



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN GESTÁLTICA EN UNA
EX - CUIDADORA PRIMARIA CON
SENSACIÓN DE CARGA: ESTUDIO DE CASO**

TESIS

PRESENTADA POR

DANIEL ANTONIO MOGUEL RODRÍGUEZ

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DE CLÍNICA DE ADULTOS

DIRECTORA DE TESIS

ERÉNDIRA ESTRELLA VÁZQUEZ VARGAS

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

AÑO 2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 926214 durante el periodo agosto 2018 - julio 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Dedicatoria

A Paola, familiares, amigos, a quienes me apoyan y a mí mismo.

Les amo mucho.

Contenido

1. Introducción	7
1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Justificación	11
1.3. Propósito general	12
1.4. Marco teórico referencial	12
1.4.1. Sensación de carga	12
1.4.2. Carga del cuidador	14
1.4.3. Factores predictores y de afrontamiento ante la sensación de carga	20
1.4.4. Postadolescencia	24
1.4.5. Terapia Gestalt	25
2. Evaluación diagnóstica del problema.....	37
2.1. Descripción del escenario y participante.....	37
2.2. Objetivo general del diagnóstico.....	37
2.3. Definición de términos	37
2.4. Instrumentos	38
2.5. Técnicas de investigación implementadas	39
2.6. Procedimiento.....	39
3. Intervención.....	41
3.1. Objetivo general de la intervención	41
3.2. Objetivos específicos de la intervención	41
3.3. Programa de intervención.....	42
3.3.1. Sesiones de intervención.....	42
4. Resultados.....	45
4.1. Resultados correspondientes al diagnóstico	45
4.1.1. Motivo de consulta.....	45
4.1.2. Datos generales	45
4.1.3. Descripción física.....	45
4.1.4. Descripción actitudinal	45
4.1.5. Descripción estética	46
4.1.6. Familiograma	46

4.1.7.	Conceptualización del caso.....	46
4.1.8.	Relación respecto a los factores de la teoría multidimensional de Novak y Guest	48
4.1.9.	Relación respecto a los conceptos de Terapia Gestalt	49
4.2.	Resultados correspondientes al programa de intervención	51
4.2.1.	Sesiones de psicoterapia	51
5.	Discusión de los resultados.....	69
5.1.	Evaluación de los resultados	69
5.2.	Conclusiones y recomendaciones.....	72
6.	Referencias.....	76

1. Introducción

Son múltiples las teorías que existen sobre el tema de sensación de carga (SC), puesto que, desde la década de los ochentas ha resultado un tema remarcable para los investigadores del cuidado de la salud, y aunque ha sido un tema del cual se ha hablado bastante, aun despierta interés, debido a su papel trascendental en la resolución de diversos conflictos, principalmente la atención de pacientes con enfermedades.

Puesto a que la SC es el resultado de un conjunto de numerosas experiencias, comúnmente asociadas al acto de cuidar o servir, resulta importante atenderlo, ya que la intervención de este conlleva a tener múltiples beneficios, no solo para quien atiende y quien es atendido sino en todo su entorno, por otro lado, el acto de ignorar el tema conlleva a sufrir graves consecuencias en la salud física y emocional, debido a la cantidad de estresores presentes y la falta de estrategias para afrontarlos (Zambrano & Ceballos, 2007).

Como otras investigaciones han recalcado antes, ante un fenómeno que puede ser observado desde distintas perspectivas, es importante procurar que, en la búsqueda de conseguir una óptima adaptación, no se enfoque la atención únicamente en el objetivo de cubrir con una serie de responsabilidades (Ribé, 2014), si no también procurar prestar atención al cuidado que la persona toma de sí misma, pues esta será una herramienta crucial para contribuir al bienestar, tanto de sí mismo como elemento individual, así como al entorno al que pertenece con el fin de buscar brindar las condiciones para poder co-construir espacios de desarrollo.

El siguiente estudio trabajará con una paciente de la ciudad de Mérida, Yucatán la cual cuidó durante 6 años de su hermana con esquizofrenia, al llegar a sesión cumplía con los requisitos para decir que tenía SC, aun cuando llevaba 6 meses separada de su familia, incluyendo a su

hermana, es decir, llevaba medio año sin ejercer su rol de cuidadora de manera constante. El paradigma que se utilizará será de carácter cualitativo y tendrá una metodología de estudio de caso único.

1.1. Planteamiento del problema

La sensación de carga representa un problema complejo para los cuidadores y para las personas en general, pues de no ser atendida esta se puede ir acrecentando con el continuo trabajo y el entorno al cual se enfrentan, justificado en esto último sus sensaciones pueden llegar a ser difíciles de manejar e incluso discernir en qué punto la forma en la que actúan es una respuesta orgánica y útil al entorno y en qué punto es algo que al final pudiera terminar por afectarlos a sí mismos y a otros, generando sentimientos de apatía y desagrado a su rol e identidad.

En función de cubrir sus responsabilidades correspondientes a su rol es en donde, muchas veces, las personas con sensación de carga suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social a tal grado de que con el paso del tiempo toma repercusiones negativas en su calidad de vida, estas repercusiones suelen contemplar problemas físicos, mentales, sociales y económicos, al conjunto de estas complicaciones generalmente se les denomina “carga” (Lara, Díaz y Silveira, 2001). Algunos factores en concreto asociados a la carga son las alteraciones en los lazos familiares, disfunciones en las dinámicas relacionales y sociales, estrés intenso, aislamiento social, alteraciones de la rutina doméstica, deterioro de la economía e incremento de la carga afectiva (Ribé, 2014).

Como consecuencias de las afectaciones anteriormente descritas puede llegar a generarse, como uno de los escenarios más graves, (Zarit, Reeve y Bach Peterson, 1980) el síndrome del cuidador o sobrecarga, el cual suele presentarse cuando la carga del cuidado sobrepasa la capacidad

y los recursos del propio cuidador, es tan grave que puede llegar a provocar un estrés excesivo y el riesgo de muerte o suicidio (Mendoza y Rodríguez, 2000).

Por todo lo expuesto anteriormente es importante tomar en consideración que, aquellas personas que brindan cuidado a otros pueden ser considerados elementos sanitarios de primer orden por su faceta de ser proveedores de atención en las distintas áreas requeridas por la enfermedad (Larrinoa, 2011). Desgraciadamente también constituyen un grupo de riesgo, ya que el desarrollo de su labor asistencial conlleva importantes repercusiones en su salud biopsicosocial (Ribé, 2014). Es decir que, así como tienen un papel crucial para el cuidado de las personas con necesidades, también ellos representan un grupo con sus propias necesidades que no deben ser dejadas en un segundo plano.

En este trabajo se prestará atención a una joven que fungió como cuidadora informal de una persona con esquizofrenia. Durante su tiempo como cuidadora y en concordancia con la teoría, los autores nos explican que ellos son quienes comúnmente se encargan del sujeto diariamente sin tener la experiencia y los medios con los que cuentan los cuidadores que laboran en las instituciones de salud (Torres y Pinilla, 2013). Ante estas adversidades también se suman factores como la estigmatización de la enfermedad, la condición de cronicidad, el consecuente deterioro de la personalidad, el propio comportamiento del enfermo, etc.

De acuerdo con un estudio realizado en Colombia, los cuidadores informales refieren padecer problemas de salud como ansiedad, nervosismo, agotamiento, estrés, cansancio, angustia, irritabilidad y problemas digestivos, así como visitas constantes al médico sin observar mejorías para estos síntomas (Torres y Pinilla, 2013). Entre el 83 al 95% de los familiares de pacientes con esquizofrenia experimentan una importante sobrecarga que reduce la calidad del cuidado,

poniendo en riesgo a ambos (Perlick, Rosenheck, Miklowitz, Kaczynski, Link, Ketter, Wisniewski, Wolff y Sachs, 2008).

Los propios cuidadores expresan como sus principales necesidades a ser atendidas: la falta de información sobre la enfermedad, pronóstico, tratamiento o servicios disponibles (Sanchez, 2019); el manejo conductual, el apoyo emocional y el propio malestar emocional experimentado (Mandal, Prakash y Sinha Deb, 2013). Sin embargo, a pesar de algunas excepciones gran parte de las investigaciones desarrolladas en las últimas décadas se han centrado en intervenciones familiares orientadas exclusivamente hacia el paciente con esquizofrenia, dejando de lado las peticiones y la salud integral de los demás miembros de la familia (Pharoah, Mari, Rathbone y Wong, 2010).

Ante esta problemática la terapia Gestalt puede brindar apoyo para su resolución debido a las distintas áreas del ser humano a las que presta atención, pues, es un abordaje fenomenológico, existencial y relacional, que centra su atención en la dinámica del organismo con el ambiente. También se da a la tarea de elaborar distintos enfoques con diversos dispositivos clínicos para varias poblaciones (Francesetti, Gecele y Roubal, 2013).

El caso en el que se enfoca la investigación aplicada, fue el de una joven que solicitó atención psicológica individual en un consultorio particular en el centro de la ciudad. La paciente es una mujer de 25 años de edad que vive a las afueras de la periferia de la ciudad de Mérida, Yucatán. La paciente vive sola y por las tardes y mañanas acudía a casa de su madre para convivir y cuidar de su hermana la cual padece esquizofrenia.

Respecto a este caso en particular la terapia Gestalt puede ayudar al paciente a ser consciente de sus necesidades, las cuales al ser privadas o interrumpidas continuamente generan estrés y SC, ya que es en la diferenciación y la satisfacción de estas necesidades donde se encuentra el potencial

de crecimiento (Castañedo, 2009). Por su parte el sujeto al reconocer estas necesidades y buscar satisfacerlas se verá orillado a explorar nuevas maneras de relacionarse (Woldt y Toman, 2007) que le permitan compaginar la situación vivida en casa con sus experiencias internas y externas a priorizar.

1.2. Justificación

A nivel local, en Yucatán, la investigación sobre estos temas es escasa, en un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Yucatán en 2015 se discute la falta de información e investigación que existe sobre los cuidadores en la localidad, siendo los trabajos realizados por la investigadora una de las pocas líneas que se tienen en consideración (Estrella y Vázquez, 2015).

Un antecedente relevante realizado en la ciudad de Mérida, Yucatán en el año 2015 fue el programa psicoterapéutico para fortalecer la inteligencia emocional en los cuidadores, dicho programa consistía en la orientación hacia la regulación emocional de padres que fungían como cuidadores de niños con cáncer. El programa fue evaluado de forma fenomenológica debido al convencimiento que existía de utilizar este método para poder recabar los datos de los participantes basándose en su experiencia personal (Rosel, Sosa y Castillo, 2015).

En México, al igual que en otras partes del mundo, en las instituciones de salud mental encontramos que la familia es y será el agente responsable de cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes (Caraveo, Valencia y Rascón, 2010). Entre 60 y 85% de los pacientes vive con su familia (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003). Esto se traduce en la presentación de padecimientos, trastornos emocionales y físicos, así como de las dificultades económicas para sobrellevar el costo del tratamiento médico (Caraveo, Valencia & Rascón, 2010).

El presente proyecto surge por el deseo de conocer como es el tratamiento de una persona en estas condiciones desde una perspectiva humanista, atendiendo los aspectos emocionales implicados, puesto que, al ser un tema asociado a cuestiones farmacológicas y legales, los tratamientos de este suelen estar más enfocados en respuestas a las necesidades presentes.

En este contexto, el siguiente trabajo se justifica, debido a que la capacidad de autocuidado que desarrollen los cuidadores informales juega un rol fundamental en el mantenimiento de la salud y en el desempeño adecuado en su labor de cuidador. Es posible pensar que cada cuidador responde de diferente manera ante las demandas de estas circunstancias, ante los estresores y ante las habilidades para afrontarlos; asimismo pueden percibir la carga como desbordante, adaptarse ante las demandas de las circunstancias o fluctuar entre ambas.

Por su parte esta investigación busca generar conocimiento, poniendo a prueba la eficacia de la terapia Gestalt, así como de una intervención atendiendo únicamente a los cuidadores, proporcionándoles protagonismo en el escenario propuesto anteriormente.

1.3. Propósito general

Diseñar, implementar y evaluar una intervención psicológica, desde la terapia Gestalt, con el fin de reducir la SC en un caso clínico.

1.4. Marco teórico referencial

1.4.1. Sensación de carga

El concepto de carga (tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado”) originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer y hacía referencia al agotamiento mental y ansiedad, fue inicialmente desarrollado como un término para aquellas

personas que se dedicaban a cuidar a personas en enfermedad y con el paso del tiempo se extrapoló a otros ámbitos. Suele estar relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el individuo se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación (Zambrano & Ceballos, 2007).

Existen distintas perspectivas respecto a la carga, que pueden condensarse en un total de tres visiones distintas (Martin, Dominguez, Gonzalez, Munoz y Ballesteros, 2014):

La primera aportación consiste en diferenciar las dimensiones objetiva y subjetiva de la sobrecarga, separando por un lado los eventos, hechos y actividades y, por otro, los sentimientos, actitudes y emociones (Mendoza y Rodríguez, 2014). La primera dimensión se refiere a las repercusiones concretas, como el tiempo, las tareas realizadas, el impacto en el ámbito laboral, el coste económico, las limitaciones en la vida social y los conflictos de rol. La segunda dimensión considera las actitudes o reacciones emocionales ante la experiencia (por ejemplo, culpa, tensión, preocupación).

La segunda corriente del concepto de sobrecarga lo liga sobre todo al malestar (distrés) experimentado ante los problemas y su deterioro respecto a estos. Según el modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) la persona se enfrenta a dos tipos de estresores, que en función del orden de aparición se pueden dividir en primarios y secundarios. Los estresores primarios hacen referencia, por un lado, a las exigencias objetivas de la tarea, por otro lado, los estresores subjetivos provienen de la valoración que realiza la persona de estas exigencias y que puede ser generadora de sentimientos de carga, pérdida, y ruptura de las relaciones. Los estresores secundarios suelen derivarse de los primarios y se manifiestan en forma de conflictos familiares, laborales, económicos e intrapsíquicos (pérdida de autoestima, indefensión aprendida, etc.). Desde este

enfoque, las responsabilidades se entienden como un proceso de estrés y la sobrecarga sería una dimensión subjetiva.

Por otra parte, Poulshock y Deimling (1984) propusieron un enfoque multidimensional de la sobrecarga, señalando que la experiencia de carga es de carácter subjetivo, pero modulada por las condiciones características del entorno y las responsabilidades; estos autores propusieron varias dimensiones interrelacionadas: los problemas, la sobrecarga y el impacto.

Si bien al examinar estos factores nos vemos inmersos en cómo afecta la carga a las personas resulta pertinente conocer las peculiaridades respecto a cómo se presenta este fenómeno en el caso específico de los cuidadores.

1.4.2. Carga del cuidador

En primera instancia vale la pena definir a que se hace referencia al hablar de cuidador. A pesar de que en la actualidad la definición del término “cuidador” sigue variando mucho entre autores, existe ciertas similitudes que podrían llegar a presentarse en la mayoría de las definiciones, por lo cual vale la pena someter a revisión algunas de las propuestas para tener una idea general de a que se hace referencia.

