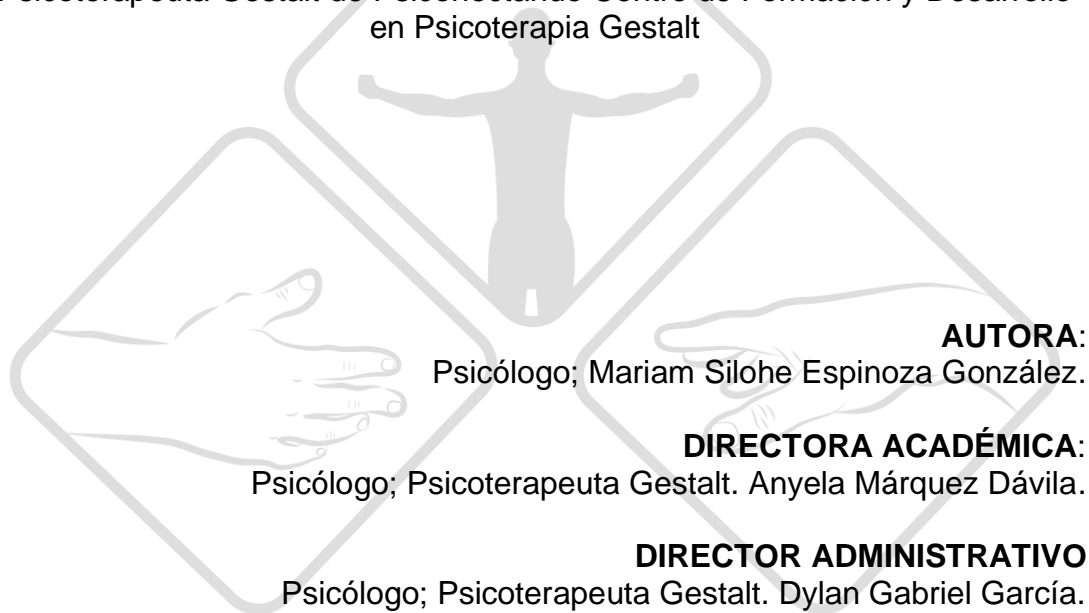


PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE SÍNTOMAS
SOMÁTICOS: ESTUDIO DE CASO**

Tesina de la cohorte 2021-1 de la formación para Facilitador
Psicoterapeuta Gestalt de Psiconectando Centro de Formación y Desarrollo
en Psicoterapia Gestalt



AUTORA:

Psicólogo; Mariam Silohe Espinoza González.

DIRECTORA ACADÉMICA:

Psicólogo; Psicoterapeuta Gestalt. Anyela Márquez Dávila.

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

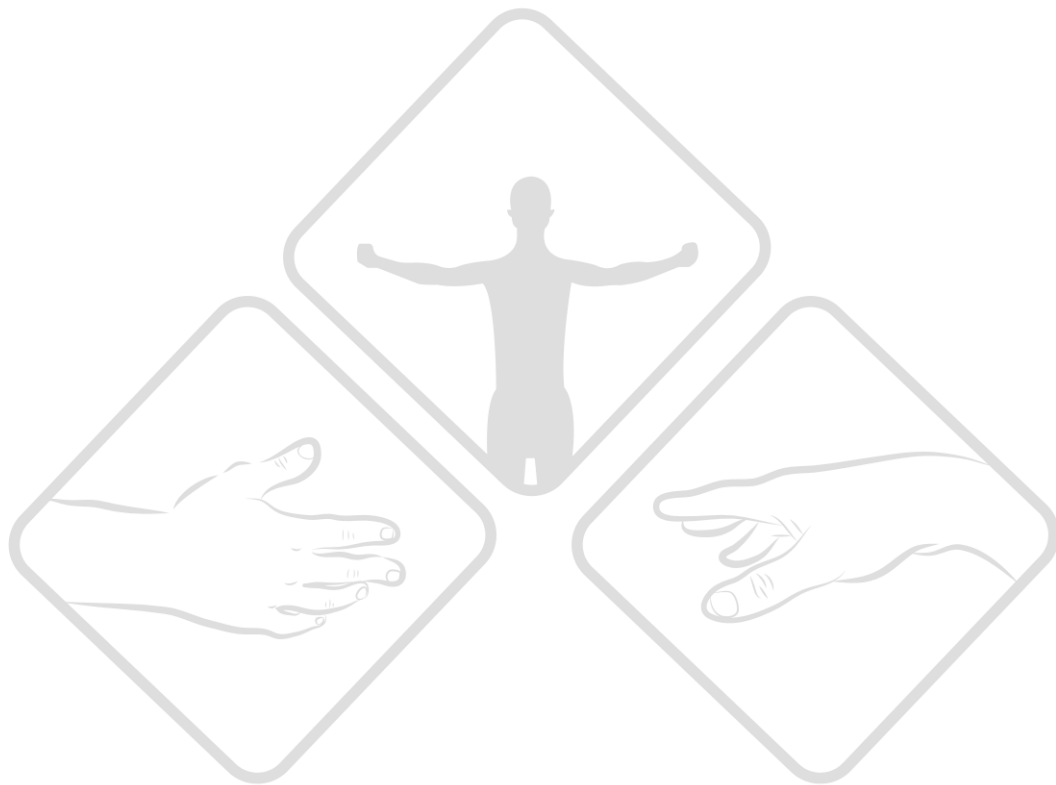
Psicólogo; Psicoterapeuta Gestalt. Dylan Gabriel García.

Táchira, Venezuela
Septiembre, 2023

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Si el dolor está presente en la vida, lo sano es sentir ese dolor

(Francesseti, 2019)



PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

AGRADECIMIENTOS

*A mi luna, por alumbrar mí camino.
A mis tormentas, por hacerme más fuerte.
A mi mapa y mi brújula, por guiarme sabiamente.
Y al trece, por llenarme de suerte.*



PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Índice general

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I	10
PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN CONTEXTUAL	10
Descripción de la Situación Contextual	10
Propósitos de la Investigación.....	15
Propósito General	15
Propósitos Específicos	15
Importancia de la Temática	16
CAPITULO II	19
PERSPECTIVA TEÓRICA.....	19
Antecedentes	19
Marco Teórico	22
Trastorno de Síntomas Somáticos	22
Criterios Clínicos de Diagnóstico	23
Síntomas	24
Causas	25
Sufrimiento.....	25
El sufrimiento desde una perspectiva fenomenológica-gestáltica	27
Causas del Sufrimiento	29
Manifestaciones Cognitivas, Conductuales y Emocionales del Sufrimiento	32
El Sufrimiento dentro de la Psicoterapia Gestalt.....	39
Dolor	40
Clasificación del Dolor	41
Manifestaciones Cognitivas, Conductuales y Emocionales ante el Dolor.....	44
El Dolor en la Psicoterapia Gestalt	48
Dolor psicológico.....	50
Causas del Dolor Psicológico	50

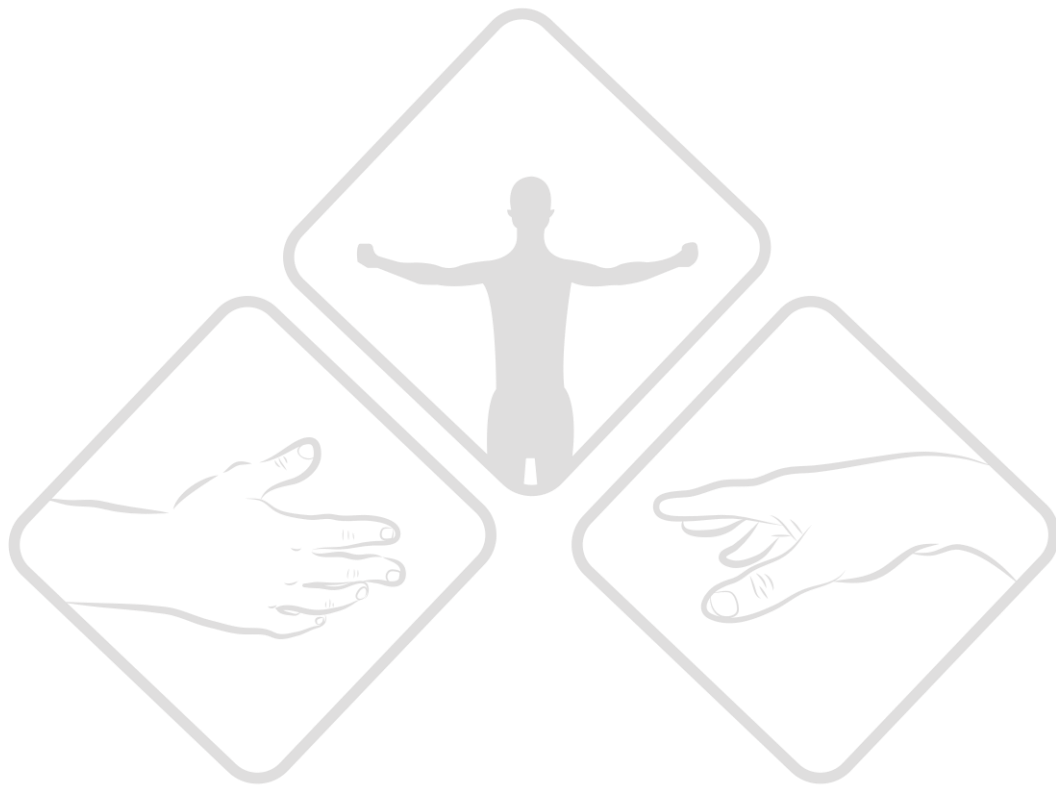
PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Manifestaciones Cognitivas, Conductuales y Emocionales del Dolor Psicológico	52
CAPITULO III	54
METÓDICA	54
Método de la Investigación	54
Tipo de Investigación	55
Muestra.....	56
El informante Clave Único.....	56
Consideraciones Éticas.....	59
Escenario de Investigación	60
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	62
Procedimiento para la interpretación de los hallazgos	65
CAPITULO IV	67
ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	67
Matriz del Informante Clave “x”	68
Descripción General	74
Síntesis Integradora.....	79
Aportes	85
REFERENCIAS	87
ANEXOS	92

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Matriz del Informante Clave "X"	66
Cuadro 2. Triangulación.....	75



PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Autora: Mariam Espinoza
mariamsi04jb@gmail.com
Fecha: SEPTIEMBRE, 2023.

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE SÍNTOMAS
SOMÁTICOS: ESTUDIO DE CASO**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comprender los aspectos psicológicos presentes en el Trastorno de Síntomas Somáticos. Dicho estudio se enmarcó bajo una investigación cualitativa, haciendo uso del método fenomenológico-hermenéutico y paradigma interpretativo, mediante un estudio de caso único, considerándose como muestra el informante clave "X". La técnica principal de la investigación se basó en la observación participante, teniendo como instrumentos de recolección de datos el diario de campo, la entrevista individual y registro auditivo de las sesiones. La interpretación y análisis de los datos se llevó a cabo mediante la triangulación de la información, por la cual se obtuvieron los aportes y conclusiones del estudio, finalizando con las referencias y anexos que soportan la investigación.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Síntomas Somáticos, Manifestaciones psicológicas, Funciones del Self, Terapia Gestalt

INTRODUCCIÓN

El ser humano desde el momento de su nacimiento desarrolla consigo habilidades que le permiten sobrevivir al ambiente, habilidades físicas, cognitivas, conductuales y emocionales las cuales utilizará como organismo para desenvolverse en su día a día. Estas capacidades llevan consigo la autopercepción y confianza en sí mismo, además de la manera en como contactará con su ambiente y percibe su realidad.

Cuando estas habilidades y capacidades se encuentran perturbadas, el desenvolvimiento de una vida satisfactoria será más complicado, dichas perturbaciones pueden ocurrir por eventos desfavorables, traumáticos o difíciles de atravesar. Uno de estos eventos puede ser considerado la pérdida de la salud física, que conlleva a su vez un declive en la salud mental, como lo es en el presente caso de estudio.

Por ende, cuando el organismo afronta un diagnóstico desfavorable en cuanto a su salud comienzan los cambios y alteraciones en sus cogniciones, conductas y emociones, que desde la mirada fenomenológica gestáltica, se traducirán en las Funciones del Self. No obstante, cuando este diagnóstico no es certero, se abre consigo una experiencia de Síntomas Somáticos, lo cual crea en el individuo sufrimiento, Dolor y Dolor Psicológico.

Dado a ello, se pretende abordar la situación descrita anteriormente a través de un estudio de caso, donde el informante clave "x", permitió a la investigadora el acercamiento a su patología a través de diversas sesiones de psicoterapia, que ayudarán a conformar la investigación propuesta con el objetivo de comprender los aspectos psicológicos presentes en el trastorno de síntomas somáticos.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Abordando así la investigación desde una mirada fenomenológica gestáltica, y apoyándose en otros autores y conceptos que permitirán el acercamiento completo a la experiencia para su entendimiento. Teniendo entonces una investigación estructurada en IV capítulos. De los cuales, el primer apartado comprenderá de abordar la situación contextual, para poder delimitar los propósitos de la investigación y la importancia de la misma.

Seguidamente a través del segundo capítulo la investigadora contrastará los antecedentes encontrados relacionados con el objeto de estudio, además de un cumulo de temas y subtemas principales que enriquecerán la investigación de sustento teórico para su mejor entendimiento. En continuidad, el capítulo tres estará dispuesto a explicar la metodología de la investigación, encontrando allí la naturaleza de la misma, el tipo de estudio, descripción del informante clave "x" y las técnicas e instrumentos utilizados para recopilar la información necesaria.

Por último se refleja el análisis de los hallazgos obtenidos a través de la triangulación de la información para su mejor comprensión, extrayendo los aspectos más significativos relacionados con los objetivos para poder obtener resultados precisos sobre las hipótesis planteadas, finalizando así con los aportes y conclusiones obtenidos luego de hacer toda la revisión y análisis correspondientes.

CAPITULO I

PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN CONTEXTUAL

La psicología se considera una ciencia que estudia el ser humano, su comportamiento y procesos cognitivos, parte de distintas corrientes que permiten un acercamiento más próximo al entendimiento del ser y de la vida misma, para ello, se puede apoyar en la exploración, análisis y estudios de caso, como es el referente de la presente investigación. A continuación se desarrolla la misma a través de un enfoque cualitativo. En este primer capítulo se determina lo que sería el problema de la investigación, que según Hernández, Fernández y Baptista (2014) “plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación.” (p.33)

Descripción de la Situación Contextual

Desde el momento de su nacimiento, el ser humano comienza a desarrollar habilidades físicas, conductuales, cognitivas y emocionales que le permiten adaptarse y sobrevivir en su entorno. Un individuo sano adquiere capacidades que le ayudarán a enfrentar las distintas etapas de la vida, como el crecimiento, el aprendizaje, la asistencia a la escuela, el establecimiento de relaciones de pareja y la transición a la vida adulta. Estas capacidades son esenciales para llevar una vida satisfactoria; Así mismo, la autopercepción del individuo y la confianza en sus habilidades juegan un papel crucial en este proceso.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Siendo así, una persona que reconoce sus propias capacidades y tiene certeza en sí mismo, en su cuerpo, pensamientos y emociones, puede afrontar las situaciones de la vida con precisión y seguridad de una forma oportuna para el crecimiento del ser. Esta autopercepción y reconocimiento le permite establecer relaciones significativas, conectarse con el mundo que le rodea y mantener un vínculo saludable consigo mismo, pudiendo distinguirse como un ser compuesto por un cuerpo, pensamientos, conductas y emociones con las cuales transitará a lo largo de su vida, pudiendo actualizarse y desarrollarse cada día más.

Sin embargo, en ocasiones, las personas pueden perder esta seguridad o forma de percibirse durante su proceso de desarrollo, debido a que el ser humano se enfrenta a desafíos que pueden poner a prueba sus habilidades y confianza, o bien, existen situaciones de la vida que alteran esta percepción a raíz de experiencias desfavorables o difíciles de afrontar, como lo son los traumas. Por lo cual, no siempre es posible salir ileso de estas, y en algunas ocasiones, dichas situaciones pueden dejar una marca en la personalidad del individuo, afectando su percepción de la realidad, su comportamiento, pensamientos y emociones.

Tomando en cuenta ello, se manifiestan los problemas al momento de relacionarse, una vez dicha percepción es alterada por una experiencia, el sujeto cambia su modo de vincularse y sus funciones cognitivas, emocionales o comportamentales pueden verse alteradas. En este mismo sentido, la persona (organismo), desde el aspecto psicológico se conforma por todas estas características, con las cuales puede ir hacia el ambiente y hacer contacto con sus necesidades (llámese ambiente a todo aquello que no es organismo, sino que rodea a este, por ejemplo, otras personas, situaciones o cosas) y justo en ese momento se crea el proceso de Self.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

En efecto, en la Psicoterapia Gestalt se conoce el Self, según Perls F.S., Hefferline R.E. y Goodman P. (1951) como “el Self se sitúa en la frontera del organismo, pero esta frontera no está aislada del entorno; contacta con el entorno; pertenece a ambos, al entorno y al organismo” (p.189) Por lo tanto, el Self, es un sistema de contactos, integra siempre las funciones perceptivas y musculares y las necesidades orgánicas. De forma que es consciente y orienta, agrade y manipula, siente emocionalmente el carácter apropiado del entorno y del organismo.

Así mismo, Dan Bloom (2016), explica “El Self organiza las percepciones, las propiocepciones, las necesidades biológicas, las emociones, las experiencias. Es -la función de contactar el efímero presente real-” (s/p) Es decir, este componente distingue cómo el individuo se relaciona con sí mismo y con el ambiente al momento de hacer algún contacto en dicha frontera. Cuando se encuentran alteradas las funciones del Self, las cuales son denominadas: Función Personalidad, Función Ello y Función Yo, este contacto puede ser poco beneficioso para el organismo.

En este sentido, las alteraciones en las funciones del Self pueden ocurrir por distintas razones, como se mencionaba anteriormente, y estas quedan ahora fijadas en la Función Personalidad como un nuevo aprendizaje o modo de percibir la realidad, lo cual cambian la manera en que la persona puede pensar, sentir o actuar consigo mismo y con el ambiente. Una de las formas en las que puede ocurrir la alteración en dichas funciones es cuando la salud del ser se encuentra en riesgo, por ejemplo, en la percepción de la vida ante noticias desalentadoras debido a una enfermedad y/o diagnósticos que suponen un cambio radical en la forma en que se vive el día a día.

Por ello, Dante (2023) describe “La salud mental y física se relacionan debido a que ambas influyen en el ser humano en una mayor o menor

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

medida. Una mente saludable hace que el cuerpo funcione mejor y un cuerpo sano genera bienestar emocional.” (s/p). De manera que se entiende que es necesario contar con el cuerpo en condiciones saludables para así complementar la salud mental y el bienestar del ser en las distintas áreas de su vida, teniendo así una forma de interactuar con el ambiente y permanecer en armonía con el organismo a su vez.

A propósito del tema, se presenta un estudio de caso en el cual el organismo ha sido marcado de forma negativa ante el diagnóstico erróneo de una enfermedad neurológica que afecta la movilidad del cuerpo, siendo diagnosticado Espondilolistesis en una mujer joven. Para contextualizar, la Espondilolistesis es definida por García (2019) como “el desplazamiento de una vértebra sobre otra, provocando fricción en los huesos y dolor intenso ante ello” (s/p) el pronóstico de dicha enfermedad no es muy alentador, esperándose dolores crónicos intensos, hormigueos, inmovilidad de algunas partes del cuerpo y como única solución la intervención quirúrgica.

