

## LA FLOR MÁS BELLA

Reflexiones sobre la experiencia histórica desde la Terapia Gestalt

*Por: Claudia Fernández Santoyo*

“- ¿Y qué pasa cuando las  
personas abren su corazón?

- Que se curan...”

*Haruki Murakami*

### **Introducción**

En la presente introducción me gustaría poner la atención en cómo surgió la idea del título *La flor más bella* y cómo lo relaciono con lo que denomino experiencia histórica. Para ello, debo de recurrir a la mitología prehispánica mexicana.

“Desde tiempos inmemoriales, en la época en la que gobernó Tlahuicatl o Atlahuicatl, tercer señor de los Xochimilcas, se estableció el culto a la diosa Xochiquetzalli, *diosa de las flores*. En esos tiempos, se cuenta también, que la primera esposa de Tláloc fue Xochiquetzal, “*la flor de pluma rica*”, diosa de las flores y del “bien querer”, la que le fue robada por Texcatlipoca” (Cardona, s/f) Dicho autor menciona que, las fiestas se realizaban en los embarcaderos de Xochimilco. Estas festividades coincidían con la celebración del Viernes de Dolores, día en el que se instalaba el mercado para que los habitantes compraran sus provisiones para la siguiente semana en la que debían permanecer en recogimiento y oración. A esta fecha se le denominó “Viernes de las Amapolas”. Allí, se organizaban bailes populares, comidas, bebidas de sabores con pulque, concursos de chinas poblanas y trajes de charros.

“En 1936, a instancias del general Lázaro Cárdenas, se crea el concurso de belleza femenina “La Flor más bella del ejido”, dirigido a enaltecer la belleza mestiza que habita en la zona ejidal del Distrito Federal, actualmente Ciudad de México.” (Cardona s/f)

Desde hace más de 10 años enseño terapia Gestalt en varias ciudades de la República Mexicana, trabajo que amo y me ha permitido conocer diversas culturas de mi propio país.

En una ocasión, tuve la oportunidad de conocer a una chica que concursó para ser *La flor más bella* y cuando le pregunté cómo había sido su experiencia, su respuesta fue, *horrible*. Cabe mencionar que se ha convertido en algunas Ciudades de México en un concurso con su justa dimensión, al estilo de Miss Universo que promueven el cuerpo de la mujer como objeto. Alrededor hay toda una industria y un campo psicopatológico (Francesetti, 2015) histérico, que llega a erotizar a niñas a edades muy tempranas. Y no sólo esto, también promueve el acoso y la violencia de género hacia las mujeres, por haber mostrado su cuerpo, por usar mini faldas también.

Me contó que desde que tenía 8 años, su madre, quien había ganado el concurso de *La flor más bella* años atrás, la estuvo “preparando” para ser la Embajadora de su Municipio (un paso antes del concurso). A los quince años dejó de tener vida privada para ser personaje público de la noche a la mañana. No llegó a ser *La flor más bella*, pero sí la chica con depresión, anorexia, muy tímida y con casi fobia social, con un sinfín de síntomas psicósomáticos. Pero eso sí, el orgullo de su madre y de su Municipio.

Siguiendo esta historia, la multitud se reúne en cada presentación, entrevistas, eventos sociales y por supuesto el tan anhelado día del concurso. Cientos de personas llegan en la madrugada para tener el mejor lugar, con la mejor vista hacia las chicas, con temperaturas de más de 30 grados centígrados, pasan constantemente enormes pipas de agua con mangueras que “bañan” a la audiencia para poder presenciar quién será la ganadora cada año. Los que no corren con tanta suerte, siguen todo lo anterior por televisión.

El campo que rodea esta situación crea una experiencia a la que denomino, histérica y que al mismo tiempo es creado por todos los elementos que lo conforman. *La experiencia se da entre el organismo y su entorno*, citando el texto básico de la Terapia Gestalt<sup>1</sup>. Se caracteriza por ser muy efusivo, fiestero, sexualizado, voyeurista, hiperactivo, histriónico, con gran carga de excitación, idealista, proyector, confluyente, se consumen grandes cantidades de alcohol,

---

<sup>1</sup> Perls, F.S, Hefferline, R. Y Goodman, P. (2001) Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana. Madrid, :Ed. Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Colección Los Libros del CTP (a partir de ahora PHG)

poco o nulo contacto y todo para que *La flor más bella* los represente por un año y al siguiente, lo mismo.

Lo alarmante y contradictorio a todo lo anterior, es que el “sueño” poco dura, que la objetivación del cuerpo femenino lleva a muchos casos (miles en el mundo) a la destrucción del mismo, a la violencia hacia las mujeres, a los feminicidios, a la incapacidad del campo de sostener la sexualidad femenina, a vivir de forma encarnada el dolor y la belleza.

Palabras clave: comportamiento histérico, campo psicopatológico, proceso de contacto, dolor, belleza, psicopatología, *self*, forma, estética.

