

Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas.



Trabajo de investigación final.

Los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y
su relación con los síntomas clínicos.

Presentada por: Fiorentino Jessica Vanesa

Tutora: Mg. Valeria Torre

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Febrero de 2022.

Agradecimientos

A mis profesores y profesoras, familia, amigas y amigos, por su apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi carrera.

Los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y su relación con los síntomas clínicos.

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo indagar la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y la presencia de síntomas clínicos entre jóvenes y adultos de entre 18 y 59 años, residentes CABA y el Gran Buenos Aires. Se tomó una muestra intencional no probabilística de 161 jóvenes y adultos entre 18 y 59 años, residentes CABA y el Gran Buenos Aires, con una edad promedio de 42 años (DT 11,13, Mediana 44 años, Min 18 años y Max 59 años). Se aplicaron dos instrumentos, el Test Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (T.P.G) para los bloqueos del ciclo de la experiencia y el Cuestionario de Autoreporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18) para los síntomas clínicos. Los resultados mostraron que la dimensión depresión, angustia o ansiedad y otros, se relacionó directa y positivamente con los bloqueos postergación, desensibilización, proyección, introyección y fijación. La dimensión trastorno psicótico, se relacionó de manera directa y positiva con los bloqueos fijación, desensibilización y proyección. La dimensión trastornos convulsivos se relacionó de manera directa y positiva con el bloqueo desensibilización. Por último la dimensión problemas relacionados con el consumo de alcohol se relacionó directa y positivamente con proyección e inversa y negativamente con deflexión. Se concluye que al mejorar los niveles de bloqueos, la persona puede autorregularse orgánicamente, mejorando así sus niveles de síntomas clínicos.

Palabras clave: Ciclo de Experiencia Gestalt, Protocolo de Terapia Gestalt, Bloques del Ciclo de Experiencia, Autorregulación Organísmica, Síntomas Clínicos.

El Ciclo de la Experiencia Gestáltica y su relación con la presencia de síntomas.

Abstract

The objective of this research work was to investigate the relationship between blockages in the cycle of the gestalt experience and the presence of clinical symptoms among young people and adults between 18 and 59 years of age, residents of CABA and Greater Buenos Aires. A non-probabilistic intentional sample of 161 young people and adults between 18 and 59 years old, residents of CABA and Greater Buenos Aires, with an average age of 42 years (SD 11.13, Median 44 years, Min 18 years and Max 59 years) was taken.). Two instruments were applied, the Salama Gestalt Psychodiagnostic Test (T.P.G) for experience cycle blockages and the Self Reporting Questionnaire (SRQ-18) for clinical symptoms. The results showed that the dimension depression, anguish or anxiety, and others, was directly and positively related to the blocks of postponement, desensitization, projection, introjection, and fixation. The psychotic disorder dimension was directly and positively related to the fixation, desensitization and projection blocks. The seizure disorders dimension was directly and positively related to desensitization blockade. Finally, the dimension problems related to alcohol consumption was directly and positively related to projection and inversely and negatively to deflection. It is concluded that by improving the levels of blockages, the person can self-regulate organismically, thus improving their levels of clinical sym.

Keywords: Gestalt Experience Cycle, Gestalt Therapy Protocol, Experience Cycle Blocks, Organismic Self-regulation, Clinical Symptoms.

Índice General

Agradecimientos	2
Resumen	3
Abstract	4
Índice General	6
1. Los Bloqueos Del Ciclo De La Experiencia Gestáltica Y Su Relación Con Los Síntomas Clínicos.	8
1.1. Planteamiento Del Problema	10
1.2. Relevancia y Justificación	12
1.3. Objetivos	13
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	13
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	13
2. Marco Teórico	15
2.1.1 <i>La Psicología De La Gestalt.</i>	15
2.1.2 <i>El Todo Como Más Que La Suma De Las Partes: Totalidad Organísmica.</i>	15
2.1.3 <i>La Relación Entre Organismo Y El Ambiente: De La Enfermedad A La Autorregulación</i>	17
2.1.4 <i>El Ciclo De La Experiencia Gestáltica: Columna Vertebral De La Experiencia Vital</i>	18
2.1.5. Fases del ciclo de gestalt	19
2.1.6 <i>Los Bloqueos Según Cada Fase</i>	22
2.1.7 <i>Síntomas Clínicos</i>	24
2.2 Marco Contextual o Antecedentes	26
3. Metodología	33
3.1. Diseño	33
3.2 Unidad De Análisis.	34
3.2.1. <i>Criterios De Inclusión</i>	35
3.2.2. <i>Criterios De Exclusión</i>	35
3.3. Recolección De Datos	35
3.4. Procesamiento De Datos	36
3.5. Instrumentos	36
3.5.1 <i>Test De Psicodiagnóstico De Gestalt (TPG)</i>	36

3.5.2 Cuestionario De Auto-reporte O Self Reporting Questionnaire (SRQ-18)	38
4. Resultados	40
4.1. Resultados De La Caracterización De La Muestra	40
4.2. Resultados De Correlación De Variables.	43
4.3. Resultados De Comparación De Variables Según Grupos.	47
5. Discusión	57
6. Conclusión	70
6.1. Limitaciones del estudio	71
6.2. Directivas Futuras	71
7. Referencias Bibliográficas	73
8. Anexos	79

1. Los Bloqueos Del Ciclo De La Experiencia Gestáltica Y Su Relación Con Los Síntomas Clínicos.

En la actualidad, en nuestro país, hay muchas instituciones de Gestalt, entre ellas encontramos La Asociación Gestáltica Argentina (AGBA), El Centro de Estudios Gestálticos y Técnicas Psicoterapéuticas, El Centro Gestáltico San Isidro (CGSI), La Casa de Floresta, El Centro Gestáltico de Salud y Meditación Luz de Luna, Gestando Gestalt, entre tantos otros centros de formación especializada.

Sus desarrollos y aportes son tomados por muchos profesionales, no sólo del campo de la psicología sino también de otros campos, por ejemplo, por operadores sociales, profesionales de la educación, acompañantes terapéuticos, trabajadores sociales y del área de la salud, que toman los aportes de la Gestalt para aplicarlos en sus profesiones, a nivel individual, como por ejemplo para realizar abordajes terapéuticos, o a nivel grupal, como por ejemplo en el desarrollo de talleres y coordinaciones grupales.

A pesar de todo este trabajo en el campo y desarrollos teóricos, la Gestalt tiene poca trayectoria en el campo de la investigación psicológica. Según lo que planteó el Dr. Ramos Gascón (2006), en el prólogo del Manual del Test de Psicodiagnóstico de Salama, el psicodiagnóstico, es un área, en la que los terapeutas gestálticos han sido reticentes a investigar. Tal vez como fruto de una posición más centrada en la experiencia, en la focalización del Aquí y Ahora, pero la ausencia de trabajo en este campo no dejó de ser una carencia en el bagaje de los recursos terapéuticos que le da sentido a lo científico.

Teniendo en cuenta, esta situación anteriormente comentada, sumado a la importancia de los aportes de esta disciplina al trabajo terapéutico, tanto a nivel nacional como internacional, se plantean los siguientes interrogantes: ¿qué herramientas o instrumentos usan los gestálticos para generar investigación?, ¿cuáles son los temas relevantes?, ¿qué preocupaciones se plantean al respecto los terapeutas gestálticos?.

Una de las respuestas a la pregunta acerca de los instrumentos gestálticos para generar investigación, fue el Test de Psicodiagnóstico Gestalt, creado por Salama como una herramienta protocolar que representa un instrumento de investigación invaluable (Salama, 2002).

Es por ello que la presente investigación indagó acerca de la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y los síntomas clínicos, tomando el modelo del Ciclo de la experiencia gestáltica de Salama, que da cuenta que el Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) y el trabajo terapéutico gestáltico, diseñan estrategias que pueden ser empleadas a partir de lo que presenta el paciente en el aquí y ahora. (Salama, 2006).

En este sentido la presente investigación se propuso correlacionar las puntuaciones del TPG de Salama, con un test de escala autoaplicada, que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días: el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ). De esta forma, se estableció las relaciones entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica, detectados en el TPG, con los síntomas clínicos evaluados por medio del SRQ.

Se definió al ciclo de la experiencia gestáltica como un proceso continuo, físico y psicológico donde el organismo en relación con el ambiente y consigo mismo, va en busca del reconocimiento y satisfacción de sus necesidades (Salama, 2002).

Salama(2002), representó al ciclo de la experiencia gestáltica con un círculo para describir el continuo incesante de su reproducción que a su vez da origen al núcleo de la experiencia vital del sujeto. Cuando el organismo está en armonía con su ambiente, este círculo presenta una corriente de energía vital ininterrumpida, pero cuando el organismo entra en conflicto con sí mismo y/o con su ambiente se presentan estancamientos de esta energía, que se dan en diferentes síntomas. A estas interrupciones Salama, (2002) las denominó bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica, pero pueden ser denominadas de diferente manera: “resistencia” (Kepner, 1987), “interacción resistente” (Polster y Polster, 1985) o interrupciones, (Zinker, 2000). Las interrupciones que se operan dentro de ese ciclo pueden ser relacionadas con los síntomas clínicos. (Salama, 2002).