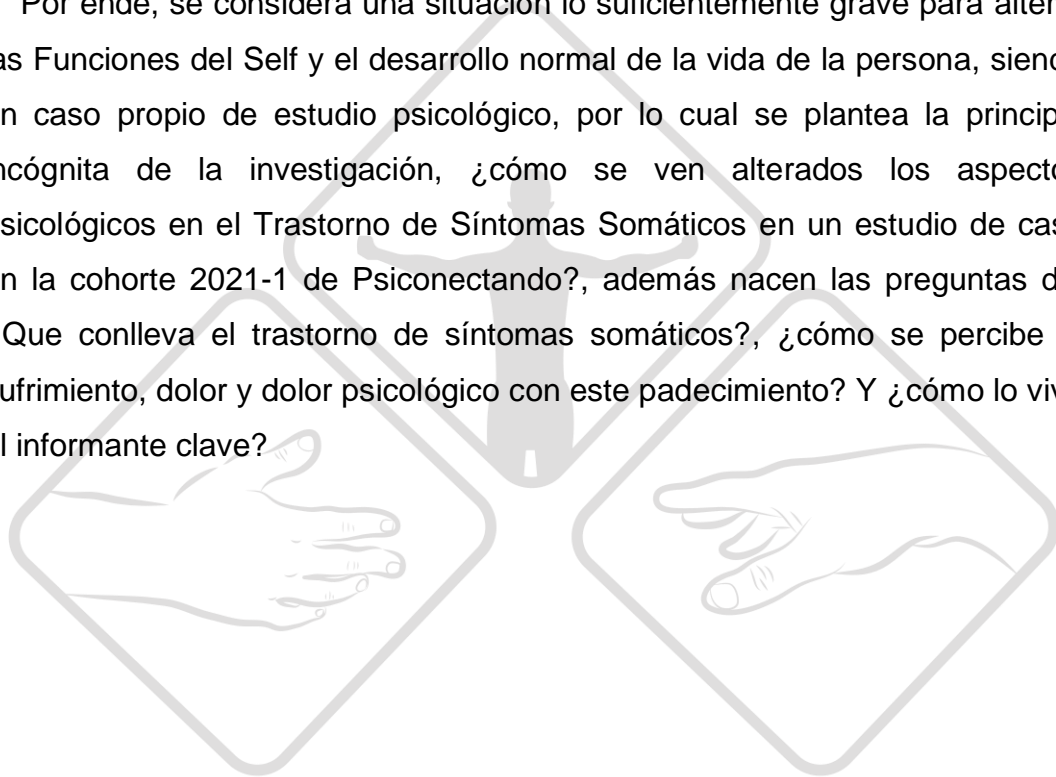
De este modo, al plantearse dicho diagnóstico en una persona joven antes saludable y con una vida corriente, se crea un impacto psicológico tan grande que puede alterar las funciones cognitivas, conductuales y emocionales del ser, es decir, las funciones del Self; teniendo como consecuencia una forma de hacer contacto menos beneficiosa para el organismo. El mayor problema de dicha situación en el caso particular del informante clave “x” ocurre cuando, tras siete años del diagnóstico inicial se descubre que este no era el indicado, y en sí, la persona efectivamente se encuentra sin lesión neurológica, más sin embargo sintiendo dolor real.

Toda esta situación que el informante vivió y vive aún tras siete años desde su diagnóstico de espondilolistesis, creó alteraciones en la percepción de sí mismo y de cómo siente su cuerpo, creando un Trastorno de Síntomas

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Somáticos, ya que al no existir presencia real de la lesión, más sin embargo un organismo predispuesto a ello y un ambiente que orillo al sujeto a creerlo, el dolor físico y malestar emocional están presentes de forma real en el sujeto, alterando por completo la forma en cómo vive su vida. Tal como se mencionaba anteriormente, la experiencia generó un impacto tan grande que cambió la forma en cómo se auto percibe.

Por ende, se considera una situación lo suficientemente grave para alterar las Funciones del Self y el desarrollo normal de la vida de la persona, siendo un caso propio de estudio psicológico, por lo cual se plantea la principal incógnita de la investigación, ¿cómo se ven alterados los aspectos psicológicos en el Trastorno de Síntomas Somáticos en un estudio de caso en la cohorte 2021-1 de Psiconectando?, además nacen las preguntas de: ¿Que conlleva el trastorno de síntomas somáticos?, ¿cómo se percibe el sufrimiento, dolor y dolor psicológico con este padecimiento? Y ¿cómo lo vive el informante clave?



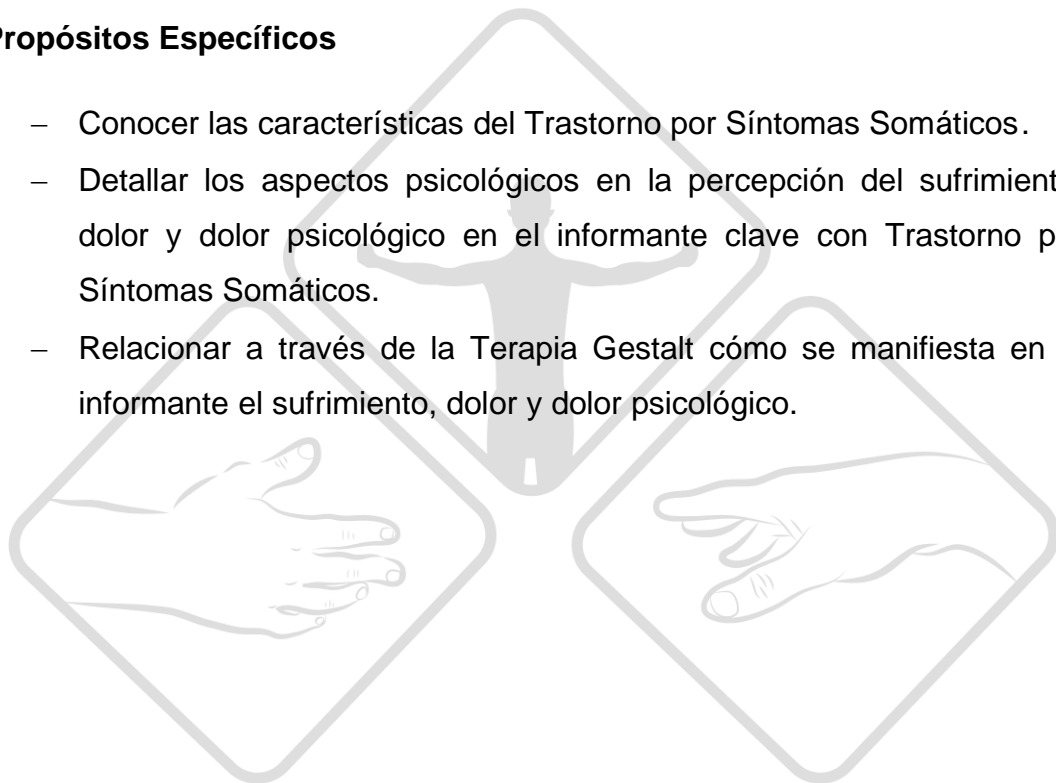
Propósitos de la Investigación

Propósito General

- Comprender los aspectos psicológicos presentes en el Trastorno de Síntomas Somáticos a través de un estudio de caso.

Propósitos Específicos

- Conocer las características del Trastorno por Síntomas Somáticos.
- Detallar los aspectos psicológicos en la percepción del sufrimiento, dolor y dolor psicológico en el informante clave con Trastorno por Síntomas Somáticos.
- Relacionar a través de la Terapia Gestalt cómo se manifiesta en el informante el sufrimiento, dolor y dolor psicológico.



Importancia de la Temática

El estado de salud físico y mental del ser humano es un componente básico para el bienestar y desarrollo del sujeto en su ambiente, permite al organismo tener seguridad de sí mismo, de sus habilidades y capacidades para hacerle frente a la vida y a las situaciones que se presenten en ella, manteniendo un contacto sano y acorde a sus necesidades. Cuando esto no ocurre, el individuo padece de malestar psicológico, su calidad de vida se ve deteriorada, su relación con el ambiente es conflictiva, y su misma percepción, aprendizaje, comportamientos o emociones se convierten en un campo de batalla, llenos de sufrimiento o dolor que no permiten el desarrollo óptimo del ser ni el disfrute de su vida.

Por lo tanto, se considera necesario y de gran importancia poder investigar y abordar lo qué ocurre cuando se encuentran alteradas las Funciones del Self en un organismo, y en este caso, con mayor prioridad ante un estado de salud mental deteriorado a causa de un error en el diagnóstico de una enfermedad neurológica, dónde no solo se ve alterada la cognición del informante clave sino también sus sensaciones y comportamientos, creando con ello la experiencia de síntomas somáticos y teniendo como consecuencia la dificultad para vivir una vida con normalidad, estando sujeta a dolores, pensamientos de insuficiencia y culpa.

En este sentido, la investigación que se plantea permite entender cómo se desenvuelve a nivel cognitivo, emocional y conductual el organismo que atraviesa dicha experiencia y su vida ha dado un total cambio negativo a partir de allí. Es de hacer notar que la realidad psicológica va mucho más allá de un malestar momentáneo, y de cómo en la persona se puede crear una

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

situación traumática llena de sufrimiento que altere la percepción de sí mismo y de sus capacidades, modificando también la realidad de su ambiente. De ahí que el Trastorno de Síntomas Somáticos se haga presente en dicho estudio de caso y genere ahora mayor confusión y frustración en el individuo, quien no tiene la culpa en el ajuste que su organismo tuvo como única opción hacer.

En este orden de idea, la presente investigación se justifica desde tres perspectivas, cómo lo son la teórica, la práctica y la metodológica. Desde la dimensión teórica, la investigación presente expone algunos puntos importantes al considerar los aspectos teóricos y conceptuales revisados que darán respuesta a las interrogantes planteadas en el contexto investigativo, indagando sobre el trastorno de síntomas somáticos y los aspectos psicológicos del ser humano bajo una mirada Gestáltica, ahondando en los conceptos del Self y sus funciones, relacionándolas también con el dolor y sufrimiento.

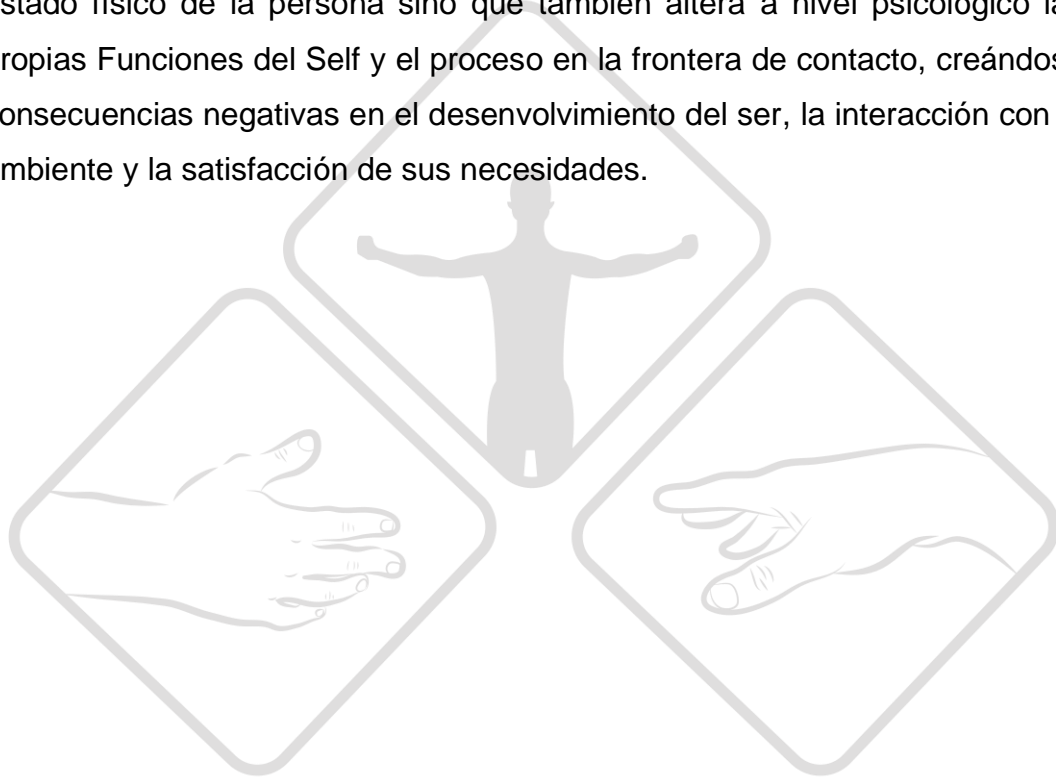
En la dimensión práctica, se intenta dar una visión sobre lo que acontece en relación con el Trastorno de Síntomas Somáticas causado en un informante clave con un diagnóstico inexacto de espondilolistesis, tratándose de un estudio de caso psicológico supervisado y abordado desde la psicoterapia Gestalt. Asimismo, permite destacar las herramientas, recursos y técnicas desarrolladas y aplicadas durante las diferentes sesiones en las que el informante clave “x” participó de forma voluntaria y permitió el acercamiento con la situación contextual.

En tercer lugar, desde la perspectiva metodológica; la investigación se justifica por la estructura y la funcionabilidad que aporta los estudios documentales, se asumió el enfoque de investigación cualitativo, con método fenomenológico y paradigma interpretativo, a través de un estudio de caso,

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

en el que además se constituye en referente para otros investigadores sobre el tema objeto de estudio.

Finalmente, el estudio que se propone es un tema de gran relevancia en los momentos actuales, pues los trastornos somáticos se encuentran presentes en la población y muchas veces aparecen a raíz de diagnósticos equivocados, como lo es el caso presente, dónde no solo se condiciona el estado físico de la persona sino que también altera a nivel psicológico las propias Funciones del Self y el proceso en la frontera de contacto, creándose consecuencias negativas en el desenvolvimiento del ser, la interacción con el ambiente y la satisfacción de sus necesidades.



CAPITULO II

PERSPECTIVA TEÓRICA

Continuando con el desarrollo de la investigación se avanza al segundo nivel o capítulo dos, en este capítulo se describe en mayor profundidad conceptos, investigaciones y leyes que puedan servir de sustento para el problema investigado y su resolución desde una perspectiva teórica. Arias (2006) describe “El marco teórico o marco referencial, es el producto de la revisión documental–bibliográfica, y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar.” (p.58)

Antecedentes

El desarrollo de investigaciones previas, permiten conocer que tanto se ha escrito sobre el tema en estudio, a esto se le llama también antecedentes. Tal como lo señala Arias (2016) “Se refiere a los estudios previos y tesis de grado relacionadas con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con el problema en estudio”. (p.62) Por lo que se presentan a continuación algunas investigaciones que pueden servir de referencia para el apoyo y sustento de la presente.

En primer lugar López, J. (2011) presentó su tesis doctoral en la Universidad de Valencia titulada “Delimitación Diagnóstica y Clínica del Trastorno de Somatización” donde el propósito general de la misma consistió en disponer de indicadores fiables y de aplicación sencilla en la práctica clínica para identificar personas con Trastorno de Somatización o en riesgo

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

de padecerlo. Dicha investigación fue abordada metodológicamente desde el enfoque cuantitativo, de tipo exploratoria con una muestra de 105 personas tomadas del servicio de salud mental de Albecete.

Para la investigación se aplicaron como método de recolección de información 10 tipos distintos de pruebas psicométricas, que permitieron obtener conclusiones concisas sobre el trastorno, teniendo que las personas que padecen del TS son reconocibles por un alto grado de patología y sufrimiento psicológico, además de un alto grado de sintomatología depresiva y como punto resaltante, los pacientes tienden a interpretar sus síntomas como debido a una enfermedad orgánica no diagnosticada (convicción de la enfermedad) y buscan soluciones principalmente médicas.

En concordancia, este antecedente tiene relación directa con la presente investigación debido a su compuesto teórico, dónde se explica y delimita de forma clara y precisa todos los factores relacionados con el Trastorno de Somatización los cuales encajan de forma pertinente con los datos obtenidos durante las sesiones con el informante clave, quien presenta los síntomas indicados para diagnosticar el trastorno a raíz de su experiencia con un diagnóstico equivocado.

Por otra parte, Méndez, J. (2019) realizó en la Universidad Católica del Norte una investigación titulada “Dolor Psíquico: una mirada a su condición actual” la cual tuvo por objetivo examinar las bases neurobiológicas del dolor físico y psíquico. En la misma se empleó un enfoque cualitativo, siendo una investigación de tipo documental y bibliográfico, por lo cual la recolección de información se basó en la revisión exhaustiva de estudios previos sobre el tema. Se concluyó a través del estudio que el dolor psíquico es tan real como otras formas de dolor, siendo posible la existencia del dolor psicológico sin dolor físico, pero nunca al contrario, acompañado casi siempre de angustia y

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

síntomas depresivos que alteran el estado neurobiológico del ser.

De esta forma, la investigación de Méndez es utilizada como antecedente debido a su conceptualización teórica sobre el dolor psicológico y su concordancia con el dolor físico, información que aporta rigurosidad a la investigación presente al familiarizarse con lo estudiado en los objetivos de la misma, dónde se estudian los aspectos psicológicos del sufrimiento, dolor y dolor psicológico, además de su riqueza en consultas bibliográficas que sirven de aporte también en futuras investigaciones sobre el tema.

Por último, se tiene la investigación de Hoyos, G. y Castillos, A. (2008) titulada “El impacto emocional del dolor y la enfermedad” en la cual se propone como objetivo específico estudiar el impacto que genera el dolor asociado a una enfermedad orgánica en la estructura emocional y psicológica de la persona. Dicha investigación fue abordada metodológicamente desde el enfoque cualitativo, de tipo documental y de campo. La conclusión del estudio arroja un alto grado de correlación entre el dolor asociado a la enfermedad y el deterioro de la salud emocional en el ser, de forma que, cuando el cuerpo se encuentra afectado por una patología que genere dolor, emocionalmente la persona será agraviada.

Siendo así, la investigación descrita anteriormente se utiliza como un antecedente al detallar en ella la relación entre el dolor asociado a una enfermedad y su incidencia en el estado emocional de una persona, afectando negativamente en el desenvolvimiento del ser y a su vez en sus funciones cognitivas y comportamentales. En este caso, se utiliza su contenido teórico y análisis de resultados como sustento de la investigación, estando de acuerdo en la gravedad del impacto que genera el dolor y la enfermedad en el estado emocional del ser humano.

Marco Teórico

Trastorno de Síntomas Somáticos

El trastorno por síntomas somáticos corresponde a la clasificación de trastornos mentales caracterizados por la somatización de una enfermedad, existan o no síntomas físicos comprobables. En este sentido Fiertag, Taylor, Tareen & Garralda (2014) definen “La somatización describe una constelación de características clínicas y conductuales que indican que una persona está experimentando trastornos psicológicos a través de síntomas físicos (somáticos) no explicados por los hallazgos patológicos” (s/p) por lo cual la persona atribuye estos síntomas a una enfermedad física o médica.

Siendo así, en los trastornos somatomorfos, hay un foco importante en los síntomas físicos, como dolor o fatiga, hasta el punto en que causa una gran angustia emocional y problemas para desenvolverse en la vida diaria, y estos pueden o no tener otra enfermedad asociada con estos síntomas, pero la reacción a los síntomas no es normal. Vicent (2022) define el trastorno por síntomas somáticos como “se caracteriza por múltiples síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas. Los síntomas no se producen o simulan intencionadamente” (s/p).