## **Antecedentes**

*“La flor de un día también da la semilla  
de la próxima generación”*

*Sabina Spielrein*

*(Psicoanalista, diagnosticada en 1904 por Jung  
con “Psicosis histérica”)*

Con el nombre de histeria se conoce desde la antigüedad la aparición de síntomas objetivos importantes, sin lesión orgánica que los justifique. Este vocablo en su etimología viene del francés *hysterie* y este del griego *υστερα*, *hystera* que significa útero y el francés *ie* compuesto del prefijo *ia* que indica estado o condición. Significa entonces, *la condición del útero*. Desde el principio se concedió al útero (como símbolo de la sexualidad) y al sexo femenino un papel primordial en la histeria.

*“Fue en el siglo XIX que Charcot construyó “su histeria”, que implicaba un fuerte componente psíquico de sugestión, emoción y angustia: a) donde la enfermedad nerviosa era la que “condicionaba” la sugestibilidad histérica: y b) donde el “halo orgánico” de la histeria obligaba a investigar lo que podía acercarla a la patología cerebral.”*  
(Casarotti, 2006)

Freud quedó muy impresionado con Charcot y su paso por la Salpêtrière y el conocimiento sobre las neurosis, la histeria entre ellas, pasaron de ser afecciones neurológicas a afecciones mentales o psiconeurosis. Regresaremos a Freud más adelante ya que como se sabe fue él quien desarrolló a finales de 1800 y principios de 1900 sus Estudios sobre la histeria (Freud, 1981)

Fue otro médico psicólogo ayudante de Charcot, P. Janet quien estudió los estados disociativos, de las “dobles personalidades”, amnesias y diversas crisis entendiendo que las funciones psíquicas nos acercan en grado variable a la realidad. Esta era y es para algunas corrientes de la psicoterapia la forma de entender los fenómenos psicológicos. (Casarotti, 2006)

Tuvieron que pasar 50 años para que Perls y Goodman hablaran de las dicotomías neuróticas que nos servirán posteriormente para explicar el comportamiento histérico que nace en el campo y no al revés. Basta con decir por el momento que una de ellas, *Self y Mundo Exterior* “nos hablan de un artículo de fe del mundo científico uniformemente extendida en la ciencia moderna occidental”. (PHG, 2001)

La histeria siguió siendo estudiada por los psiquiatras como un tipo de enfermedad mental y por los psicoanalistas en la relación transferencial (Freud, 2016) Los conocimientos que se tenían derivaban por una parte, de la obra de Charcot y por otra, de la obra de Freud, quien en combinación con Breuer comenzó sus estudios que culminarían con la técnica y la teoría psicoanalítica sobre unos casos de histeria. Se le consideraba como un síndrome de conversión, por lo que en muchos tratados se sustituyó por el nombre de, neurosis de conversión.

En *Estudios sobre la histeria* (Freud, 1981) tanto Freud como Breuer se refieren a que los enfermos (la mayoría fueron mujeres) presentan “anestias, contracturas y parálisis, *petit mal*, tics, perturbaciones de la visión y con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia.” p.42

Posteriormente, sobre el caso Dora Freud menciona algo que llamó mi atención: “Por la naturaleza de las cosas que constituyen el material del psicoanálisis, se infiere que en nuestros historiales clínicos debemos prestar tanta atención a las condiciones puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas patológicos. Por sobre todo, nuestro interés se dirigirá a las *relaciones familiares* de los enfermos. Y ello no sólo en razón de los antecedentes hereditarios que es preciso investigar, sino de otros vínculos” p. 55 (Las cursivas son mías)

Aunque Freud no dejó de ver la histeria como una patología mental, hizo incapié en la importancia de las relaciones familiares y el aspecto social de sus pacientes. Pasaron casi 50 años para que la atención se pusiera precisamente en la relación de la persona con su entorno y más de un siglo para comprender en la actualidad que, “según la perspectiva de la Terapia Gestalt, el individuo y el grupo social, el organismo y el entorno no son entidades separadas, sino partes de una misma unidad en interacción recíproca y, en consecuencia, la tensión que podría existir entre ellos no debe ser considerada como la expresión de un conflicto insalvable, sino como el movimiento necesario en un campo que tiende a la integración y al crecimiento” (Francesetti, 2013)

### **Crterios clínicos y sintomatología**

*“No puede construirse una felicidad,  
sino sobre los cimientos de una  
desesperación”  
M. Yourcenar*

La histeria no aparece como tal en ninguno de los manuales que clasifican a las enfermedades mentales, sin embargo, en la práctica e incluso en conversaciones con colegas, se usa el término para describir un sinfín de comportamientos que podrían relacionarse con lo que (Casarotti,2006) llama “la vieja histeria”. Dicho autor se refiere al “campo de la histeria” cuestionando el estado actual y si finalmente se ha logrado conceptuar a la histeria y su naturaleza. p.110

Resulta interesante que utilice el concepto *campo de la histeria* para referirse a ésta como enfermedad dentro de la patología mental. En la Terapia Gestalt entendemos los fenómenos psicopatológicos, precisamente al revés, *la histeria del campo* o como lo estoy proponiendo, *la experiencia histérica del campo*.

