen, definición de roles teniendo como resultado una base de carácter con conductas rígidas que se repiten y no permiten responder a las necesidades actuales del individuo.
- Retroflexión, se divide al sí mismo y se sustituye por el ambiente haciéndose a sí mismo lo que se quiere hacer al otro.
- Deflexión denominada así por Salama (2007) se evita el contacto o el darse cuenta al no expresar o al no recibir.
- Fusión, el límite entre el sí mismo y el otro es difuso lo que dificulta la separación y distinción entre ellos.

2.5.2.5 **Interrupciones en el ciclo conciencia-excitación-conducta**, Zinker (2008).

Describe cada bloqueo según las fases entre las que se presenta:

- Interrupción entre retirada o retraimiento y sensación, se observa en una persona que a partir de una etapa de retirada no puede volver a su propia experiencia sensorial ya sea porque se encuentra disociada o en un estado profundo de retraimiento en sí mismo donde parece que no escucha a su cuerpo y puede llegar a comer excesivamente, pasar hambre o volverse incontinente como en los estados indiferenciados de la esquizofrenia. También se puede observar esta interrupción en estados depresivos graves y de conversión.
- Interrupción entre sensación y conciencia, la persona no entiende, no sabe qué significan las sensaciones que registra en su cuerpo ocasionándole miedo: una persona en una situación de ansiedad puede interpretar la hiperventilación y taquicardia como síntomas de ataque cardíaco. También se pueden vivenciar como parálisis temporarias o anestias en el caso de una persona que padece histeria. Una persona que experimenta una interrupción en este punto no es capaz de articular una sensación corporal con una emoción, por ejemplo, un hombre que experimenta tensión y rigidez muscular en brazos (sensación) no logra identificarla como un sentimiento de ira.
- Interrupción entre conciencia y movilización de la energía. La persona sabe lo que tiene que hacer, pero no logra reunir la energía necesaria para llevarlo a cabo. Se

expresa como miedo a la excitación o a sentir emociones fuertes tales como ira, amor, ternura, agresividad, sexualidad. Fisiológicamente se observa en una respiración poco profunda que disminuye su oxigenación y su energía. Se presenta en intelectuales y en individuos obsesivo-compulsivos.

- Interrupción entre movilización de energía y acción. La persona contiene su energía, sabe lo que desea y tiene la energía, pero no la dirige para conseguir lo que necesita, sino que la desvía o puede no reconocer la energía existente. Puede ser debido a que está detenido por racionalizaciones, temores al fracaso o al ridículo, al disgusto o reprobación de los demás.
- Interrupción entre acción y contacto. La persona habla y hace mucho, pero no asimila su experiencia. Su energía se encuentra dispersa y no sirve a algún propósito en particular; puede experimentar sensación de vacío, de superficialidad en su mundo interno y se siente fuera de contacto con su mundo externo. Trata de compensar este vacío con exceso de actividad sexual, comida o adicción a las drogas. Trata de intensificar las sensaciones como una forma de contacto consigo mismo, donde se reconoce a sí mismo.
- Interrupciones entre contacto y retirada. Se observa como una incapacidad para dejar de moverse, para hacer un cierre del ciclo y poder iniciar uno nuevo. En este punto el individuo pasa por alto sus sensaciones de cansancio y/o satisfacción y busca continuar el contacto con lo que sobreviene un embotamiento; interrumpe el sentido de bienestar propio y se mantiene en alerta y en acción.

2.5.2.6 **Bloqueos en el ciclo Gestalt** de Salama, (2007).

Además de las fases del ciclo de la experiencia que propone, señala también la zona interna y externa a saber:

- Postergación: se localiza en la fase de Reposo; la persona deja el cierre de la Gestalt para otro momento.
- Desensibilización: se presenta en la fase de Sensación cuando el individuo refiere no sentir, su sensibilidad está bloqueada; éste manifiesta problemas de contacto sensorial entre su organismo y las necesidades que les surgen ya que bloquea sus sensaciones. No puede sentir y ser consciente de cuáles son sus necesidades, se dice que está en

las ideas ya que la desensibilización sensorial conduce a la intelectualización; no se da cuenta de lo que sucede en su medio interno y tampoco en su medio externo. Este bloqueo se presenta como consecuencia del miedo a sufrir de manera que el sujeto se niega a experimentar cualquier sensación capaz de ocasionar malestar interno.

- **Proyección:** se presenta en la fase de Formación de Figura, cuando la persona no tiene clara la figura, es decir no identifica su necesidad como propia, sino que se la adjudica a otros; al proyectarla en otros, dice que la necesidad es de los otros.
- **Introyección:** se presenta en la fase de Movilización de la energía cuando el individuo dice “debo de” y “tengo que” que son parte de su Pseudo Yo.
- **Retroflexión:** se presenta en la fase de Acción y significa que el paciente lleva hacia dentro de él mismo su energía, en lugar de dirigirla a satisfacer su necesidad o hacia el objeto relacional.
- **Deflexión:** se presenta en la fase de Precontacto cuando la persona evita que la energía localice el objeto relacional y se dirige hacia objetos sustitutos.
- **Confluencia:** cuando la persona pierde sus propios límites con los de los demás se presenta el bloqueo en la fase de contacto.
- **Fijación:** se presenta en la fase de Poscontacto cuando la persona no puede evitar que la energía continúe su recorrido y se desenergetice.

Cuando el individuo puede reconocer su neurosis, Salama (2007) señala que tiene conciencia de enfermedad y está en condiciones de iniciar un trabajo terapéutico.

2.5.2.6 **Resistencias Gestálticas:** Castanedo (1998, 2013)

En base al ciclo de la experiencia de Zinker, señala que las resistencias son formas de energía que disminuyen el contacto, lo bloquean o lo anulan y se pueden presentar en el proceso de darse cuenta. Estas resistencias son desplazadores o bloqueadores de la energía que no permiten que la persona pueda utilizar al máximo su potencial. Establece que un organismo presenta mecanismos de defensa que han sido elegidos por alguna razón para mantener un equilibrio aparente y se sirve de ellos para protegerse de amenazas. Estas resistencias se presentan entre las diferentes fases del ciclo y son:

- **Desensibilización:** se presenta entre la fase de reposo y sensación; En esta fase el individuo puede darse cuenta de lo que sucede dentro y fuera de él por medio de sus

sentidos, pensamientos, sueños; sin embargo, cuando se presenta la resistencia impide el uso de estos: una persona desensibilizada puede ignorar señales internas o externas y ponerse en peligro (dependiendo del contexto) por ejemplo, cuando no percibe el dolor físico o el dolor emocional. Lo que indica que la resistencia es biopositiva o bionegativa según represente una ventaja o desventaja respectivamente, para el individuo.

- **Proyectar:** se presenta entre la fase de Sensación y de Darse Cuenta (formación de figura). La naturaleza del darse cuenta está determinada por la fuerza de las sensaciones. Este darse cuenta comprende lo que un individuo puede percibir de sí mismo, de otros y de su entorno; depende de la conciencia de lo que percibe, hace, siente, piensa o recuerda y que a su vez está influenciada por su habilidad para concentrarse. A mayor habilidad para concentrarse se tienen más posibilidades de formar figuras claras que lleven a la satisfacción de la necesidad. Esta fase se bloquea con la Proyección. En este mecanismo el individuo evita hacerse dueño de su realidad y hace responsable a otros o a circunstancias de lo que le sucede. Pone en el ambiente las emociones o actitudes que le parecen inaceptables.
- **Introyectar:** esta resistencia se presenta entre la fase de Darse Cuenta y la fase de Movilización de la Energía (Excitación). Movilizar la energía se traduce en la capacidad del individuo para llevar a cabo un trabajo y está orientada por el darse cuenta de sus sensaciones. Para que un individuo se desarrolle es necesario que se nutra del entorno; esto implica tomar lo que le resulte nutritivo y discriminar lo que no le sirve en un proceso de digestión y asimilación. Cuando toma un elemento sin desestructurarlo equivale a engullir sin masticar y así introyecta; significa poner dentro del individuo, elementos (reglas, principios, prohibiciones, costumbres, estilos de vida) del ambiente escolar, familiar, religioso, social, económico y político sin haberlos digerido o asimilado. Esto provoca un desequilibrio en el funcionamiento y en el comportamiento de la persona, dirigiendo su vida por los deberías de otros en lugar de localizar su propia energía. El individuo deja de mover la energía para estar en la experiencia, vivenciarla y se dedica a la actividad mental, intelectualizando.
- **Retroflectar:** esta resistencia se da entre la fase de Movilización de la Energía y la fase de Acción. El individuo vuelve la energía hacia sí mismo y no hacia el ambiente;

en lugar de manifestar un sentimiento que aparece –rabia o frustración- y comunicarlo a la persona adecuada lo que hace es dirigir la agresión hacia sí mismo. Esto sucede en la depresión y los trastornos psicósomáticos, por ejemplo, el asma y las úlceras.