1.1. Planteamiento Del Problema

Una revisión reciente sobre la evidencia empírica de las terapias humanísticas, donde se incluye a la corriente gestáltica, concluyó que “parecen ser menos efectivas que la TCC para las dificultades relacionadas con la disminución de síntomas y que sólo deberían ser consideradas para clientes que ya intentaron o rechazaron la TCC” (Angus et al., 2015, p.5).

Por su parte Osorio (2013), planteó que las terapias humanísticas, como la gestalt, tienen una forma de entender los problemas de salud mental,

como problemas de satisfacción de las necesidades y la desregulación del organismo, que es popular entre los practicantes de las corrientes humanistas, pero en el campo de la investigación psicológica, estos temas han sido relegados y criticados debido a su falta de consistencia teórica.

Sin embargo, es posible que los bloqueos del ciclo de la experiencia se encuentren asociados a una serie de problemas clínicos como la ansiedad, la depresión, los trastornos psicóticos o el consumo de sustancias (Benavides, 2005; Castillo, 2017), lo que demostró que el Test Gestáltico de Salama, puede ser una herramienta que sirva para relacionarlos.

Por su parte, el cuestionario SQR para el tamizaje de posibles problemas de salud mental, creado por la OMS, (1994), propuso grupos de síntomas que van desde la ansiedad, la depresión y la angustia, los trastornos psicóticos, los trastornos convulsivos y los problemas de consumo de alcohol. De esta forma se pueden identificar rápidamente posibles casos clínicos: este enfoque en la detección de síntomas clínicos tiene utilidad en el campo de la salud mental ya que es posible identificar de manera rápida a personas que pueden presentar algún tipo de psicopatología, además se ha demostrado que el cuestionario SQR presenta buenas propiedades psicométricas lo cual lo hace un instrumento sensible y apropiado para la identificación de casos clínicos (Romero, Sánchez, Lozano, Ruíz, & Vega, 2016).

Debido a las pocas investigaciones encontradas en relación a la teoría de Salama (1992), sobre todo en adultos, esta investigación pretendió relacionar las dimensiones del ciclo de la experiencia con los síntomas clínicos identificados por el SQR.

Por todo lo expuesto la pregunta de investigación que se planteó en este estudio es la siguiente:

¿Qué relación existe entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y los síntomas clínicos en jóvenes y adultos entre 18 y 59 años, residentes en la provincia de Buenos Aires, Argentina?

1.2. Relevancia y Justificación

En cuanto a la relevancia teórica: los resultados de este trabajo aportarán evidencia sólida acerca de la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica (postergación, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación) y problemas clínicos como la ansiedad, la depresión, los trastornos psicóticos o el consumo de alcohol, permitiendo aumentar el conocimiento existente sobre esta temática.

Por otro lado, en cuanto a la relevancia práctica, se espera consolidar el TPG como modelo protocolar en la práctica de intervención clínica. De esta manera la utilización del mismo, permitirá que el terapeuta tenga una visión clara de donde se interrumpe el ciclo de la energía y se requiere comenzar el trabajo, y por su parte el paciente identificará sus propios bloqueos y logrará tener conciencia de ellos, responsabilizándose del proceso de cambio. (Salama, 2002).

Por último pero no menos importante en lo que concierne a la relevancia social, se considera que el Ciclo de la experiencia gestáltica es un núcleo básico de la vida humana, y siempre estará orientado hacia la

homeóstasis del organismo (Zinker, 2000; Latner, 2007; Castanedo, 2001; Salama, 2002), de esta manera se espera ayudar a las personas a comprender las experiencias vitales sin que estas estén teñidas bajo una interpretación patologizante, atrayendo a que más personas acudan a terapia para trabajar sus problemáticas alejándose de las estigmatizaciones sociales acerca de las dicotomías normal/anormal y salud/enfermedad.

1.3. Objetivos

Los objetivos propuestos para este trabajo son:

1.3.1. *Objetivo General*

Analizar la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y los síntomas clínicos en jóvenes y adultos entre 18 y 59 años, residentes CABA y el Gran Buenos Aires, Argentina

1.3.2. *Objetivos Específicos*

OE1 Analizar los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica (postergación, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación) y los síntomas clínicos (depresión, angustia o ansiedad y otros, trastorno psicótico, trastorno convulsivo, problemas relacionados con el consumo de alcohol)

OE2 Analizar la categoría de bloqueo "Postergación" en relación a la dimensión "Depresión".

OE3 Analizar la dimensión “Trastorno Psicótico” en relación a las dimensiones “Fijación” y “Proyección”

OE4 Identificar los síntomas clínicos en jóvenes y adultos de entre 18 y 59 años residentes en CABA y el Gran Buenos Aires.

OE5 Comparar los síntomas clínicos según edad y sexo.

OE6 Identificar los bloqueos del ciclo de la experiencia en jóvenes y adultos de entre 18 y 59 años residentes en CABA y el Gran Buenos Aires.

OE7 Comparar los bloqueos del ciclo de la experiencia según edad y sexo.

1.4. Hipótesis

H1 Se encontrará una relación positiva y significativa entre la categoría de bloqueo “Postergación” y la dimensión “Depresión”, es decir individuos que puntúan alto en “Postergación”, tenderán a presentar alto puntaje en “Depresión”.

H2 Se encontrará una relación positiva y significativa entre la dimensión “Trastorno Psicótico” y las categorías de bloqueo “Fijación” y “Proyección”, es decir individuos que puntúan alto en “Trastorno Psicótico”, tenderán a presentar altos puntajes en “Fijación” y “Proyección”.

2. Marco Teórico

Este capítulo está conformado por el marco conceptual en donde puede leerse las explicaciones de las variables y el posicionamiento teórico de este trabajo y el marco contextual, es decir los antecedentes de investigación o estado del arte sobre el tema.

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 *La Psicología De La Gestalt.*

La psicología de la Gestalt nace en Europa a principios del siglo XX, frente a las teorías imperantes en ese momento tales como el elementarismo y atomismo del estructuralismo. Sus exponentes iniciales principales fueron los psicólogos alemanes: Koffka (1973), Köhler (1963), Wertheimer (1925) y Brown y Voth (1937). El concepto Gestalt fue definido por Köhler “como una unidad o un todo que sobresale en su ambiente o marco de referencia” (Simon, Stierlin, Wynne, 1993, p. 180). La Gestalt es una percepción organizada y concreta de lo que el sujeto está percibiendo y donde se involucran la experiencia, motivación, necesidad de la persona, la interacción con los otros y el contexto en el cual se encuentra inmerso (Codina, 2005; Salama y Villareal, 1989).

2.1.2 *El Todo Como Más Que La Suma De Las Partes: Totalidad Organísmica.*

Según Grassi (2019), esta corriente postuló que la percepción que las personas tienen de los objetos, es más, que la suma de las unidades de

estímulos individuales. Siguiendo a este mismo autor, la concepción holística es lo que inspiró al enfoque Gestalt postulado originalmente por Fritz Perls, de esta forma los seres humanos, no pueden entenderse solamente por el estudio y descomposición de sus partes. Esta terapia se propone como una alternativa al abordaje de las dificultades emocionales ayudando a las personas a integrar adecuada y exitosamente las partes de su personalidad en un todo saludable. (Grassi, 2019).

Según el autor gestáltico Martín (2008), esto da cuenta de que si se quisiera estudiar este fenómeno aislando los diferentes elementos que lo integran, solo se estaría destruyendo la gestalt, debido a la característica de la totalidad que tiene la percepción.

Siguiendo al mismo autor, de igual manera sucede con las emociones o sentimientos, sería infructuoso querer separarlas de la situación de emergencia. No tiene tanto que ver los elementos en sí mismos dentro del campo de estudio sino como emergen y se suceden dentro de un todo que les da significado. Por ejemplo, no importa tanto por qué el sujeto siente tristeza sino el cómo está sintiendo la tristeza en su organismo y en constante relación con el ambiente en el que está inmerso. (Martín, 2008).

En este sentido Koffka concluyó que las fuerzas cohesivas que mantienen unidos los elementos de una totalidad tenderán hacia la regularidad, la simetría y la simplicidad; de ahí la ley de la pregnancia, según la cual: La organización psicológica será tan buena como lo permitan las condiciones existentes. (Koffka, 1973).

2.1.3 La Relación Entre Organismo Y El Ambiente: De La Enfermedad A La Autorregulación

Según Martín (2008):

Para la gestalt, el organismo es considerado como una unidad en una continua interrelación con el ambiente. Por tanto organismo y ambiente son dos campos que se consideran en total interrelación, condicionándose mutuamente, y toda conducta tanto normal como patológica se interpreta como la expresión, o más bien como una forma de expresión, de las diferentes maneras en que el organismo funciona y reacciona en totalidad. (p. 18)

En palabras de otros autores, la persona necesita aprender a satisfacer sus necesidades a través del mecanismo homeostático o de autorregulación orgánica. A través de la autorregulación orgánica hay una tendencia a ir cerrando las Gestalt, este proceso es continuo, lo que significa que en todo momento hay una Gestalt inconclusa, o sin cerrar. La persona que se autorregula se conoce y conoce a los demás, estableciendo límites entre su ser y el ser de los demás, permitiendo la interacción conservando su individualidad.(Naranjo, 2009; Perls y Baumgardner, 1978).