En la Terapia Gestalt “se considera la experiencia como un acontecimiento en la frontera de contacto, en el “entre” (Francesetti, 2013) Una forma muy diferente de concebir la experiencia, citando a Perls y Goodman para comprender lo anterior: *la psicología estudia la operación de la frontera-contacto en el campo organismo/entorno* (PHG, 2001)

A continuación se tomarán algunos criterios del DSM-V que considero pueden crear confusión o comorbilidad, es decir puede haber la presencia de uno o más de los siguientes trastornos sumados a la enfermedad o trastorno primario.

No es el objetivo de este trabajo hacer un análisis utilizando la teoría Gestalt de cada uno de los siguientes trastornos, pero sí considerar que la experiencia histórica puede abarcar uno o varios de los siguientes síntomas. Cabe mencionar que desde el paradigma de campo, base de la Terapia Gestalt, los siguientes síntomas los miramos como co creaciones en la experiencia del individuo y su entorno.

### **Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor**

Distintos tipos de problemas pueden sugerir un trastorno de síntomas somáticos. Incluyen los siguientes:

1. Dolor excesivo o crónico.
2. Síntomas conversivos.
3. Síntomas crónicos múltiples que parecen carecer de una explicación adecuada.
4. Malestares que no mejoran, no obstante la administración de un tratamiento que ayuda a la mayor parte de los pacientes.

Desde el punto de vista gestáltico, (Vázquez, 2014) desarrolló este tema diciendo que: “cualquier afección psicósomática tiene su origen en el mantenimiento, temporal o crónico, de una retroflexión pero no todas las retroflexiones van a desembocar exclusivamente, en alteraciones psicósomáticas” p. 260

Puedo agregar en este apartado mi interés en estudiar un padecimiento que con frecuencia escucho en la consulta que sufren muchas mujeres y por no tratarse de mi especialidad, no puedo afirmar que se trate del campo de lo psicósomático. Sobre la fibromialgia (Martínez, 2017) le llama *La epidemia dolorosa del siglo XXI* y la define como “una enfermedad compleja muy común, caracterizada por dolor crónico generalizado y sensibilidad exagerada a la presión en determinadas zonas del cuerpo”. p. 16

A lo anterior agrega que la mayoría de los afectados, entre 80 y 90 por ciento de la población en general, son mujeres. ¿Por qué una incidencia tan alta en mujeres? En el momento de escribir este trabajo, no encontré respuestas satisfactorias. Fue peor, encontré otras enfermedades que pueden confundirse con la fibromialgia como el síndrome de fatiga crónica. Dejemos este apartado a los especialistas, no puedo retirar mi atención a estos padecimientos por el aumento de pacientes que llegan a terapia a hablar del dolor físico con el que viven y a quienes sus médicos, les han recomendado *ir a terapia...*

### **Trastorno de conversión**

Según el DSM-V, un síntoma conversivo se define como (1) un cambio del funcionamiento del organismo cuando (2) no es posible encontrar una anomalía física o fisiológica que lo explique.

Algunos ejemplos de síntomas conversivos sensoriales incluyen ceguera, sordera, visión doble y alucinaciones. Algunos ejemplos de deficiencias motoras que corresponden a síntomas de conversión e incluyen compromiso del equilibrio o marcha inestable, debilidad o parálisis muscular, referencia de sensación de nudo en la garganta o dificultad para deglutir, pérdida de la voz y retención de orina.

Durante décadas, los criterios del trastorno de conversión obligaron a determinar que la causa del síntoma conversivo era algún conflicto emocional o un estrés psicológico específico. El DSM-V abandonó ese requisito, en vista del potencial de desacuerdo en relación con la etiología. La presencia de un síntoma conversivo pudiera no permitir hacer predicciones significativas en torno a la evolución del paciente a futuro. Algunos cursan con trastorno de somatización (o de síntomas somáticos) o algún otro trastorno mental.

### **Trastorno facticio**

El término *facticio* implica que algo es artificial. En el contexto de los pacientes de salud mental, significa que un trastorno parece como una enfermedad verdadera, pero no lo es. Estos pacientes logran esto al simular síntomas (por ejemplo, referir dolor) o signos físicos (por ejemplo, calentar un termómetro con el café o al enviar una muestra de

orina a la que agregaron arena). En ocasiones refieren síntomas psicológicos, entre otros depresión, alucinaciones, ideas delirantes, ansiedad, ideas suicidas y comportamiento desorganizado. Puesto que son subjetivos, estos síntomas mentales inventados pueden ser muy difíciles de detectar.

## **Trastorno de la personalidad histriónico**

Según el DSM-V los pacientes con TP histriónico (TPH) tienen un patrón de larga evolución de búsqueda extrema de atención y emotividad que se cuela a todas las áreas de vida. Estas personas satisfacen su necesidad de encontrarse en el centro del escenario por dos vías principales:

- (1) sus intereses y temas de conversación se concentran en sus propios deseos y actividades
- (2) de manera continua llaman la atención sobre sí mismos por medio de su comportamiento, lo que incluye el lenguaje.

Se encuentran en extremo preocupados por el atractivo físico (el propio y el de otros, en lo que se relaciona con ellos) y se expresan de manera tan extravagante que pudiera parecer casi una parodia de la emotividad normal. Su necesidad de aprobación puede inducirles a ser seductores, con frecuencia de manera inapropiada (o incluso ostentosa). Muchos llevan vidas sexuales normales, pero algunos son promiscuos y otros más pudieran carecer de interés en el sexo.