- **Deflectar:** Aquí la energía se orienta en situaciones secundarias de la existencia en lugar de enfrentar una situación o a una persona en particular; se utiliza para evitar centrarse en sí mismo. En una persona se observa cuando comunica cosas imprecisas, generales, orientadas al pasado, hablando de algo en lugar de a alguien, cambian el curso de una interacción o de una conversación. Implica desviar lo que surge en el presente. Se presenta entre la fase de Acción y Contacto.
- **Confluir:** Se presenta como una unidad en una falta de diferenciación entre el *self* de las personas y el ambiente. El individuo que presenta esta resistencia está de acuerdo con los demás en lo que dicen, sienten y piensan, no contradice y tampoco presentan nada original. Limitan su creatividad, escapan al contacto por la confrontación y dejan de enriquecerse de la experiencia. Tienen dificultad en el proceso de diferenciación (unión/separación). Etimológicamente significa juntarse. Se asemeja a una amalgama donde no es posible diferenciar cada componente. Se observa entre la fase de Contacto y la fase de Resolución, Retirada o Cierre.

Fases y resistencias del Ciclo de la Experiencia

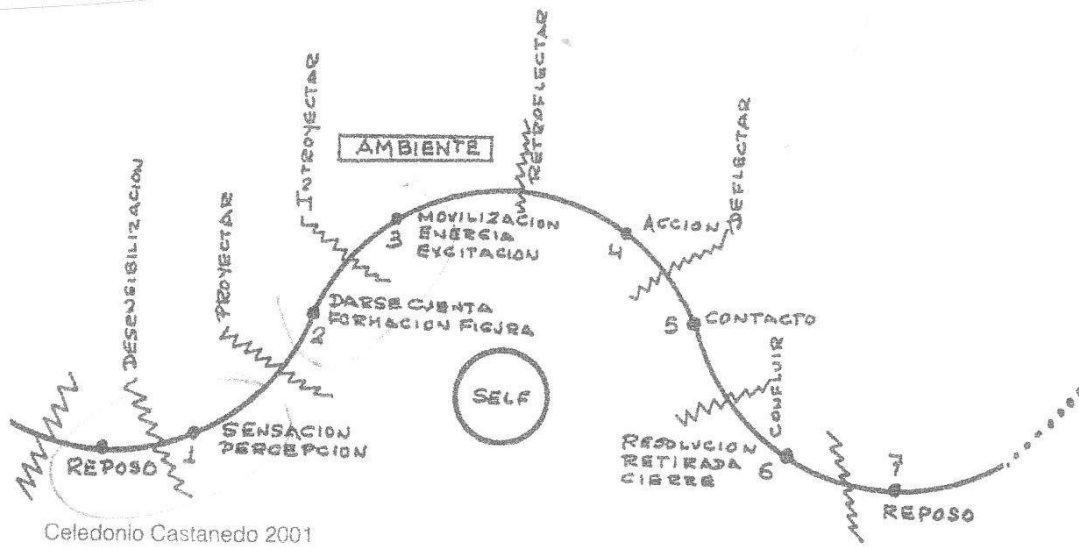


Figura 1. Fases y Resistencias del Ciclo de la Experiencia de C. Castanedo (2001)

Con autorización del Dr. Celedonio Castanedo

Capítulo 3. Metodología

La presente investigación de tipo descriptivo (Hernández, 2009) se llevó a cabo en la Universidad Iberoamericana Puebla con la participación anónima de dos grupos de alumnos de la licenciatura de Psicología del período Otoño 2013 en el transcurso de un día de clase.

3.1 Sujetos

Se llevó a cabo un muestreo intencional o de conveniencia, con grupos cautivos.

En total participaron 37 estudiantes universitarios de dos grupos de la Licenciatura de Psicología, de entre 20 y 39 años y originarios de diferentes partes de la República Mexicana.

3.2 Instrumentos

Se aplicaron cuatro instrumentos, que se describen a continuación:

3.2.1 Ficha de identificación que recopila las características de la población tales como: edad, sexo, lugar de nacimiento, estado civil y personas con las que vive. El correo electrónico se solicitó de forma opcional para quien estuviera interesado en conocer sus resultados (Anexo A).

3.2.2 Instrumento para determinar la frecuencia de Conductas Autodestructivas Indirectas. Se presentan 20 conductas y se solicita que se señale la frecuencia con la que se realizan: Más de tres veces por semana, Una vez a la semana, Una vez al mes, En ocasiones y Es algo que no me sucede. Está elaborado en base a las conductas que se presentan en la Escala de Conductas Autodestructivas de Kelley utilizada en esta investigación (Ver Anexo A).

3.2.3 Escala de Autodestructividad de Kelley.

a. Antecedentes

Esta escala fue diseñada para medir el grado de autodestructividad en las personas e inicialmente se introdujo como una medición del comportamiento autodestructivo donde se señalan como características la impulsividad, el comportamiento poco sano, el descuido o falta de interés y la rebeldía. Así también fue presentada como una medida de

comportamiento cuyos parámetros describen una tendencia general de caer en actos cuyos resultados en el futuro pueden ser de dos tipos: 1) el aumento de la probabilidad de experiencias negativas y 2) la disminución de la posibilidad de tener experiencias positivas (Kelley y cols, 1985, citado en Sánchez, 2007).

Posteriormente, se propuso como un instrumento diagnóstico de la Personalidad Autoderrotista (Sharp y Schill, 1995) en el que un individuo presenta un patrón de comportamiento que acepta el dolor y el sufrimiento impuesto por los demás mostrándose demasiado pasivo; sin embargo, su inclusión como categoría diagnóstica del DSM IV finalmente fue descartada por falta de investigación (Barlow y Durand, 2001) y se sugirió que la Escala de Autodestructividad Crónica (CSDS) de Kelley fuera utilizada más como una medición de la impulsividad, juicio pobre y gratificación inmediata que como instrumento diagnóstico de personalidad (Sharp y Schill, 1995).

Por otra parte, en una investigación acerca del enojo, conductas autodestructivas y riesgo suicida en adolescentes llevada a cabo por Lozano Lazo (1996) se usó la Escala de Autodestructividad de Kelley que constaba de 20 afirmaciones donde se incluían subescalas tales como la falta de control emocional, descuido de la salud, conductas adictivas y respuestas emocionales adictivas. Con esta escala se evaluaron las conductas que ponen en riesgo la salud física o mental de un individuo, que pueden derivar en suicidio y son llevadas a cabo de manera voluntaria (Lozano, 1996). En este caso, el instrumento estableció tanto la frecuencia como la peligrosidad de la conducta.

Por otra parte, instrumentos similares al de Conductas Autodestructivas de Kelley se han utilizado en diferentes investigaciones relacionados con diversos temas tales como recompensas demoradas e inmediatas (Maldonado, 2003), estilos de crianza (García, 2005) bienestar psicológico (2006), satisfacción laboral (Fernández, 2007), impulsividad (Sánchez, 2007) y autoconcepto (Godínez, 2010) entre otros.

b. Descripción del instrumento

La Escala de Autodestructividad de Kelley inicialmente constaba de 189 reactivos que reflejaban tanto comportamientos como actitudes que incluyen la falta de cuidados, falta de planeación, pobre mantenimiento de la salud y evidencia de trasgresión. Posteriormente se tradujo al español, después al inglés y al tenerse nuevamente en español, se aplicó a 184

sujetos por disponibilidad lo cual permitió una validación cualitativa y cuantitativa de la prueba (Ponce, 2007 citado por Sánchez, 2007).

En una segunda aplicación se administró a 627 sujetos por disponibilidad y de diferentes estados de la República. En ambas ocasiones se solicitó escoger una entre cinco respuestas posibles desde completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo. Se realizó un análisis de confiabilidad tanto de la prueba en su totalidad como de las subescalas. Se obtuvo un valor de 0.845 para el alfa de Cronbach de la prueba total.