Debido a esto, se expone que el dolor psicológico puede expresarse como síntomas físicos, somáticos. Para ello, Fred (2019) describe “en muchas ocasiones los síntomas físicos y psíquicos interactúan, ya que en realidad ninguna enfermedad es puramente física o psicológica—después de todo, no podemos separar el cuerpo de la mente” (s/p) Por lo tanto, en pacientes que presenten de manera reiterada con síntomas físicos (especialmente, pero no

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

de forma exclusiva), y estos carezcan de explicación médica, será fundamental tener en cuenta el malestar psicológico subyacente

Criterios Clínicos de Diagnóstico

Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de síntomas somáticos (antes conocido como Trastorno de Somatización) son:

- Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria
- Pensamientos, sentimientos o comportamiento excesivo relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
 1. Los pensamientos son desproporcionados y persistentes considerando la gravedad de los propios síntomas.
 2. Desproporcionada preocupación sobre la salud o los síntomas.
 3. Se dedica tiempo y energía excesivos a estos síntomas o a la preocupación por la salud.
- Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses)

Dentro de esta clasificación del DSM 5, el trastorno se puede clasificar si existe o no un dolor físico real que predomine en la sintomatología, si es persistente (siempre está presente o se detiene por periodos de tiempo), y finalmente según la cantidad e intensidad de los síntomas que el paciente presente se puede considerar como leve, moderado o grave.

Por otra parte, la CIE-10 describe los trastornos somatomorfos como:

- Repetidas presentaciones con síntomas físicos

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- Solicitar repetidamente investigaciones médicas a pesar de resultados negativos y a pesar de ser asegurado que no hay una enfermedad física
- El paciente a menudo se resiste discutir la posibilidad de una causalidad psicológica.

Síntomas

El síntoma principal del Trastorno de Síntomas Somáticos es la manera en la que una persona se siente y se comporta en respuesta a estas sensaciones físicas. Para poder realizar un diagnóstico seguro estas reacciones deben persistir por 6 meses o más. Así mismo, a nivel emocional una persona con este trastorno puede sentir ansiedad extrema con respecto a los síntomas de su enfermedad y sentir preocupación por que los síntomas ligeros se conviertan en algo peor.

Por otra parte, las personas que padecen de este trastorno suelen acudir al médico para realizarse múltiples pruebas y procedimientos, pero no creer en los resultados si son normales, o sentir que el médico no toma sus síntomas con la seriedad suficiente o no ha hecho un buen trabajo para tratar el problema; por lo tanto, el paciente pasa demasiado tiempo y energía pensando en su enfermedad, comienza a tener alteraciones en el pensamiento, comportamientos y emociones relacionados a sus síntomas o enfermedad que le impiden seguir con la normalidad de su vida.

Para Dominic (2018) "Cuando el trastorno de síntomas somáticos acompaña a otro trastorno médico, los pacientes reaccionan por demás a las implicaciones de la enfermedad médica" (s/p) Esto quiere decir, que si una persona ha tenido una enfermedad y se ha recuperado por completa de esto, el trastorno por síntomas somáticos provocará que este continúe comportándose cómo si aún estuviera enfermo, sintiendo sus síntomas

físicos y/o psicológicos. Cabe resaltar que los síntomas físicos generalmente corresponden a cansancio o fatiga por encima de los niveles normales y dolores corporales.

Causas

La causa exacta del trastorno de síntomas somáticos no es clara, sin embargo existen factores que pueden predisponer a la persona a sentirlo, tales como:

- **Factores genéticos y biológicos:** como mayor sensibilidad al dolor, enfermedades o lesiones corporales.
- **Influencia familiar:** que puede ser genética, ambiental o ambas
- **Rasgo de negatividad en la personalidad:** que puede impactar en la forma en que identifica y percibes la enfermedad y los síntomas corporales
- **Menor percepción de las emociones o problemas para procesarlas:** lo que provoca que el foco sea los síntomas físicos en lugar de los problemas emocionales
- **Diagnóstico previo:** por ejemplo, cuando la persona ha sufrido de alguna enfermedad grave cuyos pronósticos suelen ser negativos (cáncer, lesiones, parálisis, etc.) la persona internaliza la enfermedad al punto de así esta se encuentre en remisión o haya sido curada, psicológicamente continuará con la preocupación y síntomas asociados.

Sufrimiento

Darle una definición concreta al sufrimiento es una tarea difícil, partiendo del hecho de que el sufrimiento puede ser concebido desde diferentes epistemes y aun así, encontrar diversas definiciones dentro de una misma corriente, crea un panorama abierto y complejo para el entendimiento del

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

mismo. Podrían proponerse diferentes conceptos que se acerquen a la realidad estudiada, sin embargo, dependerá del lector y su intencionalidad al obtener el conocimiento para poder darle un sentido a lo aprendido.

A pesar de que existe este complejo primer encuentro con el sufrimiento, hay algo que si puede dejarse en claro, el sufrimiento corresponde a un malestar psicológico, debido a que el sufrimiento no es dolor (será explicado más adelante) siendo que el dolor puede sentirse y ubicarse físicamente, medirse, palpase, el sufrimiento por otra parte, no. Si bien, es algo inerte al dolor –o quizá- un antes o después del dolor en sí; por lo cual es muy importante hacer esta distinción para empezar a conceptualizarlo más sencillamente.

De esta forma, para Ángeles (2012) el sufrimiento es “una angustia emocional, social o espiritual que lleva a una persona a sentirse triste, asustada, deprimida, ansiosa o sola” (s/p). Este concepto permite ver al dolor como un agente emocional, social o incluso espiritual, sin embargo, su definición radica más en los síntomas que parece tener y no en el contenido del mismo, es decir, mirar el sufrimiento es mirar aquello que siente en el momento en que lo siente, y no las razones del por qué.

Por otra parte Pérez y Gardey (2011) denotan “El sufrimiento es el padecimiento o la pena que experimenta un ser vivo. Se trata de una sensación, consciente o inconsciente, que aparece reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad.” (s/p). De manera que, la definición anterior, expone nuevamente el sufrimiento como algo que se padece, una “pena” que se traduce en sensaciones que terminan traducándose nuevamente en síntomas. No obstante, este concepto agrega de forma más cercana la “consciencia o inconsciencia” de dicho estado psicológico.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

En palabras de la investigadora, se plantea entonces el sufrimiento, visto desde estas epistemes generales, como un estado psicológico cargado de sensaciones desagradables, que se asocian al dolor, tristeza o pena, y que, pareciese que incluso para el ser humano es difícil entenderlo en sí mismo y más aún, procesarlo.

El sufrimiento desde una perspectiva fenomenológica-gestáltica

Ahora bien, tomando en cuenta lo anterior, se procede a observar el sufrimiento no desde una vista genérica o basada en síntomas, sino más bien a través de los ojos de la fenomenología y de la Terapia Gestalt. Por lo tanto, etimológicamente, la palabra sufrimiento viene del latín *su-ferre* y significa “llevar con uno mismo”, por lo que se habla de un “algo” que se lleva, se carga e incluso puede llegar a pesar, y ese algo es precisamente lo que genera el sufrimiento. Es aquí dónde para entender el sufrimiento, se necesita conocer sobre psicopatología y la experiencia del ser humano.

En palabras de Civatti (citado en Francesetti, 2019) “La psicopatología es un área disciplinaria variada y debatida en la que coexisten perspectivas diferentes y a veces contradictorias sobre los fenómenos de la psiquis” de esta forma, la psicopatología intenta explicar y entender que ocurre cuando es la mente quien padece o sufre un fenómeno, no obstante, estos fenómenos se encuentran ligados a la experiencia o experiencias que se pudieron vivir para generar dicho sufrimiento.

Siendo así, Guzmán y Saucedo (2015) definen “La experiencia es el resultado de una relación que el sujeto tiene con algo que no es él, una relación con algo que tuvo lugar en él y después de la cual ya no es él mismo” (s/p) por lo cual se plantea que la experiencia es una situación o vivencia del sujeto con el entorno, de forma que es co-creada, como así lo

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

determinan Perls, Hefferline y Goodman (1951) “la experiencia se da en la frontera-contacto entre el organismo y su entorno”

Así mismo, como lo expone Etienne (2019) “La experiencia no se ubica “dentro del individuo” y tampoco “fuera”. Está más bien en la intersección entre el organismo (persona) y su ambiente (contexto)” (s/p) todo ello quiere decir que la experiencia necesita ser vivida desde dos perspectivas, siendo el sujeto que la vive y el entorno (situación, persona, cosa) que la recibe y co-crea la experiencia. Francesciti (2019) explica “Experimentar requiere una desestructuración de lo que se encuentra y una nueva experiencia, quien integra la novedad que se encuentra al dejarse transformar por ella y asimilarla”

Sin embargo ¿Qué ocurre cuando la experiencia no es asimilada? Una experiencia puede ser asimilada gracias a la desestructuración y comprensión de la misma, además del apoyo que se pueda conseguir en la misma, llámese a apoyo como Posner, L (1992) lo describe “Son necesarias las funciones de apoyo para el proceso de contacto. Si estas no son suficientes, la experiencia no se puede atravesar”. Cuando esta no puede ser atravesada, y por lo tanto concluida y asimilada, se mantiene como algo abierto a la espera de una conclusión” y es ese “algo” que al describir el sufrimiento se trata de lo que se lleva consigo, sin forma, sin asimilación y generando malestar.

Por lo tanto, para reunir las piezas anteriores y poder dar una definición, Francesetti (2019) explica “el sufrimiento, es decir, la manera de llevar sobre uno mismo lo que no ha asimilado, es por tanto la ausencia” de forma que, en correspondencia la ausencia es la presencia de algo que no fue asimilado, que no tiene forma, un callejón sin salida, un algo que se lleva

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

consigo mismo generando malestar sin poder haber sido procesado, es decir, el sufrimiento.

De modo que, para la fenomenología gestáltica, el estudio de la psicopatología sirve para comprender las formas y los procesos del sufrimiento humano, siendo el sufrimiento el factor que lo hace patológico o nocivo, una experiencia que no se asimiló, que no presenció apoyo, y que en el aquí y en el ahora genera malestar. Es importante entender, que sufrimiento no es en sí la patología, no podría llamarse al sufrimiento un “trastorno”, no obstante, éste estado patológico puede desencadenar en diversas experiencias depresivas, ansiosas, de la conducta alimentaria, de la personalidad, entre otras, que sí conforman como tal patología a comprender.

Causas del Sufrimiento

Continuando con la mirada fenomenológica gestáltica, de aquí en adelante observaremos el sufrimiento como esta experiencia no asimilada que se lleva consigo mismo, que no sostuvo apoyo y está llena de ausencia. Por lo cual, el sufrimiento puede ser causada de diversas formas desde la etapa infantil hasta la vida adulta, Bellod (2020) explica “El sufrimiento tiene que ver con diferentes adversidades infantiles como pueden ser: el miedo, el rechazo, el abandono, el descuido, la soledad, la pérdida, el maltrato y el abuso” (s/p) de modo que Francceseti lo divide de la siguiente forma:

- **Las experiencias de descuido:** son cuando hay una carencia en las necesidades básicas y/o emocionales del niño/a, falta la presencia de un “otro” (pérdida, miedo, luto, rechazo, frustración, falta de amor...). Puede que los padres no estén físicamente presentes y/o no estén

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

emocionalmente disponibles. También puede haber algún tipo de separación traumática.

- **Abuso:** de cualquier tipo (emocional, psicológico, sexual), el niño es invadido y no puede hacer nada, muchas veces no se da ni cuenta de que está ocurriendo, es confuso para el niño.
- **Violencia, maltrato:** aquí el niño si se da cuenta de que lo que ocurre no es bueno.

Estas experiencias de dolor por sí solas no son psicopatológicas, son experiencias de la vida, el sufrimiento aquí surge cuando estas por su tonalidad suelen ser experiencias en las que el niño no tuvo apoyo, o si llegara a suceder en la vida adulta, persona que lo experimenta no puede asimilar la experiencia, no pudo tener apoyo para sostenerla, y le toco llevarse consigo mismo un algo sin forma que no puede ser digerido.

Así pues, lo que conocemos como el sufrimiento psicopatológico es la manera que tenemos de llevar el dolor no atravesado, es un modo de llevar nuestras experiencias no asimiladas que generan sufrimiento. Es un ajuste creativo que busca la autorregulación del individuo para adaptarse y sobrevivir a un contexto difícil en el que hubo una ausencia.

Diferencia entre Sufrimiento y Dolor

Una vez contextualizado y conseguido definiciones acertadas la investigación sobre el sufrimiento y sus causas, es importante poder hacer la distinción entre ella y el dolor. Aunque se mencionó desde un inicio que el dolor no es lo mismo que el sufrimiento, puede ser un concepto que entre líneas se pierda o malinterprete, ya que si bien, los “síntomas” o efectos son parecidos entre ellos, suelen confundirse en uno solo, pero esto se necesita separar. Por lo que Vázquez Bandín (Citada de Francesetti, 2019) presenta:

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Quiero señalar que el sufrimiento no es dolor. El dolor es físico, y nos indica que hay algo en el cuerpo que está enfermo. Con este indicador buscamos la manera de solucionarlo o, si no es posible, una manera de eliminarlo o anestesiarlo. El dolor es presencia. El sufrimiento, que es eminentemente psicológico, es ausencia. Nos falta alguien (no algo) para que llene el vacío y la soledad. Es la dificultad o la imposibilidad de llegar a otro porque es, lo hemos hecho o se ha hecho, inalcanzable.

De dicha forma, esto parece una distinción muy clara, y lo más específico del asunto es: el dolor es presencia, el sufrimiento es ausencia. De la ausencia nace la psicopatología, de la presencia se puede vivir el dolor y con un apoyo digno atravesarlo y encontrar belleza en él. Por lo que, sentir dolor no es psicopatológico y es una experiencia a la que todos estamos innegablemente destinados a vivir en algún momento, de forma que en la Terapia Gestalt del siglo XXI, no hablamos de psicopatología sino de sufrimiento.

Asimismo, entre otras diferencias podemos concebir que el sufrimiento se establece en el ser una vez vivida la experiencia no asimilada y se quedará allí hasta que logre tener un ambiente que lo sostenga, y logre dar luz a ese sufrimiento así sea a través de la carne de otro, pues de otra forma, quedará en la persona generando malestar indefinidamente. Por el contrario, el dolor, es una experiencia que genera malestar por el tiempo que el dolor amerite necesario, este dolor, con el tiempo se actualizará y transformará la experiencia en un ajuste creativo (funcional o no) que le ayude a avanzar de él.

Por lo tanto, la liberación del sufrimiento si desemboca en el dolor, Francesetti (2019) “el momento en el que el terapeuta está presente en la

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

ausencia, ésta ya no está ausente, el dolor se despliega, toma una nueva vida en la carne de los dos, los dos se vuelven más vivos” lo cual quiere decir que el sufrimiento deja de ser sufrimiento y se transforma en dolor una vez puede ser visto, apoyado y asimilado. Esta presencia ayuda a distinguir el dolor del sufrimiento psicopatológico.

Manifestaciones Cognitivas, Conductuales y Emocionales del Sufrimiento

Como se ha venido desglosando, el sufrimiento corresponde a las experiencias no asimiladas que generan conflicto en el ser, son aquellas que se llevan consigo sin tener forma, comprensión o poder salir a la luz. No es para menos que esta carga emocional y psicológica altere el funcionamiento normal de la psiquis y de sus funciones, pudiendo afectar en la vida de la persona a través de cómo piensa, actúa o cómo se siente.

Por lo tanto, una persona con sufrimiento puede, si no se presta la presencia suficiente, ocultar su sufrimiento a través de ajustes conservadores, generalmente disfuncionales, es aquella que a simple vista vemos y no se reconoce su sufrimiento, pues ni la persona misma entiende qué es lo que lleva consigo, y por ende a diferencia del dolor, no puede sentirlo. De pronto, se ven reflejadas en la persona con sufrimiento pensamientos, conductas o emociones que o bien son disfuncionales, o son ajenas al Yo Ideal, propuestos por Perls, que en palabras de Altamira (2017) el Yo Ideal “funciona como motivador en cada persona, para llegar a un estado que en el presente no es, es decir, son todas esas características que la persona desea tener, pero que en el presente todavía no tiene” (s/p).

De forma que, al existir sufrimiento, existe patología, y la patología no permite acceder en su camino al Yo Ideal, ya que este, al contrario, funciona

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

como un Yo Falso, que aleja al individuo de su propia imagen, este Yo Falso incluye todo aquello que no se quiere reconocer cómo propio, que evita y que por ende, conduce al organismo a relacionarse de forma disfuncional con el ambiente, a través de mecanismos de resistencia, funcionamiento límite o en su mayor grado, a través de la psicosis. Por lo que, aunque se puede definir cuáles son las manifestaciones, dependerá del funcionamiento en el aquí y el ahora que el organismo presente para mostrar unas u otras.

Siendo así, se procede a indagar sobre las manifestaciones del sufrimiento que pueden existir en el comportamiento a nivel psicológico. En primer lugar Gardiola (2023) define las funciones cognitivas básicas como “aquellas funciones que nos ayudan a recoger, analizar y filtrar la información que después será utilizada por el resto de las funciones cognitivas del cerebro” (s/p), estas corresponden a la atención, memoria, orientación visoespacial y visoperceptivas; También existen funciones cognitivas superiores, que son aquellas más complejas utilizadas como el lenguaje, el pensamiento y la función ejecutiva, que dictamina qué hacer con lo ya aprendido.

Las funciones cognitivas corresponden entonces a todo el material que ha sido aprendido e internalizado a lo largo del aprendizaje y que forman parte del ser, en palabras gestálticas, las funciones cognitivas son contactos descontados, experiencias y aprendizajes que fueron asimilados e integrados a la *Función Personalidad*, Vázquez Bandín (2013) describe de la función personalidad:

Es lo que yo sé, con razón o sin ella, de mí, de mi experiencia, es eso que yo pienso que soy yo, (¡lo que no quiere decir que yo sea eso!) es eso que yo pienso que soy yo. La función personalidad designa la representación, no siempre consciente, que yo me hago de mí misma. Es así que se fija la experiencia en su puesta potencial en palabras.

Por lo tanto tenemos que la función personalidad está en relación directa con la posibilidad de hacer contacto con el entorno en función de lo ya conocido: introyectos, valores, creencias, deberías, entre otros. Se transforma entonces en conocimientos anteriores que serán usados ahora en las experiencias presentes y con ellas la relación con el ambiente. De forma que:

Manifestaciones cognitivas ante el sufrimiento

A nivel cognitivo, la persona que carga consigo sufrimiento lleva una experiencia que genera desagrado al ser, es un proceso incompleto que no se pudo asimilar, por lo tanto, existe una alteración cognitiva sobre cómo ve el mundo, ya que este se mira con ojos de aquello que no puede ser comprendido. Francesetti (2019) explica con respecto al sufrimiento y trauma “No pudiendo ser asimilado en primer lugar produce hiperexcitación, es decir, un alto nivel de alarma (...) en segundo lugar, produce disociación, es decir que la pone fuera de juego de la experiencia sin que sea asimilada”

Por lo tanto, la persona que lleva consigo el sufrimiento puede desenvolverse en su personalidad con alarmas, esperando siempre lo peor de la situación y sin tener una forma clara de hacerle frente, o bien, en el sentido contrario crear una experiencia disociativa, donde la experiencia de alguna forma se vive pero no se “está” la persona puede pasar a través de su vida en un “modo automático” no sintiendo realmente su experiencia. En este caso se pueden ver claramente alterados los procesos de memoria, atención a los estímulos, la orientación de sí mismo y de la realidad, incluso llegar a las alteraciones de los sentidos en las experiencias más psicóticas.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

De esta forma, sería común encontrar con personas que padecen sufrimiento patológico formas de pensamiento desorganizado, dificultades para expresarse con plenitud y deterioro en sus funciones ejecutivas (querer hacer algo pero no saber cómo). Su función personalidad se puede encontrar en una especie de aplanamiento o congelamiento que no le permite utilizar sus recursos al máximo para vivir el presente, o por el contrario, vivir en un nivel de hiperexcitación que de igual forma hará pasar el presente por alto.