Como primera propuesta tenemos la definición de Wright presentada en 1978 en la cual expone que el cuidador es “aquella persona que presta cuidados de salida a personas dependientes, puede ser un familiar, amigo u otra persona de la red social inmediata del paciente y no recibe retribución económica por la ayuda que ofrece”. En esta propuesta se denotan puntos importantes, como la prestación de cuidados y el doble rol que puede tener la persona con el paciente, es decir, que además de ser su cuidador puede ser amigo, hermano o hermana, padre o madre, entre muchos otros roles. Además de los puntos anteriormente mencionados también se hace hincapié en el

hecho de que no reciben ningún pago por sus servicios, aspecto que no suele estar presente necesariamente en todas las definiciones, sin embargo, si tiene trascendencia al hablar de SC.

Otra definición presentada por Feldberg, Tartaglini, Clemente, Petracca, Cáceres, y Stefani (2011) hace referencia del cuidador como “aquella persona que es la principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña”, algo remarcable, debido al malestar que suelen llegar a presentar los cuidadores, es que el cuidado que ofrece el cuidador suele ser un cuidado no profesional en el cual se encuentra desprovisto de las herramientas que tendría alguien que se especializó en ello, otro punto es la total disposición de tiempo del cuidador hacia el paciente, lo cual no necesariamente es considerado así por todas las definiciones.

Por último, tenemos una definición actual, propuesta en 2011 por Larrinoa, en esta se indica que el cuidador es “el individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente”. Si bien la definición comparte elementos en conjunto con las otras expresa que la responsabilidad del cuidador dependerá de lo que cada situación de vida implique, presentándonos así una gama más amplia de posibilidades a las cuales se puede afrontar una persona, además de esto toma en consideración al resto de la familia, quienes ponen la responsabilidad del cuidador sobre una sola persona, punto que igual tendrá relevancia puesto que el trabajo en equipo suele ser una herramienta fundamental para ejercer un cuidado óptimo.

Como podemos ver en las distintas definiciones existen ciertas características compartidas en cuanto a lo que implica tomar el rol de ser un cuidador, dichas características suelen hacer referencia a responsabilidades a tomar. Como es posible imaginarse a pesar de la manera en la que

reaccionan los familiares y de las características del propio paciente y el cuidador son fundamentales el cuidar a una persona dependiente, genera elevados niveles de estrés en el cuidador, que puede proliferar a diversas áreas de la vida, dando lugar a serias consecuencias para la salud (Ruiz y Moya, 2012). Por otra parte, se sabe que el éxito del cuidado, depende del grado en que los cuidadores cuiden también de sí mismos y concedan tiempo y atención suficiente a sus necesidades propias (Cáceres, González, Pruvost, Rimoldi, Mirande, y Viales, 2016).

Como prueba de esto existen estudios demuestran que alrededor del 25% de los cuidadores primarios sufren desgaste, lo cual los convierte en cuidadores enfermos e impide que desempeñen su rol de manera conveniente (Rivera, Dávila y González, 2011). A la fecha, son numerosos los autores que hablan acerca de las consecuencias que trae consigo la labor de cuidar. Estas afectaciones se presentan en todas las áreas de la vida y de acuerdo a la literatura revisada, pueden hablarse del aspecto emocional, económico, físico y social.

En primera instancia los problemas emocionales suelen ser los más importantes, lamentablemente para la mayoría de los cuidadores son difíciles de verbalizar y se manifiestan como somatizaciones o con términos inespecíficos, como “falta de fuerzas” o “desánimo”. Esto se relaciona directamente con un mayor riesgo de estrés y sobrecarga por parte del cuidador, con múltiples factores de riesgo (Bello, 2014). De acuerdo con Fajardo y Núñez (2011) el asumir la responsabilidad de cuidar a pacientes con alguna enfermedad crónica provoca en quien desempeña la labor sentimientos de soledad, sobrecarga emocional y depresión. Asimismo, se encontró que los cuidadores experimentan niveles elevados de estrés, ansiedad, angustia y sentimientos fuertes como miedo a perder el control, a requerir de otros o a perder la dignidad, lo que trae consigo una disminución en el gusto por la vida y provoca en el cuidador un factor más hacia la Depresión (Mendoza y Rodríguez, 2014).

Otro de los problemas por los que cursa el cuidador es el relacionado al área laboral, pues los cuidadores frecuentemente deben de ausentarse y dejar de cumplir con sus tareas e incluso abandonan su actividad laboral o adelantan su retiro, disminuyendo significativamente sus ingresos económicos y limitando su vida profesional, lo que trae como consecuencia problemas para otras áreas como la social (Espín, 2009). El factor económico se considera un factor de gran relevancia, ya que las familias con problemas económicos han mostrado en diversos estudios mayores niveles de sobrecarga (Ansen, Graziani, Inocente, Gherardi y Guidorizzi, 2014).

En cuanto al impacto físico y fisiológico que trae consigo el ser un cuidador es reflejado en afecciones como aumento de la tensión arterial, problemas cardiovasculares, gastrointestinales, cefalea y alteraciones osteomusculares (Fajardo y Núñez, 2011). De igual manera, se destacan el cansancio, dolor de cabeza, vértigo, problemas de sueño y dolores articulares (Ruiz y Nava, 2012).

El impacto en cuanto a la salud física generado por cuidar es evidenciado en un estudio realizado en la ciudad de México en el cual se encontró que existe una relación entre el desempeño del rol de cuidador y enfermedades crónico-degenerativas, pues en una muestra de 100 cuidadores, el 27% tenía hipertensión, 18%, diabetes mellitus y 16%, afecciones articulares (Rivera et al., 2011). Los resultados de este estudio, son muy similares a los encontrados en una investigación realizada en el estado de Yucatán en el año 2015, en donde se encontró que el 79.2% padecía de alguna enfermedad crónico-degenerativa (Estrella y Vázquez, 2015).

Respecto al aspecto social es común que el paciente cree con el cuidador un vínculo de dependencia que hace que los cuidadores pierdan poco a poco su independencia, se olviden de sí mismos y dejen de tener tiempo libre, lo que se traduce en una serie de conflictos para el que desempeña este rol (Espín, 2009). Algunos ejemplos de estos conflictos son los problemas en la familia, las alteraciones laborales, la dificultad para establecer horarios, etc (Bello, 2014).

Sumar todos los cambios que ocurren en la vida, el poco apoyo que suele existir hacia ellos por parte de los otros miembros de la familia y las características propias de la familia como la cultura, la etapa del ciclo de vida por la que atraviesa y el estilo de comunicación crean para el cuidador primario un espacio en el cual puede desarrollar un síndrome denominado síndrome del cuidador o sobrecarga (Durán, 2015).

La sobrecarga trae para los cuidadores afecciones en diversas áreas de su vida. En términos generales podría decirse que los que desempeñan este rol observan una reducción de su autonomía y pérdida de la intimidad debido a que la persona con el trastorno depende de ellos, esto trae consigo una disminución considerable en el tiempo dedicado para ellos mismos y sus actividades, implicando así disminución del contacto con la sociedad. Además, es común encontrar en las personas con sobrecarga problemas de salud y sociales (Cruz, 2013).

La literatura acerca de sobrecarga menciona que existe un gran riesgo de que quienes la padecen puedan presentar o desarrollar otros problemas de salud mental como ansiedad o Depresión (Crespo y López, 2007). Un estudio realizado en Colombia encontró que existen niveles elevados de depresión en los cuidadores informales (familiares), además de una relación significativa entre la distimia como estado rasgo o estado y la sobrecarga (Galvis y Cerquera, 2016).

Si bien toda esta información resulta pertinente sobre el fenómeno de carga en el cuidador y las implicaciones de cuidar, también conviene saber qué aspectos resultan de relevancia para un ámbito terapéutico, como se habló en un inicio existen distintas perspectivas acerca de la carga, dentro de esta investigación se prestará especial atención a la perspectiva multidimensional, puesto que parte de una experiencia subjetiva aunada a las características objetivas de las circunstancias y no como elementos separados.

En una de las propuestas más clásicas de acuerdo con esta perspectiva multidimensional Novak y Guest (1989) condensan 5 factores como los más importantes a observar en el comportamiento de la persona para evaluar la SC, es importante destacar que dichos factores son desarrollados respecto al acto de cuidar, sin embargo, seguían presentándose aun cuando los cuidadores ya no se encontraban realizando sus actividades correspondientes a este rol:

Factor 1, Restricciones en el tiempo: este factor describe la carga debido a restricciones en el tiempo, esto haciendo referencia a un estado de vigilancia constante y el sentimiento de responsabilidad ejercen presión sobre la persona. Los elementos como "Esta labor depende siempre de mí" o "No tengo un minuto de descanso de mis tareas" reflejan su SC.

Factor 2, Percepción de la pérdida de tiempo y la pérdida del rol individual: este factor describe los sentimientos de las personas de estar "desfasado" en su desarrollo personal/social con respecto a sus iguales. Neugarten (1976) concluyen de su investigación que "el sistema de normas de edad también crea un curso de vida predecible ordenado, crea horarios, establece límites para un comportamiento aceptable en etapas sucesivas de la vida". Pocas personas se han preparado para convertirse en cuidadores de un paciente, casi no reciben educación para este papel antes de asumirlo y ya al hacerlo es probable que reciban poco apoyo. Los cuidadores ven a pueden ver a sus iguales disfrutar estos años posteriores tal y como ellos lo esperaban, mientras que ellos sienten ansiedad y tensión continuas. A menudo pueden hacerse la pregunta existencial, "¿Por qué me pasó esto a mí?". Frases como "Siento que me estoy perdiendo la vida" y "Esperaba que las cosas fueran diferentes en este momento de mi vida" reflejan este sentimiento de carga.

Factor 3, Fatiga y daños en la salud: estos artículos describen los sentimientos de los cuidadores de fatiga crónica y daños a la salud física. Muchos estudios informan que los cuidadores corren un alto riesgo de enfermedad física debido al cuidado. Elementos como "No estoy

durmiendo lo suficiente" y "Cuidar me ha enfermado físicamente" reflejan los sentimientos de carga física de los cuidadores.

Factor 4, Conflictos en la vida social: estos artículos describen los sentimientos de los cuidadores sobre el conflicto de roles. Un cuidador puede discutir con un cónyuge o con otros miembros de la familia sobre cómo manejar las necesidades del receptor del cuidado. Los cuidadores a veces se sienten poco apreciados y descuidados por otros. También pueden tener que limitar el tiempo y la energía que invierten en las relaciones o en sus trabajos. Los elementos como "No me llevo tan bien con otros miembros de la familia como solía hacerlo" y "No hago un trabajo tan bueno en el trabajo como solía" reflejan los sentimientos de carga social de los cuidadores.

Factor 5, Carga emocional: estos elementos describen los sentimientos negativos de los cuidadores hacia sus receptores de cuidados, que pueden ser el resultado del comportamiento impredecible y a menudo extraño del paciente. Los cuidadores pueden sentirse culpables por estos sentimientos socialmente inaceptables. Elementos como "Me molesta mi receptor de atención" y "Me siento enojado por mis interacciones con mi receptor de atención" reflejan estos sentimientos de carga emocional.

1.4.3. Factores predictores y de afrontamiento ante la sensación de carga

Como se ha mencionado antes existen múltiples factores que conllevan a la persona a tener SC en el cuidador y en mayor medida se le da peso a la explicación de tipo ambiental, es decir que está condicionada por condiciones externas y no tanto a las características de personalidad de los cuidadores. Sin embargo, algunos autores (Peinado y Garcés, 2004) plantean algunos factores importantes a tomar en cuenta como predictores de la SC en el cuidador, dichos factores son los siguientes:

Desamparo aprendido: se plantea como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones.

Interés social: se refiere al interés activo del fomento del bienestar humano. La aparición del interés social, unido a la incapacidad de realizar reuniones y actividades de esparcimiento social debido a la demanda de su tarea.

Personalidad resistente: es un patrón de personalidad caracterizado por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por la percepción de control del ambiente y por la tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza. Esto resume los tres factores que componen este patrón de personalidad (compromiso, control y desafío). Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia de la SC del cuidador.

Género: es una variable que se debe tener en cuenta, puesto que está relacionada con una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente al género femenino.

Demandas emocionales: se consideran un antecedente objetivo del síndrome de carga del cuidador, ya que existe una relación directamente proporcional; por lo que, a mayores demandas emocionales, mayor probabilidad de padecer el síndrome. El cuidador en este caso considera que las demandas son abrumadoras, mientras que para la persona receptora de cuidado son normales.

Estrategias de afrontamiento inadecuadas: las estrategias de tipo escapista aumentan la probabilidad de sufrir SC; mientras que las de control la disminuyen.

Autoeficacia: es la propia percepción de eficacia en las tareas que se deben realizar. Se puede ver afectada y relacionada por el factor de desamparo aprendido.

Patrón de personalidad tipo A: este patrón caracteriza a individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad, etc. Por lo general es un factor altamente relacionado con el aspecto laboral pero igual se encuentra mucho en cuidadores.

Los estudios realizados hasta el momento no permiten determinar con exactitud las causas del síndrome, por tal razón se tienen como hipótesis explicativas tanto factores objetivos (situaciones externas) como subjetivos; sin embargo, se ha evidenciado que las creencias que tenga el cuidador con respecto a su rol y receptor de cuidados, al igual que los cambios comportamentales y de personalidad de éste, cumplen una importante función en la aparición de la carga.

La concepción activa del organismo y la personalidad en los procesos de estrés implica que las personas respondan de forma diferente ante los mismos estresores (Maddi y Kobasa, 1984), de tal manera que no pueden establecerse formas estereotipadas o lineales de respuesta (King, 1983). Tales supuestos obligan a intentar determinar las fuentes de resistencia y de variación del sujeto al estrés.

Ante éste planteamiento surge el modelo de Kobasa (1982) como una aproximación teórica a la psicología social del estrés y la salud, aplicando un enfoque salutogénico orientado a determinar los indicadores del sujeto y del contexto social que favorecen los procesos de salud. En 1982 Kobasa establece el concepto de personalidad resistente, *hardiness* o *hardy personality*, que está definido por tres dimensiones, compromiso, control y disposición ante el reto, en el orden correspondiente las dimensiones se entienden de la siguiente manera:

El compromiso se caracteriza por la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida e identificarse con el significado de los propios trabajos. Esta cualidad supone en el individuo

el reconocimiento personal de las propias metas y la apreciación de la habilidad personal de tomar decisiones y mantener sus valores. Las personas con la característica del compromiso o implicación poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a las situaciones de estrés.

El control por su parte es la disposición a pensar y actuar con la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. Los individuos con esta característica pueden percibir consecuencias positivas predecibles en muchos de los acontecimientos estresantes, ya que sienten que pueden manejar los estímulos en su propio beneficio.

La disposición ante el reto es la cualidad que permite a los individuos percibir el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias, y no como una situación de amenaza. Ello proporciona al sujeto una flexibilidad cognitiva y una tolerancia a la ambigüedad que induce a considerar el cambio como característica habitual de la historia y la vida (Csikszentmihalyi, 1975).

La personalidad resistente induce a estrategias de afrontamiento adaptativas, a la percepción de los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento. También puede actuar afectando a las estrategias de afrontamiento de forma indirecta favoreciendo la búsqueda de apoyo social (Maddi y Kobasa, 1984), por último, favorece la disposición hacia estilos de vida saludables que reducen la probabilidad de aparición de la enfermedad. Según Kobasa, Maddi y Kahn (1982) los individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y optimista a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes.

La personalidad resistente presenta patrones de caracterizados por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y hacia los otros, por la percepción de control del ambiente y por la

tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza. Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia de la SC.