Para efectos del presente trabajo se utilizó la escala de Autodestructividad de Kelley validada por Ponce (Sánchez, 2007) sin hacer uso de las subescalas (Anexo B).

c. Puntaje

- Los reactivos se califican del 1 al 5. (Totalmente de acuerdo=5, de acuerdo=4, Indeciso=3; En desacuerdo=2; Totalmente en desacuerdo=1).
- Los reactivos se califican de manera inversa en el caso de los números siguientes: 4, 9, 11, 14, 15, 17, 18, 27, 29, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 44, 50 y 57.
- Se suman las calificaciones de los ítems y se obtiene una puntuación total.
- Para la puntuación total se tienen los siguientes baremos:

Puntuación	Autodestructividad
0 - 114	Baja
115 - 171	Moderada
172 - 285	Alta

3.2.4 Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía (2013).

a. Referentes teóricos

Es un instrumento que permite identificar los bloqueos en el ciclo de la experiencia de un individuo, elaborado por Celedonio Castanedo y Gabriela Munguía (2013), tomando como referencia las fases del ciclo de la experiencia de Zinker. Para cada fase del ciclo corresponde un bloqueo: Sensación-Desensibilización; Conciencia-Proyección; Acción-Retroflexión;

Contacto-Deflexión; Cierre-Confluencia. Estos bloqueos representan rigidez en la configuración de la figura y la pérdida del equilibrio homeostático del individuo; en términos de salud-patología se considera que, a mayor cantidad de bloqueos, mayor neurosis. La escala ayuda a saber si el paciente es candidato a Psicoterapia y también puede ser considerada como una guía para el trabajo terapéutico para el cual se sugiere dejar pasar un tiempo de seis meses como mínimo entre *test* y *retest*.

b. Antecedentes

El trabajo de elaboración de la escala se basó en una muestra nacional de 426 personas cuya media de edad fue de 24.5 años donde el 29.1% fueron varones y el 70.9% fueron mujeres. El manejo estadístico determinó el bloqueo de Desensibilización como el que puede ser medido con mayor precisión. Además, se encontró que en el contexto de la cultura mexicana el bloqueo de Introyección no representa una forma patológica de funcionamiento por lo que se ha excluido del instrumento como tal.

c. Descripción

Consta de 33 reactivos donde se manifiesta el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones. Éstas se encuentran distribuidas de manera aleatoria y se refieren a cinco bloqueos del ciclo de la experiencia: Desensibilización, Proyección, Retroflexión, Deflexión y Confluencia. Presenta opciones de respuesta tipo Likert, con valores de 0 a 4. Los Bloqueos presentes en un individuo se encuentran asociados a la neurosis.

BLOQUEOS	REACTIVOS
Desensibilización	1, 6, 11, 16, 21, 26
Proyección	2, 7, 12,17, 22, 27,31, 33
Retroflexión	3, 8, 13, 18, 23, 28
Deflexión	4, 9, 14, 19, 24, 29
Confluencia	5, 10, 15, 20, 25, 30, 32

d. Materiales

A. Protocolo con preguntas para participantes (Anexo C).

- B. Plantilla de calificación de resultados (Anexo D).
- C. Tabla General de bloqueos del ciclo de la experiencia y grado de patología (Anexo D).

e. Administración

Esta prueba puede ser aplicada en forma individual o grupal. El tiempo promedio de aplicación es de 15 a 20 minutos.

f. Calificación

- Calificar en la plantilla cada respuesta según corresponda:

<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
<i>Nada de acuerdo</i>	0
<i>Algo de acuerdo</i>	1
<i>Bastante de acuerdo</i>	2
<i>Muy de acuerdo</i>	3
<i>Totalmente de acuerdo</i>	4

- Sumar la puntuación de cada bloqueo.
- Anotar puntuaciones en la tabla general de bloqueos (Anexo D) y establecer si presentan un índice alto, moderado o normal para cada bloqueo.
- Hacer la suma total de las puntuaciones y determinar un índice normal, moderado o alto de funcionamiento.

g. Descripción de los puntajes

- Cada bloqueo tiene su tabulación que corresponde a índice alto, moderado o normal como se muestra en la tabla general de bloqueos en la hoja de calificación de la escala (Anexo D).
- Los bloqueos que presentan índices moderado y alto se consideran como indicadores de malestar y en consecuencia de necesidad de apoyo psicológico. Aplica el mismo criterio para la puntuación total.

- A mayor cantidad de bloqueos con puntaje moderado y alto se presenta mayor patología. En otras palabras, a menor puntaje en los bloqueos se tiene mejor salud.
- Se considera que la presencia de un bloqueo en el inicio del ciclo de la experiencia (Desensibilización) representa mayor gravedad ya que implica una dificultad en el inicio de la formación de figura al no saber cuál es la necesidad que se tiene; entonces la energía está detenida y el funcionamiento general del individuo se ve afectado.

3.3 Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en varias etapas:

- A. Se realizó la búsqueda de los instrumentos en medios electrónicos e impresos. Se seleccionó el instrumento de Conductas Autodestructivas Indirectas validado por Ponce debido a la validez de contenido. De dicho instrumento se realizó una adaptación para la puntuación final y su interpretación. Se hicieron pruebas piloto para checar la comprensión de los ítems y se corrigió la redacción de algunos. Se determinó la confiabilidad por el método de estabilidad (Hernández, 2009).
- B. El instrumento del Enfoque Gestalt, la escala de Bloqueos Gestálticos de Castanedo y Munguía (2013), se seleccionó en consideración a su accesibilidad tanto para la aplicación como para la calificación. Es un instrumento de nueva creación, generado en un contexto mexicano y proporcionado directamente por los autores -Celedonio Castanedo y Gabriela Munguía- en un taller de Resistencias Gestálticas, quienes dieron su autorización verbal de los mismos para ser utilizado en el presente trabajo de tesis.
- C. Para la realización de la investigación se gestionó el permiso para la aplicación de los instrumentos y la autorización respectiva fue concedida por la titular de la materia en curso. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en forma grupal dentro del salón de clases en dos horarios diferentes en el transcurso del mismo día.
- D. La aplicación de los instrumentos tomó un tiempo de respuesta aproximado de 40 minutos. Para ello se entregó un paquete con los cuatro instrumentos distribuidos en cuatro páginas y dispuestos en el siguiente orden: ficha de identificación, reporte de frecuencias de CAI, escala de Bloqueos Gestálticos y escala de autodestructividad de

Kelley. Se llevó a cabo de manera autoadministrada y en general hubo buena disposición de los participantes.

E. Al final de la investigación se enviaron los resultados a los participantes que así lo solicitaron, vía correo electrónico.

En general el desarrollo de la investigación se dio en una forma tranquila y se tuvo buena participación de los estudiantes.

3.4 Análisis de Datos

Se llevó a cabo procesamiento de los datos con Estadística Descriptiva que permitió la caracterización de la población. La muestra estuvo compuesta por 37 estudiantes de dos grupos de la Licenciatura de Psicología con una edad promedio de 22 años y un rango de 20 a 39 años. Se anularon los resultados de 5 participantes por errores al contestar o por estar incompletas las respuestas de los instrumentos. La muestra entonces quedó constituida por 32 estudiantes (n=32) donde la mayoría son solteros (96.87%; n=31), son católicos (81.25%; n=26), son mujeres (93.75%; n=30) y viven con su familia (75%; n=24).

Las Conductas Autodestructivas que se presentan con mayor frecuencia (una vez a más de 3 veces por semana) son:

- Quedarse despierto hasta tarde, aunque tenga que levantarse temprano al día siguiente 59%
- Manejar un auto a alta velocidad 28%
- Consumir alcohol en exceso 15%

Además, sólo en ocasiones o nunca el 97% de la población se realiza un examen físico completo.

Las conductas de salud que se presentan con mayor frecuencia (de una a más de 3 veces por semana) son:

- Respetar los horarios de alimentación 88%
- Cumplir sin problemas con plazos de tiempo establecidos 78%

Sólo en ocasiones o nunca, el 85 % fuma más de un paquete de cigarros al día y consume sustancias ilegales comunes, el 75% hace cosas peligrosas por la emoción de hacerlo y el 69% consume alcohol en exceso.

En general se observan conductas de malos hábitos de sueño, conductas de riesgo al manejar a velocidad excesiva y consumo de alcohol al menos 1 vez por semana. Prevalece el cuidado de la alimentación y la responsabilidad por compromisos establecidos. El consumo de tabaco y sustancias ilegales se da de manera ocasional o no sucede, al igual que el alcohol.

Tabla 1 Puntuaciones Bloqueos Gestálticos Total y Conductas Autodestructivas Indirectas

	Baja	Moderada	Alta	M+A
Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI)	31% n= 10	66% n= 21	3% n= 1	69%
Bloqueos Gestálticos Total	94% n=30	6% n=2	0	6%

Los resultados muestran que el 69% de la población presenta Conductas Autodestructivas en un rango moderado a alto.

En contraparte la puntuación total de los Bloqueos Gestálticos indica que el 94% de la muestra se encuentra en un rango normal, es decir en una condición de salud.

Tabla 2 Puntuaciones Bloqueos Gestálticos (n / %)

	Normal	Moderada	Alto	M + A
Desensibilización	27 / 84%	4 / 13%	1 / 3%	16%
Proyección	29 / 91%	3 / 9%	0	9%
Retroflexión	25 / 78%	7 / 22%	0	22%
Deflexión	20 / 63%	8 / 25%	4 / 12%	37%
Confluencia	21 / 66%	6 / 19%	5 / 15%	34%

De las puntuaciones de cada Bloqueo se observa que el resultado más alto es Deflexión con 37% (n=12) sumando puntuaciones Moderada y Alta (se suman ambas puntuaciones ya que son representativas de estados de patología en mayor o menor grado).