Según lo expresa Martín (2008),

La enfermedad no es una simple modificación de la estructura o del funcionamiento del organismo, sino que la persona enferma cuando la sensación que experimenta produce en su organismo un estado de

desorden que le impide realizar adecuadamente las posibilidades y capacidades propias de su naturaleza. (p.19)

2.1.4 El Ciclo De La Experiencia Gestáltica: Columna Vertebral De La Experiencia Vital

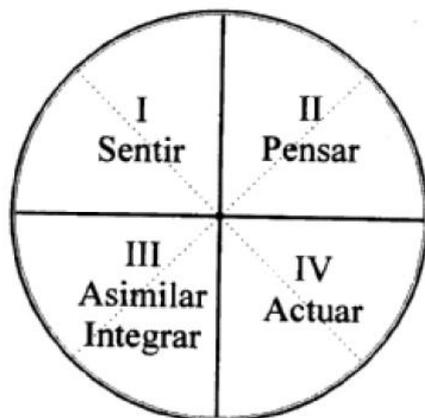
El ciclo de la experiencia gestáltica, base fundamental de esta investigación, es tomado de la teoría conductista y reformulado por algunos gestálticos tales como Ginger, Polster y Zinker, pero es Hector Salama quien en el año 2002, lo actualiza para representar cómo se genera y circula la energía vital en las personas, dando cuenta de sus fases como así también de sus bloqueos.

Salama, (2002) lo representa con un círculo, donde el inicio de una gestalt es a su vez el final de una anterior, si se ha completado el ciclo. De lo contrario, las gestalts que no se cierran serán los asuntos inconclusos que seguirán allí presentes hasta culminarlos.

Salama (2002) divide al círculo en cuatro cuadrantes que van a representar las capacidades de los sujetos de sentir, pensar, actuar e integrar.

Figura N 1

Los Cuatro Cuadrantes del Ciclo de la Experiencia Gestáltica



Siguiendo los lineamientos del autor, los cuadrantes I y II, en la parte superior del círculo, corresponden a la parte pasiva, puesto que el sujeto se relaciona con sus sentimientos y pensamientos, parte interna del organismo.

Los cuadrantes III y IV, en la parte inferior del círculo, corresponden a la parte activa. “En estos cuadrantes el sujeto se relaciona con su límite externo, actuando y asimilando e integrando la experiencia de manera única e irrepetible” (Salama, 2002. p.40)

Este ciclo tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de las personas. Las personas deben darse cuenta de cómo atraviesan este ciclo para alcanzar el autodescubrimiento y el desarrollo.(Benavides, 2005).

2.1.5. Fases del ciclo de gestalt

Inicialmente se identifican seis etapas del ciclo Gestalt las cuáles se explican a continuación (Zinker, 2000; Salama y Villareal, 1989):

Fase uno: reposo

En esta fase nace la nueva experiencia que se conecta con una nueva necesidad. No importa si la necesidad es fisiológica o psicológica, puesto que tienen el mismo valor de surgimiento.

Fase dos: sensación

El sujeto comienza a sentir la tensión provocada por ese algo que es incipiente, que no se sabe aún que es, pero que se puede sentir en la zona interna del organismo.

Fase tres: formación de la figura

Esta fase, está en una zona intermedia entre el sentir y pensar. La persona ya reconoce claramente su necesidad, puesto que ya se hizo figura en su aquí y ahora. Ya sabe lo que necesita satisfacer

Fase cuatro: movilización de la energía

En esta fase el organismo se energiza, de esta manera consigue la energía necesaria para llevar a cabo la acción que requiere su necesidad.

Fase cinco: acción

Aquí el organismo sale de la zona interna y pasa a la zona externa, correspondiente a esta etapa de puesta en acción, movilizandó la energía que antes consiguió hacia la figura relacional

Fase seis: pre-contacto

En esta etapa el sujeto todavía no contacta con el objeto relacional, pero si sabe cómo satisfacer su necesidad y hacia allí es que dirige su energía movilizadã.

Salama (2006) incorpora las fases de Precontacto y Postcontacto al Ciclo Gestalt, a continuación se presenta brevemente su definición:

Fase siete: contacto

En esta fase el organismo siente la plena satisfacción de haber contactado con el objeto de su necesidad. El contacto es entonces el “proceso de experimentar y organizar estos límites y, por lo tanto, la organización continua y la formación de uno mismo en su relación a los demás y al mundo en general”. (Butollo et al., 2014, p. 515)

Fase ocho: post –contacto

El organismo se retira de la fase de contacto, y va disminuyendo su nivel de energía hasta llegar al reposo.

Como este proceso es continuo, en esta etapa se logra el equilibrio momentáneo a la espera del inicio nuevamente del ciclo.

Figura 2

Identificación de las Fases del Ciclo de la Experiencia Gestáltica



En todas las fases la energía nos marca el mapa del proceso del paciente. “Aprender a verlo es un entrenamiento básico en un terapeuta gestáltico. Desde esta comprensión, podemos ofrecerle al paciente trabajos que coincidan con su momento energético. Él los tomará con mayor naturalidad, pues coinciden con su estado emocional.” (Carabelli, 2013, pág.289)

2.1.6 Los Bloqueos Según Cada Fase

Los bloqueos son denominados de diferente manera, “resistencia” (Kepner, 1987), “interacción resistente” (Polster y Polster, 1985) o interrupciones, (Zinker, 2000). Pero más allá de cómo cada autor los denomina, se los reconoce como los momentos donde la energía no corre libremente en busca de la resolución o cierre de la gestalt, sino más bien es cuando la energía queda estancada.

A continuación se presenta una breve descripción de los bloqueos:

Postergación se presenta cuando existen trastornos del ritmo, por los cuales la persona no es capaz de pasar a una nueva experiencia (Zinker, 2000).

Desensibilización: cuando hay una interrupción entre la sensación y conciencia la persona puede experimentar algunas sensaciones, sin comprender lo que significan, porque las emociones se encuentran bloqueadas, provocándole miedo (Zinker, 2000).

Proyección es la tendencia a hacer responsable al ambiente o a los demás de lo que se origina en el sí mismo. El proyector le confiere una existencia objetiva fuera de él, de modo que puede culpar a los demás o a la

situación por sus problemas, sin encarar el hecho de que son parte de él mismo (Yontef, 2009; Fagan y Shepherd, 1989). “La proyección es el mecanismo por medio del cual el individuo evita apropiarse de su propia realidad” (Castanedo, 2001, p. 95).

Introyección a las actitudes, modos de actuar, de sentir, y evaluar sin digerirlos se les denomina introyectos, se les considera cuerpos extraños agregados a la personalidad. Impiden el libre flujo de los impulsos y la satisfacción de las necesidades. Mientras mayor es el número de introyectos menor es el lugar que hay para que él se exprese e incluso descubra lo que él mismo es.

Retroflexión es hacerse a uno mismo lo que se quiere hacer a otro, o hacer a sí mismo lo que quiere que el otro le haga, lo cual lleva al aislamiento. Al retroflectar la persona reprime o inhibe o niega la tensión existente en su organismo (Yontef, 2009; Fagan, y Shepherd, 1989; Polster y Polster, 1985). El retroflector no solo se hace miserable a sí mismo sino que también hace sufrir a los que están junto a él por su conducta autodestructiva (Perls, 2008).

Deflexión se emplea como una forma de evitar el enfrentarse o contactar de manera directa con otra persona y puede ser utilizada al iniciar o al responder al contacto, es la interrupción entre acción y contacto. La persona está dispersa y distraída, tiene disfunciones en su realidad interna, puede sentir una sensación de vacío y superficialidad, se encuentra fuera de contacto con su medio (Zinker, 2000, Polster y Polster, 1985).

Confluencia “La confluencia es la condición de no contacto (no hay frontera del Self) aunque se sigan produciendo otras interacciones

importantes” (Perls, Hefferline y Goddman, 2006, p. 286). Cuando la persona está en un estado patológico de confluencia no establece límites entre ella y los demás, le es imposible conectarse consigo misma. Se considera una respuesta poco elaborada, como una respuesta infantil (Castanedo, 2001; Perls, 2008; Perls, Hefferliney Goddman, 2006).

Fijación consiste en recordar una experiencia de manera repetitiva, lo cual implica que la situación continúa afectando y se sigue pensando en ella (Salama, 2006).

2.1.7 Síntomas Clínicos

Los síntomas clínicos pueden ser variados pero los que fueron evaluados en el presente estudio constituyen los dolores de cabeza, mal apetito, problemas de sueño, ausentarse con facilidad, temblores en las manos, nerviosismo, mala digestión, confusión, tristeza, llantos, anhedonia, indecisión, dificultades para realizar el trabajo, sentimiento de utilidad, desinterés, aburrimiento, ideas suicidas, cansancio, ideas paranoides, sentirse más importante de lo que piensan los demás, pensamiento raro, alucinaciones auditivas, convulsiones, consumo excesivo de alcohol según otras personas, dificultad para dejar de beber, problemas a causa del alcohol, riñas alcoholizado, beber en exceso según el propio paciente (Romero, Sánchez, Lozano, Ruíz, & Vega, 2016).