La función personalidad se encuentra dentro del ciclo de contacto asociada a los “post contactos” pues se dice que una experiencia puede ser vivida, atravesada y asimilada para que en el post contacto se integre a la función personalidad y añada espacio en el Self, por ende, al ser el sufrimiento una experiencia que no pudo ser asimilada esta nunca llega al post contacto, y se genera un estancamiento que no permite integrar del todo una nueva forma de relacionarse con el ambiente.

Manifestaciones Emocionales ante Sufrimiento

Las emociones corresponden a todo aquello que sentimos cuando se percibe una sensación, estímulo, o experiencia que haga que el organismo deje de estar en reposo, ya que está activa un algo. Andrade (2004) describe “La emoción suele comprenderse como una manifestación fisiológica, afectiva y cognitiva muy intensa ante un estímulo interno o externo, que puede representarse -y significarse- como placentero o displacentero para el sujeto.” (s/p). Por lo tanto, en concordancia con el paradigma gestáltico, las manifestaciones emocionales se traducen a la Función Ello.

Para ello Jean Marie Robine (1997) destaca “es la función que concierne a la emergencia de la necesidad más próxima: necesidades, deseos, pulsiones, apetitos, situaciones sin acabar. Es esencialmente una función

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

que se despliega en el cuerpo, instante en instante, y se manifiesta a través de sensaciones”. De modo que el ello son aquellas cosas que podemos sentir, desde necesidades básicas del organismo cómo alimentarse, tener sed o querer ir al baño, también presenta las emociones, el sentir dolor, alegría, frustración, y todas aquellas sensaciones que despliegan emociones.

Así mismo, Para Giorgiana (2021) la función ello “se refiere a la capacidad del organismo de hacer contacto con el entorno: el fondo de la experiencia es sensorial y obedece a las sensaciones orgánicas corporales que son percibidas en el mundo interno” (s/p). Ahora bien, para abordar las emociones dentro del sufrimiento se presenta una paradoja, puesto que ¿si el sufrimiento corresponde a una experiencia no asimilada, por lo tanto ausencia, cómo existiría la presencia de una sensación?

La respuesta planteada por la investigadora es que no la hay, si el sufrimiento es patológico, no se puede sentir, puesto que esté estará tan encerrado en la pérdida de la ausencia que no podrá en efecto salir a la luz y darse a conocer, es precisamente esto lo que lo hace patológico. Por lo tanto, será común encontrar dentro de las personas que padecen sufrimiento una Función Ello ausente, desensibilizada, sujetos que no “sienten” su sufrimiento, no son capaces de si quiera percibir el estímulo y el impacto que genera en su vida partiendo de que no se conoce cómo procesar la experiencia a raíz de otra que no fue asimilada.

Finalmente se plantea entonces que en las manifestaciones emocionales del sufrimiento se encuentren “no manifestaciones” personas neuróticas que no puedan hacer contacto con los estímulos y lo que generan; o por otra parte, personas que se han disociado hasta llegar a un funcionamiento psicótico que de igual forma les impide ver con claridad cuáles son las necesidades del cuerpo o sus sensaciones. Por un camino u otro, el sujeto

es incapaz de reconocer en ocasiones su propio cuerpo, su necesidad, el poder entender, palpar, y dar significado a la sensación.

Manifestaciones Conductuales del Sufrimiento

En lo que respecta la conducta se considera como todo aquello que la persona puede hacer, se refiere a su comportamiento y forma de dirigirse hacía una acción y completarla. Fernández (1990) describe “La conducta es una manera en que una persona puede manifestar sus pensamientos (expresión de la mente) a través de su comunicación con el medio externo. Ésta es regida por las actitudes y motivaciones del sujeto en sus relaciones interpersonales.” (s/p). De esta forma, la conducta se convierte entonces se encuentra ligada con los conocimientos previos y las acciones que hago con base en ellas con una nueva experiencia.

Seguidamente, al observarlo desde la mirada gestáltica las manifestaciones conductuales hacen referencia a lo que es la Función Yo del Self, para ello Vázquez Bandín (2013) tiene “La función yo es la acción que surge desde el fondo de la función ello en acción, es el aspecto del contactar que incluye la discriminación, la orientación, la alienación y la identificación” por lo cual expresa una capacidad diferente, más viva y se refiere a la habilidad de percibir, dejarse impactar y reconocer e identificar los elementos del campo en el presente para nutrirse y poder elegir desde una perspectiva de estar en conciencia en el “aquí y ahora”.

Tomando en cuenta esto, se tiene que cuando existe el sufrimiento, la función personalidad se encuentra “disociada” esto significará que no hay un respaldo de información claro que oriente o dirija la acción basada en experiencias anteriores, ya que estas no fueron asimiladas, por lo tanto ya de por sí las manifestaciones de la conducta serán inconclusas. Así mismo, al

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

preconcebir que en el sufrimiento la Función Ello está parcialmente anestesiada, no existirá estímulo suficiente que sea capaz de activar la fuerza motivadora del Yo.

Por ende, sería común en personas con sufrimiento patológico, encontrar una Función Yo débil, sin motivación para ir hacia o completar una acción, al no tener codificaciones previas sobre cómo hacerlo y además estímulos anestesiados, es probable que la persona simplemente no actúe, se encontraría en el ciclo de contacto detenida en la toma de contacto, ya que quizá se llegue a un darse cuenta de la situación y pueda elaborarse una movilización potencial, sin embargo si la Función Yo no está lo suficientemente constituida puede no llegar o completar la acción para hacer una toma de contacto completa y poder dirigirla a un post contacto.

Se podría entonces presenciar en manifestaciones de la conducta como aquellas acciones que se proponen más nunca se realizan (así el individuo lo desee) o de realizar, abandonarlas o dejarlas incompletas. Es probable que dentro de este ciclo existan muchas interrupciones creadas por el mismo sufrimiento que hace que la energía quede detenida en esta fase en cuanto a dicha función sin llegar a ser consciente, es decir, el sujeto no conoce la razón por la cual sucede esto.

En estos casos también se puede presentar y desarrollar la abulia, anhedonia, y experiencias como la depresión, que Navarra (2012) describe como “un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por la desmotivación, un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.” (s/p). Por otra parte, Vázquez Bandín (citado en Francesetti, 2019) describía esta situación cómo “cuando existe sufrimiento, somos menos libres, estamos menos vivos, menos existentes, menos presentes de

lo que nos permitirán los límites y las potencialidades de la situación presente.

El Sufrimiento dentro de la Psicoterapia Gestalt.

Cómo se pudo apreciar en los últimos apartados, se ha intentado comprender en profundidad a qué se refiere el sufrimiento, desde su conceptualización gestáltica, hasta sus componentes psicológicos manifestados a través de pensamientos, conductas y emociones (funciones del Self) esto permite un acercamiento con dicho estado psicológico, no obstante, no es lo mismo conocerlo teóricamente a sus manifestaciones dentro del espacio terapéutico.

Si bien el sufrimiento representa una experiencia que no fue asimilada, gran parte de su consolidación o incapacidad para asimilarla fue la falta de apoyo por parte del ambiente, un algo o alguien que pudiese estar para el organismo para sostener y atravesar dicha experiencia. Por lo tanto, ya que el paciente que sufre lleva consigo este padecimiento, se amerita que en terapia el terapeuta pueda no solo acompañar, sino compartir con él su sufrimiento, y así darle presencia.

En caso de no ser así, el sufrimiento podrá emerger aún más fuerte, Francesetti (2019) explica “Uno de los factores que pueden aumentar el sufrimiento es la incapacidad del terapeuta de considerar el sufrimiento del paciente como una experiencia con sentido” es decir, que si el terapeuta no mira con presencia y genuino interés el sufrimiento, este podrá seguir atascado y no terminar de ser procesado. Por lo tanto, desde la mirada gestáltica fenomenológica, el sufrimiento nace en el campo relacional y allí mismo se mostrará, no en uno solo, sino entre el campo co-creado por ambos.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Por lo tanto, en la terapia, el sufrimiento hará su presentación en el campo sensorial pático, será algo que tanto el paciente como el terapeuta puedan sentir, aun sin conocerlo, sin saber qué es lo que necesita, y dependerá de la presencia e intencionalidad del contacto del terapeuta poder descifrarla, darle apoyo y compartirla. Sin embargo, para el terapeuta poder comprenderla necesitará hacer uso de la fenomenológica en su máximo esplendor. Sentir la estética de la situación, tolerar la incertidumbre, ser curioso con la sensación más no identificarse en ella, y una vez el espacio y tiempo permita que surja, compartirla para darle presencia.

Francesetti (2019) expone “El trabajo está basado en la modulación de la presencia del terapeuta y no en el intento de cambiar la experiencia del paciente” por lo cual, se amerita deshacerse del deseo de resolver o de “salvar” al paciente de su sufrimiento. Lo que surge, tiene el objetivo de encontrar una forma de ser conocido, vivido y asimilado, y será el paciente – en compañía del terapeuta- que otorgue el significado del mismo, éste por su parte, será sensible a sentir lo que surge en el campo y atravesarlo juntos. Cuando hay presencia, el sufrimiento se transforma, y pasa de la ausencia muerta, a la belleza del dolor en la vida.

Dolor

Haber estudiado el sufrimiento en primer lugar, a pesar de su amplitud de información, permite poder ver al dolor de una forma más simplificada, puesto que ya en este punto se ha comprendido su diferenciación del sufrimiento y por ende, se puede lograr una aproximación teórica o conceptual más concreta. De igual forma, el dolor corresponde con la misma importancia a un componente psicológico que el organismo puede sufrir, con la diferencia tal vez de que éste no sólo es psicológico, sino que forma parte de las sensaciones del organismo, por lo tanto puede ser físico y localizado.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Cómo se mencionaba anteriormente por Vázquez, el sufrimiento es una ausencia, por lo cual no se puede sentir, es llevar algo que no fue asimilado. El dolor entonces es la contraparte, ya que cuando hay dolor hay sensación y si hay sensación hay presencia. Por lo cual se puede considerar como “dolorosa” la experiencia a nivel psicológico y fisiológico que ya ha sido asimilada, esto no quiere decir que no genere conflicto o malestar, pero que al menos éste se encuentra presente y consciente.

De esta forma, una definición expuesta por Marga (2016) sería “El dolor es una percepción sensorial, localizada y subjetiva con intensidad variable que puede resultar molesta y desagradable en una parte del cuerpo. El dolor es el resultado de una estimulación por parte de las terminaciones nerviosas sensitivas de la zona.” (s/p) En lo que esto refiere, se tiene al dolor como algo palpable, que puede ser definido y se expresa a través de una sensación en el cuerpo.

Desde la mirada fenomenológica gestáltica, se puede acervar que el dolor corresponde a la experiencia (traumática o no) que el organismo vivió, asimiló y pudo generar un post contacto, lo cual lo diferencia del sufrimiento donde queda la experiencia inconclusa, en el dolor no es así. No quiere decir, que porque el dolor haya sido una experiencia procesada sea menos importante o que no pueda desembocar en una patología, el dolor necesita de igual forma poder regular su presencia para crear ajustes creativos funcionales y positivos para el organismo.

Clasificación del Dolor

El dolor puede tener diferentes causas para aparecer, permanecer y sentirse, una forma de poder adentrarse en sus causas es haciendo la distinción entre el dolor orgánico y el dolor emocional. En primera instancia

se procede a describir los tipos y clasificaciones del dolor orgánico, Díaz (2005) expone “El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. Es el síntoma fundamental a seguir para un diagnóstico, que denota un problema en una zona, y su aparición alerta de la presencia de un problema o enfermedad.” (s/p) Por lo tanto tenemos que el dolor se puede clasificar:

A. Según su duración

1. **Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
2. **Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico..

B. Según su patogenia

1. **Neuropático:** Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Son ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia y la compresión medular.
2. **Nocioceptivo:** Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral que detallaremos a continuación.

3. **Psicógeno:** Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

C. Según la localización

1. **Somático:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).
2. **Visceral:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides.

D. Según el curso

1. **Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece.
2. **Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

E. Según la intensidad

1. **Leve:** Puede realizar actividades habituales.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

2. **Moderado:** Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
3. **Severo:** Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

Por otra parte, se puede clasificar y entender de forma precisa el dolor orgánico, con las clasificaciones anteriores se permite mirar a este sus etiologías y la comprensión de su magnitud. No obstante, cuando se habla de Dolor Psicológico o Emocional no se tiene la misma suerte. No existe forma de poder medir el dolor emocional que alguien puede sentir, si bien, el dolor es universal (todo organismo puede sentir dolor), es irrepetible (nadie siente de la misma forma que otro), lo que hace imposible clasificarlo.

Es importante entender que el dolor de causa orgánica no es excluyente del dolor emocional, ambos puede co-existir y encontrar formas diferentes de manifestarse, el dolor orgánico generalmente presentan punciones, hinchazón, hormigueos, ardor o molestias, mientras que el dolor emocional se expresa mediante estados de ánimo (tristeza, manía, frustración) y puede generar patologías en el comportamiento psicológico de quien lo padezca.

Manifestaciones Cognitivas, Conductuales y Emocionales ante el Dolor.

En el apartado anterior se pudo establecer definiciones de lo que respecta a qué son las cogniciones, conductas y emociones, por lo cual en este caso se procederá directamente al desarrollo de estas manifestaciones ante el dolor. Recordando de igual forma, que al hablar de las funciones cognitivas se refiere a groso modo a la Función Personalidad, las emociones y sensaciones corresponderán a la Función Ello y por último las conductas y acciones que se asocian a la Función Yo.

Además, es importante reconocer que se hará una aproximación con base en los conocimientos de las funciones del Self y lo que representa para el

Dolor en el cómo puede manifestarse o mostrar “síntomas”, sin embargo, cabe acotar que estos no son leyes universales, puesto que la manifestación psicológica puede variar ante el funcionamiento que presente el organismo en el presente, lo cual sí determinará su forma de pensar, sentir o actuar.

Manifestaciones Cognitivas del Dolor

El Dolor, antes conceptualizado como una experiencia que ha sido asimilada y con presencia cuyo post contacto genera malestar (orgánico o emocional) tiene una particularidad en su manifestación y es que éste si se ha logrado atravesar pero la experiencia misma de atravesarlo trajo consigo dolor. Por lo cual, en su función personalidad se ha guardado de alguna forma la asociación del dolor como parte inherente del proceso, y esto puede afectar en la forma en cómo se percibe o ante otras futuras experiencias.

Fuente (2018) explica “Las actitudes, rasgos, predisposición y estilos de afrontamiento repercuten directamente en nuestras experiencias de dolor. Por lo cual una persona que ya ha tenido contacto con el dolor tiene una idea preconcebida del mismo, lo cual afecta en su percepción” (s/p) así bien, esta percepción alterada podrá manifestarse en futuras experiencias de forma funcional o no.

Tomando esto en cuenta, podría ocurrir el fenómeno que García y Baltasar (2009) llaman como Catastrofismo “Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento” (s/p) debido a que se asume que toda experiencia será dolorosa, incontrolable y graves.

Dicho termino, catastrofismo, se podría ver presente en una manifestación cognitiva (alteración del pensamiento, percepción, atención, etc.) Del dolor,

sin embargo se hipotetiza que sería propenso a aparecer asociado a funcionamiento límite, dónde es precisamente la Función Personalidad, que se ausenta por completo y el individuo existe en la escisión negativa. Entonces de forma conclusa, el dolor es probable de manifestarse a través de la función personalidad cómo la ausencia de la misma.

Sin embargo, a pesar de que en los otros funcionamientos como el Neurótico, pueda estar presente la función personalidad, está se verá afectada por su aprendizaje del dolor, por lo tanto de igual forma es probable que su despliegue ante las nuevas experiencias sean disfuncionales, a través de la evitación, o en el peor de los casos, disociando al cuerpo mismo en una experiencia psicótica para no tener que vivir el dolor.

Manifestaciones Emocionales del Dolor

Se comprende entonces, que las emociones forman parte de la Función Ello, sus sensaciones y percepciones harán que este se manifieste de diferentes formas. En el sufrimiento se tenía una Función Ello totalmente anestesiada, ante la ausencia no había sensación, perturbación o síntoma que atender, no obstante, con el dolor es diferente. El dolor en sí ya es una sensación, es una presencia que genera malestar, es un Ello que está perturbado, por lo tanto en este estado, el Ello no se encuentra anestesiado.

Por lo tanto, cuando el Ello se encuentra presente se pueden sentir los síntomas del dolor (orgánico o emocional), se percibe el malestar que genera en el cuerpo generando incomodidad, cansancio, desgaste, frustración, si el dolor es orgánico puede afectar la forma en cómo la persona siente en el cuerpo el mismo (sentirlo mucho o desensibilizarlo) y en un dolor emocional puede causar periodos de tristeza prolongada, emociones asociadas con la rabia, desmotivación, depresión e incluso ansiedad.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Sin embargo, a pesar de que la Función Ello esté presente, no quiere decir que en todos los casos será funcional en su máximo esplendor, pues existen formas de querer evitar el dolor, García y García (2019) explican “El ser humano está programado para huir del dolor. El cerebro interpreta algo negativo y desarrolla una reacción natural de miedo que lleva a evitarlo y querer eliminarlo. Para ello, pone en marcha una serie de comportamientos que no tan adecuados” (s/p)

Por lo tanto, una persona que viva con Dolor y despliegue en sí un funcionamiento neurótico es probable que intente anestesiarse la Función Ello por medio de los Mecanismos de Resistencia (en este caso particular, la desensibilización) Yontef (2015) explica “se presenta en la negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente bloqueando la figura” por lo tanto, “anulando” la sensación del dolor como un ajuste para sobrevivir.

El problema en este caso surge cuando el organismo hace de este mecanismo un ajuste conservador y ya no es solo el dolor el que se desensibiliza sino todas las necesidades emergentes en el sujeto, al punto de ya no poder reconocerlas ni satisfacerlas. Esta forma de evitar, aísla al dolor y por lo tanto a la experiencia, lo cual podría convertirse en una falta de apoyo del ambiente (creada por el mismo organismo) y desembocar en una experiencia inconclusa no asimilada, es decir, sufrimiento.

No obstante, cabe recalcar que la desensibilización no es la única forma de evitar el Dolor, los sujetos en su funcionamiento neurótico pueden recurrir a los distintos mecanismos según el ajuste que sea más conveniente. Por ejemplo proyectar el dolor a través de otras personas o seres queridos (mascotas), confluir con el Dolor haciéndolo parte de sí mismo, retroflexionar aumentando el grado del dolor, entre otras muchas probabilidades.

Manifestaciones Conductuales del Dolor

Finalmente, en lo que respecta a la conducta el Dolor puede influir para el momento de la acción, si bien, en el sufrimiento la Función Yo se encuentra desmotivada, carente de una sensación que se transforme en un movimiento o acción, en este caso ante el dolor sí existe la sensación y por ende una reacción de la conducta. En primer momento, entendiendo que sí la Función Ello se encuentra anestesiada por algún mecanismo de resistencia, se comportará igual que ante el sufrimiento, sin un sentido para accionar, desmotivación y falta de energía para “ir hacia”.

No obstante, cuando la Función Ello sigue activa y el dolor puede ser propiamente sentido, se pueden experimentar sensaciones desagradables a nivel orgánico o emocional, el dolor, en algunos casos es inmovilizador. Por ende, aunque la Función Yo esté presente en el individuo, la gravedad del dolor puede limitar su acción. Es probable que la persona sufra frustración ante estas limitaciones que no permiten la expresión plena de su desenvolvimiento, y el hecho de realizar acciones pueda convertirse en una pesadilla.