Tabla 3 Datos Descriptivos de la muestra

	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
CAI	32	134.72	34.157	82	257
Bloqueos	32	30.00	14.420	8	67
Desensibilización	32	4.69	3.971	0	16
Proyección	32	4.09	2.933	0	11
Retroflexión	32	5.16	3.602	1	15
Deflexión	32	9.06	4.257	3	18
Confluencia	32	7.00	5.205	1	20

La puntuación media de las CAI se encuentra en el rango Moderado.

La puntuación media de los Bloqueos se encuentra en un rango Normal.

Tabla 4 Correlaciones

Variables	Correlación de Pearson
Bloqueos Gestálticos – CAI	0.293
Bloqueos Gestálticos – Edad	- 0.323
Bloqueos Gestálticos – Vivir con familia	- 0.254
CAI – Edad	- 0.302
CAI – Vivir con familia	- 0.232
Deflexión – Bloqueos Gestálticos	0.745
*Deflexión – CAI	0.398
Deflexión – Edad	- 0.302
Deflexión – Vivir con familia	- 0.129

Nota 1 El bloqueo de Deflexión es el único que presenta una correlación significativa con las CAI

Todos los bloqueos presentan una correlación significativa con la puntuación total de Bloqueos, es decir que conforme aumenta un bloqueo, aumenta también su puntuación total de bloqueos (Desensibilización =0.624, Proyección =0.663, Retroflexión =0.766, Deflexión =0.745, Confluencia =0.781).

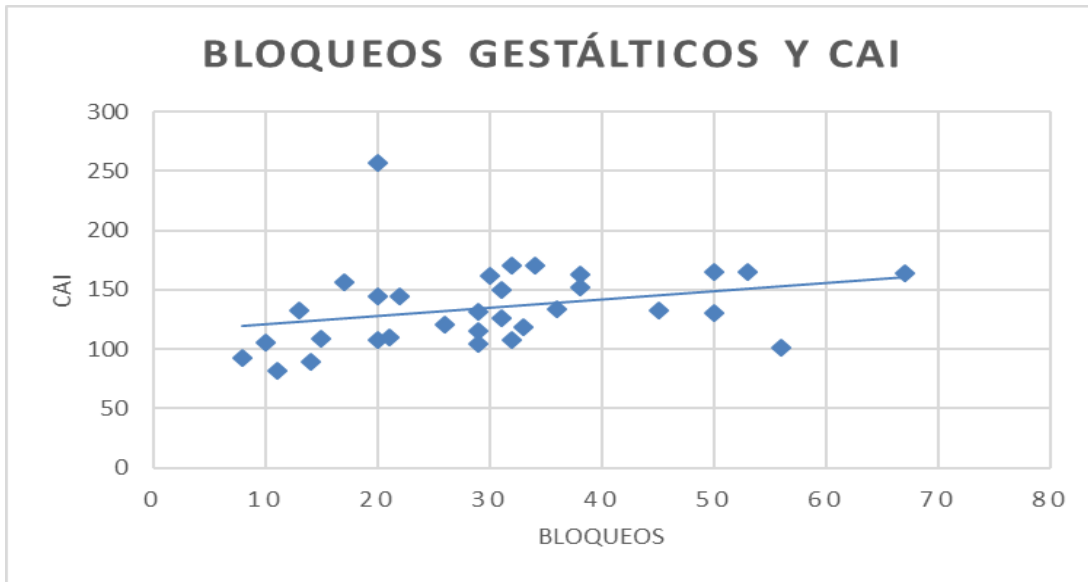


Figura 2 Bloqueos Gestálticos y Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI)
 $r = 0.29$ Correlación débil

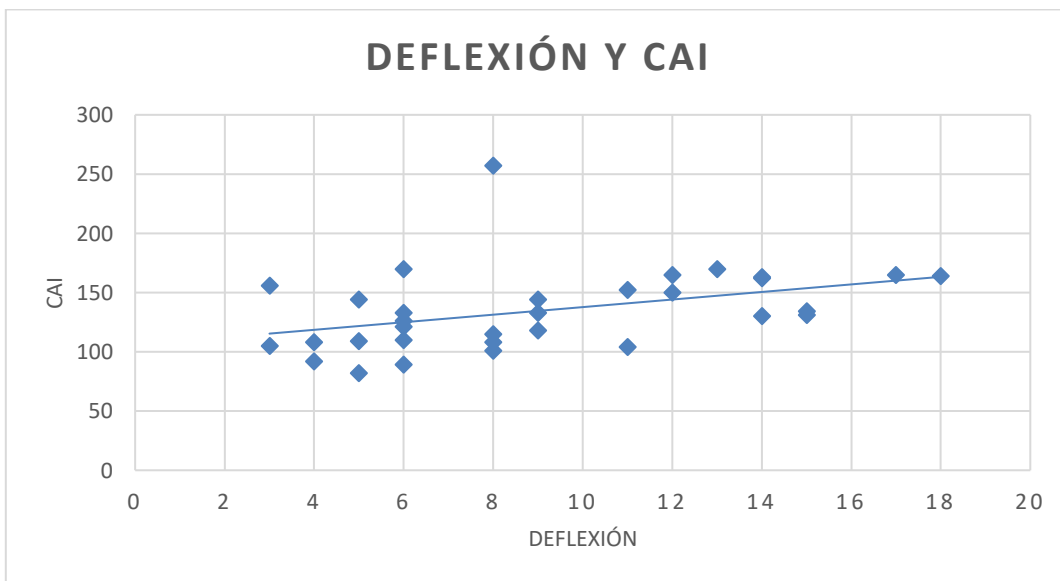


Figura 3 Deflexión y Conductas Autodestructivas Indirectas (CAI)
 $r = 0.398$

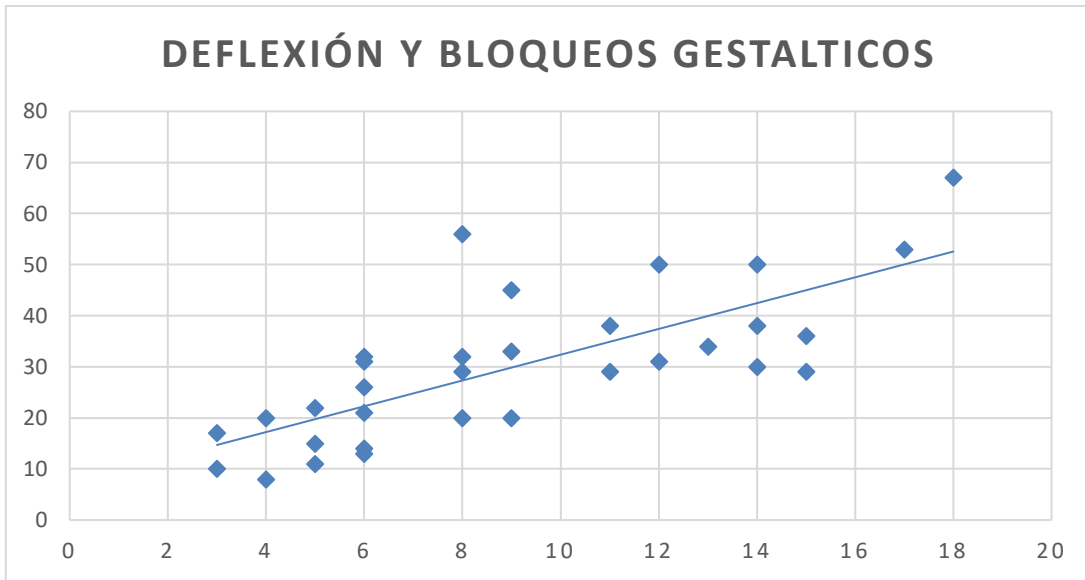


Figura 4 Deflexión y Bloqueos Gestálticos

$r=0.745$

Capítulo 4

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo ofrecer una descripción del fenómeno de las conductas autodestructivas tomando como referentes los bloqueos en el ciclo de la experiencia que corresponden a elementos teóricos de la Terapia Gestalt. Se exploró la forma en que un individuo bloquea el contacto en el ciclo de la experiencia para ampliar la comprensión de las conductas autodestructivas, por lo que son explicadas en términos del bloqueo al cual corresponde.