1.4.4. Postadolescencia

Como último factor a tomar en consideración hablaremos de la etapa del desarrollo en la que se encuentra la persona con la que se trabajará, en el caso correspondiente sería la post-adolescencia. Esta etapa fue explicada por Peter Bloss (1971) y la concibe como la precondition para el logro de la madurez psicológica y se da entre los 22 y los 25 años de edad, Bloss explica que a quienes pasan por esta etapa comúnmente se les conoce como "adultos jóvenes". Algunas características que el autor nos describe sobre la post-adolescencia son las siguientes: se elige un rol social con metas definidas para la vida, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar, se mantiene el énfasis en los valores que se consolidan de acuerdo con las experiencias pasadas y la planeación del futuro. Para finalizar Bloss condensa la información explicando que en esta etapa el joven se "anclará" a la sociedad para próximamente pasar a la etapa adulta.

En cuanto a los principales cambios desarrollados en esta etapa están los intelectuales y los de identidad, ambos son descritos por Carratalá y Peña (2009), respecto a los cambios intelectuales describe como estos se desarrollan en un continuo en el cual se evoluciona del pensamiento dual, el cual describe como la idea de pensar en blanco y negro, para pasar a un pensamiento múltiple con más matices, y luego a uno relativista en el cual puede validar la visión de los diferentes puntos de vista, al final se llega a un pensamiento dialéctico en el cual la persona tiene capacidad de análisis pero también un compromiso.

Respecto a los cambios de identidad, remarca que la dependencia o independencia que se genera en esta etapa depende mucho de los hitos culturales, expectativas sociales y los recursos con los que cada persona cuente para lograr o no los procesos de autonomía. Sin embargo, expresa que es común la búsqueda de trabajo, la formación de familia y el aumento en la calidad y valoración del afecto familiar.

Con esta revisión a las distintas características sobre los cuidadores y la SC podemos pasar a la descripción del enfoque que se utilizará para intervenir.

1.4.5. Terapia Gestalt

Como propuesta para el trabajo con la población correspondiente a este estudio se toma a la terapia Gestalt (TG), la TG es un enfoque que aboga por una perspectiva humanista de las circunstancias de las personas, si bien predomina esta visión, también tiene una fuerte influencia de otros enfoques y escuelas de psicoterapia, por lo cual se consolida como un elemento muy completo para el trabajo principalmente de la condición subjetiva y existencial de la persona mediante el cual se pueden lograr cambios a niveles prácticos o tangibles, siempre con la intención de que estos resulten perdurables.

Los inicios de la TG surgen de una revisión de la teoría psicoanalítica realizada por los tres primeros autores de esta corriente: Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman, quienes sintetizaron tendencias de la época en la que vivían, como lo fue la tercera fuerza en psicoterapia (humanismo), filosofía zen, psicodrama, entre otras, sin embargo, pronto se desarrolló en un enfoque completamente independiente e integrado, diferenciándose fundamentalmente de sus influencias previas. (Yonteff , 2012).

En la actualidad la Asociación Psicológica Estadounidense (APA, 2009) se refiere a la TG como uno de los tres tipos de terapia humanista especialmente relevantes, y señala que se basa en el “holismo organísmico” y en la importancia de ser consciente de la condición existencial en el aquí y el ahora y que el paciente acepte la responsabilidad de sus propios actos.

La TG puede definirse como un enfoque fenomenológico, existencial, basado en los procesos, creada bajo la premisa de que los individuos deben ser atendidos en el contexto de su relación permanente con el entorno que los rodea y tiene la meta fundamental de que los clientes tomen conciencia de lo que están experimentando y como lo están haciendo, permitiéndole así realizar los ajustes y cambios que sean necesarios para cambiar la forma en la que se presentan e interactúan con el entorno (Yontef, 2009). Woldt y Toman (2007) añaden como objetivo el buscar integrar lo individual con lo colectivo para generar un mejor funcionamiento del self, es decir “la capacidad del organismo de hacer contacto con su medio ambiente de manera espontánea, deliberada y creativa”.

Castañedo nos explica cómo estos objetivos pueden ser alcanzados mediante el proceso terapéutico, si el objetivo de la psicoterapia gestáltica es restaurar las partes perdidas o rechazadas de la personalidad y por medio de ello, recuperar la experiencia propia, en la búsqueda de esta meta el terapeuta se dedica en conjunto con el cliente a recuperar y reintegrar sensaciones y conductas que el cliente ha desechado y que considera como ajenas a él. En el encuentro psicoterapéutico, el individuo debería darse cuenta, estar alerta, tomar consciencia. Cada persona entrará en contacto con su ambiente y decidirá por ella misma y para aquello de dicho ambiente que le resultará nutritivo. Es decir, cuando la persona se dé cuenta que es ella misma quien siente, hace, piensa, decide y actúa hacia el malestar, puede cambiar de dirección o al menos detenerse por un tiempo para hacer una mejor elección (Castañedo, 2007).

Además de sus objetivos fundamentales la TG puntualiza otras propuestas importantes, las cuales son, vivir en el momento, atender las necesidades emergentes, y ser auténtico en el entorno que corresponda a cada uno. Esta visión otorga el principal objetivo terapéutico a alcanzar para cualquier persona que se encuentre trabajando bajo este modelo. Por lo que se desglosan los objetivos particulares que Latner (1999) plantea en el modelo gestáltico:

- Examinar el funcionamiento del yo e incrementar sus recursos.
- Descubrir los recursos del yo para desarrollar nuevas alternativas de solución.
- Sustituir los sueños y fantasías por un funcionamiento total del organismo en el aquí y ahora.
- Expandir la conciencia para que el funcionamiento natural se pueda restablecer.
- Establecer formas más adecuadas para satisfacer las necesidades.

Como segunda propuesta Segura (2018) nos expone que la TG se centra en el sí mismo y en su relación con el ambiente, además de esto se enfoca en la consciencia, en la experiencia y su fenomenología. La metodología que utiliza es la experimentación en el campo, para descubrir los recursos que servirán para enfrentarse a las situaciones de conflicto, y lograr la satisfacción. Lo que se busca es integrar nuevas formas de relacionarse con el ambiente en la congruencia de la sensación y la experiencia.

Resumiendo, y conjuntando las propuestas anteriormente mencionadas Salama (2012) expone dos puntos importantes en Gestalt, en el primero el individuo se visualiza como un ser creativo en continuo crecimiento, con la posibilidad de guiar su comportamiento y encontrar por sí mismo las soluciones a sus problemáticas, una persona capaz de asumir la responsabilidad de su propia vida. En el segundo punto, las conductas inadecuadas se perciben como señales dolorosas

creadas por polaridades, es decir, la persona desarrolla y utiliza determinada polaridad con la finalidad de adaptarse al medio en el que se desenvuelve (Segura, 2018).

1.4.5.1. Conceptos básicos de la psicoterapia Gestalt

La terapia TG ha desarrollado múltiples conceptos e ideas con base en su teoría, en su mayoría son desconocidos y por lo mismo complicados de entender, esto debido a que mediante su propia teoría busca dar una perspectiva novedosa al comportamiento humano. Resulta importante explicar el sentido de estas ideas.

Para la organización de los conceptos partimos de la propuesta de Latner (1999) en la cual menciona los siguientes fundamentos teóricos de la Gestalt: holismo, autorregulación del organismo, la relación del organismo y el ambiente, la formación de la Gestalt, indiferencia y atención dividida, la destrucción y la agresión, excitación, la diferenciación y la dialéctica de las polaridades. Todos estos como elementos fundamentales que constituyen al ser humano en su interacción con el medio ambiente (Segura, 2018). Dichos conceptos serán descritos a continuación:

Partiendo desde una postura humanista, se explica que el holismo asume que el hombre es un organismo unificado. De acuerdo con Perls, Hefferline y Goodman (1976) esta concepción nos permite ver el lado mental y físico del comportamiento humano no como dos entidades independientes sino como niveles de actuación que involucran diferentes valores de energía orgánica. El mismo autor nos explica que el organismo (en nuestra práctica la persona) siempre está interactuando con el ambiente, están en una relación de reciprocidad, es decir, ningún individuo es autosuficiente, el individuo solo puede existir en un campo ambiental y su comportamiento es función del campo total que lo incluye a él como a su ambiente.

Aunado al primer concepto explicamos aquello a lo que se llama campo en esta práctica, el cual es tomado por TG del trabajo desarrollado por Lewin (1988). Lewin pensaba que en psicología y en las ciencias ocurría algo similar al campo magnético: que las fuerzas y las influencias interactuaban para producir un resultado determinado, en una situación y tiempo determinados. Cada una de las fuerzas en juego afecta a la otra en una relación interactiva compleja (Parlett y Lee, 2017). Desde una perspectiva que alude más a lo subjetivo Yontef (2009) define a la teoría del campo como “un marco o punto de vista para examinar y elucidar eventos, experiencias, objetos, organismos y sistemas como partes significativas de una totalidad conocida de fuerzas mutuamente influenciables que juntas forman un todo (campo).

Ahora que hemos sentado las bases de la persona y el ambiente en el que se encuentra, es importante explicar el concepto de regulación orgánica, para esto cabe decir que uno de los principios de la TG sostiene que los organismos tienen necesidades específicas que necesitan atender para poder sobrevivir (Latner, 1999), al proceso homeostático mediante el cual el organismo satisface estas necesidades, mantiene su equilibrio, y por consiguiente su salud, es al que Perls, Hefferline y Goodman (1976) denomina autorregulación orgánica e implica la interacción del organismo con el ambiente con base en el darse cuenta o toma de conciencia del fenómeno (Perls et al, 1976).

El proceso en el cual el organismo satisface sus necesidades Perls et al. (1976) lo denominó como ciclo de la interdependencia del organismo y del medio ambiente; posteriormente con base en este ciclo conceptualizaron el proceso de contacto y de formación de la Gestalt a través de cuatro fases (teorías más actuales consideran más fases en el ciclo). Para un mayor entendimiento de la teoría resulta importante explicar que el contacto es “la actividad que tiene como resultado la asimilación y el crecimiento, consiste en la formación de una figura de interés que se destaca contra

un fondo o contexto del campo organismo/entorno” (Perls et al., 1976). Si bien el proceso de contacto es una totalidad única, para un entendimiento homologado se ha decidido distinguir las siguientes fases:

La primera fase corresponde al precontacto, aquí el cuerpo es el fondo y el estímulo ambiental es la figura, la cual despierta una serie de sensaciones. Las necesidades, deseos, apetitos e instintos toman forma en el interior de la piel (Robine, 1999).

La segunda fase es la toma de contacto, esta etapa constituye una fase activa a través de la cual el organismo va a enfrentar al entorno. Se trata no del contacto establecido sino de un proceso de contacto, del establecimiento del contacto. El objeto deseado se convertirá en la figura mientras que la excitación del cuerpo progresivamente se convertirá en el fondo. Esta fase está acompañada de una emoción intensa (excitación). El bloqueo de esta excitación constituye las raíces de la ansiedad (Robine 1999).

La tercera fase es el contacto, también denominada “pleno contacto”, el organismo y el medio se encuentran en un momento de confluencia sana, de indiferenciación. El organismo se encuentra plenamente implicado con la figura y el organismo se muestra como la figura (Robine 1999).

La cuarta y última fase corresponde al postcontacto, también llamado retirada, es la fase de asimilación del contacto que acaba de desplegarse. La experiencia vivida se metaboliza, se incorpora al organismo, se hace palabras, representaciones. Esta asimilación implica la retirada y el distanciamiento, así como un equilibrio al haber cubierto la necesidad, se llega a un “estado cero” de donde podrá surgir una nueva experiencia (Robine 1999).

Al proceso de estar en contacto alerta con el evento más importante del campo individuo/ambiente, con total apoyo sensorio-motor, emocional, cognitivo y energético se le conoce como “Darse Cuenta” (Yontef, 2012). Yontef explica que el darse cuenta es ininterrumpido y continuo, y lleva a la creación de totalidades significativas a partir de los elementos dispares del campo, es decir, conlleva a la integración del problema, el darse cuenta se caracteriza por estar energizado y basado en la necesidad dominante y actual del organismo; implica un conocimiento directo de la realidad situacional y cómo el individuo está en ella.

Resulta importante hablar del funcionamiento del individuo que contacta con él entorno, a este conjunto de sistemas que generan el funcionamiento del ser humano se le suele llamar self, en la TG el self es definido como un sistema de ajustes creativos, es la capacidad del organismo para contactar con el ambiente que le rodea de manera espontánea, deliberada y creativa. El self concebido como una función es el contacto mediante la concentración en un acontecimiento presente en el campo organismo/ambiente la cual lleva a la formación de una Gestalt. Desde esta perspectiva el self es estudiado en el cómo del contactar y no como una estructura o por sus contenidos (Spagnuolo, 2011).

Los autores de Gestalt Therapy identificaron algunas “estructuras especiales” que el Self crea para “finalidades concretas” (Woldt y Toman, 2007). Aunque utilizan los términos del psicoanálisis (Ello, Yo y personalidad) para describir estas estructuras lo hacen en términos experienciales y fenomenológicos concibiéndolos como capacidades que funcionan de manera integrada en el contexto holístico de la experiencia que constituye el Self.

En primera instancia tenemos la función ello, esta es definida como la capacidad que el organismo tiene de entrar en contacto con el ambiente a través del fondo de los contactos

asimilados, las necesidades fisiológicas, la vivencia corporal y aquellas sensaciones que se perciben dentro de la piel.

Luego tenemos la función personalidad, esta expresa la capacidad del Self de contactar con el ambiente basándose en lo que se es, es decir en lo que uno se ha convertido. Esta expresada por la pregunta: “¿quién soy yo?”. En la TG la función personalidad expresa la capacidad del organismo de contactar con el ambiente sobre la base de la definición que hace de sí mismo. Tiene que ver con el papel social que decidimos jugar, con la asimilación de los contactos anteriores y con los ajustes creativos que vamos haciendo para adaptarnos al crecimiento y al desarrollo.

Por último, tenemos a la función Yo, esta representa la capacidad distinta del Self en contacto: es la capacidad de identificarse con partes del campo o alienarse de ellas; es la potencia de la voluntad y la decisión que caracteriza la singularidad de las elecciones individuales. El yo es aquella función del Self que da a la persona la sensación de estar activa y con intención.

Mediante el entendimiento de estos elementos podemos comprender la percepción básica del funcionamiento organismo entorno que plantea la teoría de la Gestalt y como esta aplica en el entendimiento humano, sin embargo, existen elementos que resultarán importantes para el trabajo con pacientes con SC, los cuales serán explicados a continuación.

1.4.5.2. Conceptos de la psicoterapia Gestalt asociados a la sensación de carga

El primer concepto asociado a la SC y que resulta fundamental para la TG es la percepción, desde este entendimiento esta es la forma en la que las personas pueden descubrirse a sí mismos y contactar con los entornos en los que se desenvuelve, es decir el contacto con el flujo inmediato de uno mismo, así como, con los sucesos que ocurren en torno nuestro, es la única base posible

para reconocer, aceptar y ser responsable de lo que somos y de lo que hacemos (Baumgardner y Burtea, 1998).

Para la psicoterapia Gestalt la percepción definitiva que se trata de eludir es la experiencia interna, puesto que la persona cree generalmente que evita los acontecimientos en su medio ambiente, cuando en realidad huye de los sentimientos que ha imaginado sobre dichos acontecimientos (Naranjo, 1990). En la Psicoterapia Gestalt (al igual que en otros enfoques) se recalca que tal vez no pueda cambiar los acontecimientos externos, en cambio, sus sentimientos pueden ser distintos si está dispuesto. Entonces se le presenta la opción de prescindir de la fuga de conocer y aceptar lo que existe y de descubrir que sus sentimientos son soportables (Baumgardner y Burtea, 1998).