Por ejemplo, aquellas personas que sufren de dolor constante, pueden perder funciones para movilizarse, desmotivación incluso para realizarlas, ya que se convierten en posibilidades que no son fácticamente posible. Todo dependerá por supuesto de cómo se manifiesta el dolor, sea orgánico o emocional, y la forma en la que el organismo con el ambiente lo afronte. En los casos más graves, puede conducir un funcionamiento Psicótico, dónde la Función Yo se vea ausente y el escape de la realidad sea el único ajuste viable del organismo para sobrevivir a su padecimiento.

El Dolor en la Psicoterapia Gestalt

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Cuando el dolor llega a la sesión de terapia, el paciente busca poder encontrar un lugar dónde desplegar ese dolor, a diferencia del sufrimiento, éste no es anestesiado, sí sale a la luz, sin embargo, de igual forma necesita del ambiente para darle sentido, para compartir su padecimiento, y sentir por un momento la validación del mismo a través de la presencia del terapeuta.

Es importante recordar cómo lo expone Vázquez (2013) “En una psicoterapia –fenomenológica y existencialmente orientada- lo opuesto al bienestar no es el dolor. El dolor es una parte intrínseca e irrenunciable de la vida. De nuevo, lo opuesto al bienestar es la ausencia” por lo tanto, el individuo que sufre dolor no está enfermo, su dolor será el camino para encontrar la forma de autorregularse y actualizar la experiencia.

Por lo tanto, el terapeuta Gestalt amerita recordar que el objetivo de la terapia no es “eliminar el dolor” del paciente, en cambio, tiene el deber ser el medio por el cual el paciente logre sentir el dolor para transformarlo, no evitarlo, pueda reconocerlo, adentrarse en lo profundo de él y darle un significado con el cual transitará el tiempo que sea necesario hasta aprender de él y poder actualizarlo de una forma más funcional para el organismo.

En este aspecto sobre todo es importante entender que existen dolores orgánicos y emocionales que son transitorios, dónde el acompañamiento y presencia de la experiencia serán el camino para su liberación, mientras que, en otras ocasiones, el dolor es más duradero, a veces imposible de eliminar, y es allí donde el abandonar el deseo de resolver será más necesario que nunca, puesto que dicha lucha podría generar mayor malestar. En palabras de Francesetti (2019) “Si el dolor está presente en la vida, lo sano es sentir ese dolor”

Dolor psicológico

Anteriormente se ha podido describir y diferenciar el sufrimiento del dolor, entendiéndose el dolor cómo una sensación y percepción física de malestar. Sin embargo, también existe el Dolor Psicológico, que en palabras de García y Baltasar (2009) este es “ un tipo de malestar, incomodidad o padecimiento en general que no tiene una causa física, es decir, que no nace en los estímulos captados por los nervios que mandan señales de nuestro organismo hacia nuestro encéfalo.” (s/p)

Así pues, se trata de una experiencia desagradable que sí ha sido procesada más el resultado de su asimilación genera malestar emocional, no se atribuye necesariamente a una causa de dolor orgánico (aunque pueden estar ligados) y sus causas pueden ser diversas.

Esto significa, entre otras cosas, que puede existir dolor en el organismo de distintas formas, asociando el dolor físico o sensorial a aquel dolor orgánico que se representa como una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien, es un síntoma y a su vez el inicio del diagnóstico para una patología. Y por otra parte, se asocia el dolor psicológico al desagrado o malestar causado por una experiencia asimilada que resulta dolorosa y que no necesariamente corresponde al origen orgánico (por ejemplo, el dolor de un duelo). Ambos dolores son válidos y pueden existir en una persona relacionados entre sí (el dolor orgánico despierta un dolor emocional por la situación) o no estar relacionados en absoluto.

Causas del Dolor Psicológico

Existe una cantidad prácticamente ilimitada de situaciones externas o internas que pueden generar que aparezca el dolor psicológico que en ocasiones puede llegar a ser insoportable. Se mantiene que el dolor

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

psicológico se asocia con la percepción del dolor cuando existe una patología o enfermedad de base que efectivamente genere un dolor real sensorial en el cuerpo, por lo cual, su causa generalmente es la somatización de dicha patología.

Por otra parte, según Peñaranda (2020) “las causas del dolor emocional son puramente psicológicas, y generalmente se asocian a algún tipo de experiencia estresante o aversiva, de origen generalmente ambiental” (s/p) por lo cual, la causa puede ser externa asociada a condiciones emocionales como la pérdida de un ser querido, rupturas y desengaños amorosos, peleas y conflictos serios con seres queridos, una situación de ruina económica, la pérdida del hogar, ya sea por una catástrofe o una situación de guerra, un cambio de ciudad, duelo, entre otras.

O en cambio, las causas pueden ser internas, como ciertas vivencias o interpretaciones que provengan de la persona misma, errores en la gestión de nuestros pensamientos e interpretaciones, ciertos rasgos de personalidad, alguna psicopatología, la pérdida de capacidades, la percepción de un fuerte deterioro físico, la aparición de una enfermedad grave, crónica o incluso terminal o procesamientos erróneos que generen desesperanza, miedos o un fuerte vacío existencial.

De forma que en la mirada fenomenológica gestáltica, se puede establecer el que dolor psicológico tiene componentes de sufrimiento, es decir, de situaciones en la cual el organismo no contó con suficiente apoyo para sobrellevar sus vivencias, la posible ausencia del ambiente, que generó que dicha experiencia no pudiese terminarse de asimilar. En este caso, tal vez el dolor físico pudo asociarse como parte de la experiencia, no obstante, el sufrimiento asociado a él sigue rodeado de ausencia y poca asimilación. Así mismo, este se convierte en un sufrimiento de gran intensidad permanente

o prolongado en el tiempo y supera las capacidades y recursos del sujeto que impide la autorregulación orgásmica.

Manifestaciones Cognitivas, Conductuales y Emocionales del Dolor Psicológico

Tomando en cuenta las anteriores definiciones y distinciones entre el sufrimiento y dolor, ya su vez el dolor psicológico, en esta índole se presenta una combinación de ambos, puesto que el dolor psicológico representa la presencia de una sensación real, asociada al dolor sensorial que quedó tras una experiencia que perjudicó el organismo, así mismo, este dolor psicológico se encuentra ligado con una parte ausente, que es lo que genera sufrimiento o lo que se desglosó como el malestar emocional causado por esa experiencia inconclusa, dónde aunque se pueda sentir físicamente el sufrimiento no se termina de asilar y asociar como tal.

Por lo tanto, si se habla de cómo se manifiesta en la conducta, en los pensamientos o en las emociones, se tratará de una combinación entre estos, por ello, a nivel cognitivo o de función personalidad la persona habrá integrado en sí la experiencia dolorosa, probablemente creando un post contacto, sin embargo este no llega a materializarse de forma completa, es decir, no ha llegado a la función personalidad todos los componentes correspondientes a la experiencia por lo cual, existen rasgos de ausencia y de sufrimiento, que es lo que general el dolor psicológico.

En este sentido, es probable que la persona pueda sentirse incomprendida, desubicada en el espacio o tiempo con relación a su dolor y cómo lo expresa en el ambiente, o inclusive ni siquiera poder expresarlo ya que teme ante la continuidad de la ausencia ante aquello que no tiene forma pero que sí duele. Desde otro punto, a nivel emocional o de función ello, esta

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

si se encontrará presente, a diferencia del sufrimiento, en el cual las sensaciones se encontraban totalmente anestesiadas ante la ausencia del ambiente y de la experiencia no asimilada, en este caso a plantearse como una experiencia que sí se asimiló pero no en todo su esplendor, la función ello puede verse activa, no obstante, es probable que sus emociones se encuentren en escisión constante ante la incertidumbre de su propio origen.

De esta forma, se puede predecir que una persona con dolor psicológico en su estado emocional es propensa a desarrollar trastornos del estado de ánimo, como depresión, ansiedad y otros que se conviertan en ajustes que puedan dar explicación a la sensación no completamente identificada. Por último a nivel conductual o de la Función Yo, se encuentra de igual forma un doble mensaje entre el dolor sensorial percibido y el sufrimiento patológico que guarda lo que se llevó de la experiencia.

En este sentido, la investigadora plantea que la función yo se encuentra en una constante lucha entre el querer accionar para satisfacer sus necesidades de ello (por ejemplo, querer hacer algo para no sentir dolor) y no hacerlo por no entender cómo lidiar con el vacío psicológico que se asocia a la experiencia inconclusa.

Dichos componentes presentes dentro del Self se verán manifestados o no según los ajustes que el organismo sufra para poder sobrevivir ante el ambiente, esto puede desembocar en diferentes funcionamientos o ajustes conservadores que incluso puedan generar más daño. Dependerá en sí en la forma en la que se aborde el Self y la intención que esto suponga.

CAPITULO III

METÓDICA

En el presente capítulo se pretende explicar el diseño metodológico de la investigación, describiendo la unidad de análisis utilizada para llevar a cabo la resolución del problema o hipótesis planteada, así como la presentación de las técnicas de recolección de datos y análisis utilizados en el trabajo. Sabino (2007) refiere que “En el marco metodológico se presenta como objeto proporcionar un modelo de verificación que permite constatar hechos con teorías, y su forma es la de una estrategia o plan general que determina las operaciones necesarias para hacerla” (p.147)

Método de la Investigación

Por lo tanto el método a escoger según la raíz de la investigación se enmarca bajo una investigación de enfoque cualitativo con método fenomenológico, en este sentido Martínez (2015), define la investigación cualitativa como aquella que “trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, es aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones” (s/p). Es decir, sustenta el saber del objeto de estudio desde los aspectos dialógicos, y en el contexto real, donde ocurren los hechos, su esencia radica en el análisis de cualidades.

Así mismo es oportuno destacar que la investigación cualitativa, desde su esencia se concibe como un proceso abierto que permite develar el contexto social y el vínculo con la temática de la investigación, se despliega o

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

rediseña de acuerdo con las situaciones relevantes que se van presentando. De igual manera, el método fenomenológico es descrito por Husserl (1998) como “pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos” (s/p). Por lo cual el objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno. Además, esta se sustenta en un paradigma interpretativo, el cual permite la interpretación y análisis de los hechos para su uso y aplicación.

Tipo de Investigación

En concordancia con lo anterior, se plantea la misma desde el tipo de un enfoque biográfico, para ello Taylor & Bodgan (1986) definen “El enfoque biográfico permite reconocer al saber individual un valor sociológico. Aquí, el objeto no es alguien a observar, a medir, sino un informador privilegiado que sabe mucho más y mejor sobre su propia vida que el investigador” (s/p) por lo tanto, llevarlo mediante este enfoque permite captar aquello que escapa a las estadísticas, a las regularidades objetivas dominantes y acceder de forma genuina a lo particular del ser, aquello que da esencia al fenómeno ocurrido en la realidad y que más importante que ser medido es poderlo conocer.

De esta forma, tratándose de un enfoque biográfico se realiza la investigación a través de un estudio de caso, este tipo de investigación permite entender el fenómeno más cercano basado en la historia de un solo individuo que manifiesta las variables a estudiar. Tal como lo puede definir Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) Los estudios de caso se pueden definir como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría”. (p.422)

Muestra

Con la muestra del estudio, se pretende conocer el sujeto de estudio y poder categorizarlo de manera más específica, Según el autor Arias (2006) define muestra como “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p.83) en este caso, debido a que la investigación se encuentra dentro de un enfoque biográfico de tipo estudio de caso no se manifiesta una población determinada, en su lugar, se utiliza la historia de vida del informante como único participante y por ende constituye la totalidad de la muestra.

En este caso en particular, el estudio de caso analizado y propuesto para la investigación refiere a la historia de vida de un informante que presenta un Trastorno de Síntomas Somáticos a raíz de un mal diagnóstico de Espondilolistesis, dónde a través de su narrativa y vivencias permitirá el acercamiento a los aspectos psicológicos más relevantes como los pensamientos, conductas y emociones que están relacionadas en la percepción del sufrimiento, dolor y dolor psicológico. Teniendo de esta forma una fuente de información concisa que será estudiada a lo largo de diversas sesiones para explorar y conocer la realidad de la situación y su influencia en las variables escogidas

El informante Clave Único

Continuando con el enfoque de un estudio biográfico y estudio de caso, se precisa la muestra correspondiente a un único informante, en esta investigación, se utilizará la historia de vida del informante clave “x”, que lleva consigo la historia de vida de una persona que ha sufrido las consecuencias de un mal diagnóstico de Espondilolistesis que durante muchos años sin

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

saberlo, desarrollo el trastorno de síntomas somáticos, lo cual interfirió en su calidad de vida.

En su descripción física se trata de paciente femenina de 27 años de edad, de contextura delgada y estatura pequeña, su apariencia no corresponde con su edad cronológica puesto que luce de menor edad. De tez blanca, ojos marrones y cabello castaño, durante las sesiones mantenidas la paciente cambió el color de su cabello, de tonos amarillos, decolorados y mechones azules o morados en distintas ocasiones.

Durante su historia de vida la paciente describe su ambiente familiar, conformado por una relación complicada con las figuras paternas, sobre todo con la figura materna. De igual forma tiene 3 hermanas, siendo ella la del medio, la relación con sus hermanas es inestable, sin embargo más genuina y confortable que la de sus padres.

Dentro de los datos destacados de su vida, se encuentran patrones de conductas autos lesivos, la paciente durante diferentes momentos de su vida puso la misma en riesgo y realizó actividades que pudieron causarle daño físico y psicológico. Así mismo, la relación con la comida presenta signos de Trastornos de la Conducta Alimentaria tal como la anorexia, que tuvo cabida dentro de las sesiones, más sin embargo no se profundizaron, tampoco existió los criterios suficientes para su diagnóstico intrínseco.

No obstante el principal factor estudiado y variable seleccionada para el estudio debido a su recurrencia e incidencia en la vida de la paciente se trata del dolor incapacitante que generó el diagnóstico de Espondilolistesis luego de sufrir una lesión mientras realizaba ejercicio, dicho diagnóstico fue dado a la edad de 19 años, cambiando por completo su vida de forma negativa.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

La Espondilolistesis aparentemente provocó en la paciente un dolor crónico incesable, dificultades para dormir, desmotivación y sentimientos de culpa. A pesar de acudir a los distintos especialistas cómo neurólogos y psiquiatras, su dolor no ha sido controlado, dicho dolor generó limitaciones en la vida de la paciente y alteró de igual forma su estado psicológico, ya que la mayor parte del día consume medicamento psiquiátricos (Quetiapina, Duloxetina, Pregabalina y Onlanzapina) que en su función de aliviar el dolor, también mantienen a la paciente en un estado dopado.

Lo sorprendente de esta historia, es que durante el transcurso de las sesiones la paciente recibió un nuevo diagnóstico, al acudir una vez más al neurocirujano, se determinó que nunca existió una lesión en su columna vertebral y que el diagnóstico inicial de Espondilolistesis es equivocado. Dicha información fue de sorpresa tanto para la investigadora como el paciente, ya que cambió por completo la mirada a su historia y sufrimiento.

Por lo tanto, a nivel intrínseco, la paciente corresponde con el diagnóstico de Trastorno de Síntomas Somáticos expuestos en el DSM 5, que según Dimsdale (2022) se caracteriza “por múltiples síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas. Los síntomas no se producen o simulan intencionadamente y pueden acompañar o no a una enfermedad médica conocida” (s/p) esto quiere decir, que a nivel psicológico la paciente mantiene una preocupación excesiva relacionada con su enfermedad y dolor sensorial presente real, incluso cuando no existe explicación médica del mismo.

Por otra parte, a nivel extrínseco desde la perspectiva fenomenológica gestáltica la paciente alterna su relación con el ambiente entre funcionamientos psicóticos y funcionamientos neuróticos, si bien, al tener

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

alteradas las funciones del Self debido a su somatización, el organismo busca hacer ajustes creativos funcionales o no que permitan su supervivencia. En un análisis de sus funciones se presencia en su mayoría una Función Ello desensibilizada, lo que hace que la paciente si sienta dolor más no pueda comprenderlo, no lo adecua a su estado de vida y por lo tanto se encuentra en la incapacidad incluso de medirlo en sesión. Así mismo, su Función Personalidad está inmersa en la experiencia de dolor, por lo cual su contacto es afectado por ello, en ocasiones tiende a la disociación como forma de afrontamiento.

Por último su Función Yo también se encuentra perturbada, ya que, teniendo a F.P con una experiencia dolorosa asimilada y a su vez una F.E anestesiada, la Función Yo no encuentra cabida para su desenvolvimiento, manifestándose comportamental mente en dificultad para realizar acciones, tareas inconclusas, incapacidad de iniciar algo o ir hacia la satisfacción de sus propias necesidades.

Dichas formas de relacionarse pudieron observar dentro de las consultas, además de la información ofrecida por la paciente sobre su vida, antecedentes y cotidianidad, dónde de igual forma a nivel estético fueron sensaciones que la investigadora pudo presenciar a lo largo de las sesiones, denotando la existencia de sufrimiento y dolor desde la percepción de su enfermedad a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas dentro de la investigación corresponden a los procesos legales o preventivos que se realizan al momento de plantear el problema o las hipótesis así como su recolección de datos, en este caso, la investigadora utilizó un formato de consentimiento informado que fue

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

presentado al informante antes de iniciar la investigación, en el cual se explicó de forma textual y oral de forma explícita durante la entrevista los fines de la Investigación. Barrios (2009) define como “El consentimiento informado es un proceso, en el que una persona acepta participar en una investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo de la misma.” (s/p)

En este caso, se le comunicó al paciente un acuerdo dónde asegura la confidencialidad y privacidad de la información obtenida durante las sesiones, detallando que todos los datos allí obtenidos serán grabados y transcritos para crear notas de campo, así mismo, el paciente acuerda y se compromete en asistir de forma continua a las sesiones de supervisión que permitirán cumplir los objetivos de la investigación, finalmente haciendo énfasis de que toda la información recolectada y utilizada para la creación de la misma será utilizado única y exclusivamente para fines académicos, y una vez finalizada la investigación, se procederá a eliminar las grabaciones correspondientes.

Escenario de Investigación

Dentro del transcurso de la investigación, se presentaron tres escenarios escogidos para llevar a cabo las sesiones de psicoterapia supervisadas en los que el paciente asistió de forma regular. En primera instancia se realizaron en los consultorios privados de ambos supervisores, ubicados en un recinto comercial en un punto céntrico de la ciudad, lo cual facilitó el acceso tanto al informante cómo a la investigadora.

El primero de los consultorios se caracterizó por ser un espacio abierto, medianamente iluminado, libre de ruidos o sonidos externos que interrumpieran el transcurso de la sesión, en el consultorio se presentaba un

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

sofá negro de tres puestos, y dos sofás negros individuales, separados entre ellos por una alfombra. Normalmente durante las consultas el paciente utilizó el sofá de tres puestos, mientras que la investigadora se ubicó en uno de los individuales, disponiendo de una pequeña mesa para ubicar el teléfono para la grabación de la sesión.

En este espacio existía una temperatura cálida que permitió el desarrollo de las sesiones sin inconvenientes, el espacio se adecuó a las necesidades del informante así como se ajustó a lo correspondiente para realizar las técnicas propias de la psicoterapia Gestalt (desde técnicas supresivas y conversacionales hasta aquellas expresivas que requirieron movimiento del cuerpo). Se contaba con cojines de descarga y algunos otros recursos técnicos. En todas las sesiones tanto el informante como la investigadora se mantuvieron descalzos, ubicando los zapatos en un espacio específico del consultorio donde no interrumpieran el proceso.