La ansiedad es concebida como un mecanismo adaptativo por parte del sujeto. Esta lo pone en alerta y lo prepara para posibles situaciones amenazantes. Cuando su intensidad, frecuencia y duración exceden los

límites normales es que se puede estar frente a un trastorno ansiógeno (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por el decaimiento, la apatía y la falta de interés por realizar las cosas que presenta la persona que lo padece (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

Los trastornos psicóticos se caracterizan por un quiebre con la realidad en el cual el sujeto puede experimentar síntomas tales como alucinaciones y delirios. Además de presentar algunos problemas emocionales como el aplanamiento afectivo o la distimia (Calafell & Giráldez, 2014).

Trastornos convulsivos constituyen alteraciones de la actividad eléctrica cerebral. El cerebro para funcionar requiere de una actividad eléctrica ordenada y coordinada, cuando se rompe este flujo de actividad eléctrica es cuando se produce un trastorno convulsivo (Vania & De La Barra, 2013).

En cuanto al consumo de alcohol, según OMS, en el 2017 el 77% de la población al llegar a los 18 años ya había consumido alguna bebida con alcohol, según este mismo organismo, Argentina es el primer país consumidor de alcohol en América Latina con 9 litros de alcohol puro por habitante por año.

2.2 Marco Contextual o Antecedentes

En este apartado fueron expuestos los antecedentes, es decir el estado del arte acerca del tema de la presente investigación.

Diversos estudios se han ocupado de relacionar los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica con síntomas clínicos, pero sólo en el área latinoamericana se encontraron aquellos que trabajaron con los instrumentos tomados en la presente investigación, es decir, el Test Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (T.P.G) para los bloqueos del ciclo de la experiencia y el Cuestionario de Autoreporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18) para los síntomas clínicos.

Para una mejor comprensión lectora, se agrupó las investigaciones clasificándolas por el país de origen.

En Brasil, Ferreira, y otros (2020) presentaron la investigación titulada “Transtornos mentais comuns em técnicos de Enfermagem de um hospital universitário” [Trastornos mentales comunes en técnicos de enfermería de un hospital universitario] tuvo como objetivo identificar la prevalencia de trastornos mentales más comunes en técnicos de enfermería y sus factores asociados. El estudio fue del tipo descriptivo transversal, contó con una muestra de 280 técnicos de enfermería. Para recolectar los datos se empleó el SQR. Los resultados indican que la prevalencia de los trastornos mentales fue del 46.9%. La mayor prevalencia obtenida fue en las personas con ingreso familiar menor a cuatro salarios mínimos y los que trabajan exclusivamente en el área de salud.

En México, el estudio de Salazar Valadez y Puc Herrera (2019) investigó la efectividad de la psicoterapia gestalt para favorecer el desarrollo de habilidades en la promoción de la salud mental y prevenir el comportamiento suicida en jóvenes. Para ello, se realizó un estudio de corte cualitativo, fenomenológico y de acción participativa. La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por siete mujeres con un promedio de edad de 20 años, que son alumnas de Escuela Normal de Educación Preescolar. Se aplicó el Test Psicodiagnóstico de la Gestalt para medir el grado de los bloqueos en la autorregulación orgánica y la Escala de Desesperanza de Beck para el nivel de riesgo suicida. Como resultado después de la intervención no hubo fases bloqueadas y el nivel de riesgo suicida fue mínimo al final de la misma. Por último, a nivel cualitativo se logró desbloquear y favorecer habilidades para dicha problemática.

También en México, Vazquez Chavez (2019), sistematizó una intervención psicoterapéutica de tipo Gestalt que abordó el caso de un joven de 24 años de edad con un trastorno narcisista de la personalidad y un trastorno depresivo. Para evaluar el proceso se hizo uso del test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama, la escala Global (Alcázar, 2012), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988), Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988) y la Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999). Como resultado se observa que para la sesión número 10 hay una disminución de todos los síntomas evaluados.

Siguiendo en el mismo país y refiriéndose a la temática que plantea la relación entre síntomas esquizofrénicos y el ciclo de la experiencia,

Martinez,M. (2017), realizó un estudio de caso único. Dentro del proceso se usó el ciclo de la experiencia para conocer en qué fase se encuentra bloqueado el paciente, así mismo se observaron problemas de dependencia y ambivalencia con la figura materna, incapacidad en las habilidades sociales y en el manejo de sus emociones. Al final los logros obtenidos con el paciente fueron el fortalecimiento de las habilidades sociales y la disminución de los introyectos, no completamente porque se requiere de mayor número de sesiones.

En México también, por último, pero no menos importante, Cabello (2013) elaboró la investigación titulada “Prevención del uso de alcohol, tabaco y marihuana en jóvenes de preparatoria” tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de uso del alcohol, tabaco y marihuana desde el enfoque Gestalt. La muestra la conformaron 68 jóvenes. Los instrumentos empleados fueron el test de perfil de consumo y el Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG). Los resultados han indicado que la fijación y la introyección fueron los bloqueos que presentaron mayores puntuaciones.

En Perú, otro estudio que investigó sobre ansiedad y ciclo de la experiencia gestáltica fue el de Moncada Celestino (2019), que presentó evidencia clínica de un estudio de caso único. La medición de la intervención se realizó cualitativamente y cuantitativamente basados en los postulados teóricos para reducir los niveles de ansiedad generalizada según criterios DSM IV. Como instrumentos de evaluación se utilizaron los cuestionarios SQR y el inventario Multiaxial de Millon II Los resultados del post test muestra una mejoría de síntomas en el Millon II y también en la subescala de ansiedad del SCL-90 Con el acompañamiento Gestalt ayudó a que pudiera tener una

experiencia más plena de vivir el presente, incorporándose en lo familiar, social y laboral, en conclusión, la mejora de los síntomas de ansiedad basados en la funcionalidad del sujeto y reducción de síntomas al mínimo.

En Perú también, Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), realizaron una investigación que tuvo por objetivo analizar la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia y los síntomas clínicos en jóvenes y adultos entre 18 a 59 años de edad. El tipo de estudio fue cuantitativo y correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 384 personas de ambos sexos, residentes en la ciudad de Arequipa. Se aplicaron dos instrumentos el Test Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (T.P.G) para los bloqueos del ciclo de la experiencia y el Cuestionario de Autoreporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18) para los síntomas clínicos. Los resultados obtenidos evidenciaron que existe relación entre la depresión, angustia o ansiedad y otros síntomas clínicos, con todos los bloqueos del ciclo de la experiencia excepto la fijación. En relación al sexo, las puntuaciones fueron ligeramente más altas en las mujeres y solo hubo diferencias en confluencia y fijación. Con respecto a la edad, no hubo diferencias en ambos grupos etarios (18 a 29 años y 30 a 59 años). En función del sexo, se encontraron que ambos puntúan alto en los identificados como caso, en los trastornos psicóticos. Finalmente, los jóvenes puntúan más alto en el consumo de alcohol y los adultos en los trastornos psicóticos.

En ese mismo país, Gonzales–Otoya (2019) presentó la investigación que lleva por título “Relación entre la Autorregulación Organísmica y El Clima Social Familiar de Los Alumnos de La Institución Educativa “San Juan Bautista De La Salle”- Arequipa 2016” tuvo como objetivo identificar la

relación entre la autorregulación orgánica y el clima social familiar. La muestra la conformaron 170 estudiantes a los que se les aplicó el Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama, así como con la Escala de Clima Social y Familiar de Moss. Los resultados indicaron que no se encontró relación significativa entre las variables estudiadas.

También en Perú, en una línea próxima de trabajo, Hernández Valbuena (2017), realizó una investigación que tuvo como propósito analizar el uso del Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Salama por el *Coach* para la ubicación del bloqueo psicológico del emprendedor como ser humano integral. La metodología siguió el tipo de investigación descriptiva bajo el diseño no experimental. Como resultado luego de la aplicación del Ciclo de la Experiencia Gestáltica esquematizado en el TPG de Salama, se determinó que la mayoría de las personas que optaron por el test fueron mujeres en un 95% en el ámbito de pareja y la tendencia del bloqueo en la postergación, introyección y fijación en más de un 50% de la muestra, lo cual hace inferir que el emprendimiento sigue siendo baja por parte de las mujeres, dado que aún en Latinoamérica tiende a estar pendiente de la pareja y no de crear e innovar.

Otra investigación en Perú, la de Salas Dahlqvist (2017), cuyas muestras estuvieron constituidas por jóvenes, estudió la correlación entre la Cohesión Familiar y el Bloqueo en las Fases del ciclo de la experiencia Gestalt en Adolescentes del quinto año del nivel secundario de cinco instituciones educativas. Para la medición de las principales variables en estudio se utilizó la escala de Cohesión y Adaptabilidad de Olson (Fase III) y el Test Psicodiagnóstico de Salama (T.P.G.) Los resultados muestran que si

existe relación significativa entre el Tipo de Cohesión Familiar Extrema y el Bloqueo en las Fases del ciclo de la experiencia Gestalt y no existe correlación entre los Tipos de Adaptabilidad Familiar Balanceada y Extrema con el Bloqueo en las Fases del ciclo de la experiencia Gestalt.

Por último, en este país, se encontró la investigación de Moncada (2016), titulada "Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios"; tuvo como objetivo establecer la prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios. La muestra la conformaron 1977 estudiantes universitarios a los que se les aplicó el SQR. Los resultados han arrojado que un 29.9% presentan algún tipo de sintomatología que puede ser catalogada como un trastorno mental. Los síntomas más prevalentes fueron las manifestaciones de ansiedad, seguidos del abuso del consumo de sustancias y la depresión. Se encontraron diferencias significativas en función del género.