4.1 Conductas Autodestructivas indirectas y Bloqueos en el ciclo de la experiencia.

La identificación de deficiencias en cualquiera de los aspectos de un estilo de vida de un individuo brinda la posibilidad de tener una vida más plena y saludable. Esta identificación también puede ser orientada hacia la determinación de patrones de conducta que contribuyen al desarrollo de patologías y al aumento del riesgo de morir; entre estas conductas se encuentran las CAI que ponen en peligro la vida ya sea por descuido o por realizar actividades de riesgo. De los resultados con mayor frecuencia se presentan las Conductas Autodestructivas Indirectas con el bloqueo del ciclo que las describe y son:

CAI	Bloqueo	Descripción
Normalmente no desayuno	Desensibilización	Alteración en el registro de la sensación de hambre
Aun cuando tengo que levantarme temprano, me gusta estar despierto hasta tarde	Fijación	Se percibe como una necesidad de estar constantemente en movimiento; hay dificultad en el registro de la fatiga y el sueño (Zinker, 2008)

Cuando un organismo enferma entra en un estado de autorregulación que se ve interrumpido, es decir entra en la neurosis. En el presente trabajo, la neurosis se ve reflejada en la prevalencia del bloqueo de **deflexión** y puede describirse como la desviación de lo que emerge; otra forma de deflectar también implica orientar la energía hacia puntos secundarios

de la existencia del individuo y utilizarla para evitar centrarse en uno mismo. Esto se puede observar por ejemplo cuando se modifica el curso de algo en una conversación o de una interacción para evitar entrar en una situación o en contacto con una persona no deseada; la persona habla de cosas abstractas, superficiales, generales y cuando habla de algo o alguien del pasado en lugar de lo que sucede en el presente y relacionarse con quienes se encuentra en el momento; en otras palabras el individuo deja de estar completamente implicado con sus sentidos y emociones -el contacto consigo mismo- y deja de interactuar -contacto con los otros o con lo que está en el contexto- en la experiencia del aquí y ahora. En la patología está relacionado con conductas de histeria y despersonalización (Castanedo, 2007). Un individuo que deflecta es un individuo que no asimila su experiencia: tiene sentimientos difusos, habla y hace mucho, está disperso y distraído lo cual le da una sensación de irrealidad interna; por ejemplo, si come, no saborea la comida. Puede experimentarse como alguien con sensaciones de vacuidad y superficialidad que se traducen en sensaciones corporales de vacío en el pecho o en el abdomen. Estas sensaciones son compensadas con excesos de actividad sexual, comida, drogas buscando experimentar sensaciones intensificadas que le permitan una forma de contacto consigo mismo. En la deflexión la energía que se difunde por lo tanto no es descargada y el individuo no puede nutrirse de ello (Zinker, 2008). Encontramos este tipo de conductas en ítems de la Escala de Autodestructividad de Kelley del tipo:

- Como demasiado
- Consumo o he consumido drogas ilegales más comunes.

Así mismo en términos de la Escala de Autodestructividad de Kelley la **deflexión** puede estar relacionada con situaciones que se dan externamente a la persona, como dejadas al azar y que se presentan como una forma de desviar el curso de algo para evitar una situación desagradable; ejemplos de este tipo encontramos en los siguientes reactivos:

- En mi tiempo libre me gusta perder el tiempo
- No cumplo con plazos de tiempo establecidos
- Olvido citas importantes a las que quería llegar
- Hago promesas que no cumplo
- No doy continuidad a los proyectos
- Suelo descuidarme
- No hago lo que mi doctor o dentista me recomiendan

- Tengo problemas en mantenerme al corriente con el papeleo y pagos
- Frecuentemente llego tarde a eventos importantes.

Por otra parte, en referencia a los resultados del presente trabajo donde el segundo bloqueo más frecuente es la retroflexión, se le considera como la forma gestáltica de la expresión de las CAI relacionadas con la consecuencia de un daño directo al individuo. Castanedo (2007) describe la retroflexión como volver la hostilidad contra sí mismo; por ejemplo, en lugar de expresar lo que se siente en determinado momento (puede ser ira, insatisfacción) y hacérselo saber a la persona con quien se suscita dicha emoción, el individuo llora, experimenta sensaciones en el estómago, dificultad para respirar (somatización) o se deprime. Dirige la agresión como forma de energía hacia sí mismo y la consecuencia de no dirigir su energía hacia los otros es que deja de alimentarse de la energía de otros lo que compensa con su independencia, autoconfianza y el hacer sus cosas por sí solo en lugar de que otros lo hagan por él. Otra forma de retroflectar es contenerse; (Zinker, 2008).

Una emoción no expresada y vuelta hacia sí mismo aumenta la probabilidad de una descarga intensa y desmedida en el ambiente (*acting out*), lo que se traduce en una conducta de riesgo reflejada en la Escala de Autodestructividad de Kelley en ítems como:

- manejar un carro a alta velocidad
- hacer cosas peligrosas
- es importante vengarse cuando te hacen algo malo
- usar casco arruina la diversión de un paseo en motocicleta
- me gustan los trabajos que contienen un factor de riesgo
- una pelea ocasional le da virilidad al hombre
- usar anticonceptivos es muy problemático
- hago cosas que sé que van a terminar mal

4.2 Relación de práctica clínica en OPTA con trabajo de tesis. Caso de Natalia

En el trabajo con pacientes del OPTA se observó en el equipo de supervisión, una alta prevalencia de pacientes con conductas autodestructivas tanto directas como indirectas. Estos casos pertenecían a diagnósticos de trastorno de personalidad límite (27 por ciento) tal como

se observa en el caso de Natalia, cuyo nombre ha sido modificado para preservar la confidencialidad de su identidad.

- Paciente femenino de 31 años de edad, originaria del Distrito Federal, divorciada y madre de una niña de 12 años y un varón de 2 años de parejas diferentes.
- Es de complexión delgada viste de manera sencilla, con maquillaje sobrecargado en los ojos, se presenta regularmente a 19 sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño.
- Se dedica al comercio de productos lácteos, estudia una licenciatura en negocios en línea. Estudios previos a término de licenciatura en finanzas sin certificado.
- Practicante de la religión mormona de 2 años atrás a la fecha, invitada por tías maternas.
- Su madre enviuda hace 23 años; su padre fallece en accidente automovilístico cuando ella tiene 8 años. Su madre es quien cuida de sus hijos desde pequeños y con quien ha compartido de manera intermitente la vivienda.
- Económicamente solvente.
- En el inicio de las sesiones en proceso de divorcio y demanda por pensión alimenticia con los padres de sus hijos.
- El motivo de consulta es por problemas en la relación de pareja; dos semanas antes de acudir a consulta termina una relación con un hombre norteamericano M, miembro de su comunidad religiosa, a quien conoce y se relaciona por internet en el lapso de 2 meses.
- Describe su relación con M como tormentosa y refiere infidelidad de él mientras vivían juntos en Cholula.
- En el transcurso de las sesiones presenta ansiedad fluctuante y codependencia mostrándose complaciente con la terapeuta. Dificultad para mantener el contacto visual.
- Se muestra contenida en la mayoría de las sesiones, racionaliza sus emociones.
- En la forma de relacionarse con sus parejas termina las relaciones con la intención de evitar que ellos la dejen y cuando sabe que tienen una nueva pareja los busca para que regresen con ella, lo que sucede en varias ocasiones. Hay una falta de límites en

sus relaciones y una actitud ambivalente. Refiere violencia verbal y física con el padre de su hijo.

- Tiene rasgos obsesivos, es puntual, controla y manipula; tiende a ser perfeccionista y se autocrítica duramente. Postura corporal rígida.
- Presenta mecanismos de idealización-devaluación en la relación con sus parejas
- Proyecta en los demás su situación profesional actual insatisfactoria
- Se observan introyectos provenientes en su mayoría de la madre
- Presenta arranques de ira intensa cuando se siente frustrada. Tiende a contener el enojo en otras ocasiones.
- Relaciones sexuales ocasionales, sin protección.
- En la 10ª sesión manifiesta cutting en situaciones de ansiedad extrema y de inestabilidad afectiva.
- Alta resistencia para ir con el psiquiatra.
- Diagnóstico Multiaxial

Eje I: Distimia. Hacia el final de las sesiones problemas de alimentación.

Eje II: Trastorno de Personalidad Límite

Eje III: Desbalance hormonal en tratamiento médico. Gastritis

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario

Eje V: 60 al inicio. 68 al final

En un análisis del caso, posterior al proceso terapéutico, las Conductas Autodestructivas Indirectas que se identifican en la paciente se presentan en el siguiente cuadro:

CAI	BLOQUEO
No beneficiarse profesionalmente por falta de título (Falta de planeación)	Deflexión
Se relaciona con parejas que la dañan y no establece límites (Obtención de consecuencias negativas)	Retroflexión y confluencia

Promiscuidad sexual (Conducta de riesgo)	Retroflexión
Contener el enojo (Bajo mantenimiento de la salud)	Retroflexión
Resistencia para asistir con el Psiquiatra (desobediencia a tratamiento médico)	Deflexión
Gastritis (Bajo mantenimiento de la salud)	Retroflexión
Falta de petición de la pensión alimenticia al padre de sus hijos (falta de planeación, descuido de deberes)	Deflexión

En este caso, se puede usar la escala de bloqueos gestálticos para identificar la presencia de conductas autodestructivas indirectas, específicamente si se encuentra la deflexión.

Es importante poner a discusión el hecho de que las resistencias o bloqueos no necesariamente son indicadores de una patología. Cabe preguntarse entonces si la conducta expresada en el bloqueo es adaptativa o corresponde a lo que está viviendo el individuo en ese momento particular; además el individuo se sirve de una resistencia para preservarse de algo. Castanedo (2007) señala que la resistencia es energía que se moviliza para protegerse o con un sentido adaptativo. Cuando esta energía disminuye el contacto, se anula o se bloquea es cuando se convierte en una resistencia y es posible aprender a manejar para sí mismo de manera que deje de ser un desplazador o bloqueador.