En continuidad con el proceso de psicoterapia se presentó el segundo escenario, correspondiente a otro de los consultorios privados de los supervisores, ubicado en el mismo recinto que el anterior. Este se describe como un espacio más pequeño, privado, silencioso, compuesto por un sofá de dos puestos negro y un sillón individual negro, en este espacio el informante hizo uso del sofá de dos puestos y la investigadora utilizó el otro. Dicho espacio preveía de tonalidades blancas y rosadas, contó con excelente iluminación blanca, aire acondicionado que permitió un clima frío más sin embargo agradable.

Dentro del consultorio también se disponía de diferentes cojines y almohadones que pudieron utilizarse para el desarrollo de técnicas gestálticas, además de implementación como legos, juguetes y otros elementos que serían utilizados a conveniencia. De igual forma en este los

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

sillones se encontraban separados por la alfombra y ambos participantes se despojaron de sus zapatos.

Por último, el escenario de las sesiones se realizó en una nueva ubicación geográfica, siendo Psiconectando: el Centro de Desarrollo de Formación Profesional y Psicoterapia Gestalt, este siendo un recinto privado destinado única y exclusivamente a las consultas psicológicas y trabajos gestálticos, su ubicación se encontró relativamente cerca del punto central de la ciudad lo cual fue beneficioso para las partes.

En este recinto se realizó una única sesión de psicoterapia en la segunda planta del local, este consultorio se presenta mucho más amplio que los anteriores dos, contó con iluminación natural adecuada y un clima a temperatura ambiente, en dicho espacio no existió interferencia de los ruidos o sonidos exteriores. Éste se encontraba amueblado con la descripción del consultorio antes mencionado, la única diferencia en este caso fue la amplitud del espacio y la organización del mismo en el ambiente.

En estas tres ubicaciones en las que se presentaron las consultas de psicoterapia estuvo siempre presente el o la supervisora correspondiente, generalmente ubicado al lado derecho del paciente (izquierda de la investigadora) detrás de él, es decir, que el paciente no veía o hacía contacto alguno con el supervisor, mientras que la investigadora tenía vista y reconocimiento tanto del informante cómo del supervisor. Dicho supervisor se mantuvo en su papel pasivo de escucha y toma de notas, en ninguna de las sesiones participó directamente con el informante ni formó parte de la sesión.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Ahora bien, una vez descrito los criterios metodológicos de la investigación, la investigadora se encargó de plantear las técnicas e

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

instrumentos correspondientes con el enfoque biográfico, para así poder precisar la información a través de instrumentos funcionales a nivel metodológico y fenomenológico gestáltico en su práctica.

Por lo tanto, la principal técnica a escoger fue la observación participante, esta es según Taylor y Bogdan (1984) “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu (escenario social, ambiente o contexto) de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” por lo tanto, la observación consta de un observador (la investigadora) que se encuentre presente durante el estudio del fenómeno (en las sesiones de supervisión) y poder recabar de forma específica y minuciosa toda la información que allí se pueda presenciar.

Para apoyar dicha técnica y poder retener información de forma clara y precisa, se utiliza el instrumento de notas de campo, Marín (2018) describe “las notas de campo son como pequeñas partículas de escritura que nos ayudan a clarificar, explicar o profundizar en tópicos que nos saltan durante el proceso de recolección de datos.” en la investigación presente, debido a su naturaleza gestáltica las notas de campo no se realizaron en el acto presente, es decir frente al informante, para poder prestar presencia a la historia y necesidades del paciente se prefirió reservar la construcción de las notas de campo posteriormente de a consulta, acompañada de otras herramientas que facilitarían la retención de información.

Dicha técnica e instrumentos fueron seleccionadas como acordes para la situación y fenómeno estudiado debido a su enfoque, partiendo de un estudio de caso particular e individual, se considera indispensable la observación del sujeto y el comportamiento en los escenarios estudiados (consultorio), por lo cual, escoger el diario o notas de campo facilita el estudio de lo observado,

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

pudiendo detallar y separar las variables, además que funciona para completar el formato de supervisiones exigido dentro del protocolo de la investigación.

Continuando con lo antes expuesto, las otras técnicas que permitieron la recolección de información fue la entrevista, Taylor y Bogan (1986) entienden la entrevista como “un conjunto de reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y sus informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que los informantes tienen respecto a sus vidas, experiencias o situaciones” cabe destacar que dentro del ejercicio de la psicología, la entrevista es una de las principales técnicas de abordaje y recolección de datos dentro de la sesión.

Por lo cual, la entrevista permite un acercamiento más humano al paciente y su historia de vida, en este caso gracias al método fenomenológico y gestáltico, se trata de una entrevista de formato abierto, sin preguntas o distinciones previamente planificadas, ya que se trabaja con la necesidad que surge en el presente de la situación, permitiendo así que la información recolectada sea más genuina, poder consolidar la relación terapéutica y darle cabida al proceso del Self y el Ello de la situación.

Además, para apoyar la técnica de la entrevista se utiliza como instrumento el registro de información en audio de la situación, es decir, la grabación continua de las sesiones; esta estrategia se propone como apoyo para la investigadora que servirá en el proceso de análisis e interpretación de los datos, además de la construcción de las notas de campo y formato de supervisiones, poder acceder a la sesión grabada permitirá de igual forma repasar la misma y precisar detalles que pueden ser pasados por alto durante la sesión.

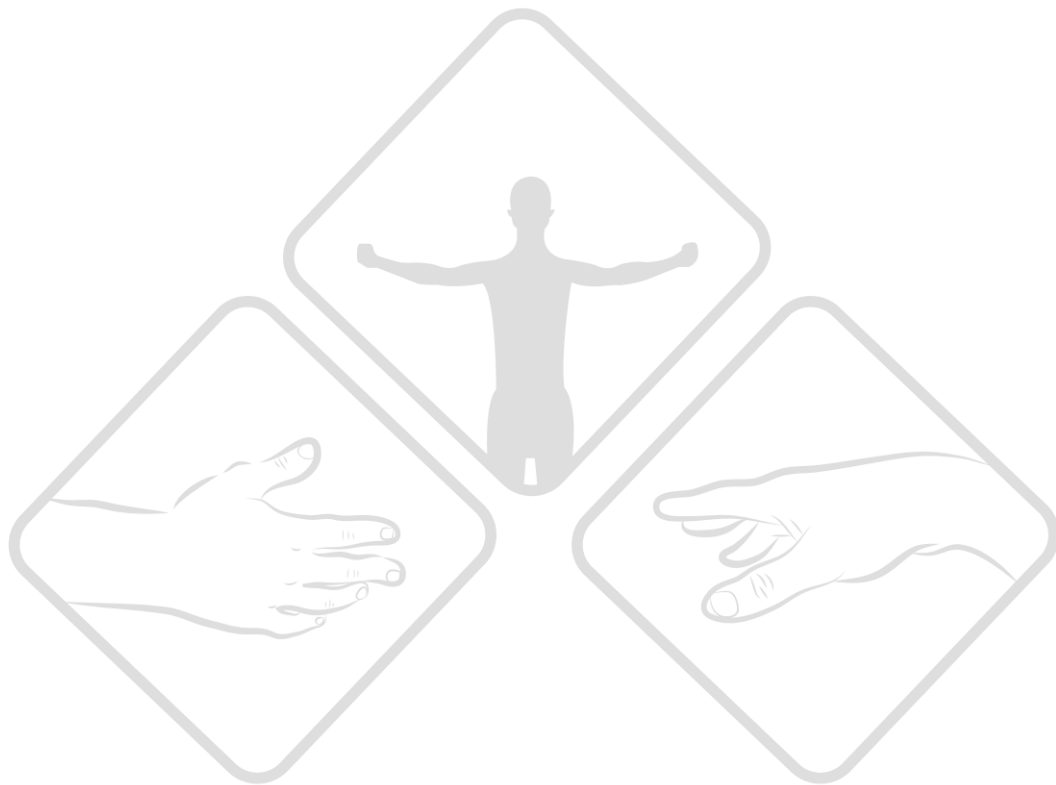
Procedimiento para la interpretación de los hallazgos

En esta sección se describe el método o los pasos utilizados una vez la información que ha sido recolectada para proceder a clasificarla y facilitar su estudio. En esta etapa, Romero (2014) aporta “la interpretación de los datos arrojados junto con la información teórica y referencial de otros estudios paralelos realizados permiten en establecer criterios que comprobarán o no las hipótesis de la información, cumpliendo a su vez con los objetivos planteados durante la investigación” para esta investigación este proceso se planteó de la siguiente forma:

- **Fase I:** en un primer momento, se selecciona toda la información recabada a través de las entrevistas, observación y notas de campo y se procede a hacer un análisis descriptivo de los mismos en general, esto con la intención de conocer el o los temas posibles a desarrollar y que serán la base de la investigación
- **Fase II:** a continuación, una vez conocido los datos para la investigación la información procede a ser clasificada o segmentada, la investigadora seleccionará aquellos temas que fueron recurrentes, correspondieron a patrones, o fueron figura de diversas sesiones que están relacionados entre sí para convertirlos en variables y con ello se establecen los límites de la misma.
- **Fase III:** se procede a interrelacionar los datos obtenidos con la información documental, teórica y antecedentes expuestos. En esta última fase, la investigadora deberá ya tener la información clasificada, las variables construidas y hacer la triangulación correspondiente con los aportes textuales del paciente durante las sesiones.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- **Fase IV:** Finalmente, llevando a cabo dichas fases, la investigación podrá ser construida con base en los análisis de toda la información obtenida, de forma que los datos son interpretados y relacionados con los fundamentos teóricos y es gracias a la triangulación dónde se podrá dar respuesta a los objetivos planteados.



CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS HALLAZGOS

Una vez expuestas las fases anteriores de la investigación que se encargaron de delimitar el problema, conceptualizar y explicar la metodología conveniente según el estudio de caso, se procede a la fase final expuesta en el presente capítulo. Por lo tanto, este apartado se encargará de analizar todos los datos obtenidos y recopilados para emitir conclusiones, tal cual como lo explica Muguira (2020) “Al analizar los datos de investigación se presentan tres elementos: la organización de los datos, la reducción de los datos mediante la integración, y la categorización, de modo que los patrones y los temas puedan identificarse y vincularse fácilmente” (s/p).

De esta forma, se exponen las fuentes de información realizadas a lo largo de toda la investigación para realizar dicho análisis, las cuales constan del diario de notas de campo tomadas en cada sesión que acompañan la observación participante de la investigadora, el verbatimum del paciente y los referentes teóricos que contrasten los datos obtenidos para su relación y comprobación/descarte de hipótesis, dando lugar así al método de triangulación para el análisis de la información, que según Benavides y Gómez (2005) la triangulación “se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno.” (p.17).

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Matriz del Informante Clave “x”

Cuadro 1. Matriz del Informante Clave

Categoría	Sub Categoría	Verbatim del Paciente	Síntesis
Trastorno de Síntomas Somáticos	Síntomas	<p>“Todos los días siempre duele mucho, si estoy estresada es peor”</p> <p>“Ando pensando constantemente en las cosas que me pueden pasar por tanto dolor”</p> <p>“por la condición que tengo hace que todo duela más de lo normal , a veces yo incluso creo que me lo creo yo misma”</p> <p>“le pregunté muchas cosas al doctor porque yo estoy segura que yo siento el dolor. El solo me decía que ya me había acostumbrado y que son muchos años creyéndolo”</p> <p>“Sufro de muchos dolores de cabeza, me han hecho estudios, y no hay ninguna causa orgánica”</p> <p>“el doctor me revisó, me hizo el examen físico, me punzo y según él yo no estoy</p>	<p>Cuando existe el Trastorno de Síntomas Somáticos, la persona manifiesta dos principales síntomas: dolor y fatiga. Esto genera una angustia emocional dónde el paciente genera pensamientos, emociones y conductas desproporcionados para lo que está sintiendo.</p> <p>Además, parte de lo que comprueba y conecta los síntomas para dar con el diagnóstico es que el individuo acude de forma recurrente al médico, esperando que la causa de su padecimiento sea orgánico, y al no serlo, este no queda satisfecho con el resultado,</p>

PSICONECTANDO
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
 EN PSICOTERAPIA GESTALT
 TÁCHIRA, VENEZUELA

		<p>lesionada, primero los exámenes no lo demuestran y segundo, una persona con mi grado de Espondilolistesis no podría hacer todo lo que hizo en el examen físico”</p>	
	<p>Causas</p>	<p>“mi problema empezó de una lesión en la columna, ya hace 7 años de ese diagnóstico”</p> <p>“Cuando supe de la lesión duré llorando 3 meses en los que no me podía ni levantar de la cama”</p> <p>“me siento muy hipodríaca con ciertas cosas”</p> <p>“nunca me prestaron atención y yo necesitaba atención, ahora lamentablemente cargo con este dolor siempre”</p> <p>“cada vez que iba a consulta terminaba postrada en la cama por más tiempo, sin ganas de nada”</p> <p>“desde la lesión todos en mi casa me trataban como un cristal”</p> <p>“al principio, en las primeras consultas los médicos me preguntaban si me dolían las piernas e insistían en que por la lesión me debían doler las piernas, y luego de unas consultas yo comencé con exactamente los síntomas que médico me decía”</p>	<p>Si bien, las causas del Trastorno de Síntomas Somáticos no se encuentran especificadas en una sola etiología, se reconoce que puede ser multifactorial.</p> <p>Variables como factores genéticos, rasgos de negatividad y catastrofismo en la persona, problemas o dificultades para procesar las emociones, la influencia familiar o del ambiente que estimula los síntomas en el paciente, y además, la existencia previa de una enfermedad o diagnóstico determinado que hace que la persona se sugestione por los síntomas descritos.</p>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Sufrimiento	Manifestaciones cognitivas del sufrimiento	<p>“estoy contigo, pero no me estoy dando cuenta de que me estás hablando”</p> <p>“Pasé por momentos en los que no sabía si París sin había existido o no”</p> <p>“empecé a tener problemas para hablar, me confundía mucho, decía las palabras al revés, me costaba leer y escribir”</p> <p>“Como no tengo clase básicamente lo único que hago es estar en mi cama, y en mi casa, y seguir en mi cama, y cuidar a los gatos, y estar en mi cama”</p> <p>“es raro, es como si yo estuviera afuera viéndome cómo hago las cosas desde afuera, como si no fuera parte de mí”</p> <p>Si me despierto en las noches y veo a mi gato no veo su rostro, veo a otra persona”</p> <p>“Durante ese estrés me dieron unos episodios raros en los que me siento fuera de mí, como muy en piloto automático”</p>	<p>En el sufrimiento se perciben de diferentes formas en las que se pueden ver alteradas las funciones cognitivas, haciendo alegación a la Función Personalidad desde el enfoque Gestáltico fenomenológico, se tiene que existe una variación entre la hiperexcitación del organismo o la disociación.</p> <p>Esto quiere decir que la persona puede desarrollar funcionamientos psicóticos, dónde se vea alterada la orientación, atención, memoria, entre otras funciones cognitivas, puede orientarse a la disociación o congelamiento de sí mismo.</p> <p>O por el contrario, la persona puede desarrollar un halo negativo de toda su situación y esperar siempre lo peor.</p>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

	<p>Manifestaciones Conductuales del Sufrimiento</p>	<p>“la semana pasada estaba emocionada de volver a terapia, y luego ya esta semana no quería”</p> <p>“Hacer cosas es muy difícil, yo puedo decir “sí quiero pararme a hacer esto” pero luego no lo hago”</p> <p>“sigo sin tener ganas de vivir. No encuentro la motivación ni de levantarme de la cama”</p>	<p>Cuando la persona carga consigo el sufrimiento de una experiencia no asimilada su Función Yo se ve anestesiada, existe una falta de motivación, dificultad para hacer las cosas, incluso cuando hay deseo de realizarlas.</p> <p>Se observa el abandono de actividades o la dificultad para empezarlas, y síntomas como abulia y anhedonia.</p>
	<p>Manifestaciones Emocionales del Sufrimiento</p>	<p>“Trato de ignorar mi dolor para poder tener una vida normal y funciona”</p> <p>“A veces no siento el dolor y hago cosas que no debería, después me duele el triple de lo que normalmente es por maltrato”</p> <p>“No sé cómo explicar que me duele pero al mismo tiempo no me importa, o sea emocionalmente no lo siento”</p>	<p>Con respecto a la Función Ello la persona que sufre no puede sentir del todo aquellas emociones que le mueven, por lo tanto se espera una función desensibilizada o ausente.</p>
<p>Dolor</p>	<p>Manifestaciones cognitivas del Dolor</p>	<p>“siento que experimento tanto dolor físico diariamente que voy a morir así”</p> <p>No importa que haga para distraerme, sé que el dolor está ahí, siempre está ahí”</p> <p>“tuve una época en la que pensé que la vida ya</p>	<p>En cuanto a la cognición, la persona íntegra en su Función Personalidad una experiencia desagradable, difícil de atravesar, y tiende a catastróficar las experiencias a raíz de ello, normalmente desplegando un funcionamiento límite.</p>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

		no tenía sentido así que buscaba ponerme mucho en riesgo a ver si por fin moría”	
	Manifestaciones Conductuales del Dolor	<p>“sin motivos me tiro a la cama y ya no me quiero levantar”</p> <p>“yo desde la lesión he tenido muchos problemas para dormir”</p> <p>“No puedo salir a excursiones con mi novio por el maldito dolor”</p>	Ante el dolor, la Función Yo se encuentra presente, más sin embargo bastante limitada por el mismo, por lo cual existe alta desmotivación y deseos de no hacer nada. Incluso pudiendo generar ajustes psicóticos para sobrevivir la experiencia.
	Manifestaciones Emocionales del Dolor	<p>“Siento que tengo un nudo en la garganta que duele físicamente”</p> <p>“me frustra que me cueste tanto hacer las cosas. Siento que no soy una persona completamente funcional”</p> <p>“eso me molesta, si es algo tan sencillo por qué me tiene que costar siento que solo me deje llevar por la frustración y luego ya no pude levantarme de la cama”</p> <p>“todo es frustración, nada más tiene cabida y no sé qué estoy buscando con mi dolor”</p>	<p>La Función Ella se encuentra en este caso activa, el dolor es algo que puede sentirse y vivenciarse en el presente, por lo cual se encuentra un estado de incomodidad, una sensación desagradable, que genera cansancio, frustración, rabia e incluso estados de tristeza o ansiedad.</p> <p>Aunque son sensaciones y emociones poco placenteras, son sanar de vivir, y es necesario acompañar ese dolor para atravesarlo de forma beneficiosa para el organismo.</p>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Dolor Psicológico	Manifestaciones cognitivas, conductuales y emocionales del Dolor Psicológico	<p>“me canso de mi misma porque estoy todo el día pensando en esto”</p> <p>“Normalmente tengo dolor, pero yo creo que yo también lo internalizo como para no hacer algo, o no levantarme”</p> <p>“No sé, siento que estoy postrada en la cama, es como estar congelada”</p> <p>“no hay ánimos, no hay ganas, y si hay mucha ansiedad por tener que hacer cosas, y no quiero”</p> <p>No sé en qué momento pasó la semana, no hice nada, quise mejorar pero no pude”</p> <p>“El gran problema ahora es que el médico me dijo que tenía que tener una vida normal y yo ya no sé qué es tener una vida normal”</p>	<p>Teniendo en cuenta que el dolor psicológico conlleva componentes del Sufrimiento y del Dolor, en este las manifestaciones de las funciones Personalidad, Yo y Ello se encuentran mezcladas entre sí.</p> <p>Al ser el Trastorno de Síntomas Somáticos un padecimiento que involucra dolor psicológico se presenta el sentirse incomprendido, congelado en el tiempo, estados depresivos y ansiosos, existe ausencia y vacío.</p>
-------------------	---	--	---

Fuente: Espinoza (2023)

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Descripción General

En lo que respecta a lo descrito en la matriz del informante clave “x”, se puede presenciar aquellas variables relevantes durante las distintas sesiones con la paciente. Desde el inicio de la investigación el Dolor fue algo clave para encaminar el objetivo del estudio, no obstante, su mirada cambió cuando la información se actualizó y lo que parecía ser un Dolor Crónico a raíz de una lesión en la columna vertebral llamada Espondilolistesis, terminó siendo un Trastorno de Síntomas Somáticos, cuando los estudios médicos y consultas interdisciplinarias con otros profesionales -como el neurocirujano- determinaron la ausencia de la lesión.