Estas personas con frecuencia son tan inseguras que buscan de manera constante la aprobación de otras. La dependencia del favor de otros pudiera hacer que sus estados de ánimo parezcan superficiales o sean en extremo reactivos al entorno. La tolerancia baja a la frustración puede dar origen a berrinches. Les suele gustar platicar con los profesionales de la salud mental (es otra oportunidad de ser el centro de la atención)

Rápidos para establecer amistades nuevas, los individuos con TPH también se vuelven demandantes con rapidez. Debido a que confían y se influye sobre ellos con facilidad, su comportamiento pudiera parecer inconstante. No piensan en forma muy analítica, de tal manera que tienen dificultad para realizar tareas que requieren pensamiento lógico, como hacer cuentas mentales. Sin embargo, pueden tener éxito en



empleos que establecen alguna prima por la creatividad y la imaginación. El TPH no ha sido en especial bien estudiado, pero se refiere como frecuente. Puede distribuirse en familias. El caso clásico se identifica en la mujer, no obstante el trastorno puede afectar a varones.

## **Perspectiva de la Terapia Gestalt**

*“El diagnóstico y la terapia son un mismo proceso”*  
Perls, Hefferline y Goodman

Comencemos citando al libro fundador de la terapia Gestalt: “El individuo histérico tiene “demasiada espontaneidad y demasiado poco control”; dice: “yo no puedo controlar las pulsiones que surgen”. El cuerpo ocupa todo el primer plano y es recorrido por las emociones, sus ideas y sus invenciones son caprichosas, sexualiza todo, etc.” P. 297 Sin duda fueron evolucionando la concepción que individualiza para dar paso al paradigma relacional que sustenta nuestra teoría.

Como se mencionó anteriormente, fueron Perls y Goodman quienes en el libro fundador de la Terapia Gestalt, sentaron las bases teóricas sobre el paso de un paradigma intrapsíquico a un paradigma de campo. “Vamos a considerar el *self* como la función de contactar el presente real efímero; nos vamos a preguntar sobre sus propiedades y actividades y vamos a estudiar los tres principales sistemas parciales: yo, ello y personalidad, que en circunstancias concretas parecen ser el *self*” (PHG, 2001)

Después agregan, “el tema prioritario concreto es siempre un campo organismo/entorno y no existe ninguna función de ningún animal que sea definible salvo como una función de este campo” (PHG, II,10, 2, 1) “La fisiología orgánica, los pensamientos y las emociones, los objetos y las personas son abstracciones que sólo tienen sentido si se vuelven a asociar a las interacciones del campo” (PHG, 2001)

Coincido con La Rosa (Francesetti, 2013) en el reto para redefinir “la histeria como un fenómeno social, como una patología que no se limita al universo femenino, o comprenderla como una manifestación

relacional que se remonta a los orígenes antropológicos de la cultura”  
p. 853

Borgna, (Vázquez 2014), nos invita a distinguir entre una alteración somática y una perturbación somática histérica.

“La intuición clínica permite distinguir, el modo de ser y de vivir de una personalidad “histérica” (“histeria” es un término ambiguo que hace pensar, pero que no es para nada así, en una “simulación” y ocurre lo mismo con el término “neurosis de conversión”, más moderno, aunque no tiene la misma intensidad semántica) con su desenfadada tendencia a la valoración no auténtica de sí mismo; mientras que el modo de ser de una personalidad “psicosomática” no tiene adornos mistificadores o escenográficos y se acompaña por un radical sufrimiento interno”. p. 267

Coincido con el autor citado en que el término “histeria” sigue siendo poco claro para describir algún tipo de alteración del comportamiento. Ya revisamos los trastornos que a mi criterio se usan para nombrar la “histeria” pero que, en muchos casos están lejos de ser acertados.

Borgna nombra “personalidad histérica” remitiéndonos a un comportamiento individual en el que la persona tiene *una desenfadada tendencia a la valoración no auténtica de sí misma*.

Pasando del paradigma intrapsíquico al paradigma de campo como totalidad (PHG, 2001) este “tiende a completarse, a buscar el equilibrio más simple posible en cada nivel del campo y todas las funciones que estarían consideradas, tienen lugar en la frontera de un campo organismo/entorno” p. 189

Desde esta perspectiva, entendemos que toda experiencia es una co creación del campo, la psicopatología como experiencia no es la excepción y llamaremos en adelante a la “histeria”, *experiencia histérica*. Entendiendo como tal una experiencia que no sólo le corresponde al organismo, ni sólo al entorno, sino a ambos y que no necesariamente se trata de una experiencia psicopatológica. Recordemos que todo síntoma comenzó siendo un ajuste creativo o creador y por falta de apoyo del entorno, se ha ido repitiendo hasta formarse un patrón rígido que se manifiesta en cada persona de forma distinta y que el campo promueve y a veces, exige.