4.3 Recomendaciones en el manejo de los bloqueos gestálticos para el terapeuta.

En la Terapia Gestalt se busca que un individuo responda de manera cada vez más adaptativamente, más saludablemente. El terapeuta puede trabajar a partir del concepto de

resistencias gestálticas considerando que éstas antes de ser resistencias son formas de energía que pueden desplazarse hacia la adaptación o hacia una protección verdaderamente legítima que se convierte en resistencia cuando disminuye el contacto, se anula o se bloquea. El terapeuta Gestalt busca que la persona aumente su capacidad de contacto al utilizar al máximo su energía (Castanedo, 2007).

A. Cuando he trabajado en este enfoque, me he preguntado cómo puedo identificar el bloqueo que conozco en teoría pero que no sé cómo se ve en el paciente y entonces me he preguntado ¿cómo le hago? ¿En qué me tengo que fijar, que he de observar? Tomando en cuenta diferentes autores se proponen algunos elementos que pueden orientar esta tarea.

Al tener acceso a la experiencia de un individuo en el trabajo terapéutico se considera todo lo que sucede en él durante la sesión –en el presente- y se ve reflejado en un tipo de conducta verbal o no verbal que es observable y descriptible. Se puede mantener un diálogo interno personal en este sentido:

- **En qué parte del ciclo de la experiencia se encuentra: ¿Qué hace?** Cómo se acomoda en la habitación, cómo se mueve o cómo permanece inmóvil, cómo está sentado. ¿Mueve constantemente sus piernas, su pie? ¿qué está viendo? ¿hace contacto visual? ¿Puede identificar sus emociones, su estado de ánimo? ¿Puede ubicar la sensación en su cuerpo?
- **Bloqueo de desensibilización:** ¿Qué siente? ¿Puede describirlo?
- **Bloqueo de Introyección** ¿Qué piensa? Lo que piensa es de él o de quién viene (padres, maestros, religión). ¿Distingue la diferencia entre pensar y sentir?
- **Bloqueo de proyección** ¿A quién atribuye su situación personal, sus problemas?
- **Bloqueo de retroflexión** ¿Cómo respira? ¿Está llorando en lugar de enojarse con alguien? ¿Está somatizando?
- **Bloqueo de deflexión** ¿Qué está evitando, para qué hace algo que aparentemente no necesita?
- ¿Qué recuerdos trae al presente? ¿Qué percibe?
- En general, al detectar cualquier bloqueo, después se pregunta cómo lo hace y para qué lo hace.

El trabajo como terapeuta es dirigir la atención del paciente hacia lo que hace –o deja de hacer-, cómo lo hace y para qué lo hace en el transcurso de la sesión y preguntando continuamente ¿de qué te das cuenta?; de esta manera se promueve una conciencia ininterrumpida o *continuum* de conciencia como lo llama Castanedo (2007). Una parte importante de este proceso es que el individuo descubra la manera en que interrumpe su funcionamiento, es decir que aprenda a reconocer sus resistencias y en una forma más amplia que reconozca las necesidades que dan organización a su conducta y cómo evita experimentarlas en el presente (Kepner y Brien, 1989).

B. Una forma de identificar el funcionamiento saludable de un individuo es posible de la siguiente manera:

- Si la conducta del paciente responde a la situación presente y no a situaciones similares del pasado en cuyo caso serían obsoletas y desadaptativas (Castanedo, 2007). Puede ser que un individuo responda manifestando una resistencia; mientras esta resistencia no sea automática y rígida, puede ser adaptativa y saludable.
- Si la conducta es la forma de resolver una necesidad auténtica del individuo y no un intento por complacer a otros.
- Si establece contacto consigo mismo y con el medio (los otros, lo que hay en el campo). Si no es así, entonces hay que reconocer cómo lo interrumpe determinando en qué fase del ciclo de la experiencia se bloquea.

En resumen, tomando como referencia el ciclo de la experiencia se dice que un individuo permanece saludable cuando resuelve sus necesidades primero identificándolas al estar atento, reconociendo qué necesita en el momento presente, dándose cuenta y después haciéndose cargo de ellas, siendo responsable. Esto es posible al hacer uso de sus propios recursos, al tomar del ambiente lo que le es necesario, al soltar lo que ya no requiere permitiendo que se lleve a cabo el cierre de la Gestalt.

C. Generar conciencia del bloqueo que se genera en sí mismo o en las relaciones con otros individuos; es facilitada al dirigir la atención:

- Hacia lo que hace su cuerpo-conducta motriz. Es observada directamente en el lenguaje corporal; la voz, la forma de sentarse, de mirar y el movimiento de las partes de su cuerpo. El individuo se concentra en sus sensaciones físicas.

El terapeuta trabaja con el cuerpo pidiendo que se concentre en las sensaciones y que permanezca en ellas de manera que vaya aprendiendo como es tener determinada sensación. Por ejemplo, esto puede ayudar al individuo a identificar una emoción al focalizar su atención en el movimiento de sus manos permitiendo la expresión congruente y apropiada del sentimiento.

- Hacia lo que hace su mente-conducta simbólica. Hace alusión a sucesos mentales: la ensoñación, la imaginación y el pensamiento. Aunque no es observable directamente por el terapeuta, es posible ponerla de manifiesto al trabajar por ejemplo con la visualización de un diálogo con una persona o varias. El terapeuta entonces se encarga de observar los movimientos y sentimientos que se presentan durante la visualización como representación simbólica de un problema.
- Hacia lo que sucede o deja de suceder con otras personas- conducta interpersonal. Son las conductas que se dan entre organismos aislados al atravesar las fronteras psicológicas de contacto al hacer uso entre otras cosas, del tacto, la audición, la visión y la vocalización. La intención del trabajo del terapeuta está orientada a que el individuo experimente con conductas interpersonales que intensifiquen el contacto para que por ejemplo pueda descubrir cómo se aparta de los demás (Kepner y Brien, 1989).
- Por ejemplo, algunas formas de trabajar en terapia la retroflexión es permitir la expresión de la emoción en una forma controlada, que no tiene que ser destructiva puede ser en una carta, en un juego de roles, en el relato o en la vivencia de la fantasía donde queden de manifiesto la forma en que actúa el individuo cuando no expresa lo que realmente está sintiendo o pensando. Sin embargo, en el trabajo con las emociones es importante considerar cómo se presenta la emoción en el momento: si está desbordada ayudar a contener para que la conducta CAI deje de repetirse; si es una emoción contenida (a veces por temor a manifestar la ira a personas importantes como familia o amigos) que se presente de manera que su energía pueda fluir. Generar conciencia de cómo esta conducta se da en automático y corresponde más a una reacción que a una forma sana de responder. La forma sana tiene que ver con el

reconocimiento de lo que se está sintiendo y con encontrar una forma de expresarlo sin hacerse daño a sí mismo. Es importante que el paciente se entrene en la tolerancia de experimentar la emoción por muy desagradable que le resulte. En palabras de Perls (1966), es necesario que el paciente pueda ampliar su continuum de conciencia al quedarse con el sentimiento y soportar el dolor psíquico para que pueda salir del momento en el que está atorado.

- Posteriormente identificar que hay en la emoción y ver qué necesita el paciente que no se esté dando a sí mismo.
- Estas sugerencias no están enfocadas al trabajo con patologías severas.

D. En Terapia Gestalt se pueden sugerir vías de trabajo que buscan promover la satisfacción de una necesidad o cierre de una Gestalt; sin embargo, no es posible predecir el resultado ya que la forma en que un individuo buscará el equilibrio al resolver sus necesidades depende de la creatividad del individuo y el ajuste que haga será tan original como él mismo (Castanedo y Munguía, 2011). Resulta importante cuestionarse si la resistencia es algo rígido y /o congelado, si responde al aquí y ahora y si está fuera de la conciencia (Vázquez, 2005). En esta modalidad, no se califica, se juzga o se analiza o se intenta modificar lo que va presentando el paciente, como en este caso son las resistencias; al contrario, estas resistencias pueden ser utilizadas para el trabajo terapéutico de manera que le permitan conocer sus formas de respuesta, para qué lo hace y en qué situaciones.

E. El paciente puede utilizar posteriormente sus habilidades de darse cuenta de su resistencia y aprender a manejarla posteriormente para evitar crisis y desgaste a largo plazo (Shub, 2003). Se puede también explorar la utilidad de la resistencia en relación con las metas del individuo (Wheeler en Clarkson y Carichia, 2009). Cuando se trabaja en Terapia Gestalt se busca desarrollar una conducta que permita a un individuo captar la información relevante de su interior y del campo externo de manera que pueda actuar tomando en cuenta la información de la que dispone. El paciente tiene entonces una serie de posibilidades entre las cuales elegir, inclusive la de continuar con una conducta que representa consecuencias negativas para sí mismo en una Conducta Autodestructiva Indirecta; así es posible tomar decisiones en

conciencia que le permitan al individuo llevar una vida más sana y una existencia realizada.