Ahora bien, el problema se presenció claramente cuando aun descartando la lesión o causa orgánica del dolor, la paciente continua sintiendo el dolor y sufrimiento, por lo cual se plantea el diagnóstico de un Trastorno de Síntomas Somáticos, para ello, Vicent (2022) define el trastorno por síntomas somáticos como “se caracteriza por múltiples síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos e inadaptados relacionados con esos síntomas. Los síntomas no se producen o simulan intencionadamente” (s/p).

Siendo así, los síntomas de este trastorno se encuentran enmarcados principalmente por el dolor y la fatiga constante, Fred (2019) describe “en muchas ocasiones los síntomas físicos y psíquicos interactúan, ya que en realidad ninguna enfermedad es puramente física o psicológica—después de todo, no podemos separar el cuerpo de la mente” (s/p). Además, se asocian síntomas como la angustia emocional y ansiedad relacionada con la

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

enfermedad, pensamientos, sentimientos y conductas excesivos con respecto a los síntomas.

De esta forma, la paciente expresa a lo largo de las diversas sesiones, síntomas similares a los antes descritos, que claramente representan un problema para desenvolverse en su vida cotidiana. Además no solo expresa los síntomas, sino también a través de su historia se evidencia posibles causas que compaginan para la existencia de dicho trastorno, ya que, en distintas ocasiones la informante clave “x” menciona como su vida cambió luego del diagnóstico, e inclusive como la aparición de algunos síntomas físicos aparecieron luego de que médicos indicarán el pronóstico de la enfermedad.

En concordancia con lo descrito anteriormente Ted (2018) aporta “aunque las causas del TSS no son exactas, existen factores predisponentes y la influencia del ambiente social y médico en relación a una enfermedad es un factor de gran peso” (s/p), tal cual lo expone el autor la paciente menciona como luego de su diagnóstico su familia cambia el trato hacia ella, limitando su movilidad y comportamiento a lo indicado según la gravedad de la lesión.

Por otra parte, ante el diagnóstico se plantea estudiar las manifestaciones psicológicas tales como las cogniciones, conductas y emociones que se presentan en dicha enfermedad, tomando en cuenta el Sufrimiento, Dolor y Dolor Psicológico que puede padecerse en su desarrollo. Para ello, Francesetti (2019) explica “el sufrimiento, es decir, la manera de llevar sobre uno mismo lo que no ha asimilado, es por tanto la ausencia” de modo que esta ausencia altera el estado normal de los procesos psicológicos, o visto desde la perspectiva fenomenológica gestáltica, las Funciones del Self.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Este sufrimiento genera en el paciente una forma distinta de atravesar las experiencias, creando ajustes psicóticos y disociativos que afectan las cogniciones como memoria, atención, orientación, entre otros. Francesetti (2019) explica con respecto al sufrimiento y trauma “No pudiendo ser asimilado en primer lugar produce hiperexcitación, es decir, un alto nivel de alarma (...) en segundo lugar, produce disociación, es decir que la pone fuera de juego de la experiencia sin que sea asimilada”

Siendo así, la paciente describe sentirse dudosa de la realidad, en “piloto automático”, con alucinaciones visuales y en ocasiones despersonalización. Por ende, el sufrimiento afecta de forma negativa la forma en como la paciente vive su vida, ya que a nivel emocional y conductual también se manifiestan síntomas psicóticos, ausentes e incapacidad para accionar, lo cual encaja con lo descrito por Vázquez Bandín (citado en Francesetti, 2019) “cuando existe sufrimiento, somos menos libres, estamos menos vivos, menos existentes, menos presentes de lo que nos permitirán los límites y las potencialidades de la situación presente”

En la continuidad de las sesiones, la investigadora no solo pudo presenciar el sufrimiento de la paciente en sesiones, sino también la realidad de su Dolor, el cual, a diferencia del sufrimiento, se manifiesta de forma más presente, puesto que su dolor aunque se trata de una somatización, es real e incapacitante, y fue mencionado en casi todas las sesiones de terapia. Marga (2016) lo describe como “El dolor es una percepción sensorial, localizada y subjetiva con intensidad variable que puede resultar molesta y desagradable en una parte del cuerpo”. Siendo que el dolor sí está presente y constante, alteró en mayor medida el estado cognitivo, emocional y conductual de la paciente.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

A nivel cognitivo, se presencia como se ha catastrofizado el dolor, esperando siempre lo peor de cualquier experiencia, García y Baltasar (2009) llaman como Catastrofismo “Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento” de igual forma, en la Función Ello existe un pleno reconocimiento del cansancio, desgaste, frustración y emociones de rabia y tristezas asociadas las sensaciones producidas por el dolor.

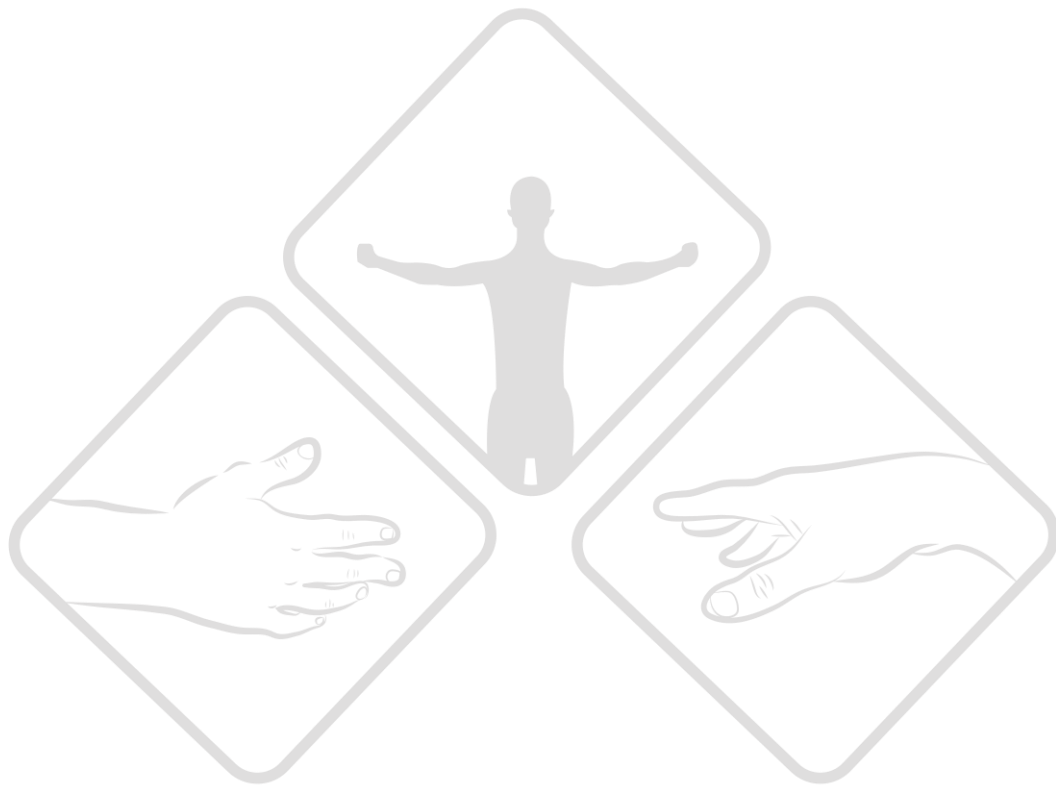
Dicha situación descrita se puede observar en las distintas ocasiones en las que la paciente evidenció su frustración al sentir que no puede tener una vida normal, rabia ante el sentimiento de competencia y tristeza por resignación ante su dolor, lo cual influye en su comportamiento y dictamina una Función Yo desmotivada. Aunque esta situación resulte desagradable de experiencia sumida en el dolor, es necesario afrontarlo de dicha forma para no crear más sufrimiento, tal como lo expone Francesetti (2019) “Si el dolor está presente en la vida, lo sano es sentir ese dolor”.

Por último, se estudia la integración de ambas variables al observar directamente al dolor psicológico, siendo este una combinación del dolor y sufrimiento, y al tratarse de una somatización aquel que resalta más en el estudio, en palabras de García y Baltasar (2009) el dolor psicológico es “un tipo de malestar, incomodidad o padecimiento en general que no tiene una causa física, es decir, que no nace en los estímulos captados por los nervios que mandan señales de nuestro organismo hacia nuestro encéfalo” (s/p).

Este dolor puede verse manifestado en la paciente cuando en su experiencia resalta el sentirse incomprendida por el ambiente, dónde las exigencias no se ajustan a sus capacidades de lograr lo que desee y se ve inmersa en un estado de congelamiento ante el día a día, lo cual desemboca

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

en estados depresivos y ansiosos. En los niveles cognitivos, conductuales y emocionales se presenciaran Funciones del Self alteradas, desde ajustes psicóticos, hasta la incomprensión del propio vacío e impotencia de sentir no poder hacer nada ante la experiencia.



PSICONECTANDO
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
 EN PSICOTERAPIA GESTALT
 TÁCHIRA, VENEZUELA

Síntesis Integradora

Cuadro 2. Triangulación.

Categoría	Sub Categoría	Fuente de Información		Referentes Teóricos
		Diario de Campo	Registro de información	
Trastorno de Síntomas Somáticos	Síntomas	Durante las diferentes sesiones la paciente habló de su dolor, con poco movimiento en el cuerpo y quejas por la posición al sentarse.	<p>“Todos los días siempre duele mucho, si estoy estresada es peor”</p> <p>“Ando pensando constantemente en las cosas que me pueden pasar por tanto dolor”</p> <p>“por la condición que tengo hace que todo duela más de lo normal , a veces yo incluso creo que me lo creo yo misma”</p> <p>“le pregunté muchas cosas al doctor porque yo estoy segura que yo siento el dolor. El solo me decía que ya me había acostumbrado y que son muchos años creyéndolo”</p>	Rodríguez (2019) explica los síntomas el trastorno por síntomas somáticos como “hay un foco importante en los síntomas físicos, como dolor o fatiga, hasta el punto en que causa una gran angustia emocional y problemas para desenvolverse en la vida diaria”
	Causas	Cuando la paciente habla de su	“mi problema empezó de una lesión en la columna, ya hace 7	Ted (2018) “aunque las causas del TSS no son exactas, existen

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

		diagnóstico se percibe frustrada y confundida al no entender el porqué del dolor.	años de ese diagnóstico” “Cuando supe de la lesión duré llorando 3 meses en los que no me podía ni levantar de la cama”	factores predisponentes y la influencia del ambiente social y médico en relación a una enfermedad es un factor de gran peso”
Sufrimiento	Manifestaciones cognitivas del sufrimiento	En lo que respecta a la estética, las narraciones de dicha sesión fueron con voz aplanada, falta de expresividad. El campo se sentía vacío.	“estoy contigo, pero no me estoy dando cuenta de que me estás hablando” “Pasé por momentos en los que no sabía si París sin había existido o no” “es raro, es como si yo estuviera afuera viéndome cómo hago las cosas desde afuera, como si no fuera parte de mi”	Francesetti (2019) explica con respecto al sufrimiento y trauma “No pudiendo ser asimilado en primer lugar produce hiperexcitación, es decir, un alto nivel de alarma (...) en segundo lugar, produce disociación, es decir que la pone fuera de juego de la experiencia sin que sea asimilada
	Manifestaciones Conductuales del Sufrimiento	La paciente no se ve entusiasmada durante las sesiones, denota baja energía y dificultad para tomar acciones incluso dentro de consulta.	“la semana pasada estaba emocionada de volver a terapia, y luego ya esta semana no quería” “Hacer cosas es muy difícil, yo puedo decir “sí quiero pararme a hacer esto” pero luego no lo hago” “sigo sin tener ganas de vivir. No encuentro la motivación ni de levantarme de la cama”	Vázquez Bandín (citado en Francesetti, 2019) describía esta situación cómo “cuando existe sufrimiento, somos menos libres, estamos menos vivos, menos existentes, menos presentes de lo que nos permitirán los límites y las potencialidades de la situación presente”

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

	Manifestaciones Emocionales del Sufrimiento	Aunque la paciente reitera en varias oportunidades sentir dolor, a nivel emocional la Función Ello se encuentra anestesiada, se percibe más la intelectualización del dolor que el sentir.	<p>“Trato de ignorar mi dolor para poder tener una vida normal y funciona”</p> <p>“No sé cómo explicar que me duele pero al mismo tiempo no me importa, o sea emocionalmente no lo siento”</p>	Es común encontrar dentro de las personas que padecen sufrimiento una Función Ello ausente, desensibilizada, sujetos que no “sienten” su sufrimiento, no son capaces de si quiera percibir el estímulo y el impacto que genera en su vida partiendo de que no se conoce cómo procesar la experiencia a raíz de otra que no fue asimilada.
Dolor	Manifestaciones cognitivas del Dolor	La paciente se ve segura al afirmar que su dolor siempre estará con ella, se encuentra integrado en su Función Personalidad.	<p>“siento que experimento tanto dolor físico diariamente que voy a morir así”</p> <p>“No importa que haga para distraerme, sé que el dolor está ahí, siempre está ahí”</p>	García y Baltasar (2009) llaman como Catastrofismo “Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento”
	Manifestaciones Conductuales del Dolor	En la estética de las sesiones cuando se habla de acciones se percibe frustración y enojo al hablar de la incapacidad para completar una acción	<p>“sin motivos me tiro a la cama y ya no me quiero levantar”</p> <p>“yo desde la lesión he tenido muchos problemas para dormir”</p> <p>“No puedo salir a excursiones con mi novio por el maldito dolor”</p>	Vázquez Bandín (2013) tiene “La función yo es la acción que surge desde el fondo de la función ello en acción, es el aspecto del contactar que incluye la discriminación, la orientación, la alienación y la identificación” el Dolor puede influir para el momento de la acción, si bien, en

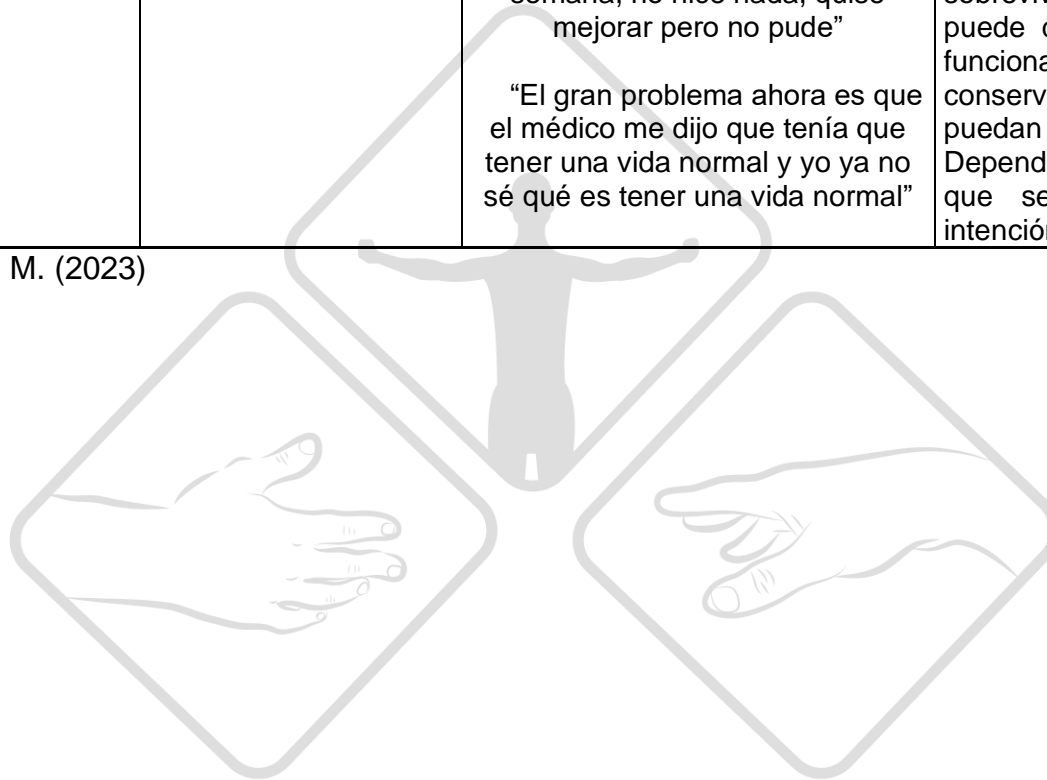
PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

				el sufrimiento la Función Yo se encuentra desmotivada, carente de una sensación que se transforme en un movimiento o acción.
	Manifestaciones Emocionales del Dolor	En dicha sesión la paciente lleva su mano a la garganta y se le dificulta decir algunas oraciones, debido a que se quebraba su voz.	<p>“Siento que tengo un nudo en la garganta que duele físicamente”</p> <p>“me frustra que me cueste tanto hacer las cosas. Siento que no soy una persona completamente funcional”</p> <p>“eso me molesta, si es algo tan sencillo por qué me tiene que costar”</p>	Para Giorgiana (2021) la función ello “se refiere a la capacidad del organismo de hacer contacto con el entorno: el fondo de la experiencia es sensorial y obedece a las sensaciones orgánicas corporales que son percibidas en el mundo interno”
Dolor Psicológico	Manifestaciones cognitivas, conductuales y emocionales del Dolor Psicológico	Lo que más se presenció durante las sesiones de psicoterapia es el impacto del dolor psicológico en la paciente, sobre todo ante la frustración y desmotivación por su estado actual.	<p>“Normalmente tengo dolor, pero yo creo que yo también lo internalizo como para no hacer algo, o no levantarme”</p> <p>“No sé, siento que estoy postrada en la cama, es como estar congelada”</p> <p>“no hay ánimos, no hay ganas, y si hay mucha ansiedad por tener que hacer cosas, y no quiero”</p>	<p>García y Baltasar (2009) El dolor psicológico es “un tipo de malestar, incomodidad o padecimiento en general que no tiene una causa física, es decir, que no nace en los estímulos captados por los nervios que mandan señales de nuestro organismo hacia nuestro encéfalo.” (s/p).</p> <p>Las manifestaciones presentes dentro del Self se verán o no</p>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

			<p>No sé en qué momento pasó la semana, no hice nada, quise mejorar pero no pude”</p> <p>“El gran problema ahora es que el médico me dijo que tenía que tener una vida normal y yo ya no sé qué es tener una vida normal”</p>	<p>según los ajustes que el organismo sufra para poder sobrevivir ante el ambiente, esto puede desembocar en diferentes funcionamientos o ajustes conservadores que incluso puedan generar más daño. Dependerá en sí en la forma en la que se aborde el Self y la intención que esto suponga.</p>
--	--	--	---	---

Fuente: Espinoza, M. (2023)



PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

Con relación a la información recopilada a través de los diferentes métodos de recolección como lo fue el diario de campo y registro de información, se procedió a estudiar y analizar las variables en comparación con la teoría, haciendo uso del método de triangulación, por el cual es posible comparar y contrastar los resultados pudiendo obtener un conjunto de conclusiones, datos relevantes y pertinentes que clarifican la investigación, dando respuesta a las hipótesis planteadas.