Como dice (Robine, 2012), “una de las mayores dificultades que nos encontramos en la comprensión de la teoría del *self* de la Terapia Gestalt y debido a la consecuencia de poder aplicar la clínica, hemos contribuido a una propensión cultural que nos hace llevar al *self* hacia el sujeto, hacia la persona, a atribuirle contornos...” p. 27

Siguiendo a dicho autor, “*self* remite a una operación que presupone una integración en un campo para lograr una diferenciación continuada. Designa la operación reflexiva que constituye esta diferenciación sí mismo/mundo. Este “resultado” al que se llama “sí mismo” indica también la diferencia con el otro”. p. 28

Así pues, en la lengua castellana no nos sirve traducir *self* como “sí mismo” ya que lo entendemos como *experiencia* y para completar esta idea, se trata de una experiencia en movimiento, en curso hacia lo que viene, hacia lo que está “por- venir” (Robine, 2016)

La experiencia histórica es corpórea como todas las experiencias y tomando en cuenta las palabras de Borgna, remite a una valoración de sí misma. Coincido totalmente con el autor que se trata de una perturbación en la función personalidad del *self*, pero no nada más. Hay que entender el *self* como una totalidad, como una Gestalt, si se perturba una de las funciones, significa que el *self* está perturbado. La función ello, también se perturba y la función yo, por lo tanto, está inhibida.

A continuación, describiré las perturbaciones de las funciones del *self* en la experiencia histórica que al mismo tiempo el *self* intenta en muchos casos, alcanzar desesperadamente la frontera contacto y si no encuentra un receptor del sufrimiento, la experiencia se convierte en psicopatológica.

### **Intentos corporales de alcanzar la frontera contacto**

Tomando en cuenta lo anterior puede ocurrir que la persona deja de funcionar psicológica, emocional y socialmente; las perturbaciones ocurren de la siguiente forma entendiendo que para que se presenten, faltará apoyo del entorno. Lo que sigue a continuación, podría leerse como “algo” que le pasa a la persona, hay que aclarar que todas las

respuestas del organismo son del entorno también, ambos se co crean como se mencionó anteriormenbte.

**Función ello.-** Puede existir desensibilización, ya que la persona no reconoce o no sabe cuáles son sus sensaciones, necesidades, apetitos, instintos y deseos. Esta desensibilización puede convertirse incluso en anestesia cuando la persona reporta “no siento nada”. O bien, este fondo dado se vuelve caótico e impide que emerjan las excitaciones orgánicas.

Cuando se presenta alguna crisis que puede darse por una predisposición de la persona; ocurre que el *self* se mueve sin una percepción clara de la frontera con el entorno (confluencia), sin solución de continuidad, en un estado en el cual la novedad provoca ansiedad, dolores, impulsos, deseos, malestares corporales y nada es asimilable porque nada puede ser realmente reconocido como distinto o nuevo.

**Función Personalidad.-** El conocimiento de sí mismo, durante un episodio de ansiedad, la persona no sabe o no tiene claro cuáles han sido sus recursos de enfrentamiento en eventos previos. Surge rigidez hacia la novedad presente en el campo, que concierne a las relaciones sociales, molesta el contactar y la función Yo pierde algunas capacidades. Lo que aparece como nuevo es definido como “no es para mí”, no logra adecuarse a los cambios en las relaciones sociales o en el lenguaje que la situación actual presente.

Además, la función personalidad representa la capacidad del *self* de organizar el resultado de los anteriores contactos en la memoria, también informa al *self* de lo que hay que evitar. Es como un sistema de datos que tiene actualizado al *self* sobre lo que en el pasado ha representado un peligro. La persona lo puede expresar de la siguiente forma: “Nunca me había pasado algo así”, es decir no encuentra referencia de situaciones similares en su experiencia previa: “yo era diferente”, “ahora no me reconozco”, “no soy hábil”, “No soy capaz de resolver esto”, “no sé qué va a ser de mí”. Todas estas verbalizaciones sobre el *autoconcepto* no se encuentran actualizadas, más bien son producto de la situación inasimilabe. Gracias a la función personalidad, sé quién soy. En la experiencia histórica, precisamente aquí está la confusión, la persona no lo tiene claro, hizo un ajuste creativo y “se construyó” un papel, un rol, mismo que le aplaudieron y le siguen aplaudiendo como el caso de *la flor más bella*. La madre de esta chica

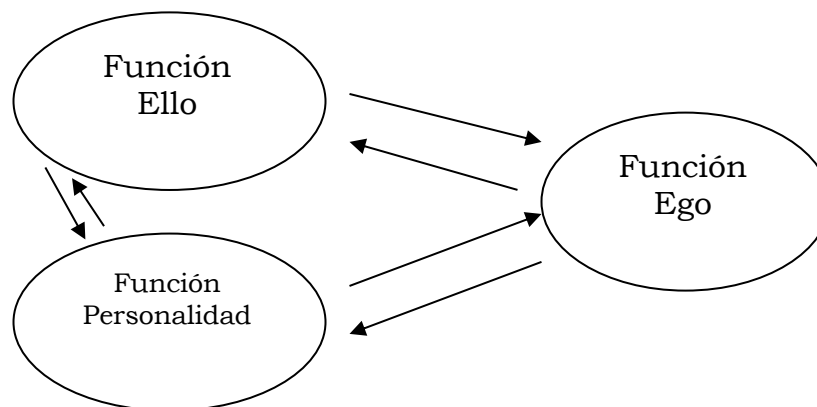
que conocí, ganó el concurso hace 30 años y no puede salir a la calle si no está “arreglada” “por si la reconocen”...