El segundo concepto asociado a la carga debido a los factores externos que puedan presentarse es el de la responsabilidad, es importante aclarar que desde esta perspectiva la responsabilidad no debe verse como la atención de una imposición, si no como la capacidad de poder responder ante el entorno. Hacerse responsable permite a la persona darse cuenta de cuáles son sus necesidades y, como consecuencia, satisfacerlas, y si no logra satisfacerlas, responsabilizarse de ello y no responsabilizar al mundo, donde coloca la culpa y el poder (Naranjo, 1990). Este juego le permite ser más activo en el cambio de su conducta y asumir el poder que esto le proporciona. A partir de esta experiencia podrá aceptar que lo que le ocurre es porque hace o deja de hacer algo, y el resultado es el producto de sus acciones y omisiones (Martín, Fernández, Domínguez, Goncalves, González, Muñoz, y Ballesteros. 2016).

Otro concepto que tiene mucha importancia dentro de la teoría de la psicoterapia Gestalt es la ansiedad, pues de forma correspondiente a esta se genera la estructuración y en el desarrollo de la personalidad (Latner, 1999). Su origen debe buscarse en la excitación que no ha podido

encontrar una vía de expresión. Sus causas pueden ser externas o internas. Las causas externas productoras de ansiedad son aquellas que ponen en peligro la integridad del individuo (Martin, Fernández, Domínguez, Goncalves, González, Muñoz, y Ballesteros, 2016). Por su parte las causas internas de la ansiedad podemos encontrarlas en los estados en que los cambios son más profundos y, por tanto, más manifiestos (Latner, 1999). Algunas situaciones que producen ansiedad son, por ejemplo, la pérdida de un ser querido, enfermedades graves o enfermedades que pongan en riesgo nuestra vida (Ginger, 1987).

La ansiedad influye considerablemente en el aprendizaje, hasta tal punto que puede llegar a distorsionarlo, y, con ello, la percepción de la realidad. La excitación es imprescindible para el buen funcionamiento del ser humano, es necesaria porque actúa como estímulo y motor para mantener la interrelación con el medio, para nutrirse de él, y para que el individuo, a su vez, de al medio lo que necesita para no desaparecer (Martin, Dominguez, Gonzalez, Munoz y Ballesteros, 2014:). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, ante circunstancias novedosas y desafiantes el individuo puede tratar de evitar las situaciones generadoras de ansiedad con los medios que tienen a su alcance. De aquí surgirán y se irán conformando los mecanismos de defensa o modos de relación (Naranjo, 1990).

Ante la amenaza de ser superado por las circunstancias o que la situación sea percibida como desfavorable el individuo puede poner en práctica sus distintos modos de relación (otros autores también los llaman mecanismos de defensa o flexiones de contacto), esta es una forma en la que la persona podrá mantener su sentido de autorregulación de forma momentánea (Pinto, Barrera y Sánchez, 2005). Se asume que en la forma de hacer y evadir el contacto se desarrolla principalmente a través de cuatro modos principales: Introyección, proyección, confluencia y retroflexión (Pinto, 2001), dichos modos de relación serán descritos a continuación:

La introyecciones se pueden explicar mediante la metáfora “tragar sin masticar”, es decir, no se reflexiona los mensajes del entorno y estos se incorporan sin criterio, en este sentido la persona no habla por sí mismo, sino que hace hablar a otros. Entonces el individuo se crea la ilusión de que esas ideas son suyas, no reconociéndolas como ajenas.

La confluencia se presenta cuando no existe ninguna diferencia entre el organismo y el medio, las partes y el medio son indistinguibles entre sí, la persona que confluye es incapaz de decir “yo”, prefiere decir “uno” o “nosotros”, esto demostrando la simbiosis en sus relaciones, y no puede diferenciarse del otro, evita las diferencias y exige siempre las semejanzas.

Por último, tenemos *la retroflexión*, esta se da cuando la persona se vuelca contra sí misma y no es capaz de trazar una línea divisoria entre él y el medio, percibe que todo lo que ocurre fuera, ocurre dentro de él, el sentimiento de culpa lo acompaña permanentemente, y la rabia hacia otros la convierte en rabia hacia sí mismo.

El último concepto asociado a la SC que exploraremos será el de la madurez, uno de los principales ejes que dirigen el proceso terapéutico es el conseguir que la persona madure, tomando la madurez no dentro de los parámetros del desarrollo humano, sino en función de encarar y resolver situaciones cotidianas en contacto con uno mismo y el ambiente, una conducta madura es cuando se está a tono con las capacidades y el proceso que nos hace ser lo que somos, pasar del apoyo ambiental al propio (Peñarrubia, 1999). La psicoterapia Gestalt, centrada en el aquí y el ahora, busca traer a la persona al presente poniéndola a tono con sus sensaciones y pensamientos, que se dan en el campo único del cuerpo, dejando de lado el pasado que solo genera en la persona sentimientos de culpa o arrepentimiento, el futuro que genera sentimientos de ansiedad e inseguridad (Martin, Fernández, Domínguez, Goncalves, González, Muñoz, y Ballesteros. 2016).

1.4.5.3. Técnicas de la Terapia Gestalt

La TG cuenta con una amplia gama de técnicas, puesto que realmente la técnica queda a disposición de la interacción del terapeuta con el entorno, en este caso el proceso terapéutico, y se han realizado actos que quedan grabados en la memoria de los terapeutas. Una forma de entender la clasificación y entendimiento de estas técnicas es dividir las en tres grandes áreas, se les conoce respectivamente como técnicas supresivas, expresivas e integrativas (Salama y Villarreal, 1996)

Las técnicas supresivas pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí y ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar su darse cuenta.

Las técnicas expresivas se dan cuando el paciente es capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no solo estará revelando su ser a otro sino a sí mismo. Todos los actos de autoexpresión dentro de su contexto, no son solo una ocasión para darse cuenta, sino una invitación abierta a la acción. Las técnicas de la TG pueden resumirse en 3 principios: Expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión y buscar la dirección y hacer la expresión directa.

Por último, están las técnicas integrativas, en un sentido general, toda técnica de expresión o supresión es integrativa, sin embargo, estas últimas tienen como objetivo principal integrar las partes alienadas del paciente.

2. Evaluación diagnóstica del problema

2.1. Descripción del escenario y participante

La presente investigación es el resultado de un estudio del análisis de un caso clínico único realizado con una joven de 25 años que acude para atender la relación que lleva con los miembros de su familia nuclear, debido a los desacuerdos que existen sobre el cuidado que se le debe tener a su hermana con esquizofrenia. Así como su sensación de sobrecarga emocional y física. La paciente fue cuidadora primaria de su hermana con esquizofrenia durante 6 años, en los cuales vivieron juntas, actualmente lleva 6 meses viviendo separada de su hermana, pero se sigue viendo afectada emocionalmente. La paciente acude por su cuenta e interés propio, ella contacto al terapeuta, ya que estaba interesada en el tema del trabajo presente el cual fue dado a conocer por estudiantes de la institución.

El escenario en el cual se realizó la intervención fue un consultorio privado en el centro de la ciudad de Mérida, Yucatán.

2.2. Objetivo general del diagnóstico

Identificar, con apoyo de la teoría, las características particulares de la paciente y su entorno asociados a sus malestares y problemáticas.

2.3. Definición de términos

1. *Sensación de carga*: dificultades en la salud física y mental debido a acumulación de estresores frente a los que el individuo se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse (Zambrano & Ceballos, 2007).

2. *Cuidador:* principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar disponible para satisfacer las demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña (Feldberg et. al, 2011).

3. *Carga del cuidador:* Percepción de la carga que toma en consideración todos los cambios que ocurren en la vida en la vida del cuidador, el poco apoyo que suele existir por parte de los otros miembros de la familia y las características propias de la familia como la cultura, la etapa del ciclo de vida y el estilo de comunicación (Durán, 2015).

4. *Percepción:* contacto predominante de las personas consigo mismas y con el entorno en el que se desenvuelven (Baumgardner y Burtea, 1998).

5. *Responsabilidad:* capacidad del individuo de poder responder adecuando sus características propias a las del entorno (Naranjo, 1990).

6. *Introyección:* incorporación de los mensajes del entorno sin criterio previo (Perls, citado en Pinto, 2001).

7. *Confluencia:* falta de consciencia que tiene el individuo sobre la diferenciación que existe entre él y el entorno (Perls, citado en Pinto, 2001).

8. *Retroflexión:* falta de consciencia que tiene el individuo sobre la diferenciación que existe entre él y el entorno y que tiene como consecuencia la que la persona responda hacia sí misma lo que correspondería responder al entorno (Perls, citado en Pinto, 2001).

2.4. Instrumentos

1. *Conceptualización de caso:* formulación del modelo de mecanismos que causan, controlan o mantienen los problemas psicológicos de un paciente particular (González, 2009).

2. *Sesiones psicoterapéuticas:* es una forma de entrevista abierta que toma en consideración la esfera emotiva en la interacción entre paciente y terapeuta y se sirve, no sólo del lenguaje verbal, sino asimismo de las modalidades expresivas no verbales. El terapeuta tiene un papel de observador participante respecto a los comportamientos, las actitudes y los sentimientos del paciente (Galimberti, 2011).

2.5. Técnicas de investigación implementadas

1. *Observación cualitativa:* atención perceptual en los detalles, sucesos, eventos e interacciones, implica un adentramiento profundo en las situaciones sociales, mantener un papel activo y una reflexión permanente de lo acontecido (Sampieri, Fernández y Baptista, 2010).

2. *Familiograma:* es la representación gráfica de una constelación familiar que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer, categorías de información del sistema familiar, en un momento determinado de su evolución y utilizarlo para la resolución de problemas (McGoldrick y Gerson, 2000).

2.6. Procedimiento

Para realizar el diagnóstico se llevó a cabo un total de 4 sesiones iniciales, en las cuales la paciente pudo expresar su necesidad percibida, así como el contexto situacional y los antecedentes que ella veía como explicativos ante estas circunstancias. En el diagnóstico también se realizó una comparación entre el discurso y comportamiento de la paciente en relación con la teoría multidimensional de sensación de Novak y Guest, se identificó cada uno de los factores presentados por la teoría y si la paciente los cumplía o no y de qué manera.

De acuerdo al uso de la teoría Gestáltica se observó los comportamientos no verbales del paciente, así como elementos simbólicos y experienciales que pudieran estar asociados o resultar importantes o útiles para el proceso terapéutico. Además de esto también se hizo uso de la percepción estética del terapeuta en la cual describió como se sintió al estar con la paciente. Los resultados correspondientes serán abordados en el capítulo siguiente.

3. Intervención

Se realizó una intervención bajo el enfoque de la psicoterapia Gestalt, debido a la compatibilidad teórica con el caso y con la intención de registrar el funcionamiento de la teoría y práctica de la psicoterapia Gestalt en un caso asociado a la SC. Los principales aspectos a considerar son la percepción de las necesidades y la búsqueda de un mayor entendimiento de los sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales producidos ante estas, con la finalidad de clarificar las intenciones y oportunidades para realizar adaptaciones de la persona hacia el entorno o del entorno hacia la persona.

El proceso de intervención constó de 13 sesiones, cada sesión tuvo una duración de 1 hora y se realizaron una vez a la semana en un plazo de 4 meses. A su vez, el programa de intervención constará de 3 fases, las cuales consistió en 4 sesiones de diagnóstico, 8 sesiones de intervención y 1 sesión de evaluación y cierre.

3.1. Objetivo general de la intervención

Implementar una intervención gestáltica para reducir la sensación de carga emocional en una paciente con SC.

3.2. Objetivos específicos de la intervención

- Eliminar o disminuir las sensaciones asociadas a la sobrecarga emocional.
- Propiciar la modificación de la percepción de la pérdida de tiempo y la pérdida del rol individual de la paciente.
- Eliminar o disminuir la sensación de fatiga de la paciente y los problemas físicos mediante la identificación y satisfacción de necesidades.

- Desarrollar nuevas habilidades y entendimientos para la resolución de conflictos en la vida social.

3.3. Programa de intervención

El programa de intervención constó de cuatro fases en las cuales se prestó atención a prestar atención a la situación actual de vida y tomar consciencia de los recursos presentes, posteriormente se dio paso a la resolución de asuntos inconclusos para finalizar con una nueva ubicación en el aquí y ahora. De manera correspondiente se dieron las siguientes fases:

Primera fase (Sesión 2, 3 y 4): generar mayor consciencia y percepción del entorno que la rodea actualmente

Segunda fase (Sesión 5, 6, 7 y 8): expresar su malestar, con el fin de generar consciencia sobre la diferenciación de ella con el entorno (esto en función de que pudiera dejar de adjudicarse los daños del entorno a sus propias acciones).

Tercera fase (Sesión 9-10): confrontar los introyectos correspondientes a la prohibición de ser apoyada

Cuarta fase (sesión 11): realizar una revisión del aquí y ahora, prestando atención a la situación actual y el progreso de la paciente en comparación con la situación pasada con la finalidad de proveer un cierre de la experiencia terapéutica a la paciente.

3.3.1. Sesiones de intervención

Sesión	Objetivo(s)	Dinámica/instrumento	Etapas
1	Conocer las principales características de la situación que vive actualmente la paciente y	Historia Clínica Entrevista	Diagnóstico

	los factores que han llevado a desarrollar los sucesos actuales, así como las principales características del paciente y su sentir actual.	Recolección de datos generales	
2	Identificar los datos actuales más relevantes, las principales problemáticas, así como los pensamientos recurrentes respecto a esta. Favorecer la formación de una figura respecto a lo que desea en el futuro.	Historia Clínica Entrevista Externalización de las expectativas del trabajo terapéutico	Diagnóstico e intervención
3	Identificar los modos de relación más utilizados, así como sus respuestas actuales al entorno. Conocer las expectativas del trabajo terapéutico y	Establecimiento de metas Delimitación de temáticas a trabajar Contrastar los deseos generados en la zona de la fantasía con la realidad externa.	Diagnóstico e intervención
4	Establecer los objetivos terapéuticos y temáticas de eje a intervenir. Explorar las polaridades en relación a los contextos. Evidenciar los modos de relación utilizados cotidianamente.	Integración de nuevas formas de presentarse ante otros.	Diagnóstico e intervención
5	Generar consciencia del entorno actual.	Exploración de la zona externa.	Intervención
6	Fomentar la integración de los recursos utilizados en experiencias pasadas.	Comparación de experiencias pasadas, búsqueda de la excepción.	Intervención

7	Propiciar la externalización de las experiencias actuales en comparación con las experiencias pasadas.	Técnica expresiva.	Intervención
8	Fomentar una perspectiva consciente de la diferenciación entre el organismo respecto al entorno.	Externalización del malestar.	Intervención
9	Propiciar el contacto con nuevas respuestas.	Auto-revelación del terapeuta.	Intervención
10	Generar consciencia sobre el contacto con las nuevas respuestas aprendidas	Explicación de la situación Expresión de experiencias asociadas.	Intervención
11	Fomentar una visión del aquí y el ahora en el paciente.	Contrastación de las experiencias pasadas con las actuales.	Intervención
12	Explorar la frontera de contacto ante la situación actual de la paciente.	Externalización de temáticas pasadas.	Diagnóstico e intervención
13	Contrastar y revisar la forma de percibir su situación antes de iniciar en comparación con la finalización de este. Conocer el progreso respecto a los puntos planteados en la intervención.	Recapitulación de aprendizajes significativos Evaluación del propio proceso.	Evaluación y cierre

4. Resultados

4.1. Resultados correspondientes al diagnóstico

4.1.1. Motivo de consulta

La paciente acude para atender los problemas ocasionados por la relación que lleva con los miembros de su familia nuclear, debido a los desacuerdos que existen sobre el cuidado que se le debe tener a su hermana con esquizofrenia. Así como su SC como resultado de los 6 años que fue la cuidadora principal de su hermana.