En primer lugar, se evidencia de forma clara a través del verbatim del paciente y lo obtenido en el diario de campo la confirmación del diagnóstico de Trastorno de Síntomas Somáticos, dicha experiencia no solo cumple con los signos y síntomas en la paciente, sino que también se presenta como un ajuste creativo ante el diagnóstico de una enfermedad neurobiológica importante, aunque la enfermedad se trató de un error de diagnóstico, el organismo fue orillado por el ambiente a vivirlo de ese modo y al no tener el soporte suficiente para travesar la experiencia, se convirtió también en sufrimiento.

Del mismo modo, se puede presenciar las manifestaciones psicológicas que nacen a raíz de la experiencia, estudiándolas desde los componentes cognitivos, conductuales y emocionales, los cuales corresponden desde la teoría fenomenológica gestáltica, a las funciones Personalidad, Yo y Ello. Estas se encuentran claramente alteradas desde el sufrimiento, dolor y dolor psicológico, siendo este último lo más resaltante, lo cual provoca en la paciente un malestar generalizado, compuesto principalmente por desmotivación, disociación, y estados ansiosos depresivos. De esta forma, todos estos componentes afectados y los síntomas presentados, generan una dificultad para desenvolverse en la vida, alimentando así la experiencia somática.

Aportes

Una vez transitada la investigación y habiendo contrastado las diferentes fuentes de información y complementos teóricos, se puede concluir a través del caso de estudio que los aspectos psicológicos presentes en el Trastorno de Síntomas Somáticos presentan manifestaciones alteradas de las diferentes funciones del Self, encontrándose un organismo afectado por su sufrimiento, dolor y dolor psicológico, en la cual se comprende a nivel cognitivo, conductual y emocional desajustes que impiden el ritmo normal de la vida del organismo, creando mayor patología con ello.

A través del estudio se logró conocer en mayor profundidad y entendimiento las características claves del Trastorno de Síntomas Somáticos, dónde gracias a la teoría se determinaron sus signos, síntomas, causas y diagnóstico, que en este caso, se corroboraron en la informante clave quien presenta dichas características, lo cual a nivel extrínseco permite tener un mapa para el acercamiento con la experiencia y así poder delimitar su abordaje desde la teórica gestáltica fenomenológica, haciendo uso de las diferentes técnicas.

Seguidamente, se pudieron detallar los aspectos psicológicos en la percepción del sufrimiento, dolor y dolor psicológico en el informante clave "x" con Trastorno por Síntomas Somáticos. Para ello, se estudió de forma detenida las cogniciones, conductas y emociones del ser, comprendiendo que el organismo es una totalidad de ellos y se encuentran relacionadas. Las cuales, ante la presencia de una patología, pueden encontrarse afectados y manifestarse en la forma en como la paciente piensa, siente y/o actúa,

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

limitando su desarrollo a estas, y encontrando cambios importantes en la forma de percibirse a sí misma y su realidad.

Por último, se logró relacionar dichas manifestaciones psicológicas a través de la Terapia Gestalt, dónde con el aporte de autores, investigaciones y bibliografía, se obtuvo una mayor comprensión sobre la experiencia a nivel fenomenológico, observando el sufrimiento, dolor y dolor psicólogo en relación con las Funciones del Self. Estos aspectos se pudieron presenciar de forma práctica en los diferentes encuentros de las sesiones de psicoterapia, donde a nivel cognitivo se encuentra una función personalidad en su mayor medida disociada, ausente, e incomprendida, a su vez, a nivel conductual su Función Yo se encuentra afectada por el dolor, estando desmotivada y limitada. Por último se evidenció una Función Ello, llena de rabia, frustración y estados ansioso depresivos, los cuales alimentan el vacío de la experiencia.

En definitiva, el presente caso de estudio significó un acercamiento total a la experiencia de Síntomas Somáticos, permitiendo su comprensión extrínseca e intrínseca, de manera que además de significar un acercamiento para futuros investigadores, abre una puerta para la perspectiva fenomenológica gestáltica ante dicha patología, lo cual genera a su vez un aporte teórico, metodológico y un mapa práctico para los psicoterapeutas gestálticos que atraviesen con sus pacientes el camino de la somatización.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

REFERENCIAS

- Agüero (2018) Dolor Psicológico: Qué es. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/dolor-psicologico-que-es>
- Altamira, C (2017) Teorías de la Personalidad. UTEL, https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24819w/L1PS104/PF_L1_PS104_S4.pdf
- American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --.).
- Andrade, O. (2004). La Importancia de las Emociones. UNIMET (pdf). <https://www.unimet.edu.ve/wp-content/uploads/2021/11/La-importancia-de-las-emociones.pdf>
- Ángeles, S. (2011). Definición de Sufrimiento. NIH. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sufrimiento>
- Arias, F. (5° ed.) (2006). Proyecto de investigación: introducción a la metodología científica. Caracas, Venezuela, Espíteme.
- Barrios, L. (2009) Consentimiento Informado: Una praxis dialogal para a investigación. Revista Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Volumen (61) 73-82
- Bellod, H. (2020). Introducción Básica al Enfoque de la Psicología Gestáltica. hellenabellod. <https://www.helenabellod.com/ca/blog/4/introduccion-basica-al-enfoque-de-la-psicopatologia-gestaltica>.
- Benavidez y Gómez (2005) Triangulación en la Investigación cualitativa. Investigaliacr. <https://investigaliacr.com/investigacion/triangulacion-en-la-investigacion-cualitativa/>
- Bloom, D (2018) El Self: Estructuración y Funcionamiento. Gestaltnet. <http://gestaltnet.net/al-dia/actividades/seminarios-online-deprofundizacio%CC%81n-en-terapia-gestalt-con-dan-bloom>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- Dante, A (2023) Importancia de la Salud Física y Mental. Lasalle.
<https://www.lasalle.edu.co/Noticias/ViveUnisalleNoticias/uls/La-importancia-del-ejercicio-para-la-salud-fisica-y-mental>
- Díaz, S. (2005). Dolor: Síntomas, causas y tratamiento. TOP Doctor.
<https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dolor>
- Dimsdale, J. (2020) Trastorno Somatomorfo. MSD Manuals.
<https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos-y-relacionados/trastorno-de-s%C3%ADntomas-som%C3%A1ticos>
- Dominic, J (2018) Trastorno de Síntomas Somáticos. Vivo Labs.
<https://vivolabs.es/trastorno-de-sintomas-somaticos/>
- Etienne, A (2019. Febrero 26) La Experiencia y sus Registros. Revista Gestalt Mexicana. Volumen (4) 34-38.
- Fernández, M. (1990). Activación y conducta. Madrid. Alhambra.
- Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. (2014) Trastornos Somatomorfos. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Flick, U. (2014). La gestión de la calidad en la investigación cualitativa. Madrid. Ediciones Morata, S.L.
- Francesetti, G (2019) Fundamentos de psicopatología fenomenológico gestáltica: Una introducción ligera. Madrid, España. Los Libros del CTP.
- Frankl., V. E. (5ta Ed.) (1957). El sentido del sufrimiento. En: Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia. Barcelona: Herder.
- Fred, P. (2019) Trastornos de Síntomas Somáticos. MedLine Plus.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000955.htm#:~:text=El%2>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

[0trastorno%20de%20s%C3%ADntomas%20som%C3%A1ticos,actividades%20de%20su%20vida%20diaria.](#)

- Fuente, E. (2018). Psicología del Dolor. Área Humana. <https://www.areahumana.es/psicologia-del-dolor/>
- García, C. & Baltasar, R. (2009). Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. Revista de Reumatología Clínica. Volumen (5) 9-11.
- García, R. (2019). ¿Qué es la Espondilolistesis?. Unidad de Neurocirugía. <https://neurorgs.net/actualidad/blog/que-es-la-espondilolistesis/>
- Gardiola, M. (2023). ¿Qué son las funciones cognitivas? GROD. <https://www.gradior.es/que-son-funciones-cognitivas/>
- Giorgiana, A. (2021). El Self: La Función Integradora en la Experiencia Gestalt. GGANA. <https://anagiorgana.com/el-self/>
- Guzmán G & Saucedo L. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. Revista mexicana de investigación educativa, volumen 20(67), 1019-1054.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2014). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6ta edición. México, México, McGraw Hill.
- Hoyos G y Castillo A (2009) Impacto emocional del dolor y la enfermedad. Revista científica Carta de la Salud, N142. 19-35. Colombia.
- Husserl, E. (1992). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Madrid, España, FCE.
- López, J. (2011) Delimitación diagnóstica y clínica del trastorno de somatización. (Tesis Doctoral) Universidad de Valencia, España.
- Luv (2018). Trastorno de Síntomas Somáticos. MiddleHealt. <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastorno-de-s-ntomas-som-ticos>

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- Marga, S. (2016). Dolor y Sufrimiento. PSONRÍE.
<https://www.psonrie.com/noticias-psicologia/diferencias-entre-el-dolor-y-el-sufrimiento>
- Marín, P (2018. Diciembre 23) Notas de Campo: esbozo a un escritor. Emerging Trends in Education. Volumen (1). 72-93
- Martínez, M (2015) La investigación cualitativa: síntesis conceptual. Revista IIPSI, volumen (9) 122-146.
- Méndez, J. (2019) Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. (Artículo de revisión documental) Universidad Católica del Norte, Chile.
- Miguira (2020) ¿Cómo analizar los hallazgos de una investigación? QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/analizar-los-datos-de-una-investigacion/>
- Miramontesa, F. (2013). La teoría del sentido del sufrimiento: fundamentación filosófica de una terapéutica: Scheler y Frankl. Realitas: revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1(1), 51-55.
- Navarra, P. (2012). Depresión: Causas, Síntomas y Tratamiento. CUN. <https://www.cun.es/enfermedadestratamientos/enfermedades/depresion>
- Peñaranda (2020) Aspectos del Dolor Psicológico. DOLOR. <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-y-tratamiento-del-dolor/aspectos-psicologicos-dolor>
- Pérez, I. & Gardey, A. (2011). Sufrimiento: qué es. Definición.de. <https://definicion.de/sufrimiento/>
- Perls F.S., Hefferline R.E., Goodman P. (1951) Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana. Madrid, España. Los libros del CTP
- Posner, L (1992) Viviendo en la Frontera. Madrid, España. Libros del CTP.
- Robine, J. (1997) La terapia Gestalt. Valencia, España. Ed. Morisset-essentials.

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- Rodríguez (2019) Trastorno de Síntomas Somáticos. Psiquion.
<https://www.psiquion.com/blog/trastorno-sintomas-somaticos>
- Romero, D. (2014, junio 23) Descripción y análisis de los Hallazgos de la Investigación. (Tesis de Pregrado) Universidad del Rosario, Bogotá.
- Sabino, C. (2007). El Proceso de Investigación. Caracas, Venezuela. Editorial Panapo.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Buenos Aires, Argentina, Paidós
- Ted (2018) Trastornos Somatomorfos. Somospsique
<https://somospsique.com/trastorno-sintomas-somaticos/>
<https://somesestupendas.com/trastorno-sintomas-somaticos/>
- Vázquez Bandín, C (2013. Mayo 14) Terapia Gestalt en el siglo XXI. Conferencia para el XIII Congreso Internacional de Gestalt. Cartagena de Indias, Colombia. (PDF):
<https://gestaltnet.net/sites/default/files/articulos/terapia-gestalt-siglo-xxi-conferencia-colombia.pdf>
- Vicent, H. (2022) Trastorno Somatomorfo. MSD Manual.
<https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-som%C3%A1ticos-y-trastornos-relacionados/trastorno-somatomorfo>
- Yontef, G (2015) Proceso y Dialogo en la Terapia Gestalt. Madrid, España. Cuatro Vientos

PSICONECTANDO
 CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
 EN PSICOTERAPIA GESTALT
 TÁCHIRA, VENEZUELA

Anexo B. Control de supervisión del caso clínico.

CONTROL DE SUPERVISIÓN CASO CLINICO

Nombre del Participante: Mariam S. Espinoza G.

Nº	Fecha	Nombre del Supervisor	Firma del Supervisor	Aprobado/ Reprobado
01	16-02-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Aprobado
02	22-02-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Aprobado
03	27-02-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Aprobado
04	09-03-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Reprobado
05	17-03-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Reprobado
06	22-03-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Aprobado
07	25-03-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Aprobado
08	13-07-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Aprobado
09	07-20-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Reprobado.
10	27-07-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Aprobado.
11	03-08-23	Esthyela Y Masquez D	Esthyela Masquez	Aprobado.
12	10-08-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Aprobado.
13	15-08-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Aprobado
14	25-08-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Aprobado
15	30-08-23	Dylan Goncio	Dylan Goncio	Aprobado

Anexo C. Formato de Notas de Campo

PLANTILLA NOTAS DE CAMPO SUPERVISIÓN.

Nombre del terapeuta _____

Nombre del Supervisor _____

Seudónimo _____ Edad _____ Sexo _____ N° sesión _____

Fecha _____

SOBRE EL TEMA DEL PACIENTE

- ¿Cuál fue la figura?
- ¿Concomitantes?
- ¿Vorgestalten y/o endgestalten?
- Exploración de la situación, Fondo de la sesión
- Necesidad de la figura

Compartir – Resolver – Comprender – Resignificar- Construir la figura –

Otro: _____

- **Tipo de figura**

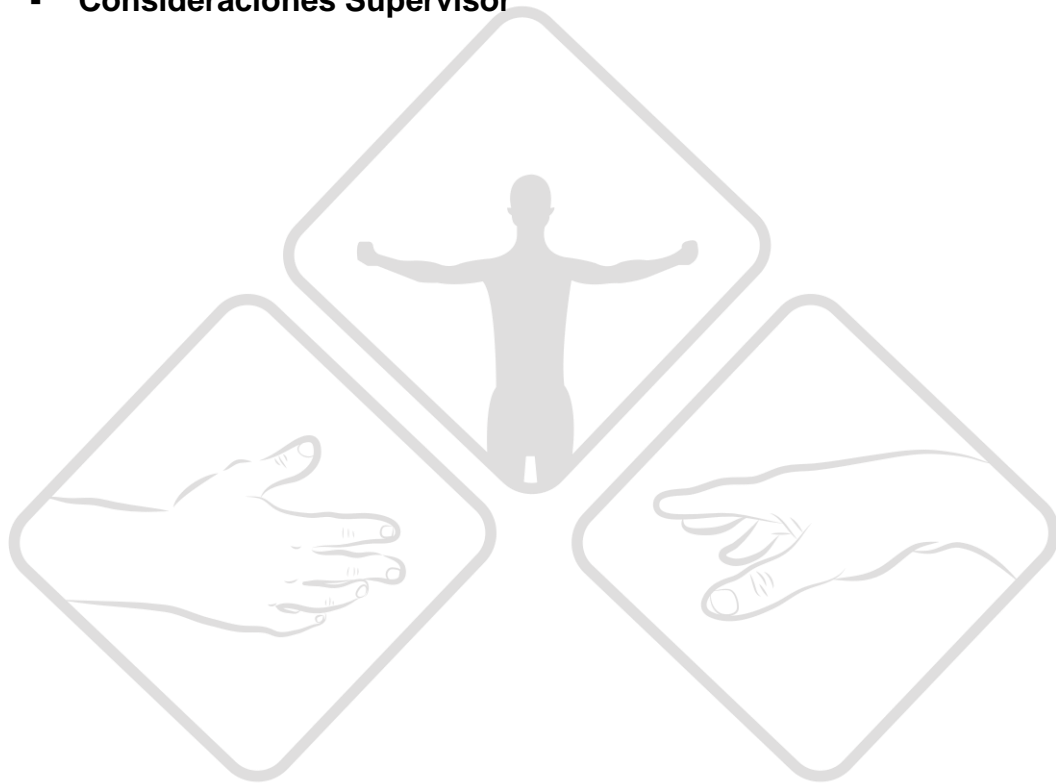
*Figura de la no figura. - Figura del material simbólico - Figura inventada
Figura del atolladero - Figura secreta - Figura del síntoma expresada por el
cuerpo -. Figura de la multifigura - Figura Deflectada - Figura de compartir
Figura Pseudoelaborada - Figura Reservada - Figura emocional*

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- **Cambio de tipo de figura producto de un funcionamiento**
- **Descripción de su Función Yo**
- **Descripción de su Función Personalidad**
- **Descripción de su Función ello**
- **Explicar el proceso de Figura Fondo (Modulo 13)**
- **Descripción del entorno externo del paciente**
- **Contactos Intencionales (Protesiones)**
- **Contactos descontados**
- **Contactos adquiridos (Retenciones)**
- **Descripción del Darse cuenta (si presenta)**
- **Zona de darse cuenta**
Zona interna- Zona externa- Zona intermedia
- **Etapas de darse cuenta**
Simple - Darse cuenta - Del carácter -Mantener el darse cuenta
- **¿Cuáles son las metáforas que utilizó el paciente? (si presenta):**
- **Describe el diálogo durante la sesión:**
- **Ajustes creativos**
- **Ajustes conservadores**

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- **Descripción fenomenológica de la voz.**
- **Descripción de la conciencia inmediata (Psico corporal)**
- **Descripción de Toma de contacto (Psico corporal)**
- **Consideraciones Terapeuta**
- **Consideraciones Supervisor**



RELACIÓN TERAPEUTA- PACIENTE

- Descripción del ground
- Hipótesis de trabajo para formar ground en la siguiente sesión
- Que hice para formar ground
- ¿Cómo me sentí con el paciente?
- ¿Qué cambios en el campo-atmosfera pude percibir?
- ¿Qué sensaciones me genero el paciente?
- Descripción de las sensaciones con el paciente
- ¿Cuáles sensaciones tuve que colocar en suspensión (epojé)?
- ¿Cuáles sensaciones fueron causantes de hipótesis y técnicas?
(Recursos Estéticos)
- Descripción de la creación de la 3ra historia
- ¿Cómo el paciente hace contacto conmigo?
- ¿Cómo hago contacto con el paciente?
- ¿Cómo me sentí conmigo como terapeuta?
- ¿Cómo me sentí con la supervisión?
- Mencionar lo pequeño de la relación terapeuta paciente
- Consideraciones Terapeuta

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

- **Consideraciones Supervisor**

IMPLICACIÓN PERSONAL DEL TERAPEUTA

- **¿Qué técnicas utilice?**
- **Modo de la sesión**
- **Nivel de presencia**
- **Descripción de lo obvio**
- **Descripción clínica**
- **Escena temida por el terapeuta**
- **Como utilice la hermenéutica de la confianza en que momento**
- **Modo de la sesión**
- **Consideraciones Terapeuta**
- **Consideraciones Supervisor**

DIAGNÓSTICO MULTIDIMENSIONAL

- Diagnóstico intrínseco (descripción a la luz de la teoría).
- Diagnóstico extrínseco
- Experiencia
- Descripción de la experiencia (Si presenta).
- Trastorno (si cumple todos los criterios)
- Hipótesis de trabajo

APARTADO DE PSICOTERAPIA DE ARTE O TERAPIA DE ARTE (SI PRESENTA)

- Consigna(s) de arte por parte del paciente o del terapeuta (si presenta):
- Motivo por el cual eligió esa(s) Consigna(s) el paciente o el supervisorado:
- ¿Por qué eligió ese material?
- Producto:
- ¿Cuáles son los cambios que ves en el arte de sesión a sesión?

Proceso: ¿qué pasa en sesión mientras el paciente trabaja?

- Consideraciones o notas del caso

PSICONECTANDO
CENTRO DE ESPECIALIDADES EN SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO
EN PSICOTERAPIA GESTALT
TÁCHIRA, VENEZUELA