**Función Yo.-** La función Yo tiene un estatuto particular con respecto a la función ello y la función personalidad. Estas dos funciones le informan y ésta a su vez informa a ambas. Esta función permite identificar (sí) o alienar (no) lo que está en el entorno, permite elegir. Para poder ejercer su función tiene que estar bien informada por las funciones ello y personalidad. Si hay alguna perturbación en dichas funciones, la elección no puede ser la adecuada.

Cuando nos enfrentamos a una situación, siempre está la función personalidad que nos da un marco de referencia, y también algo que nos empuja (función ello). Ambos dan información a la función ego y viceversa.

Las pérdidas de las funciones del Yo indican concretamente la elección (creativa) del yo de evitar el desarrollo de la excitación durante las distintas fases de la secuencia de contacto con el entorno, con la finalidad de evitar la experiencia de ansiedad, que provoca la falta de apoyo para aquella excitación. (Ver esquema 1)

**Esquema 1**                      **Funciones del self**



### **Proceso de contacto y flexiones**

Estas flexiones pueden darse a través de los siguientes procesos que le pertenecen tanto al organismo como al entorno:

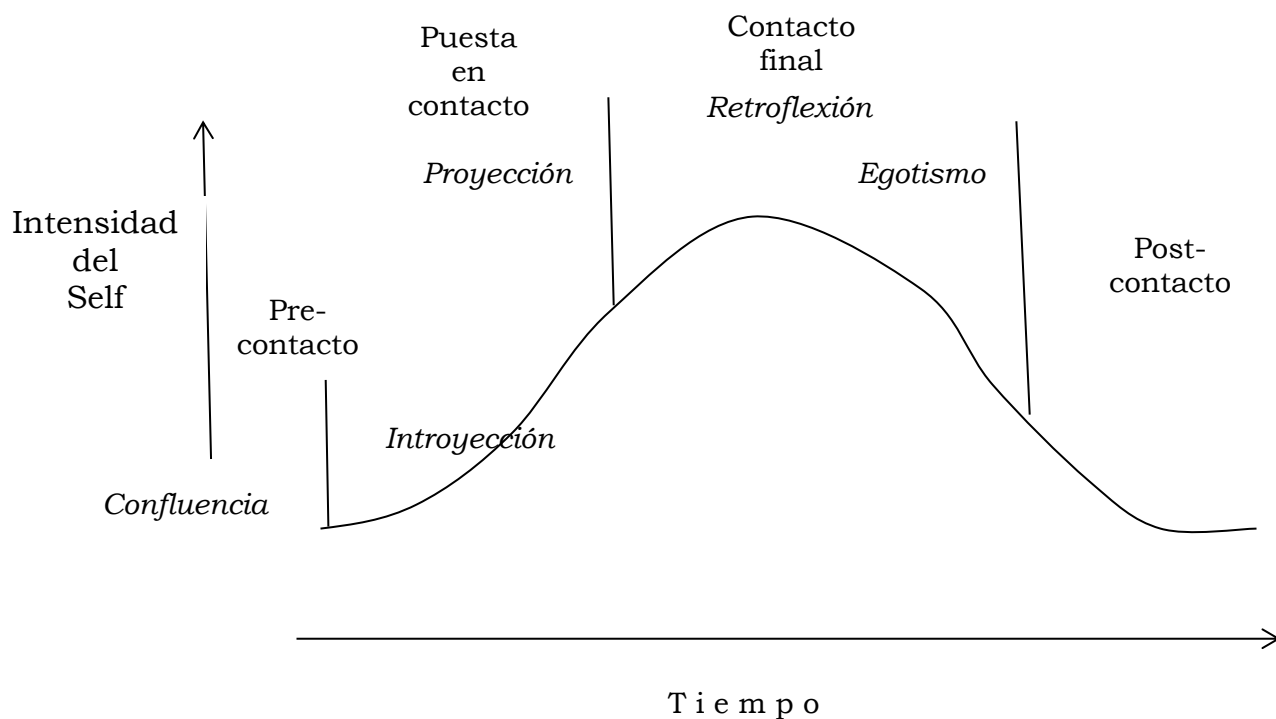
Un proceso *introyectivo*: (“esto que siento se llama de tal forma” o “no debería sentir esto” o “debería saber qué hacer en esta situación”)

O a través de un proceso *proyectivo* (“todos me quieren hacer daño”, “nadie me ayuda”, “el ambiente es hostil”, “mi familia no confía en mí”, “tú me odias”)

O a través de un proceso *retroreflectivo* (“no puedo confiar en el entorno, tengo que hacerlo por mi cuenta”, “me siento incapaz de pedir ayuda”, “no me puedo mover”, “si digo lo que me pasa, se va a hacer más grande”)

Entre las pérdidas de las funciones del Yo, (PHG, 2001) incluyen el *egotismo* que ocurre en el momento cumbre de la experiencia de contacto (“no puedo confiar”). (Ver esquema 2)

## Esquema 2                      Secuencia de contacto



## Criterio estético

*“Amurallar el propio sufrimiento es arriesgarse  
a que te devore desde el interior”  
Frida Kahlo*

¡Cuánta creatividad necesitamos para sobrevivir! El rol que “fabrica” la persona junto con el entorno, le permite sobrevivir y no sólo eso, ser vista y reconocida como alguien importante, guapa, sensual, e incluso hipocondriaco, con trastornos psicósomáticos, conversivos, facticios, histriónicos, dependiendo de la predisposición de la persona y los apoyos o falta de estos en el campo.