4.1.2. Datos generales

La paciente tiene 25 años y es de sexo femenino, su identidad genérica es de mujer y trabaja en el departamento de coordinación de una dependencia de gobierno que brinda enseñanza artística y recreativa a niños por las tardes además de su trabajo se encuentra en el proceso de titulación de la carrera de psicología. Vive a las afueras de la ciudad de Mérida, Yucatán con su compañera de vivienda, es de nacionalidad mexicana y no practica ninguna religión.

4.1.3. Descripción física

Es de tez morena clara, estatura promedio y complexión delgada, acude despeinada, con ropa holgada y suele estar sonriente.

4.1.4. Descripción actitudinal

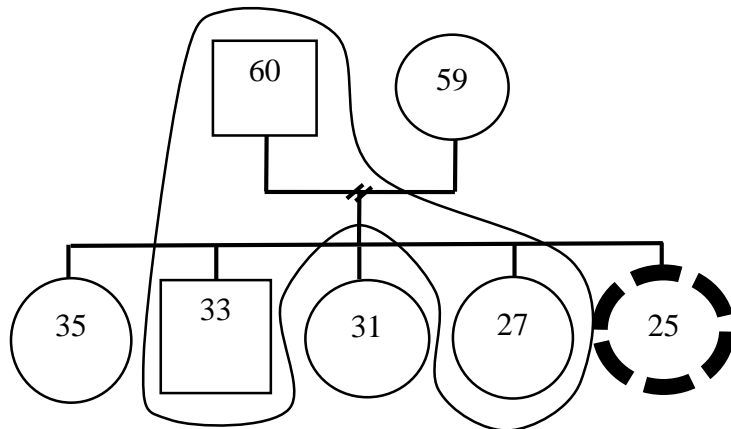
Se muestra como una persona amable y amistosa con el terapeuta, con disposición al trabajo terapéutico. Constantemente menciona estar cansada, lo cual es perceptible en sus ademanes. La mayor parte del tiempo habla despacio y siendo cuidadosa con las palabras que utiliza, en otras ocasiones también susurra en vez de decir las cosas en voz alta. Al momento de

hablar de sus emociones o profundizar en temas personales prefiere contenerse, menciona que es algo a lo que no está acostumbrada.

4.1.5. Descripción estética

Al estar con la paciente constantemente se siente como si hubiera que darle demasiado tiempo para hablar, puesto que titubea mucho sobre lo que va a decir, también es difícil seguir la linealidad de lo que dice. Además de esto es fácil percibir su temor antes de hablar de distintos temas, principalmente aquellos asociados a su historia familiar, es común que suela rechazar las perspectivas del terapeuta o tener dificultad para entenderlas, lo cual conlleva a tener una retroalimentación y explicaciones constantes (casi como si se estuviera justificando en vez de hablar con libertad). Más allá de esto la paciente suele ser amable y comprensiva con las cuestiones de tiempo o necesidades del lugar.

4.1.6. Familiograma



La paciente vive sola, únicamente visita a su madre y a sus dos hermanas consecutivas

4.1.7. Conceptualización del caso

Se observó una tendencia a preocuparse por los demás más que por ella misma, atendiendo las necesidades de otros y dejando las suyas del lado, esto posiblemente por una asociación de las

figuras de autoridad como una amenaza hacia su persona, presentando miedo a ser desaprobada, rechazada o criticada, obligándola a sobre esforzarse en función de no ser juzgada o criticada. De igual manera ella al estar en una posición de superioridad suele ver a la persona como indefensa o frágil y se limita a expresar sus sensaciones y sentimientos hacia ella para no generarle más problemas. Esto posiblemente hable de una falta de integración en cuanto a los roles que se pueden cumplir en una relación jerárquica.

La poca expresión de sentimientos e ideas, la lleva sufrir de SC, principalmente emocional, lo cual a su vez limita la expresión de sus necesidades ante otras personas y dificulta la generación de redes de apoyo o grupos de trabajo compartido, lo cual conlleva a que tenga que cargar con exceso de responsabilidades y terminar sintiéndose cansada constantemente.

Mediante el anterior proceso y aun con la expresión de sus necesidades ante su familia no ha logrado generar la influencia que desearía en su familia en función de apoyar su hermana, lo cual la ha llevado a sentirse, de igual manera, fatigada y generar ideas asociadas al desamparo aprendido ante la resolución de conflictos. También existe una falta de aceptación de las condiciones presentes.

Respecto a su vida se detectó una relación de amplia cercanía con su hermana, lo cual pudo haber generado conductas dependientes entre ellas y una estructuración familiar en la que ella fungió como cuidadora primaria durante varios años dejando de lado la responsabilidad de los padres ante esta situación.

Aun con esto la paciente no tiene perspectivas pesimistas hacia el futuro e intenta utilizar las circunstancias presentes como oportunidades para su desarrollo persona, sin embargo, sus estrategias de afrontamiento no se han terminado de adaptar a las circunstancias actuales.

4.1.8. Relación respecto a los factores de la teoría multidimensional de Novak y Guest

Factor 1: Restricciones en el tiempo

La paciente explica que debido a la distribución familiar del cuidado de su hermana y su horario laboral actualmente si tiene tiempo, sin embargo, ella expresa que aun siente como si no lo tuviera.

Factor 2: Percepción de la pérdida de tiempo y la pérdida del rol individual

La paciente explica que hay varios procesos que ha dejado inconclusos, haciendo referencia a sus actividades recreativas como bailar, ver a sus amigas y a sus procesos académicos, como su trámite de titulación. Explica que actualmente se encuentra enfocada en realizarlos, pero le es difícil por las preocupaciones constantes que tiene respecto a su hermana o la responsabilidad que siente hacia ella.

De acuerdo a esto ella expresa “En este momento me siento en el perímetro, siento que no puedo hacer mucho, quisiera transformarlo en que tengo que conseguir lo mío, mis intereses, terminar mis procesos, pero me cuesta mucho trabajo (Sesión 2).

Factor 3: Fatiga y daños en la salud

Respecto a este factor la paciente únicamente refiere sentirse agotada constantemente, tener sueño, lo segundo debido a que limita sus horas de dormir para realizar sus actividades recreativas o pendientes del trabajo, además de esto siente un dolor en su garganta y su boca debido a las jornadas de llanto. Desde la perspectiva del investigador la paciente si se veía con características

asociadas al agotamiento durante las primeras sesiones, sin embargo, fueron pocas las ocasiones en las que ella describió esto como un problema.

Factor 4: Conflictos en la vida social

Refiere que está cansada de tener que hacerse responsable de su hermana y que los demás miembros de su familia no realicen acciones respecto a esto, la paciente expresa “*Yo solo quiero ser su hermana, no quiero ser su psicóloga o no sé... (Sesión 5)*”.

Comenta que, en cuanto a su familia, lleva una mala relación con su padre y su hermano debido a los desacuerdos que hay respecto al cuidado de su hermana. También expresa “*me encuentro en el perímetro (Sesión 2)*” haciendo una analogía del lugar donde vive físicamente (a las afueras de la ciudad) y a lo limitada y cuidadosa que debe ser actualmente en sus relaciones familiares.

Factor 5: Carga emocional

Este fue uno de los factores que constantemente se vieron reflejados en el discurso de la paciente, principalmente expresa su disgusto respecto a las estrategias de cuidado desarrolladas por su familia e incluso por el psiquiatra, expresó también su temor ante el rechazo de su familia respecto a sus propias ideas sobre el cuidado de su hermana y la incongruencia de esto con el hecho de haberla dejado bajo su cuidado tanto tiempo. También explicó que la cercanía que tiene hacia su hermana le hacía difícil asumir las situaciones en las que se sentía enojada hacia ella.

4.1.9. Relación respecto a los conceptos de Terapia Gestalt

Percepción del entorno: la paciente acostumbra relatar y prestar atención mayoritariamente a las situaciones pasadas, aun cuando su situación actual de vida sea distinta, de igual manera

tiende a predisponerse ante el futuro, imaginando como podría ser difícil de afrontar, lo cual no le permite contactar con la situación externa correspondiente al momento.

La paciente tiene noción de que actualmente siente que no tiene tiempo, pero que en realidad si lo tiene, por esta parte existe un contacto parcial con la zona externa, además de esto se debate entre el contacto con su familia y consigo misma, actualmente por la separación física debería corresponder a sí misma, lo cual tiene la intención de hacer.

Responsabilidad: la paciente actualmente responde ante el entorno y sus necesidades inminentes, es decir que responde a los problemas más apremiantes, sin embargo, al hacerlo no lo hace de forma responsable mediante los recursos que actualmente le ofrecen sus posibilidades.

Ansiedad: la paciente tiende a contener su ansiedad en la mayoría de las situaciones, es perceptible en la forma en la que habla, sin embargo, suele tener arrebatos de tristeza y desesperación en sus ratos libres, principalmente en sus trayectos en camión donde se deja pensar en las cosas que desearía hacer por su hermana.

Introyección: la paciente tiende a responder con un favor o una encomienda al recibir algún tipo de apoyo o preocupación por ella, lo cual dificulta que se permita ser cuidada o atendida por otros. La paciente tiene noción de este introyecto, pues sabe que tiende a cuidar más a los otros y descuidarse a sí misma y quisiera cambiar esto.

La paciente no se expresa ante el entorno pues no cree que exista la posibilidad de ser apoyada, esto basado en sus experiencias previas en las cuales en pocas situaciones recibió apoyo y aquellas en las que las recibió fue insuficiente para aliviar su malestar.

Confluencia: menciona que las cosas que le suceden a su hermana terminan por afectarle a ella, diciendo cosas como “lo que le pasa a ella me afecta a mí”

Retroflexión: la paciente no expresa su malestar y necesidades ante el entorno, decide mantener el malestar y adjudicarlo a sus propias acciones “que ella no lo hizo bien” o “no hizo lo suficiente. Esto debido a que contiene la frustración que siente por su familia ante la experiencia de dejarla sola al cuidado de su hermana por varios años.

4.2. Resultados correspondientes al programa de intervención

4.2.1. Sesiones de psicoterapia

Sesión 1, 4 de noviembre del 2019

La paciente inicia contándome su situación actual de vida. Comenta que acaba de cambiarse de casa, dejó de vivir cerca de su familia a raíz de una discusión que tuvo con su padre en la cual discernían del cuidado que cada uno daba a su hermana, ella comenta que su padre le dio una fecha límite para salirse de su casa debido a que ya no lograban ponerse de acuerdo.

Respecto a su historia en relación a las casas y miembros de su familia con los que ha vivido comenta que hace 7 años ella vivía con su madre y su hermana, pero tuvo la oportunidad de vivir solamente con su hermana durante los siguientes 6 años, fue durante estos años en los que su hermana tuvo sus primeras crisis desatadas por los abusos que sufrió. Ella se dedicó a cuidarla durante este tiempo y posteriormente decidieron volver a vivir con su madre, debido al padecimiento de su hermana y al cansancio que ella tenía. Me comentó que su madre la ha apoyado en este proceso, incluso ahora que vive lejos de la familia, cuando le pregunto que como ha sentido ese apoyo, ella me dice que es algo que ha cambiado mucho en su vida, ella ve a su familia como gente muy severa, el que su mamá le brinde comprensión apoyo y se comunique con los demás miembros de su familia para que logren apoyar con el cuidado de su hermana que ella antes cumplía lo ve como algo positivo y menciona estar agradecida con su madre.

Respecto a la relación con su hermana ella me dice que lo que le ha pasado a ella le ha afectado sobre todo en su forma de pensar, dice que ahora se ha visto involucrada en temas y espacios feministas debido a la complicidad que estos le otorgan para expresar sus vivencias y por el disgusto que tiene sobre los abusos que sufrió su hermana. También me comenta que todos los eventos actuales comenzaron cuando su hermana tuvo su última crisis, en la cual ella ya comenzó a tener alucinaciones visuales, cambios drásticos de estado de ánimo y pérdida de memoria.

Al finalizar la paciente cuenta que actualmente está en “el perímetro de su familia”, siente que no puede hacer mucho, pero intenta canalizarlo a conseguir sus cosas y ver por sí misma en lugar de enfocarse en su hermana. Ella considera que actualmente está trabajando en sí misma, para pronto poder regresar de una forma distinta a afrontar las vivencias con su familia, poder dar un apoyo y cuidado, como un ejemplo y alguien que da seguridad. Menciona que eso es muy importante reforzarlo, pues durante su infancia era su hermana quien la cuidaba a ella.

Sesión 2, 11 de noviembre del 2019

En esta sesión me comentó que se había estado debatiendo sobre si debería volver a estar más cerca de su hermana o su familia, pues no sabe si lo está evitando o lo hace por su bienestar, dice que durante la semana su hermana la llamó en varias ocasiones para comentarle que quería verla. Ella explica que su hermana es muy cariñosa, tierna e incluso cuidadosa con ella (dentro de sus posibilidades). Actualmente solo pueden verse cuando acuden a la casa de su mamá, entre semana un par de días por y los fines de semana por las tardes. Sin embargo, no han podido verse a solas en su nueva casa, debido a que ella no quiere que su padre sepa en donde vive. Al finalizar de relatarme esto me dijo que hay ocasiones en las que ha llorado por pensar que ya no la puede ver con la disposición que antes lo hacían.

Tras escuchar este relato le pedí que me definiera si lo estaba evitando o si había otra razón por la que no viera a su hermana en este momento, ella responde que no lo ha estado evitando sin conciencia, si no con la finalidad de lograr combatir la idea de cuidar a otros antes de cuidarse a sí misma, menciona que, aunque quisiera verla más, ahora siente que debe atender a su estabilidad y confiar en el cuidado que le están dando su madre y sus hermanos.

Sobre las vivencias que ha tenido últimamente con su hermana comenta que en muchas ocasiones cuando se ven su hermana únicamente se queja de las cosas que han estado mal, ante esto ella se molesta, no se lo expresa, pero a la larga si se siente cansada. Comenta que a veces no tiene tantas cosas para hablar con ella, pues su hermana habla más que ella. Ante esto le pregunté sobre cómo le gustaría a ella que fueran los encuentros con su hermana, ella me dice que desearía darle un “tiempo real”, tiempo en el que puedan ver las cosas de manera positiva y pasársela bien.

Ella siente que no puede darle mucho. Hablamos de la importancia que habría que darle a esta capacidad de pasarla bien, lo cual ella tiene. Cuenta que sus intenciones son buenas, pero que actualmente constantemente se siente cansada. El lenguaje negativo es algo que tienen en su familia, ella dice que puede aguantarlo un tiempo, pero que ahora quisiera dar la posibilidad de manejar otro lenguaje, un lenguaje positivo. Que ella ha podido conocer en las últimas fechas.