Asimismo, en Uruguay, Ugartemendía Maclean, (2017) identificó los mecanismos de bloqueo desde el enfoque Gestalt, en personas adultos jóvenes con diagnóstico de Rosácea. Para la evaluación de los mecanismos mencionados se diseña una investigación cuantitativa y se utiliza el instrumento Test de Psicodiagnóstico Gestalt (Salama, H. 2002). Se distinguen los mecanismos de bloqueo Postergación y Fijación correlacionados a la Rosácea y los aspectos psicológicos correspondientes. Se concluyó que en el grupo estudiado aparece la tendencia a la satisfacción de la necesidad de reposo y relajación, a la satisfacción de la necesidad de independencia, autodependencia y autoapoyo y otra más marcada a la posibilidad de sentir, asimilar e integrar las experiencias.

Para finalizar, en Ecuador Arízaga (2013), propuso un estudio acerca de la Terapia Gestalt aplicada a un caso. Tiene como objetivo aplicar el Ciclo de la Experiencia para la disminución de síntomas. Para ello hace uso de un modelo mixto para analizar la eficacia de la terapia Gestalt utilizada en el caso de XX. Tomando esto en consideración se utilizó el Inventario de Alianza Terapéutica- Versión 53 Cliente (WAI) para poder observar el nivel de alianza que existió entre el paciente y el terapeuta. El test utilizado para dicho propósito fue el Inventario de Síntomas 90 Revisado de L. Derogatis (SCL-90-R). Se obtuvieron dos resultados de este test, uno al comienzo del proceso y el otro al final del proceso terapéutico. Por otro lado, por medio del análisis de los resultados obtenidos del inventario psicométrico, se observó que las intervenciones realizadas con la terapia Gestalt aplicando como método el CEG, tuvieron efecto al disminuir los síntomas presentados por XX.

3. Metodología

3.1. Diseño

Según, Hernández Sampieri (2014), el enfoque de este estudio fue cuantitativo, es decir, se pretendió analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamientos del fenómeno o problema planteado.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, este proyecto fue de alcance descriptivo y correlacional.

Descriptivo porque a veces el objeto de estudio ya es conocido o hemos logrado definirlo y nuestro interés está en describirlo. Esto significa medir, el estudio descriptivo requiere contar con mucho conocimiento previo acerca del problema. Es bien estructurado y preciso en qué se mide, cómo y con qué población.

Asimismo, es correlacional porque se estudió cuál es la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y los síntomas clínicos (Vieytes, 2004).

Como señala Kerlinger y Lee (2002) esta investigación fue no experimental ya que coincide con que la búsqueda empírica y sistemática que realiza el científico no posee control directo sobre las variables independientes debido a que ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables, esto quiere decir, que en este proyecto no hubo manipulación de variables.

El método de estudio fue transversal, según Hernández (2010) porque recopiló datos de una variable en un tiempo único, su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Este proyecto de investigación se basó en datos primarios que son obtenidos por el investigador.

3.2 Unidad De Análisis.

Vieytes, (2004) sostiene que la unidad de análisis es el elemento mínimo del estudio observable en relación con un conjunto de otros elementos que son de su mismo tipo. La unidad de análisis es entendida como quien o quienes serán nuestra fuente de información.

En este caso, la unidad de análisis son personas jóvenes adultos de ambos sexos, entre 18 y 59 años, que residen en Caba y GBA

3.2.1. Participantes

La muestra estuvo integrada por 161 jóvenes y adultos con un rango etáreo entre 18 y 59 años, de ambos sexos, que residen en CABA y el Gran Buenos Aires.

El promedio de edad de la muestra fue de 42 años (M: 44 años y DS:11,13)

El tipo de muestreo fue no probabilístico, es decir la elección de los miembros para el estudio depende de un criterio específico del investigador, y fue intencional, los sujetos fueron elegidos para formar parte de la muestra con un objetivo específico. (Vieytes, 2014).

3.2.1. Criterios De Inclusión

Jóvenes y adultos entre 18 y 59 años que residen en CABA y el Gran Buenos Aires de ambos sexos que deseen participar de forma voluntaria y que hayan firmado el consentimiento informado.

3.2.2. Criterios De Exclusión

Jóvenes menores de 18 años y adultos mayores de 59 que residan en CABA y el Gran Buenos Aires que no hayan querido participar del trabajo de forma voluntaria.

Jóvenes y adultos entre 18 y 59 años que no residan en CABA y el Gran Buenos Aires y que no hayan querido participar del estudio.

3.3. Recolección De Datos

Los cuestionarios fueron elaborados empleando Google Forms, de manera autoadministrable. El tiempo de realización de los mismos es de aproximadamente 10 minutos. Estos tenían un aviso acerca del consentimiento informado para la investigación, el completo anonimato de los datos proporcionados, así como los objetivos de la investigación.

Para la recolección de datos se compartió el enlace de la encuesta a los participantes. Los formularios se podían responder desde computadoras, celulares o cualquier dispositivo que cuente con un navegador web.

Si bien recibieron información acerca de los objetivos generales del estudio, no se informó respecto a las hipótesis del estudio, y se los invitó a participar en forma anónima y voluntaria para evitar sesgos en sus respuestas.

Ninguno de los participantes de este estudio recibió compensación económica y todos completaron ambas escalas en forma individual.

3.4. Procesamiento De Datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24, volcándose la información recolectada en una base de datos para luego aplicar los estadísticos correspondientes.

3.5. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, el Test de Psicodiagnóstico de Gestalt (TPG) y el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18).

3.5.1 *Test De Psicodiagnóstico De Gestalt (TPG)*

Test de Psicodiagnóstico de Gestalt (TPG): es un instrumento elaborado por Héctor Salama en 2002, con el propósito de tener un método de supervisión más objetivo para comprender las actitudes de un individuo en el momento presente. En el mismo se incorporan los elementos más fundamentales y característicos del enfoque Gestalt, puesto que está centrado en el proceso más que en el contenido, y está dirigido a la investigación de las actitudes repetitivas de la persona con respecto a un tema concreto de su vida.

El TPG es aplicable a cualquier persona entre 14 y 64 años de edad, independientemente de su género o estrato socio-económico y culturas. El TPG

está conformado por 40 reactivos para ser respondidos en términos de respuesta Sí/No (dicotómica) de los cuales 32 corresponden a:

Bloqueo postergación (9, 16, 28 y 37); mantener una situación evitando el desenlace final.

Bloqueo desensibilización (1, 18, 26 y 36); negación de las sensaciones

Bloqueo proyección (8, 19, 28 y 39); ver en los demás algo propio

Bloqueo introyección (2, 11, 21 y 33); incorporar prototipos, actitudes, creencias, sin asimilarlas

Bloqueo retroflexión (4, 17, 27 y 38); hacerse a sí mismo lo que le gustaría hacerle a los demás

Bloqueo deflexión (3, 12, 24 y 34); evitar contactar, enfrentar

Bloqueo confluencia (6, 13, 22 y 31); no distinguir límites entre sí mismo y el medio

Bloqueo fijación (7, 14, 23 y 32). Se queda en asuntos inconclusos.

Se divide en 8 dimensiones y los resultados se miden en cinco niveles de bloqueo, en el que el 0% corresponde a sin bloqueos, el 25% corresponde a funcional, el 50% ambivalencia, el 75% a disfuncional y el 100% a bloqueada. Los ocho reactivos nulos son 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35 y 40.

Con respecto a la organización interna de la validez El TPG cuenta un índice de exactitud (Kappa) de 96%; con este cálculo, el error estándar está de acuerdo con los subtotales de cada serie, tanto por grupos de edad, como por

sexo y respuestas esperadas; se multiplicó después por el factor de conexión del índice 1.96 (esto se calculó por el valor de Z para probabilidad de 0.025) con lo que se obtuvo la validez.

Cuenta con una especificidad del 91%, confiabilidad del 93%, validez interna del 92% y una exactitud del 93%.

3.5.2 Cuestionario De Auto-reporte O Self Reporting Questionnaire (SRQ-18)

El otro test fue el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18), elaborado por la OMS, 1994. Cuenta con 28 ítems de respuesta dicotómica “Si” y “No”. Dimensiones son cuatro dimensiones de síntomas. Finalidad es detección de síntomas clínicos como los depresivos, angustia o ansiosos, síntomas de trastorno psicótico trastorno psicótico, probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo y problemas relacionados con el consumo del alcohol. Se aplica de 18 años en adelante.

Validez y Confiabilidad

El instrumento fue diseñado por la OMS y es empleado como ficha de tamizaje en salud mental (OMS, 1994). Su índice Alpha de Cronbach fue de 0.836 (Rivas, 2015).

Con los datos obtenidos en el presente estudio se realizó el análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach, obteniendo un resultado de 0.861 lo que indica que el instrumento es confiable.

3.6 Presentación De Resultados

Los resultados del presente trabajo serán presentados por medio de gráficos y tablas para una mejor comprensión de los mismos.

4. Resultados

En este apartado son presentados los resultados obtenidos en la presente investigación, según la caracterización de la muestra y los objetivos propuestos.