(Francesetti, 2013) indica que este criterio distingue lo que es sano y lo no lo es y es intrínseco a la relación. Agrega que, estar sano significa ser capaz de crear una figura de contacto que tenga gracia, brillo, ritmo y armonía. No se necesita hacer comparaciones entre lo que ocurre y una norma externa tomada como una cota de referencia “es la belleza estética del proceso-de-hacer-contacto la que orienta al terapeuta. Para ello es necesario que este perciba continuamente las cualidades del contacto y creativamente ajusta su presencia en la frontera de contacto, esto constituye la unidad de diagnóstico y acto terapéutico.” p. 95

### **El apoyo en la experiencia histórica**

Empecemos por decir que sin apoyo, no hay crecimiento y que la relación terapéutica debe partir del apoyo y continuarlo a lo largo del proceso.

(Robine, 2012) describe la relación terapéutica como modelo del cambio social. El terapeuta tiene que colocarse en una posición de campo y poco a poco ir llevando al paciente a dicha posición. Ambos son actores productos de la situación, activos y pasivos.

La situación terapéutica es posibilidad, es la reunión de condiciones que permitirán la aparición de una figura, de una gestalt. La situación terapéutica es la reunión de condiciones novedosas, donde puede surgir algo nuevo para el paciente y el terapeuta.

Al centrarse en la situación, el terapeuta debe centrarse en lo que está y no en lo que no está, porque se corre el riesgo de avergonzar al paciente. El terapeuta no va a “descubrir” la intencionalidad del paciente porque sería caer en el paradigma individualista, lo que hay que hacer

es estar abierto a lo nuevo, a lo que surja, y co-crear la experiencia mutua.

El trabajo del terapeuta es permitir al paciente que dé un paso hacia adelante, la intencionalidad es lo que “empuja” a dar ese paso, por lo tanto el terapeuta crea una situación para facilitar que el paciente de ese paso. Al tomar en cuenta la teoría de campo en el trabajo terapéutico, el paciente no sólo se siente acompañado, el terapeuta es capaz de recibir y sostener la ansiedad del campo o lo que vaya surgiendo entre ambos.

Veamos a continuación el apoyo específico a las perturbaciones de las funciones del self:

### **Apoyo para la perturbación de la función ello**

Considerando que esta función es la que nos indica la “urgencia” de la necesidad más próxima, es necesario restablecerla mediante la atención por parte del terapeuta, de todas las referencias de “autoapoyo” que nos arroje el paciente tales como; respiración, postura, manera de hablar y modales.

*La función más importante del apoyo es la respiración”, ya que “el apoyo se basa en una fisiología primaria desinhibida, incluidas las experiencias asimiladas e integradas” (Vázquez, 2006)*

La manera en cómo está respirando nuestro paciente, nos dará una referencia del apoyo que está teniendo del entorno.

A través de mi experiencia he comprobado en intervenciones con algunos pacientes que se encuentran desensibilizados, que el uso de la respiración suele ser sumamente útil para la recuperación de las sensaciones, la excitación y las emociones que están alienadas en el organismo, recuperando así la sensación, de “yo soy quién está sintiendo esto”. Apropiarse de la sensación en la experiencia histérica puede ir movilizando a la función personalidad y se irá actualizando el auto concepto en el proceso.

Sin embargo, cuando el paciente se presenta con exceso de sensaciones, traducido en la mayoría de los casos como “miedo y/o



ansiedad”, respiración agitada, hipersensibilidad y sudoración excesiva, la intervención de apoyo ha estado mucho más centrada en el arraigo corporal, incluso evitando la concentración en la respiración, ya que ésta aumenta la sensación de “aire” y falta de control sobre el cuerpo, propia de un ataque de ansiedad. El terapeuta fungirá como parte del entorno apoyador, ya sea tocándolo (con previa autorización por parte del paciente), haciendo ejercicios de fuerza muscular y poniendo sus manos sobre los pies del paciente para que éste sienta su peso. También es de mucha utilidad apoyarse con el contacto visual y en la voz.

Es requisito indispensable que el terapeuta cuente con un buen nivel de autoapoyo para así ser el mejor instrumento de ayuda en la intervención. Una vez que el paciente logra recuperar el “control de su cuerpo y respiración”, se trabaja con la posibilidad de regresar la atención a ésta última para trabajar junto con el “grounding” la recuperación de sensaciones y emociones alienadas.