Sesión 3, 19 de noviembre del 2019

En esta sesión la paciente me contó inicialmente sobre su actual compañera de cuarto, a la cual conoció mediante los eventos feministas a los que acuden y más tarde se hicieron amigas, al tener la paciente problemas con su padre y decidir irse a vivir por su cuenta ella buscaba una persona con quien vivir. Comenta que se siente apoyada y comprendida por su compañera, además de que trabajan en el mismo lugar.

El tema central de la sesión fue el trabajo que ella tiene, ella pertenece al equipo de coordinación, se encarga principalmente de recopilar las necesidades de las personas y luego emitirlos de una forma adecuada a quien lo necesita, también tiene a su cargo a algunos jóvenes que hacen residencias profesionalizantes en la institución. Menciona que su trabajo ha resultado muy difícil debido a los cambios que han ocurrido en los últimos meses, actualmente todos se encuentran a la defensiva y con temor de ser juzgados por el trabajo que hacen. Ella comenta que en ocasiones ha ido a trabajar más temprano solamente con la finalidad de tener todo en orden y no ser juzgada.

Al iniciar a hablarme del tema yo intenté indagar sobre como desearía ella que fuese la situación, ella me comenta que quisiera que fuera como antes, un entorno en el cual todos podían expresar sus opiniones para llegar a acuerdos. Cuando le pregunté si eso podía volver a lograrse ella me comentó que las cosas ya no se manejaban de esa forma, que ahora las indicaciones de lo que se haría serían dictadas por los jefes, cuando le pregunté sobre las razones de este cambio ella me explicó que se debía a que el ayuntamiento estaba intentando cuidar la institución para salvarla, con lo cual ella estaba de acuerdo. Más adelante me dijo que realmente comprendía ambas partes, a los trabajadores que estaban a la defensiva de la nueva organización y a la dirección que intentaba hacer todo lo posible por salvar la institución. La paciente comenta “yo por mi parte decido hacerme cargo de lo que realmente me toca, de los niños y las indicaciones que le doy a los maestros”, yo le comenté que me parecía que iba delimitando lo que le tocaba realizar, ella comentó que si, pues a veces tendía a llenarse de responsabilidades por otros y desgastándose ella misma.

De igual manera me contó una situación de su trabajo en la que había tenido que ser estricta y dirigirse desde una posición superior a los estudiantes que ella supervisaba, comenta que le

desagrada la idea de pensar en lo que hizo, sin embargo, uno de los alumnos que llevaban más tiempo colaborando en la institución la apoyó con su noción. Yo le comenté que no me parecía que hubiera tenido la intención de hacer nada mal intencionado, ante lo cual ella respondió que tuvo que ser de esa manera pues eso la ayudó a poner límites, pues al fin y al cabo si tenía un puesto superior a algunos otros miembros de la empresa.

Sesión 4, 2 de diciembre del 2019

Cuando llegó la paciente me agradeció la oportunidad de posponer la sesión una semana, pues comenta que tuvo muchas cosas que hacer y que para ella resultó una semana muy cansada. Algunas de las intenciones que tiene es poder dormir mejor y más tiempo, así como continuar bailando, yo le pedí que me contara acerca del baile, ante lo cual ella me explicó que es una disciplina que ella realiza desde la infancia y en estas últimas épocas le ha permitido expresarse.

Decidió hablarme sobre su cumpleaños y el de su hermana, los cuales están consecutivos por una semana y están acostumbradas a festejarlo juntas, en esta ocasión no fue lo contrario, pudieron festejar acompañadas de su madre y sus amigas (comparten amigas). Ella comenta que su hermana estaba muy emocionada y hablaba muy rápido, de tal forma que no se le entendía lo que decía, comenta que al ver esto se sintió enternecida por el cariño que le transmitía su hermana. Al finalizar de contarme esto me menciona que sintió que, aunque fueron días muy cansados también cumplió con su objetivo de darle a su hermana un buen momento en el que las cosas se enfocaran en los aspectos positivos que existen en su familia, así como una convivencia agradable.

Tras contarme estas experiencias comenzó a hablarme sobre la estabilidad, lo cual ella determinó como su motivo de consulta, le pedí que me definiría de manera más clara a que le llamaba estabilidad, ella me comentó que lo comprendía como dos cosas, a la capacidad de sentirse

bien emocionalmente y físicamente (haciendo referencia al cansancio), así como de disfrutar las cosas que hace o hacer algo que le guste (hablando de su trabajo). Sobre el primer aspecto para ella resulta fundamental poder poner en orden sus motivaciones, cuando le pregunté que me explicara de que motivaciones hablaba, me explicó que en ocasiones dejaba sus motivaciones personales por prestarle mucha atención a lo que dirían las otras personas, es por eso que en su trabajo suele realizar más acciones de las que se le encomienda, pues ella cree que los miembros de su trabajo piensan que ella debería estar haciendo grandes cosas.

La paciente dice que está planificando buscar un nuevo trabajo en el mes de enero, en función de buscar estabilidad, pues varias de las personas que trabajan ahí también se saldrán debido al mal entorno laboral que se ha generado, la mayoría de quienes planean renunciar son personas con las que ella se lleva bien. Comenta que en ocasiones da de más y en otras, renuncia sin contemplar claramente la situación que se le presenta, explica que ahora quiere ser más flexible y provisoria en cuanto a eso.

Respecto a lo anterior me comentó sobre su anterior jefa con la cual se llevaba mucho y en ocasiones la ve en eventos sociales a los que acuden, al verla ella siente mucha presión en su garganta, pues hace un esfuerzo por aguantarse el llanto de la tristeza que le dejó el hecho de que la sacaran, pues su apoyo fue algo muy importante, menciona que podía contarle las situaciones con su hermana e incluso ahora quisiera tener esa convivencia, pero le preocupa hacerle sentir que tiene más problemas.

Antes de finalizar la sesión le comenté que me daba la impresión que me había contado varias situaciones donde la expresión estaba presente, ella me explicó que así era, me dijo que le era difícil expresarse, yo le comenté si ella sabía alguna razón del porque sucedía eso, me dijo que en general sentía temor de obtener desaprobación de la gente o que le daba miedo afectar a los

otros con lo que dijera, cuando le pregunté que si ella pensaba que eso fuera a ser así, ella me comentó que en ocasiones es bueno contenerlo, pero que en muchas de las que ellas lo hace no resultaría necesario. Al final de la sesión me contó sobre varios aspectos en los que ella había logrado expresarse más ante los demás.

Sesión 5, 12 de diciembre del 2019

En esta sesión la paciente me comentó que durante la semana se había sentido muy sensible y que llegaron a ella ideas que hace mucho tiempo no tenía, estas ideas, estaban asociadas a la comparación con otros, al sentimiento de inferioridad y sobre todo al no atreverse a realizar acciones, principalmente atreverse a expresarse del todo.

Cuando le pregunté sobre cuáles eran las razones de que esos pensamientos ya no estuvieran presentes continuamente ella me dijo que se debía más que nada a los contextos en los que se desenvolvía, que actualmente se encontraba mayoritariamente sola, pero que durante las temporadas en las que tenía la oportunidad de convivir con sus amigas o algunas compañeras de trabajo esto cambiaba, ella me dijo “creo que el contexto es algo muy importante para mí”. Tras decir esta frase ella me empezó a contar del tiempo en el que vivió sola con su hermana, me explicó que en ese entonces “si le iba muy mal”, uso la expresión “cuando vivía en pensiones si me llevaba la fregada, entonces cualquier ayuda que pudiera obtener, hasta lo más mínimo, era bueno”, yo le comenté que me sonaba una situación muy dura que le dejó algunas costumbres, como reconocer mucho la ayuda, aunque no fuera la mejor. Después de esto ella me explicó que deseaba dejar esos recuerdos atrás, pues se frenaba mucho para expresar las cosas que la hacían sentir mal y no podía dejar de pensar “¿Para qué lo intento?”, pues creía que lo que podía obtener al expresarse era negatividad y desaprobación. Ante esto le comenté que parecía que actualmente había varias

personas a su alrededor que la trataban bien, ella me dijo que a veces le era difícil tener bien presentes a las personas con las que estaba, pero que al hacerlo podía sentirse acompañada.

Al finalizar la sesión le comenté que podría ser una buena idea que ella igual se diera ese acompañamiento y autoafirmación que le agradaba de los otros, que eso podría ayudarle a expresarse más ante los demás, ella me dijo que si, que quería intentar avanzar sin necesariamente buscar algo así como “la perfección” que es algo con lo que se fijaba en ocasiones y no la hacía reconocer su progreso.

Sesión 6, 6 de enero del 2020

En esta sesión me contó que a pesar de estar de vacaciones se sentía muy estresada por su trabajo, debido a que le preocupan los pendientes que vendrían al iniciar el año o las tareas que quedaron inconclusas del anterior. Yo le pregunté si existía situaciones en las que se sintiera menos estresada, ante lo cual ella me dijo que posiblemente pensar que existiría alguna solución, ante esta respuesta yo no la vi realmente convencida, lo cual le reflejé, así que ella continuó hablándome sobre su malestar, me explicó que realmente le costaba trabajo creer en que las cosas fueran a estar bien, que prefería sobre exigirse, ante esto me dijo que había algo más que la tranquilizaba, lo cual era tener una estructura o una meta clara de las cosas que tenía que hacer.

Al final me contó que la ansiedad era algo que la ayudaba a creer que las cosas estarían bien, sin embargo, igual cuando había logrado relajarse en su trabajo y cumplir con sus actividades las cosas también continuaban bien, ante lo cual le pregunté cómo había logrado relajarse en su trabajo me contó que si tenía algunas estrategias para disminuir la tensión como caminar o platicar por momentos con sus compañeros.

Tras explicarme como se había relajado en el trabajo, me empezó a contar de las cosas que le habían gustado de sus vacaciones, ella expresa “me gusta mi vida, he tenido tiempo para mí”, me contó que sentía que había hecho muchas cosas durante las vacaciones y me narró la experiencia en la que acudió a visitar a una amiga suya que estudia medicina, la cual parecía muy ajetreada por el tiempo, ella pensó que en ese momento ella estaba de vacaciones y tenía mucho tiempo libre, lo cual apreciaba.

Para finalizar la sesión me dijo “este año quiero estar más relajada y no odiar a la gente, quiero darles un colchón a mis exigencias”, también me contó que había un evento de baile del cual estaba emocionada, pues se efectuaría en playa del Carmen a inicios de Marzo y podría asistir con sus amigas.

Sesión 7, 13 de enero del 2020

Me contó que asistió a una posada con su mamá, la cual tuvo un carácter muy político, este tema es muy importante para ella, pues está interesada en la responsabilidad social sobre las personas, aunque está en desacuerdo con muchas de las personas que estuvieron ahí. Menciona que fue muy agradable poder asistir con su madre, que sintió una convivencia muy sincera y bonita

Después de esto me explicó que en general se ha vuelto más cercana a su mamá, tras esto me contó que el fin de semana estuvieron ella, sus hermanas y sus sobrinos conviviendo en la plaza. Ella se enfocó en cuidar a su sobrino y me comentó que su hermana la cual padece de esquizofrenia le empezó a desesperar por la forma en la que intentaba cuidar a sus sobrinos. Me explicó que al parecer ya no era tan paciente como lo era antes, le pregunté qué opinaba de eso y me dijo que le parecía una muestra de cómo habían cambiado las cosas, me dijo que inclusive el hecho de que prefiriera cuidar a sus sobrinos antes que a su hermana le pareció una idea más clara.

Después de esto me contó que se sentía conflictuada de no pasar la Navidad con su mamá, ante lo cual le pregunté él porque no iba y me explicó que su madre iría a ver su familia, además de que realmente durante estas semanas que estuvieron juntas realizaron varios festejos que querían contemplar como los correspondientes a la Navidad. Le pregunté que ahora que me comentaba eso como se sentía sobre no estar con ellos en Navidad. Ella me explicó que si era un poco complicado y triste, pero que lo podía asumir, además de que sintió que la convivencia de los días pasados fue agradable. Para finalizar el tema me dijo que disfrutó mucho estar con su familia y que siente que quisiera volver, pues pudo expresar mucho a su mamá y a sus hermanas y se sintió comprendida y en sintonía, pero que dejaría pasar las fiestas de Navidad, pues hay cosas que ella tiene que hacer en su casa.

Al finalizar la sesión me comentó que su hermana que está en Europa los visitaría en marzo, pues celebraría su boda aquí.

Sesión 8, 20 de enero del 2020

La paciente llegó más arreglada que de costumbre, me contó que había invertido algo de su aguinaldo en realizarse algunos tratamientos para el cuidado de su cabello, sin embargo, además de eso, ese día acudió con ropa más elegante que de costumbre, le pregunté si había alguna razón especial y me dijo que quería prestarle más atención a ese tipo de detalles.

Cuando le pregunté si había algo de lo que quisiera hablar ese día me explicó que tuvo un altercado en el cual le gritó a su jefa. Ella me explica que “explotó” ante ella pues constantemente tenía la sensación de que la estaban evaluando o vigilando. Me dijo que en su disgusto le expresó a su jefa que le molestaba su perspectiva, puesto que solo intentaba cumplir con los reglamentos o

el itinerario establecido, sin embargo, no se dirigía hacia los objetivos planteados por la institución, así como de que no sentía apoyo hacía el trabajo que ella hacía.

De igual manera me explicó que en la escuela ella sigue realizando más actividades de las que le corresponden, en ese momento me dijo que no sabía si eran sus exigencias. Yo le pregunté que con quien estaba enojada, ella me dijo que con su jefa, le pregunté porque y me expresó lo dicho antes, le pregunté que más le enojaba y ella fluidamente empezó a explicar detalles acerca de su trabajo que le desagradaban, ante lo cual terminó llorando.

Yo le pregunté si no existía la posibilidad de que ese enojo, o carga, se lo estuviera llevando a sí misma al encomendarse más funciones a lo cual ella me respondió que no sabía, pero que lo pensaría.

Los últimos temas de los que me habló fueron acerca de la sesión que tuvimos que cancelar porque ella no logró llegar. Ella me explicó que de verdad tenía ganas de verme y se frustró mucho, ante lo cual me sentí conmovido y con tristeza, debido a que no sabía que el proceso fuera algo tan significativo para ella, esto se lo expresé y ella me lo confirmó y continuo hablando de las cosas que había hecho para intentar lograr, me explicó que ese día tuvo que caminar bastante en el periférico para conseguir tomar un camión, ante lo cual me sentí preocupado, pues consideraba que tomó medidas más allá de lo que a mí me hubiera gustado, este día no le expresé la preocupación que tenía por ella.

Al final me habló de su hermana y me dijo que cada vez parecía que sus síntomas se agravaban, que actualmente tenía crisis cada dos meses.

Sesión 9, 11 de febrero del 2020

Me contó que volvió a estar con su mamá, que en esta ocasión se sintió a gusto en su casa y pensó que ahí tenía que comer y su mamá le brindaba cosas, lo cual la llevo a pensar en pedirle un dinero que le faltaba a su madre, pero luego se decidió por no hacerlo, puesto que no quería depender en estos aspectos de ella, lo cual a su vez generaría situaciones complicadas.

Ante la falta de dinero de la paciente comencé a realizar cuestionamientos sobre el estado económico en el que estaba, eventualmente me di cuenta que mi preocupación por su estado financiero podía ir más allá de los aspectos terapéuticos, por lo cual decidí expresarle lo que me estaba pasando “intento ir a los aspectos más inmediatos y respondo de forma pragmática, pero creo que me desespero, lo hago porque estoy preocupado por ti”, ante esto ella me respondió llorando “así me pasa a mí”.