- F. En esta investigación se abordó la conducta manifiesta. Para futuras investigaciones sería interesante considerar las emociones que se presentan al momento o antes de manifestarse la conducta. Otra investigación estaría orientada a describir para qué deflecta un individuo que presenta una Conducta Autodestructiva Indirecta, explorar si es un ajuste que responde a una necesidad emergente y cuales serían esas necesidades. En un estudio de caso se podría ver a un individuo en su propia forma de deflechar en sus circunstancias particulares. Por otra parte, sería interesante buscar en una población más numerosa y que ya de por sí muestra alta incidencia de Conductas Autodestructivas Indirectas, observar cómo se relaciona con los Bloqueos del Ciclo de la Experiencia y ver si coincide con los resultados del presente trabajo.

4.4 Conclusiones

Las conductas autodestructivas indirectas están presentes se presentan en un rango moderado a alto en esta población de jóvenes universitarios.

La Autodestructividad se presenta en relación a la obtención de consecuencias negativas, conductas de riesgo y deterioro de la salud física, en una frecuencia de al menos una vez por semana.

Los bloqueos que se presentan en rangos moderado a alto y son objeto de atención clínica son la deflexión, la confluencia y la retroflexión en orden descendiente.

Las CAI tales como la obtención de consecuencias negativas a largo plazo pueden ser explicadas en términos del enfoque Gestalt como deflexión en cuyo caso la energía que se invierte en hacer contacto no es suficiente o la energía invertida no es encauzada adecuadamente por lo que se desperdicia al estar dispersa. Un individuo que deflecha evita centrarse en sí mismo y puede percibir su experiencia como un fracaso, a la vez se siente agotado y mal retribuido. La deflexión también se observa como un temor a enfrentar una situación, se desvía la energía hacia puntos secundarios de la existencia para evitar la angustia; esto representa una situación tóxica o bionegativa del bloqueo.

En todo caso, los resultados de esta investigación aplican sólo a esta muestra y no podrá establecerse una generalización de éstos a otras poblaciones.

En el Enfoque Gestalt un bloqueo en el ciclo de la experiencia puede ser visto como una forma de responder ante una situación determinada, cualquiera que sea, y no puede abordarse como algo aislado; en el trabajo terapéutico las conductas autodestructivas indirectas pueden observarse como respuesta a una circunstancia particular del individuo, en forma de conductas que evitan el contacto y o bien como conductas que se presentan de manera fija, inflexible y repetitiva sin importar la situación generando un estado de neurosis.

Las Conductas Autodestructivas Indirectas representan un estilo de vida que corresponde a una cultura pobre en salud mental ampliamente extendida entre los jóvenes universitarios. Desde la Terapia Gestalt “las conductas son una forma de ser-en-el-mundo” (Castanedo, p.231) y se pueden trabajar desde el darse cuenta a partir de dos perspectivas: como alternativa para dar solución a un problema y como alternativa que busca la prevención. En el primer caso, con el propósito de preservar la vida: generar conciencia en los jóvenes acerca de la cronicidad de las conductas y la rigidez en la forma de reaccionar ante situaciones diferentes que permita salir de las Conductas Autodestructivas Indirectas que ponen en mayor riesgo la vida. En el segundo caso, trabajar el darse cuenta en los jóvenes ayuda a disminuir la probabilidad de desarrollar una patología con consecuencias en etapas de vida posteriores; este trabajo se da al generar conciencia de la forma en que se evita el contacto (bloqueo), facilitando el proceso de interacción del individuo con el medio y la puesta en acción de sus propios recursos. De esta manera se puede crear un estado de equilibrio, auto preservación y crecimiento para transitar de una forma más sana la etapa de vida universitaria.

Referencias Bibliográficas

- Baird, P. (1981) Canvassing Thanatos Journal of Personality Assesment 45 (6) 652-653 [en línea] [2011, 25 de octubre]
- Barlow D. y Durand M. (2001) Psicología Anormal. Un enfoque Integral. México: Thomson [en línea] [2012, 8 de abril]
- Castanedo, C. (2007). Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora. España: Herder
- Castanedo C. y G. Munguía (2011). Diagnóstico, Intervención e Investigación en Psicología Humanística. España: Editorial CCS
- Cruz A. (en prensa) Sufren 18 millones de mexicanos alguna enfermedad mental: expertos
- De la Fuente R., Medina-Mora M. y Caraveo J. (1997) Salud Mental en México. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica
- Díaz A, González A., Minor N. y Moreno O. (2008) La conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en adolescentes mexicanos. Revista Científica Electrónica de Psicología 5 63-84 [en línea] [2011, 14 de septiembre]. Disponible en http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=583929 [2011, 8 de junio].
- DSM-IV-TR. (2002) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson S. A.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Whittle L, Brener ND, Wechsler H; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Surveill Summ. 2010 Jun 4;59 (5):1-142. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. Consultado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520591> El 25 de octubre de 2011
- González-Pier E, Guitiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llórens M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Priority Setting for Health Interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. The Lancet, 2006; 368:1608-1618
- González C., Villatoro J., Alcántar I., Medina M., Fleiz C., Bermúdez P., Amador N., Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México:

1997 y 2000. Salud Mental, Vol. 25, No. 6, diciembre 2002 [en línea]. [2012, septiembre]

- Kelley K., Cheung F., Rodríguez-Carrillo P., Singh R., Wan C., Becker M., Eberly C., (2001) Chronic self-destructiveness and locus of control in cross-cultural perspective. Journal of Social Psychology, 126 (5), 573-577
- Kepner J. (2000). Proceso Corporal. Un Enfoque Gestalt para el Trabajo Corporal en Psicoterapia México: Manual Moderno
- Medina M., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J. Fleiz C., Villatoro J., Rojas E., Zambrano J., Casanova L., Aguilar S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México Consultado en <http://www.redalyc.org/pdf/582/58242601.pdf> [2014]
- Muñoz M. (2008) La sensibilización gestalt en el trabajo terapéutico. Desarrollo del potencial humano. México: Pax
- Patterson S. (2009) The effects of increasing the risk perception of high-risk behaviors on decision making among college daily smokers and never-smokers. Consultado en http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-02042009-144038/unrestricted/Patterson_Diss.pdf [2011, 1 de noviembre]
- Perls F. (1976). El Enfoque Gestáltico & Testimonios de Terapia. Chile: Cuatro Vientos
- Perls, Laura (2004) Viviendo en los límites. México: Plaza y Valdés Editores
- Polster E. y Polster M. (1994). Terapia Gestáltica. Perfiles de teoría y práctica. Argentina: Amorrortu
- Pulido, M; Tovilla, A; Lanzagorta, N; Espinosa, V; Mendivil, C; Calvo, I. y García, G. (2003) Consumo de drogas y alcohol en estudiantes de dos universidades privadas de la ciudad de México: resultado de la encuesta 2002. Psicología Iberoamericana, 11 (3), 190-197
- Quiroga, S. y Cryan, G. (2004). Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas. XII Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-

16862005000100001&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 20 sept. 2011. Formato Documento Electrónico (ABNT)

- Ramírez García, Mónica (2004). Violencia en relaciones de pareja y conductas autodestructivas en mujeres. Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Iberoamericana, Puebla.
- Romero, J. y R. Vázquez Editores (2005) Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea. España: Editorial Kairós
- Ruiz Tovar, Alenka (2009). La relación entre el intento suicida y la conducta antisocial en una muestra de estudiantes en nivel medio y medio superior de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2008). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta/ Psiquiatría Clínica España: Lippincott Williams & Wilkins
- Salama, H. (2007). Psicoterapia gestalt. Proceso y metodología México: Alfaomega
- Sánchez Sumano, Marisol (2007). Conductas autodestructivas y la impulsividad. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de las Américas Puebla consultado en línea [2011, 5 de septiembre]
- Sharp, M. y Schill, T. (1995) Chronic Self-Destructiveness and Self Defeating Personality: Similarities and Differences Journal of Personality Assessment 64(2) 270-278 [en línea] [2012, 6 de abril]
- Silva, A. (2003). Conducta Antisocial: Un Enfoque Psicológico México: Pax [en línea] [2011, 25 de octubre]
- Souza M. y Lenin D. (2010) Salud mental y atención psiquiátrica en México Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol. 53, No 6. p 17-23. Disponible en <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf> [2012, 18 de abril]
- Stevens J. (2008) Esto es Gestalt. Chile: Cuatro Vientos
- Taboada, E. (2007) Autolesiones. Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, año 13, vol. 5, Nº 3, consultado en [www.aap.org.ar autolesiones.pdf](http://www.aap.org.ar/autolesiones.pdf) [2011, 8 de septiembre]
- Taller de Resistencias Gestálticas, C. Castanedo y G. Munguía. Primer Encuentro de la Comunidad Mexicana de Gestalt. AAGT. Julio 2013. Guadalajara, Jal. México.