### **Apoyo para la perturbación de la función personalidad**

Como hemos visto anteriormente, las referencias del pasado y pasado inmediato se ven colapsadas en la experiencia histórica, la persona se siente imposibilitada para recuperar sus estrategias previas de resolución de problemas, presentando confusión en el autoconcepto.

Las intervenciones que han apoyado a recuperar gradualmente esta función han sido todas aquellas afirmaciones que le demuestren al paciente “todo lo que si hace y ha hecho” durante el proceso terapéutico. (Vázquez, 2006) menciona que si recuperamos la confianza en uno mismo, recuperar la fe en las propias capacidades sólo es posible con un buen apoyo terapéutico. El terapeuta necesita estar atento cuidando los “detalles” en el campo. No se trata de resolverle al paciente los problemas, no se trata de aconsejarle o decirle lo que tiene que hacer; esto, lo único que haría sería aumentarle más su falta de confianza en sus propios recursos. Cuidar los “detalles” significa creer en la propia capacidad del paciente, valorar su esfuerzo, disfrutar con su presencia, entusiasmarse con sus aportaciones, ver siempre lo bueno y lo “creativo” de sus acciones, hayan sido acertadas o no.

Si el paciente tiene la sensación de “yo no soy una persona capaz de hacer”, el terapeuta si cuenta con la posibilidad de ver lo que éste va haciendo, apoyando hasta el más mínimo detalle en donde muestre su capacidad de hacer y ser.

Quizás las referencias del pasado no las tengamos accesibles en este momento, pero la historia que se va co-construyendo en el encuentro paciente-terapeuta, es un gran punto de apoyo para el restablecimiento de esta función.

### **Apoyo para la activación de la función yo**

Una vez dado el restablecimiento de las funciones ello y personalidad, la función yo recupera la capacidad de elegir ante la variedad de posibilidades que ofrece el entorno, en otras palabras, realizar ajustes creadores que lleven al paciente a tener nuevas soluciones y actualizar su experiencia.

El terapeuta como entorno apoyador, será un *yo emergente* en un principio para el paciente, promoviendo el nivel de riesgo necesario para la novedad y el crecimiento. El terapeuta deberá poner a disposición del paciente las diferentes posibilidades que lo ayuden a reactivar su capacidad de elegir bajo un entorno seguro considerando la toma de riesgos hacia un camino al crecimiento y al contacto.

Al igual que en el restablecimiento de las otras dos funciones del *self*, el terapeuta necesita estar atento a los detalles del campo traducidos en pertenencia, redes de apoyo familiares y sociales. Haciendo presencia ante la gran ausencia del campo al que pertenecemos.

Como conclusión provisional, como terapeutas debemos optar por la supervisión, “existe un paralelismo entre lo que se actualiza en terapia y lo que se actualiza en la supervisión, el campo es semejante. En supervisión con más apoyo, terapeuta y supervisor intentan dejar que se actualice lo que en el encuentro terapéutico no se ha desvelado plenamente” (Francesetti, 2015)

El tema sobre la experiencia histórica queda abierto, sigue siendo un desafío la comprensión de dicho fenómeno que no es un tema del universo femenino solamente, sino del campo del cual todos formamos parte.

## **Bibliografía**

Cardona, R. (s/f) La flor más bella del ejido. Recuperado en la red: <http://raices.com.mx/tienda/revistas-morelos-REH005>

Casarotti, H. (2006) La realidad de la histeria en la evolución de la psiquiatría. Rev Psiquiatr Urug 70 (2): 109-117. Recuperado en la red: <http://spu.org.uy>

Francesetti, G. (2015). De la sintomatología individual a los capos psicopatológicos. Hacia una perspectiva de campo sobre el sufrimiento clínico. *Figura fondo*, Año XVII. Número 38. México: Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt A.C.

Francesetti, G. Gecele, M. y Roubal, J. (2013) Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP

Freud, S. (2016) El caso Dora. Fragmentos de análisis de un caso de histeria. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1981), Obras Completas. Tomo I. Cuarta Edición. Traducción directa del alemán por Luis López-Ballesteros y de Torres. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva

Martínez, M. (2017). Fibromialgia. El dolor incomprendido. México: Penguin Random House Grupo Editorial

Morrison, J. (2015). DSM-V Guía para el diagnóstico clínico. 1ª. Edición. México: Editorial El Manual Moderno

Perls, F.S, Hefferline, R. Y Goodman, P. (2001) *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle-Inclán, Colección Los Libros del CTP

Vázquez, C. (2014). *Sin ti no puedo ser yo. Pensando según la Terapia Gestalt*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP

Robine, J.M. (2016). *El self. Una polifonía de terapeutas gestálticos contemporáneos*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP

Robine, J.M. (2012). *El cambio social empieza entre dos. Ensayos y conferencias*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP

Vázquez, C. (2014). *Sin ti no puedo ser yo. Pensando según la Terapia Gestalt*. Madrid: Asociación Cultural Los Libros del CTP

Vázquez, C. (2006). *El Apoyo Terapéutico en la Terapia Gestalt*. Revista Figura/fondo No. 21. México: Instituto Humanista de psicoterapia Gestalt.