Después de expresarle esto quise retomar mis sensaciones de la sesión pasada y le expresé que me sentía preocupado por ella cuando me contaba de sus problemas económicos y de transporte, ella se apresuró a explicarme que encontraría formas de recibir dinero o que sería más puntual, yo le dije que me daba la impresión como si tomara mi preocupación como una petición en la cual le pedía que hiciera algo, cuando realmente solo quería decirle que estaba preocupado por ella. La paciente comenzó a llorar más fuerte, yo le expliqué que cuando le decía que me sentía preocupado era porque empatizaba con la situación que vivía y tenía temor, ella lloró más, le expliqué que confiaba en las acciones que fuera a tomar para resolver las circunstancias, que no tenía que hacer nada para que yo me dejara de sentir preocupado.

Esta sesión terminó con pocas expresiones sobre lo que había sucedido, simplemente le permití permanecer su llanto y permanecer en el estado de reflexión que vino después.

Sesión 10, 18 de febrero del 2020

Me contó que tuvo la oportunidad de cohabitar, durante una semana, con su grupo de danza, puesto que ellas han sido acreedoras de una beca que tiene además el apoyo de una persona que les ayuda a identificar los puntos claves en su proyecto. Actualmente, ella dice que el proyecto representa la posibilidad de crecer como persona más que la posibilidad de sustituir o ayudarle a afrontar problemas. También comentó que durante este retiro se sintió sin exigencias de ningún tipo, totalmente relajada, sin embargo, veía que algunas de sus amigas aun estando completamente libres y en comunión con amigas seguían un tanto estresadas, esto la hizo apreciar cuanto había avanzado respecto a sus habilidades para apreciar las cosas.

Después de esto le pedí que me explicara qué era lo que había sucedido la sesión anterior. Me comentó que para ella el tema del autocuidado y el cuidado de otros es algo muy complicado, puesto que al haber pasado por situaciones muy duras sus estándares son muy variados, me comentó que lo sucedido la vez anterior le hizo pensar en la posibilidad de recibir apoyo de los demás sin tener que dar algo a cambio o tener que ganárselo. Al cambiar de tema me contó que había un chico con el que salía, hizo un breve apartado y me explicó que ella tenía un problema ginecológico, el chico le ofreció apoyarla con el pago de su tratamiento, puesto a que mientras lo posponía su situación empeoraba, inicialmente ella pensó en no aceptarlo, pero que al recordar lo sucedido en la sesión anterior, decidió tomarlo, este chico le comentó que él le daba el dinero porque la quería, que no esperaba nada a cambio por ello, me explica que para ella fue un momento que le dejó grabada la posibilidad de aceptar ayuda.

Al finalizar me explicó que su hermana se había pasado a vivir con su mamá y que en su trabajo le había ido muy bien, yo le comenté que en general la veía muy relajada, pero que me parecía que tal vez esa no era la palabra adecuada, puesto que no la veía pasiva. Ella me dijo que

se sentía más madura, le comenté que esa palabra me gustaba para expresar las sensaciones que me generaba.

Sesión 11, 4 marzo del 2020

Me contó que había estado mucho en contacto con sus amigas, que las veía muy seguido y se sentía muy cómoda y feliz, menciona que en la convivencia se dio cuenta que, aunque ha logrado expresarse más, aun le cuesta trabajo decir las cosas sin pensar, en especial lo notó en las pláticas que tuvieron sobre la planificación y logística para irse de viaje al festival de baile.

Después me comentó que sentía que la semana que iba en curso sería una semana intensa, yo le pregunté si no se estaba predisponiendo a lo que pudiera pasar, ella me dijo que posiblemente, que sentía algo de miedo de algunas cosas, pero que quería intentar no predisponerse porque quería tomar las cosas más relajadas.

Me contó que antes de la sesión se sentía tranquila, porque había ido a clases de costura con su mamá y su hermana, que quiere buscarse sentirse más de esa manera, tomar las cosas más relajado.

Me contó que a veces aún tiene ideas rígidas, pero piensa que es cuando siente que tiene que tener una estructura y genera o despierta sus autoexigencias, diciendo que “deben de ser de esa forma”. Le pregunté qué exactamente eran esas autoexigencias y ella me dijo que eran ideas asociadas al idealizar o imponer, ella me comenta que estas exigencias eran algo común en su infancia, que sus hermanas solían realizarlo hacia ella y sus padres, a su vez, hacia ellos, le pregunté que sería distinto a autoexigir y ella me explicó que sería aceptar, que era lo que ahora se daba cuenta que era lo que estaba disfrutando.

Cuando terminó de contarme esto le dije que me sorprendía, ya que a mi ella nunca me había parecido una persona exigente como las personas de su familia. Ella me dijo que ella casi no es así, que en pocas ocasiones se le llega a salir cuando siente que las circunstancias se están saliendo de control, pero que en general ella intentaba salir de esa dinámica, ella me comenta que de niña podía bailar en todo momento y eso la hacía poder apartarse de ese tipo de interacciones.

Al final me comentó que su hermana había llegado de viaje y que tuvo una experiencia que la hizo recordar la época en la que todos convivían y los tratos agresivos que se habían normalizado. Comenta que cuando fueron a comer tras recibir a su hermana esta le señaló el collar que la paciente tenía puesto alegando que era de su pertenencia, mi paciente me dijo que eso no era verdad, que en realidad el collar que tenía era un collar y un dije muy común, que es fácil verlo en otras personas. Dice que inicialmente se asustó y no quería volver a vivir las cosas que había vivido antes, sobre todo ahora que siente que ya todo había cambiado en ella, ante esto le dije que me agradaba como había cambiado su persona. Ella me dijo que todo había sido muy positivo en los últimos meses, que incluso siente que, junto a su mamá, sus dos hermanas y sus sobrinos habían logrado formar un entorno familiar muy unido en el cual podían demostrarse amor y apoyo con libertad.

En esta sesión me agradeció mucho la labor que había hecho hacia ella, yo le dije que me sentía muy feliz de que fuera mi paciente y que igual veía como las cosas habían fluido de una manera espectacular, que no podía saber si esos cambios habían sido producto de nuestro trabajo o el de ella, pero que definitivamente disfrutaba verlos, ella me dijo que igual los disfrutaba.

Sesión 12, 11 de marzo del 2020

Cuando llegó me dijo que estaba cansada, que había hecho muchas cosas durante la semana pero que se la había pasado muy bien, mencionó que fue una buena idea no predisponerse, pues fue distinto a como lo imaginó, si bien tuvo muchas actividades, siente que cada una de ellas se dio de forma muy positiva. Menciona que su cansancio es físico, pero que anímicamente se siente cómoda.

Inicialmente me contó sobre la boda de su hermana, dice que se la pasó muy bien, pues además pudo invitar a algunas de sus amigas y ver a varias personas de su familia que no veía desde hace tiempo. La paciente empezó a explicarme que la boda fue una idea de su padre y que inicialmente ella sentía que esa boda estaba hecha para ellos, haciendo referencia a su padre, su familia y sus allegados, pero que durante la boda pasó, por casualidad, junto a su padre y decidió ignorarlo, para ella fue impresionante que más personas hicieron lo mismo, me explica que fue reconfortante ver cómo la gente se daba cuenta de que no era una persona buena como podía parecer en un inicio.

Me dijo de que estaba orgullosa de cómo se sintió durante la boda, me dijo que sentía que había tenido frutos su trabajo, me dijo “cuando decidí salirme del entorno fue para lograr bajar las sensaciones negativas que tenía, para después regresar y afrontar las situaciones”, le dije que me parecía que lo había hecho de una forma admirable.

En este punto le expresé que tenía temor de realizarle una petición, la cual era que me cuente sobre su padre. Ella me respondió que igual sentía miedo de eso, ante lo cual le comenté que, aunque sentía miedo no podía dejarlo pasar, ella me dijo que estaba bien, respiró y me empezó a contar.

“Mi padre es una persona que no confía en nadie, a ninguno de nosotros nos creyó, pero siempre nos daba la razón por su beneficio. Él siempre resuelve todo con dinero, se cree muy humanista pero maltrata a sus empleados y no cuida su salud, de chica siempre confiaba en él y era muy unida, siempre me dijo que sí a todas las actividades que quería hacer, cuando me di cuenta como maltrataba y manipulaba a mi mamá, fue muy duro ver que alguien a quien admiraba por sus ideales no era como yo pensé.”

Después de esto me contó que durante un tiempo ella y su papá hicieron una red de apoyo a cuidadores, en la cual daban pláticas, que su papá la incentivaba y continuamente decía como lo que hacían con su hermana iba muy bien, pero que ella comenzó a darse cuenta que realmente él no hacía mucho por su hermana y él no se daba cuenta de eso.

Después de esto sus padres se divorciaron y ella se fue a vivir sola con su hermana. Ella me comenta que esto se dio como fruto de la coalición que hizo con su padre, pues podrían haberse quedado con su mamá, pero decidieron no hacerlo y la responsabilidad del cuidado de su hermana recayó sobre ella cuando aún estudiaba la universidad.

Cuando escuchaba esta historia tenía la noción de que la paciente podría sentirse triste, cuando le pregunté cómo estaba ella me dijo que se sentía engañada y que más que nada se encontraba reflexiva al pensar en lo sucedido, por otra parte me dijo que se encontraba mucho mejor de lo que podría imaginarse que estaría, me dijo que llevaba mucho tiempo sin hablar de eso, pues antes cuando lo hacía las emociones la desbordaban y lloraba y se ponía “muy mal”, me dijo que se sentía agradable pensar que tenía la facilidad de hablar de esto sin sentir temor, tristeza o rabia.

Yo le dije que mientras contaba todo quise ser muy respetuoso con su relato, pero que me llamaba mucho la atención que la forma en la que me lo contó y los detalles que me dió era muy distinta a las cosas que me contó en la primera sesión, que esto me daba datos muy distintos, ella me dijo que no se atrevía a decirlos, pero que ahora sí y esto era bastante agradable.

Al final me comentó que estaba gustosa, pues el temor que tenía inicialmente no tuvo resultados como los que esperaba, ante lo cual le dije que coincidía con ella.

5. Discusión de los resultados

5.1. Evaluación de los resultados

Los resultados de la evaluación fueron recopilados durante una sesión realizada un mes después de tener la última sesión de psicoterapia, el proceso tuvo que ser finalizado justo antes de poder realizar el cierre esto debido a la contingencia correspondiente a la pandemia global del año 2020. Aun con estas complicaciones los resultados fueron favorables.

De acuerdo a los datos obtenidos en la sesión de evaluación se realizó una comparativa entre estos y los objetivos planteados, en los cuales se encontró lo siguiente de forma correspondiente a cada objetivo:

1. Reducir las sensaciones asociadas a la sobrecarga emocional.

La paciente refiere ya no sentir tener que mostrarse tan cuidadosa ante su hermana y confiar más en ella, a su vez, expresa como siente mucha alegría cuando la ve a ella feliz, además de esto explica que ya no tiene conflicto con contar las situaciones por las que ha pasado, especialmente hace énfasis en que puede contar sus experiencias sin llorar y desde una nueva perspectiva. Además de esto ha tenido un mejor criterio para discernir las situaciones en las cuales aprehenderse a su familia y en cuales tomar espacio, lo cual antes se le dificultaba por las emociones involucradas.

Respecto a la carga subjetiva o emocional ella explica que no siente que en este momento de su vida haya algo que le cueste trabajo sobrellevar o le genere una carga, igual explica que eso no significa que no haya situaciones que requieran esfuerzo.

Además de esto menciona sentirse menos conflictuada al momento de hablar de sí misma y sentir o mostrarse sentimental frente a otras personas. Explica que anteriormente tenía el hábito

de intentar predecir y explicar lo que estaba sucediendo, pero ahora simplemente se permite tener esas sensaciones y actuar sobre ellas.

2. Propiciar la modificación de la percepción de la pérdida de tiempo y la pérdida del rol individual de la paciente

La paciente hizo múltiples comentarios asociados a su desarrollo personal, laboral y artístico durante el proceso, de forma correspondiente explicó que respecto a su desarrollo personal sentía como era menos exigente con ella misma y a la vez más eficiente con las decisiones que tomaba, además de la nueva visión que tenía de las oportunidades, en varias ocasiones se sorprendía de ver cómo eran las otras personas, haciendo referencia a la rigidez respecto a su visión de cómo hacer las cosas y la frustración que experimentaban cuando no se daba de la forma correspondiente, y darse cuenta que ella en algún momento se sentía así. Respecto a la cuestión laboral la paciente se sentía muy orgullosa de tener un trabajo correspondiente a la carrera que estudió en el cual podía influir en la gente, además de que su trabajo le permitía vivir de forma autónoma. En cuanto a lo artístico la paciente explica como experimenta la forma en la que baila y que es algo en lo que progresa, lo cual ella no tenía muchas expectativas, además de esto también explica que ha incursionado en una nueva expresión artística la cual es el canto.

3. Eliminar o disminuir la sensación de fatiga del paciente y problemas físicos mediante la identificación y satisfacción de necesidades.

La paciente explica que ya no ha tenido malestares en la garganta y que ha podido dormir mejor, también explica que ha procurado cuidar más su alimentación, además explica que cuando se siente cansada ya no le parece extraño si no que puede identificar las razones y tomar las decisiones correspondientes.

En la sesión de evaluación la paciente explicó que a lo largo del proceso había dejado de tener dolores de espalda, las tensiones en su mandíbula y había dejado de realizar la gesticulación con su boca que hacía cuando no sabía que decir, estas condiciones físicas no las mencionó durante el proceso, por lo tanto, eran desconocidas, excepto el gesto de ladear la boca, ya que este lo realizaba en ocasiones durante las sesiones de diagnóstico e intervención.

4. Desarrollar nuevas habilidades y entendimientos para la resolución de conflictos en la vida social.

La paciente explica que había ideas que anteriormente tenía muy presentes, pero notaba que después del proceso habían disminuido, en su mayoría eran ideas con el deseo de controlar aquellas cosas que estaban fuera de sus posibilidades de intervenir.

Respecto al lapso que no nos vimos, comenta que el proceso le ha servido para llevar mejor su vida actualmente y encontrar nuevos recursos, como la meditación y el baile desde nuevas filosofías. Así como poder sentirse tranquila con las circunstancias actuales y permitirse disfrutar de ellas, haciendo referencia a su trabajo, amigas y familia.

Explica que respecto a su hermana ha dejado de idealizar lo que podría suceder, apoya en lo que puede, actualmente le da importancia al apoyo económico que da a su familia, hablar con ellos, irlos a visitar e invitarlos a convivir con ella en su casa.

La paciente expresa que respecto a su familia la convivencia se ha vuelto más frecuente e íntima con su madre, sus dos hermanas y sus sobrinos, explica que acostumbran salir más y apoyarse, explica que la expresión y el apoyo que se dan es muy distinto al que había experimentado anteriormente en su familia, esto debido a que percibe una mayor aceptación, apoyo y respeto por las ideas que cada quien presenta. Respecto al tema social explica que se siente más

comprensiva con los demás, que no siente que tenga que realizar las actividades por ellos, que se le ha facilitado aceptar las responsabilidades que tienen las demás personas.