4.1. Resultados De La Caracterización De La Muestra

La muestra estuvo compuesta por un total de 161 jóvenes y adultos entre 18 y 59 años, residentes en CABA y el Gran Buenos Aires.

Del total de participantes 84 fueron hombres, siendo el 52,2 % del total, y el total de mujeres fueron 77, correspondiendo el 47,8 % del total.

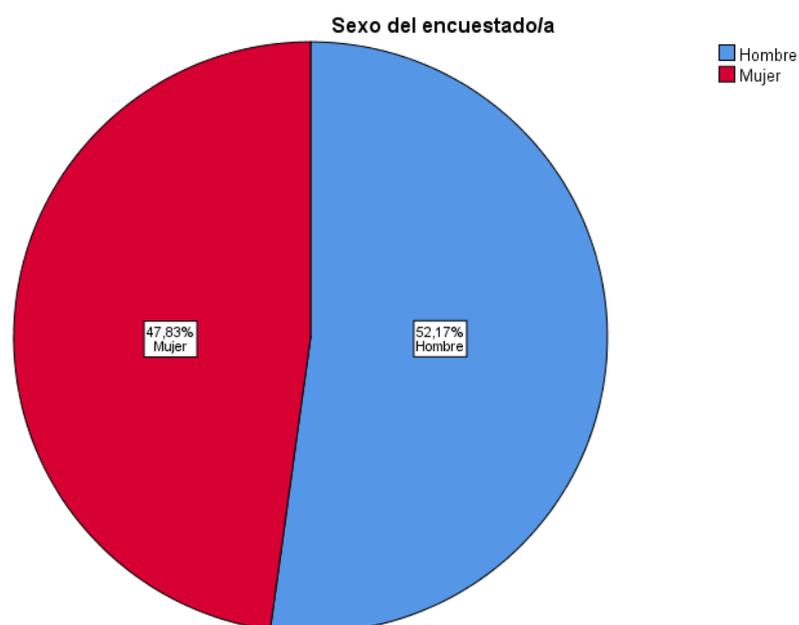
Los datos se detallan en la siguiente tabla

Tabla 1: *Características sociodemográficas (Sexo)*

	Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Datos de la muestra Femenina	Sexo	Mujer	77	47.8
Datos de la muestra masculina	Sexo	Hombre	84	52.2

Nota N: 161

Gráfico 1: *Sexo del encuestado/a*



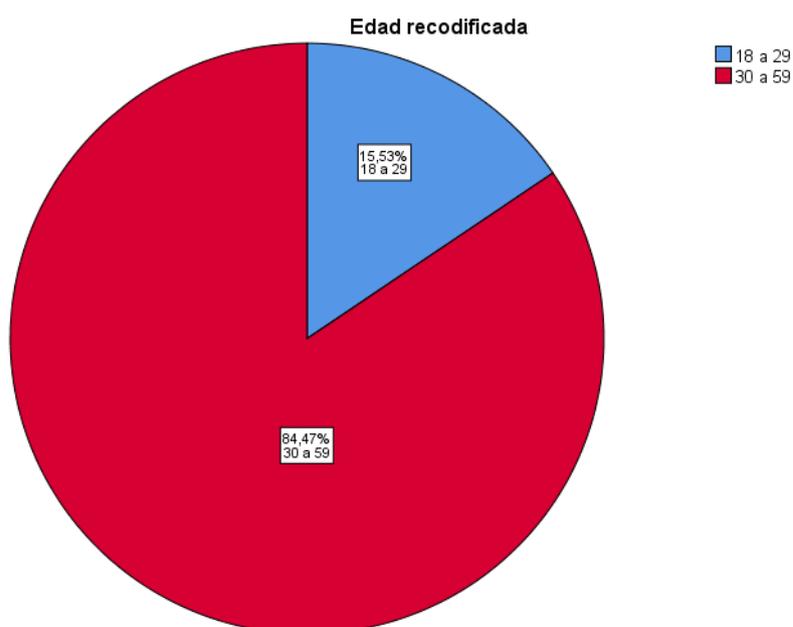
Siguiendo en la línea de los datos descriptivos del total de la muestra, se encontró que 25 personas tenían entre 18 y 29 años, correspondiendo el 15,5% del total. El resto de las 136 tenían entre 30 y 59 años, siendo el 84,5% del total.

Los datos se detallan en la siguiente tabla

Tabla 2: Características descriptivas. (Edad)

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Edad	18 a 29	25	15.5
	30 a 59	136	84.5

Nota N: 161

Gráfico 2: Edad del encuestado/a, por rangos.

4.2. Resultados De Correlación De Variables.

Con el objetivo de indagar si existen correlaciones entre las dimensiones que componen la variable bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y las dimensiones que componen la variable síntomas clínicos, se realizó una prueba Rho de Spearman, ya que los datos mostraron una distribución anormal en las variables y sin homogeneidad de varianzas.

Tabla 3: Relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y los síntomas clínicos.

		Depresión angustia o ansiedad y otros	Trastorno Psicótico	Trastorno convulsivo	Problemas relacionados con el consumo de alcohol
Bloqueo Postergación	Coeficiente de correlación	0,254	0,019	0,016	0,087
	Sig. (bilateral)	0,001*	0,809	0,838	0,274
	N	161	161	161	161
Desensibilización	Coeficiente de correlación	0,201	0,208	0,159	0,016
	Sig. (bilateral)	0,011*	0,008*	0,044*	0,843
	N	161	161	161	161

Bloqueo Proyección	Coeficiente de correlación	0,16	0,232	0,121	0,247
	Sig. (bilateral)	0,043*	0,003*	0,127	0,002*
	N	161	161	161	161
Bloqueo Introyección	Coeficiente de correlación	0,307	0,069	0,118	-0,136
	Sig. (bilateral)	0,000*	0,386	0,136	0,084
	N	161	161	161	161
Bloqueo Retroflexión	Coeficiente de correlación	0,102	0,141	0,06	-0,145
	Sig. (bilateral)	0,199	0,075	0,45	0,067
	N	161	161	161	161
Bloqueo Deflexión	Coeficiente de correlación	-0,074	-0,06	-0,044	-0,187
	Sig. (bilateral)	0,354	0,45	0,581	0,018*
	N	161	161	161	161
Bloqueo Confluencia	Coeficiente de correlación	-0,031	-0,063	-0,022	-0,035
	Sig. (bilateral)	0,699	0,43	0,786	0,657
	N	161	161	161	161

Bloqueo Fijación	Coeficiente de correlación	0,207	0,254	0,054	-0,036
	Sig. (bilateral)	0,008*	0,001*	0,497	0,653
	N	161	161	161	161

Nota. Las correlaciones de Rho de Spearman fueron reportadas para todas las variables. * $p < .05$ y ** $p < .01$

En la tabla N° 3, se presentan las correlaciones Rho de Spearman que resultaron significativas ($p > 0.05$), dado que una significación menor a 0.05, da cuenta de que la relación entre variables fue estadísticamente comprobable, y no un producto del azar. Cuando la significación es menor a 0.05, lo que se rechaza es la H_0 (hipótesis nula), que en este caso, dado que se utilizó el estadístico Rho de Spearman, sería “las variables son independientes”. Por tanto cuando la significación es menor a 0.05, significa que las variables están relacionadas o sea cuando una aumenta la otra también aumenta y si una disminuye, la otra también disminuye. Vale aclarar que el Coeficiente de correlación es el que nos va a marcar la fuerza del vínculo y la dirección de esa relación. En cuanto a la fuerza del vínculo cuando el coeficiente de correlación está entre 0 y 0.3, la correlación es débil, cuando está entre 0.4 y 0.6 la correlación es moderada y cuando está entre 0.7 y 1 la correlación es fuerte. En cuanto a la dirección positiva o directa o negativa o inversa, esta va a estar determinada por número en negativo, ejemplo -0,04, lo que significa que la relación entre las variables es inversa, o sea, cuando uno aumenta la otra disminuye. En el caso de que la significación

sea mayor a 0.05, se confirma la hipótesis nula, es decir las variables no tienen relación, son independientes. (Sampieri, 2014).

Retomando los datos obtenidos en la tabla N°3, se observó que la variable Depresión, angustia o ansiedad y otros síntomas, se encontró relacionada, por tener significaciones menores a 0.05, con los siguientes bloqueos: Postergación, Desensibilización, Proyección, Introversión y Fijación. En dichas relaciones, el coeficiente de correlación fue positivo es decir que cuando aumenta una variable, la otra también lo hace, aunque la fuerza de ese vínculo se mantuvo entre el rango de 0 a 0.4 (ver tabla N°3), lo que evidenció que el vínculo entre estas variables antes nombradas, es débil.

Se confirmó la hipótesis nula para la variable Depresión, angustia o ansiedad y otros síntomas en relación a las variables Confluencia, Deflexión y Retroflexión, lo que significa que las variables son independientes entre sí.

Por su parte la variable Trastorno Psicótico sólo mantiene relación con las variables Fijación, Proyección, y Desensibilización, aunque aquí también los coeficientes de correlación que arrojó el estadístico, demostraron una relación débil (coeficientes de correlación menores a 0.3, ver tabla N°3).