- Walsh, B. (2008). Treating Self-Injury: A practical Guide. [en línea] [2012, 27 de febrero].
- Wallen, R. (1989) Terapia Gestáltica y Psicología de la Gestalt. En Fagan y Shepard (compiladoras), Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica (pp 17-21) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores
- Yontef G. (2009) Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica. Chile: Cuatro Vientos
- Zinker J. (2008) El Proceso Creativo en la Terapia Gestáltica. México: Paidós

ANEXO A

Ficha de Identificación y de Frecuencias de Conductas Autodestructivas

Edad	Sexo	F	M	Fecha	Folio
Religión			Lugar de Nacimiento		
Escolaridad			Correo electrónico		
Lugar que ocupas en la familia	Estado Civil			Vives con tu familia	
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

A continuación, se presentan una serie de actividades. Señala con qué frecuencia llevas a cabo estas actividades.						
		Más de 3 veces a la semana	1 vez a la semana	1 vez al mes	En ocasiones	Es algo que no me sucede
1	Manejar un auto a alta velocidad					
2	Hacerme un examen físico completo					
3	Planear mis finanzas y tener un presupuesto					
4	Hacer cosas peligrosas sólo por la emoción de hacerlo					
5	Quedarme despierto hasta tarde aunque tenga que levantarme temprano al día siguiente					
6	Respetar mis horarios de alimentación					
7	Fumar más de un paquete de cigarrillos al día					
8	Dar más importancia a viajar seguro que rápido					
9	Consumir sustancias ilegales más comunes					
10	Cumplir sin problemas con plazos de tiempo establecidos					
11	Dejar de importarme lo que me pasa					
12	Pasear en motocicleta sin casco					
13	Consumir alcohol en exceso					
14	Olvidar citas importantes a las que quería llegar					
15	Acudir al doctor cuando estoy seguro de estar enfermado					
16	Sostener relaciones sexuales con protección					
17	Hacer promesas que después no llevo a cumplir					
18	Apostar dinero					
19	Mantener actualizados mis contactos telefónicos					
20	Involucrarme en peleas					

Anexo B. Escala de Autodestructividad de Kelley

Indicaciones: A continuación se presentan una serie de oraciones. Indica que tan de acuerdo o desacuerdo estás, marcando la casilla correspondiente.						
		Total mente de acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Total mente desacuerdo
1	Me gusta escuchar música con el volumen más alto posible					
2	La vida puede ser bastante aburrida					
3	Cuando era niño fui suspendido de la escuela					
4	Normalmente desayuno					
5	Consumo o he consumido drogas ilegales más comunes					
6	En mi tiempo libre me gusta perder el tiempo					
7	Manejar un carro a alta velocidad es emocionante					
8	Tiendo a desafiar a la gente con autoridad					
9	Me hago un examen físico completo una vez al año					
10	He hecho cosas peligrosas solo por la emoción de ello					
11	Encuentro necesario planear mis finanzas y tener un presupuesto					
12	Dejo que la gente se aproveche de mí					
13	Odio cualquier clase de horario o rutina					
14	Usualmente cumplo con plazos de tiempo establecidos sin problemas					
15	Estoy familiarizado con procedimientos básicos de primeros auxilios					
16	Aun cuando tengo que levantarme temprano, me gusta estar despierto hasta tarde					
17	Doy importancia a viajar seguro más que rápido					
18	Llevo mi carro a servicio regularmente					
19	La gente me dice que soy desorganizado					
20	Es importante vengarse cuando te hacen algo malo					
21	Algunas veces parece que no me importa lo que a mí me pasa					
22	Me gusta jugar póquer por las grandes sumas de dinero					
23	Me fumo más de un paquete de cigarrillos al día					
24	Me he enamorado con frecuencia de la persona equivocada					
25	Simplemente no sé a dónde va mi dinero					
26	Usar casco arruina la diversión de un paseo en motocicleta					
27	Tengo cuidado de llevar una dieta balanceada					
28	Muchas reglas se hicieron para romperse					
29	Suelo ser puntual					
30	Me gustan los trabajos que contienen un factor de riesgo					

31	Suelo descuidarme					
32	A menudo le doy continuidad a los proyectos					
33	He hecho contribuciones positivas a mi comunidad					
34	Hago promesas que no cumplo					
35	Una pelea ocasional le da virilidad al hombre					
36	Siempre hago lo que mi doctor o dentista recomiendan					
37	Conozco las diferentes señales de advertencia del cáncer					
38	Usualmente acudo al doctor cuando estoy seguro que me estoy enfermado					
39	Mantengo actualizada mi libreta de teléfonos y direcciones					
40	Algunas veces olvido citas importantes a las que quería llegar					
41	Es fácil que la vida me trate injustamente					
42	Como demasiado					
43	Normalmente no cierro con llave la puerta de mi casa o departamento					
44	Sé a quién llamar en caso de emergencia					
45	Puedo tomar más alcohol que la mayoría de mis amigos					
46	Tengo la impresión de que sigo cometiendo los mismos errores					
47	Cuando apuesto dinero suelo perder					
48	Usar anticonceptivos es muy problemático					
49	Hago cosas sabiendo que van a terminar mal					
50	Cuando estaba en la preparatoria/bachillerato, era considerado un buen estudiante					
51	Tengo problemas en mantenerme al corriente con el papeleo y pagos					
52	Frecuentemente llego tarde a eventos importantes					
53	Me siento muy bien cuando estoy tomando alcohol					
54	Algunas veces cuando no tengo nada que beber, pienso en lo bueno que un trago me sabría					
55	Es realmente satisfactorio fumar un cigarro					
56	Me gusta fumar					
57	Me gusta hacer ejercicio					

Anexo C Escala de Bloqueos Gestálticos de Castanedo-Munguía (2013)

A continuación, encontrarás algunas afirmaciones. Lee atentamente cada frase e indica por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas.						
		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Total de acuerdo
1	No puedo descifrar mis sentimientos y emociones					
2	Creo que en general las personas son más sensibles que yo					
3	La cabeza me duele mucho					
4	Tiendo a divagar y a no centrarme en una sola cosa					
5	Dependo de otras personas y constantemente les pido ayuda					
6	Me cuesta trabajo conocer mis sensaciones, sentimientos y emociones					
7	Casi siempre que he fracasado ha sido por los obstáculos que me ponen					
8	Tengo problemas gástricos					
9	Veo TV cuando tengo tareas que hacer					
10	Soy fácilmente influenciable					
11	Las personas me dicen que soy "insensible"					
12	Cuando las cosas me salen mal regularmente es por irresponsabilidad de otros					
13	Al terminar una relación amorosa o amistosa sufro intensamente en silencio					
14	Es fácil que cambie de tema en una conversación					
15	Me atemoriza quedarme solo(a) y que nadie me ame o cuide de mi					
16	No presto atención a lo que siento					
17	Siento que soy víctima de las circunstancias					
18	Me duelen los músculos aunque no haya realizado ejercicio					
19	Me entretengo mucho tiempo con la computadora					
20	Permito que otras personas decidan que hacer por mí, en cosas importantes					
21	Me cuesta trabajo saber que sentimientos tengo					
22	Mi éxito y mi fracaso en gran parte depende de los otros					
23	No soy valorado por las personas cercanas a mí					
24	Procuró estar con otras personas de manera superficial					
25	Permito que otras personas influyan en mis decisiones					
26	No puedo decir cómo me siento					
27	Otras personas dificultan mis logros					
28	Siento hormigueo en el cuerpo o vértigo cuando estoy bajo presión					
29	Me gusta mucho imaginar cosas aunque no las haga en la realidad					
30	Pido a otras personas que me guíen en lo que hago					
31	Mis dificultades con las personas son porque ellas no me entienden					
32	Me cuesta trabajo poner límites a otras personas					
33	Siempre habrá envidiosos que no permiten la superación					

Anexo D

Hoja de Calificación Escala de Bloqueos Gestálticos (Castanedo-Munguía, 2013).

Escala de Bloqueos Gestálticos					Folio		Fecha		
Desensibilización		Proyección		Retroflexión		Deflexión		Confluencia	
1		2		3		4		5	
6		7		8		9		10	
11		12		13		14		15	
16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25	
26		27		28		29		30	
		31						32	
		33							
Total		Total		Total		Total		Total	

	Desensibilización		Proyección		Retroflexión		Deflexión		Confluencia		Total	
ALTO	15	a 24	15	a 32	16	a 24	15	a 24	12	a 24	71	a 156
MODERADO	8	a 14	9	a 14	8	a 15	11	a 14	8	a 11	56	a 70
NORMAL	0	a 7	0	a 8	0	a 7	0	a 10	0	a 7	0	a 55