Comenta que se ha sentido más orgullosa de su trabajo, explica que en sus nuevos proyectos artísticos ha comenzado a presentarse por su profesión y contar de su experiencia laboral, la cual está implicada, puesto que en ambas actividades trabaja con niños pequeños. También explica que ve como las personas reconocen su trabajo con admiración y ella dice que le hace mucho sentido, pues antes no podía ver lo mucho que se esforzaba en él. Por último, explica que se siente muy feliz de ver como sus amigos y amigas progresan en sus trabajos.

5.2. Conclusiones y recomendaciones

Respecto a las condiciones generales explicadas en las definiciones de SC se puede decir que se vio reflejado las implicaciones multifactoriales que son agravantes para esta condición (Larrinoa, 2011), tales como cuestiones económicas, el poco apoyo del sector de la salud pública y elementos propios de la cultura social y familiar, así como en general la falta de concientización respecto al tema del cuidado y la enfermedad, propia del país y el estado.

Respecto a la teoría multidimensional de Novak y Guest (1989), la cual fue utilizada como principal perspectiva para la SC, y que propone la no separación de los elementos entre lo subjetivo y lo objetivo, puesto que en la ejecución de estos no existe tal separación, se encontró que, si bien no podemos realizar una comparación del que tan eficiente hubiera resultado utilizar alguna otra perspectiva para la conceptualización del caso y para el entendimiento de la situación de la paciente, si es posible enfatizar que la esquematización de la teoría de Novak y Guest resultó encajar ampliamente con el discurso de la paciente, respecto a cómo se sentía, los principales problemas o complicaciones que ella veía e inclusive el lenguaje que la paciente utilizaba con el

de las definiciones y nomenclaturas de los factores que proponen dichos autores. Desde la perspectiva del terapeuta se puede explicar que esta teoría resultó benéfica para comprender, empatizar y desarrollar una coalición terapéutica con la paciente.

Otra perspectiva de la teoría multidimensional, propuesta por Poulshock y Deimling (1990), también coincidió con los resultados obtenidos, en esta teoría ellos explican que la experiencia del cuidador es de carácter subjetivo, pero que se va modulando por las condiciones externas. Esta teoría se ve relacionada con lo hallado en los resultados, puesto que aquellas características subjetivas que complicaban las labores de la paciente podían rastrearse a más situaciones de su vida, incluso a experiencias de la infancia o costumbres de su familia, de tal forma que podría explicarse que eran características aprendidas que generaban mayor o menor conflicto dependiendo de las condiciones del entorno al cual se afrontara.

En términos de la TG esta teoría coincide con la visión gestáltica de Naranjo (1990) quien como se explicó anteriormente dice que las personas suelen limitar sus acciones por el temor a afrontar las experiencias internas que han aprendido durante su vida, lo cual fue visible en la paciente, quien restringía sus respuestas y estrategias de afrontamiento por la falta de experimentación de estas o el temor que le causaba imaginar realizarlas, esto debido a la forma en la que fue educada durante su infancia y que fue agravada durante su experiencia como cuidadora.

Previo al cambio en las acciones de la paciente, esta explicó haber necesitado un cambio en la visión de las circunstancias que vivía, lo cual resultó estar asociado al elemento de percepción, propuesto por Baumgardner y Burtea en 1998, quien explica que en la medida en la que esta percepción cambie, también se modificará la forma en la que respondamos a estas circunstancias y por lo tanto se ampliarán los elementos que integran nuestro self.

El último concepto de la TG, que tuvo relación es el de Madurez, el cual resultó importante para la intervención, pues fue un concepto que permitía integrar las herramientas obtenidas durante el proceso y no polarizar los aprendizajes o experiencias. Dicho concepto fue mayormente propuesto por la paciente al explicar cómo era su actitud en las últimas sesiones de psicoterapia.

Todos los elementos establecidos en las teorías pudieron observarse en el proceso práctico de investigación y las teorías multidimensionales de carga fueron compatibles con la perspectiva de la TG. Si bien los conceptos utilizados encajaron con la intervención, existieron más elementos que también ante los que hubiera resultado benéfico explorar la atención e intervención directa en ellos, puesto que en esta intervención surgió de forma colateral la aparición de conceptos como elementos psicocorporales y salud sexual, por lo cual todavía existe la incógnita de lo que sucedería al prestarle atención en primera instancia.

El primer ámbito a poner en consideración es el de los problemas psicocorporales, si bien, la teoría de Novak y Guest y la teoría gestáltica general prestan atención a dichos elementos, sería de gran valor dar un seguimiento al progreso y cambio de estos durante el proceso. En esta investigación los resultados de la paciente en los aspectos psicocorporales fueron mayores a los esperados y registrados durante los procesos previos a la evaluación.

El segundo aspecto son los factores de la salud sexual, puesto que fue un factor en el cual hubo resultados expresados por parte de la paciente, este factor no es tomado en consideración por la teoría multidimensional de Novak y Guest ni tampoco es un tema centralizado en la TG, sin embargo, si existe la intención de ver al ser humano de forma integral. Además de los resultados aún existen incógnitas del como pudiera estar relacionado con este tema.

Además de las teorías utilizadas existen algunas recomendaciones generales a considerar para una intervención en dicho tema, la primera de esta es tener una amplia consideración del tiempo y los costos que se le otorgan a los pacientes en esta condición, este factor puede resultar importante para establecer una buena relación con ellos y en esta interacción pueden verse reflejados los modos de relación. Otro aspecto a tomar en consideración, por las necesidades que fueron resultando durante el proceso, es la posibilidad de que los demás miembros de la familia lleven procesos personales de psicoterapia.

Como conclusión puede decirse que las teorías utilizadas fueron útiles para prestar atención a la experiencia subjetiva y aprendizajes significativos de la paciente, mientras que la teoría multidimensional de carga coincidía con la perspectiva actual de la participante y ayudaba a esquematizar los elementos más importantes, la perspectiva gestáltica le ofreció una nueva postura desde su entendimiento, respetando sus características personales con las cual pudiera retomar su rol personal, impulsar sus recursos y permitirse experimentar nuevas formas de relacionarse con el entorno. Como se mencionó antes, dichas teorías realizaron una buena coalición que dio como resultado un proceso terapéutico con el cual los elementos involucrados quedaron satisfechos.

6. Referencias

- Ansen, N., Graziani, K., Inocente, A., Gherardi, E. y Guidorizzi Zanetti, A. (2014). *La carga de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia: una revisión integradora de la literatura*. Revista electrónica Enfermagen, 16(1) 220-7.
- Baumgardner, D. y Burtea, E. (1998) *Calidad de vida en niños dependiente a la tecnología quienes reciben atención domiciliaria y sus familias*. WMJ 1995. (97) 51-55
- Bello, G. (2014). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas (Tesis de licenciatura)*. Instituto mexicano del Seguro Social. Xalapa, Veracruz, México.
- Bloss, P., (1971) *La transición adolescente*. ASSAPIA. Amorrurto Editores.
- Cáceres, M., González, P., Pruvost, M., Rimoldi, F., Mirande, A. y Viales, M. (2016). *Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia*. Revista Neuropsicología Latinoamericana. 35-41.
- Caraveo, J., Valencia, M. & Rascón, M. (2010) *Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México*. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (62) 509-515.
- Carratalá, A. y Peña, C. (2009). *Resiliencia en familiares acompañantes de pacientes oncológicos. Tesis de grado no publicada de Licenciado en Psicología*. Caracas: Universidad Metropolitana.

- Castañedo, C. (2007) *Terapia Gestalt: enfoque centrado en el aquí y ahora*. España, Herder. 4ª Edición.
- Castañedo, C. (2009) *Seis enfoques psicoterapéuticos*. España, Manual Moderno. 2ª Edición.
- Creer, G. Wing, JK. (1974) *Schizophrenia at home*. National Schizophrenia Fellowship.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cruz, N. (2013). *Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador*. Universidad de Lleida. *Tesis no publicada*. España. Facultad de Enfermería.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Más allá del aburrimiento y la ansiedad*. Washington: Jossey-Bass Publishers.
- Estrella, A. y Vázquez, E. (2015). *Sobrecarga en Cuidadores Primarios de Pacientes con esquizofrenia (Tesis de Licenciatura)*. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, México.
- Espín, A. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública* 35(2) Recuperado en 05 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019&lng=es&tlng=es
- Fajardo, E. y Núñez, M. (2011) *¿Cuál es el significado de la experiencia del adulto mayor en el rol de cuidador?* *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*. 25 (3) 12-24.

Feldberg, C., Tartaglini, M., Clemente, M., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D. (2011).

Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. Neurología Argentina, vol. 3, pp. 11-17.

Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (2013). *Terapia Gestalt, en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética de contacto.* Milano: FrancoAngeli, 479-503.

Freudenberguer HJ. *Staff burnout.* J Soc Issues. 30: 159-65.

Galvis, M. y Cerquera, A. (2016). *Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Demencia tipo Alzheimer.* Psicología desde el Caribe. 33(2) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21346963006>.

Ginger, S. (1987) *El Cuerpo y Las Emociones en La Gestalt.* México. Manual Moderno

King, L. (1983). *Estrés, teoría y práctica.* Sidney. Grune and Stratton

Kobasa, S. (1982). *Compromiso y afrontamiento en la Resistencia al estrés.* Journal of Personality and Social Psychology. (42) 707-717.

Kobasa, S., Maddi, S. y Courington, S., (1982). *Personalidad y constitución como mediadores en la relación estrés enfermedad.* Journal of Health and Social Behavior (22) 368-378.

Lara, L., Díaz, M., Herrera, E. y Silveira, P. *Síndrome del cuidador en una población atendida por Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica.* Revista Cubana de Enfermería 2001; 17 (2):107-11.

Larrinoa Palacios, P., & Martínez Rodríguez, S., & Ortiz Marqués, N., & Carrasco Zabaleta, M., & Solabarrieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). *Autopercepción del estado*

de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 388-393.

Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. México: Cuatro Vientos.

Lewin, Kurt (1988). *La teoría del campo en la ciencia social*. Barcelona: Paidós.

Maddi, S., y Kobasa, S. (1984). *El ejecutivo resistente. Salud bajo estrés*. Homewood, II: Dow Jones-Irwin

Mandal, P., Prakash, S. y Sinha Deb, K. (2013). El trauma de los cuidadores de la esquizofrenia, necesidad en la profundización. *Asian Journal of Psychiatry* (6) 428. Estraído de: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.03.013>

Martin, M., Dominguez, A., Gonzalez, E., Munoz, P. y Ballesteros, J. (2014). *Efectividad de un programa grupal de intervención psicoeducativa en la reducción de la carga que experimentan los cuidadores de pacientes con demencia: ensayo de EDUCA-II.* *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. (28) 79-87. Estraído de: <https://doi.org/10.1097/wad.0000000000000003>

Mendoza, L. y Rodríguez, R. (2000). *Colapso del cuidador*. México: McGrawHill Interamericana.

Martin, M., Fernandez, P., Dominguez, A., Gonçalves, M., Gonzalez, E., Munoz, P. y Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psycho-educational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>

- Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A. I., Gonçalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P. y Ballesteros, J. (2016). *Evaluación de la eficacia de una intervención psicoeducativa sobre la carga del cuidador en la esquizofrenia*. *European Psychiatry*, 33, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Neugarten, B. L. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona, España: Herder. (Trabajo original publicado en 1996)
- Novak, M. and Guest, C. (1989). *Aplicación de un inventario multidimensional de carga del cuidador*. *Gerontologist* (29) 798-803. Extraído de: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/29.6.798>
- Parlett, M. (2017). *Terapia gestalt contemporánea: teoría de campo*. México: Manual Moderno, 2007
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. y Skaff, M. (1990). *El cuidado y el proceso de estrés, una visión general del concepto y sus medidas*. *Gerontologist* (30) 583-594. Extraído de: <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Peinado A, Garcés A. (2004) *Burnout en cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido*. *Anales de Psicología* (14) 83-93.
- Peñarrubia, F. (1999) *Terapia Gestalt La Vía del Vacío Fértil* Ed. Alianza Editorial.

- Perlick, D., Rosenheck, R., Miklowitz, D., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., Wisniewski, S., Wolff, N. y Sachs, G. (2008). *Carga y salud del cuidador en el trastorno bipolar: un enfoque analítico de grupos*. Journal of Nervous and Mental Disease, 196, 484-491.
- Perls F., Hefferline R.F., Goodman P. (1997): *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Ferrol, Madrid, Ed. Sociedad de cultura Valle-Inclán.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. y Wong, W. (2010). *Intervención Familiar para la esquizofrenia*. The Cochrane database of systematic reviews, 12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
- Pinto, B. (2001). *Psicoterapia Gestáltica*. La Paz – Bolivia
- Pinto, N., Barrera, O., Sánchez, H. (2005) *Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores"* Aquichan (5) 128-137
- Poulshock, S., y Deimling, G. (1984). *Familias que cuidan a ancianos en residencia, problemas en la medición de la carga*. Journal of Gerontology (39) 230-239. Extraído de: <https://doi.org/10.1093/geronj/39.2.230>.
- Ribé, J. (2014) *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia. Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. Universidad Ramon Rull, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Extraído de: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>
- Rivera, H., Dávila, R. y González, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.

Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16() 27-32. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47317815006>

Robine J.M. (2006): *La revelación del yo en contacto*. Madrid, Editorial: Sociedad de cultura Valle-Inclán.

Rosel, P., Sosa, C., Castillo, L. (2015) *Inteligencia Emocional en el cuidador primario: una propuesta para su fortalecimiento*. Mérida, Yucatán. Temas Antropológicos, (37) 75-88.
 Extraído de: <https://www.redalyc.org/pdf/4558/455844901003.pdf>

Ruiz, N. y Moya, L. (2012). *El cuidador informal*. Revista de Motivación y Emoción (1) 22- 30.
 Ruiz, A. y Nava, M. (2012). *Cuidadores: Responsabilidades – Obligaciones*. Enfermería Neurológica. 11(3), 163-169.

Salama, H. (2012). *Actualización en Psicoterapia Gestalt*. Editorial Alfaomega. México.

Sánchez, S. (2019). *Las políticas de cuidado en México – ¿Quién cuida y cómo se cuida?*
 México, CDMX, Fundación Friedrich Ebert en México.

Segura, L. (2018) *Adolescente: empatía y adaptación social*. Universidad Iberoamericana de Puebla. Puebla, México.

Spagnuolo, L. (2011). *El ahora para lo próximo en psicoterapia. Terapia Gestalt contada en la sociedad posmoderna*. Milano: FrancoAngeli.

Torres A., y Pinilla M. (2011). *Perfil de los cuidadores de enfermos mentales*. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 5(1), 10-17.

Valencia, M., Rascón, M., Quiroga, H. (2003) *Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia*. Salud mental.

- Wollants G. (2008): *Terapia Gestalt: una Terapia de la situación*. Santiago de Chile. Cuatro Vientos.
- Wright, M. (1978) The economics of informal care of the elderly. New York: Centre for health economics. University of York. Discussion Papers, vol 23.
- Yontef, G. (2009). *La actitud relacional en psicoterapia*. Relational Approaches in Gestalt Therapy. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. 37-59
- Yontef, G. (2012). *Las cuatro relaciones de trabajo en terapia Gestalt*. *Terapia Gestalt, avances en la teoría y práctica*. London: Routledge. 123-135.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). *Síndrome de carga del cuidador*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, (1), 26-39.
- Zarit, S., Bottiggi, k., Gaugles, J. (2007). *Encyclopedia of Stress*. Academic Press. Estados Unidos.
- Zinker, J. (2000) *El Proceso creativo en la Terapia Guestáltica*. Buenos Aires. Paidós.