La variable Trastorno Convulsivo se relacionó sólo con la variable Desensibilización, la significación fue de 0,044 y el coeficiente de correlación positivo o directo, pero débil de 0,159.

Por último, la variable Problemas relacionados con el consumo de alcohol, se relacionó con dos variables, una de ellas, Proyección obtuvo una significación de 0,002 y su coeficiente de correlación positiva y directa fue de 0,247, siendo este un vínculo débil. La otra variable con la que se relacionó Problemas relacionados con el consumo de alcohol, fue Deflexión. Su

significación fue 0,018, pero en este caso el coeficiente de correlación dio un número negativo, -0,187. Esto demuestra que la relación entre la variable Deflexión y Problemas relacionados con el consumo de alcohol es inversa o negativa, es decir cuando aumenta Deflexión va a disminuir Problemas relacionados con el consumo de alcohol y viceversa. Además dicho coeficiente marcó una fuerza de vínculo débil entre estas variables.

4.3. Resultados De Comparación De Variables Según Grupos.

Con el objetivo de indagar si existieron diferencias estadísticamente significativas entre la variables bloqueos de los ciclos de la experiencia gestáltica y síntomas clínicos, en relación a diferencia de grupos, es decir entre hombres y mujeres y según rango etáreo, (primer rango entre 18 y 29 años y segundo rango entre 30 y 59 años), se realizó la prueba estadística U de Mann Whitney.

Tabla 4: Relación entre los Bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica en hombres y mujeres.

	Sexo del encuestado/a	N	Rango promedio
Bloqueo Postergación	Hombre	84	76,89
	Mujer	77	85,48

	Total	161	
Desensibilización	Hombre	84	79,61
	Mujer	77	82,51
	Total	161	
Bloqueo Proyección	Hombre	84	74,33
	Mujer	77	88,27
	Total	161	
Bloqueo Introyección	Hombre	84	80,61
	Mujer	77	81,42
	Total	161	
Bloqueo Retroflexión	Hombre	84	78,38
	Mujer	77	83,86
	Total	161	
Bloqueo Deflexión	Hombre	84	79,89
	Mujer	77	82,21
	Total	161	
Bloqueo Confluencia	Hombre	84	75,88
	Mujer	77	86,58
	Total	161	

Bloqueo Fijación	Hombre	84	81,81
	Mujer	77	80,12
	Total	161	

Estadísticos de prueba^a

	Bloqueo Poster- gación	Desensi- bilización	Bloqueo Proye- cción	Bloqueo Introye- cción	Bloqueo Retro- flexión	Bloqueo Defle- xión	Bloqueo Confluenc ia	Bloqueo Fijación
U de Mann-Whitney	2889,00	3117,50	2674,00	3201,50	3013,50	3141,00	2804,00	3166,00
W de Wilcoxon	6459,00	6687,50	6244,00	6771,50	6583,50	6711,00	6374,00	6169,00
Z	-1,208	-0,543	-2,078	-0,115	-0,798	-0,324	-1,543	-0,238
Sig. asintótica(bilateral)	0,227	0,587	0,038*	0,908	0,425	0,746	0,123	0,812

a. Variable de agrupación: Sexo del encuestado/a.

En la Tabla 4, se presentaron las pruebas de diferencia según sexo para los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica.

El estadístico U de Mann - Whitney, fue utilizado para variables escalares que se distribuyen de manera anormal y variables nominales, es decir categóricas, tales como sexo o edad (cuando edad está referenciada por rangos). Este estadístico demuestra diferencias significativas entre grupos cuando su significación asintótica (bilateral) es menor a 0,05. (Sampieri, 2014).

En este sentido, el estadístico sólo arrojó una diferencia significativa entre hombres y mujeres para la variable bloqueo proyección, (sig. asintótica bilateral de 0,038).

Se evidenció un mayor rango de promedio en mujeres de 88,27 frente al rango promedio en hombres de 74,33.

Tabla 5: Relación entre los Bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica según rango etéreo (de 18 a 29 años y de 30 a 59 años)

	Edad recodificada	N	Rango promedio
Bloqueo Postergación	18 a 29	25	83,88
	30 a 59	136	80,47
	Total	161	
Desensibilización	18 a 29	25	72,48
	30 a 59	136	82,57
	Total	161	
Bloqueo Proyección	18 a 29	25	76,78
	30 a 59	136	81,78
	Total	161	
Bloqueo Introyección	18 a 29	25	67,48

	30 a 59	136	83,49
	Total	161	
Bloqueo Retroflexión	18 a 29	25	64,52
	30 a 59	136	84,03
	Total	161	
Bloqueo Deflexión	18 a 29	25	83,28
	30 a 59	136	80,58
	Total	161	
Bloqueo Confluencia	18 a 29	25	80,28
	30 a 59	136	81,13
	Total	161	
Bloqueo Fijación	18 a 29	25	78,48
	30 a 59	136	81,46
	Total	161	

Estadísticos de prueba^a

	Bloqueo Poster- gación	Desensi- bilización	Bloqueo Proyección	Bloqueo Introye- cción	Bloqueo Retrofle- xión	Bloqueo Deflexión	Bloqueo Confluencia	Bloqueo Fijación
U de Mann- Whitney	1628,00	1487,00	1594,500	1362,00	1288,00	1643,00	1682,00	1637,00

W de Wilcoxon	10944,00	1812,00	1919,500	1687,00	1613,00	10959,00	2007,00	1962,00
Z	-0,348	-1,369	-0,540	-1,653	-2,056	-0,274	-0,089	-0,305
Sig. Asintótica(bilateral)	0,728	0,171	0,589	0,098	0,040*	0,784	0,929	0,761

a. Variable de agrupación: Edad recodificada

En la Tabla 5, se presentaron las pruebas de diferencia según grupos de edades (de 18 a 29 años y de 30 a 59 años) para los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica.

Siguiendo lo antedicho en referencia a las diferencias significativas, para el estadístico U de Mann - Whitney, solamente en el bloqueo Retroflexión, se evidenció una sig. asintótica bilateral de 0,040, o sea menor a 0,04. Este dato permitió verificar las diferencias significativas entre los rangos etáreos para el bloqueo Retroflexión

Por tanto los datos arrojaron un rango promedio de 64,52 para las personas entre 18 a 29 años, frente a un rango promedio de 84,03 para las personas entre 30 y 59 años.

Tabla 6: Relación entre los Síntomas Clínicos en hombres y mujeres.

		N	Rango promedio
Depresión angustia o	Hombre	84	93,64

ansiedad y otros	Mujer	77	67,21
	Total	161	
Trastorno Psicótico	Hombre	84	86,93
	Mujer	77	74,53
	Total	161	
Trastorno convulsivo	Hombre	84	81,63
	Mujer	77	80,32
	Total	161	
Problemas relacionados con el consumo de alcohol	Hombre	84	79,95
	Mujer	77	82,14
	Total	161	

Estadísticos de prueba^a

	Depresión angustia o ansiedad y otros	Trastorno Psicótico	Trastorno convulsivo	Problemas relacionados con el consumo de alcohol
U de Mann-Whitney	2172,000	2736,000	3181,500	3146,000
W de Wilcoxon	5175,000	5739,000	6184,500	6716,000
Z	-3,617	-1,776	-0,503	-0,509
Sig. asintótica(bilateral)	0,000	0,076	0,615	0,611

a. Variable de agrupación: Sexo del encuestado/a

En la Tabla 6, se presentaron las pruebas de diferencia según sexo para los síntomas clínicos.

Siguiendo la misma línea de análisis metodológica propuesta por Sampieri (2014), antes mencionada, el estadístico sólo arrojó una diferencia significativa entre hombres y mujeres para la variable Depresión, angustia o ansiedad y otros (sig. asintótica bilateral de 0,000).

Se evidenció un mayor rango de promedio en hombres de 93,64 frente al rango promedio en mujeres de 67,21.

Tabla 7: Relación entre los Síntomas Clínicos según rango etéreo (de 18 a 29 años y de 30 a 59 años).

	Edad recodificada	N	Rango promedio
Depresión angustia o ansiedad y otros	18 a 29	25	55,44
	30 a 59	136	85,7
	Total	161	
Trastorno Psicótico	18 a 29	25	89,72
	30 a 59	136	79,4
	Total	161	

Trastorno convulsivo	18 a 29	25	81,28
	30 a 59	136	80,95
	Total	161	
Problemas relacionados con el consumo de alcohol	18 a 29	25	72,66
	30 a 59	136	82,53
	Total	161	

Estadísticos de prueba^a

	Depresión Angustia Ansiedad Y Otros	Trastorno Psicótico	Trastorno convulsivo	Problemas relacionad os con el consumo de alcohol
U de Mann-Whitney	1061,000	1482,000	1693,000	1491,500
W de Wilcoxon	1386,000	10798,000	11009,000	1816,500
Z	-3,002	-1,072	-0,092	-1,664
Sig. asintótica(bilatera l)	0,003	0,284	0,926	0,096

a. Variable de agrupación: Edad recodificada

En la Tabla 7, se presentaron las pruebas de diferencia según grupos de edades (de 18 a 29 años y de 30 a 59 años) para los síntomas clínicos.

Siguiendo lo antedicho en referencia a las diferencias significativas, para el estadístico U de Mann - Whitney, solamente en la variable Depresión, angustia o ansiedad y otros, se evidenció una sig. asintótica bilateral de 0,003, o sea menor a 0,04. Este dato permitió verificar las diferencias significativas entre los rangos etéreos para dicha variable.

Por tanto los datos arrojaron un rango promedio de 55,44 para las personas entre 18 a 29 años, frente a un rango promedio de 85,7 para las personas entre 30 y 59 años.

5. Discusión

El objetivo general de la presente investigación fue indagar acerca de la relación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica y los síntomas clínicos

Para poder llevar a cabo el objetivo general, se plantearon siete objetivos específicos.

El primer objetivo específico fue:

OE1 Analizar los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica (postergación, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación) y los síntomas clínicos (depresión, angustia o ansiedad y otros, trastorno psicótico, trastorno convulsivo, problemas relacionados con el consumo de alcohol).

Para una mejor comprensión lectora, se ordenaron las relaciones de cada dimensión de la variable síntomas clínicos, con las dimensiones de la variable Bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica, nombrando sólo las relaciones estadísticamente significativas, es decir que las variables tenían algún tipo de relación entre sí.

1- La dimensión Depresión, angustia o ansiedad y otros síntomas, de la variable Síntomas Clínicos, se encontró relacionada directa y positivamente con los bloqueos: Postergación, Desensibilización, Proyección, Introversión y Fijación. Esto significa que a medida que la Depresión, angustia o ansiedad y otros síntomas aumenta, también lo hacen los bloqueos Postergación,

Desensibilización, Proyección, Introversión y Fijación. (Véase tabla 3, apartado 4 .Resultados)

Este resultado coincide parcialmente con lo hallado por Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), quienes también utilizaron como instrumentos de medición el Test de Psicodiagnóstico Gestáltico y el Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18),y también reclutaron jóvenes y adultos entre 18 y 59 años.

Dicha investigación coincidió con el resultado de la presente investigación, en referencia a la relación entre las variables Depresión, angustia o ansiedad y otros y los bloqueos de Postergación, Desensibilización, Proyección, Introyección, pero no coincidió con los resultados arrojados que relacionaron los bloqueos Confluencia, Deflexión y Retroflexión con Depresión,angustia o ansiedad y otros síntomas.

Para explicar esta diferencia de resultados entre investigaciones, se tomó la teoría de Salama (2006):

Depresión. Aunque hay varios episodios depresivos nos enfocaremos a la depresión neurótica creada en la fantasía y volcada contra sí mismo. La persona tiene introyectos no resueltos de personas significativas con quienes la unen amorosamente. Al no cumplir con el ideal requerido tiende a disminuir su autoestima y puede padecer de insomnio o dormir demasiado. A veces se mete en la cama para manejar fantasías idealizadas que piensa que sólo así puede cumplir. (p.104)

Siguiendo esta línea teórica, los resultados de esta investigación que relacionaron la variable Depresión, ansiedad o angustia y otros con los bloqueos Postergación, Desensibilización, Introyección y Proyección, cobran sentido dado que, estos cuatro bloqueos son parte de los cuadrantes I y II, del ciclo de la experiencia gestáltica, ubicándose en la parte superior del círculo, que corresponde a la parte pasiva, puesto que el sujeto se relaciona con sus sentimientos y pensamientos, o sea la parte interna del organismo, descartando todo aquellos aspectos de personalidad que tiene que ver con la parte inferior del ciclo de la experiencia, o sea con la parte activa, correspondiente a los cuadrantes de movilización de energía y concreción de acción (Salama, 2006).

Así las personas con características depresivas, que se relacionan con el bloqueo Postergación, quedan en fase de reposo dentro del ciclo de la experiencia y evitan concluir sus experiencias, faltos de ganas para cualquier tipo de iniciativa. El bloqueo siguiente dentro del ciclo de la experiencia que es el de la desensibilización, que se relaciona con los síntomas depresivos porque la persona niega el contacto sensorial, evitando sentir, o sea evitando la necesidad emergente; la persona tiene una sensación de vacío y de falta de energía, características de la abulia del depresivo.

Seguidamente, en el ciclo de la experiencia, le sigue el bloqueo Proyección, que se ubica dentro de la fase de formación de la figura, pero como una de las características de la persona que padece depresión es que no conecta con su necesidad emergente, tampoco hace figura de la misma, de esta manera auto interrumpe la movilización de su energía por medio del bloqueo proyección.

El siguiente bloqueo que sigue dentro del ciclo de la experiencia es la Introyección, y que se relaciona con los síntomas depresivos, porque la persona que no puede conectarse con sus necesidades genuinas, si se conecta con los introyectos, que son “actitudes, ideas o creencias que no fueron asimiladas por la persona y son distónicas con el YO.” (Salama, 2006. p. 43). De esta manera se explica entonces la relación entre los síntomas depresivos, angustia o ansiedad y otros y los bloqueos postergación, desensibilización, proyección e introyección.

2- La dimensión Trastorno Psicótico de la variable síntomas clínicos, se relacionó en esta investigación de manera directa y positiva con los bloqueos Fijación, Desensibilización y Proyección. Esto significa que a medida que aumenta la variable Trastorno Psicótico también aumentan las puntuaciones de las variables de los bloqueos Fijación, Desensibilización y Proyección. (Véase tabla 3 del apartado 4 Resultados.)

En la investigación de Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021) sólo encontraron relación con el Bloqueo Fijación, sin coincidir con la presente investigación en la relación con los bloqueos desensibilización y Proyección.

Desde el marco teórico se explicó que los trastornos psicóticos se caracterizan por un quiebre con la realidad en el cual el sujeto puede experimentar síntomas tales como alucinaciones y delirios. Además de presentar algunos problemas emocionales como el aplanamiento afectivo o la distimia (Calafell & Giráldez, 2014).

En este sentido es que entonces se estableció la relación con los bloqueos fijación, desensibilización y proyección.

Las personas con síntomas psicóticos experimentan el bloqueo fijación dado que este “consiste en la necesidad de no retirarse del contacto lo que los lleva a rigidizar sus patrones de conducta” (Salama, 2006.p.43). Es así como las ideas y conductas fijas son parte de la estructura psicótica, coincidiendo con los llamados “delirios” o creencias fijas y falsas que la persona sostiene firmemente y que son irreductibles a la lógica.

En cuanto a la relación con el bloqueo Desensibilización, las personas con síntomas psicóticos experimentan el aplanamiento afectivo, como síntoma negativo, manifestando la característica propia de este bloqueo que es la incapacidad de conectarse con el sentir, teniendo una expresión emotiva disminuida.

Por último, en cuanto a la relación de la variable Trastorno Psicótico con el bloqueo proyección, se tomó la teoría de Salama que lo describe como el bloqueo propio de este Trastorno:

Trastorno Psicótico: hay una tendencia general e injustificada de interpretar las acciones de otros como deliberadamente agresivas o amenazantes, con un temor al castigo por la escasa seguridad en Sí Mismo. La autoestima es frágil y que ni siquiera puede formar una figura clara de su necesidad por lo que se les hace más fácil ver los errores en los demás. No diferencia su Yo de su No Yo y culpa a otros para no ser castigado. Está ubicado en el bloqueo de la Proyección. (Salama, 2006.p.105).

3- La variable Trastorno Convulsivo se relacionó sólo con la variable Desensibilización. (Véase tabla N° 3, del apartado 4 Resultados.)

Este resultado no coincide con los de la investigación de Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), puesto que obtuvieron resultados que relacionaron Trastorno Convulsivo con Postergación.

Al respecto de esta diferencia de resultados, esta investigación se apoyó en la teoría de Vania & De La Barra (2013) que expresa que los trastornos convulsivos constituyen alteraciones de la actividad eléctrica cerebral. El cerebro para funcionar requiere de una actividad eléctrica ordenada y coordinada, cuando se rompe este flujo de actividad eléctrica es cuando se produce un trastorno convulsivo.

Se concluye entonces que la interrupción temporal del funcionamiento normal del cerebro que se produce en una convulsión impide el contacto con las sensaciones, hasta el punto de poder llegar a perder el conocimiento. En esta imposibilidad o desconexión con el sentir, se vió la relación directa y positiva con el bloqueo Desensibilización.

4- Para terminar de explicar los resultados correspondientes al objetivo específico n°1, se tomó la variable Problemas relacionados con el consumo de alcohol, que se relacionó con el bloqueo Proyección y el bloqueo Deflexión.

Con el bloqueo proyección dicha variable se relacionó de manera directa y positiva, es decir cuando aumentan los problemas relacionados con el consumo de alcohol, también aumenta el bloqueo Proyección.

Pero la relación entre la variable Deflexión y Problemas relacionados con el consumo de alcohol es inversa o negativa, es decir cuando aumenta el

bloqueo Deflexión va a disminuir la variable Problemas relacionados con el consumo de alcohol y viceversa. (Véase tabla 3, en apartado 4 Resultados).

Estos resultados no coinciden con lo investigado por Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), quienes evidenciaron la relación entre la variable Problemas relacionados con el consumo de alcohol, con Introyección, Retroflexión y Fijación; ni tampoco coincide con lo investigado por Cabello (2013), quien indicó que la fijación y la introyección fueron los bloqueos que presentaron mayores puntuaciones en relación a Problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Para explicar por qué disminuye el bloqueo Deflexión cuando aumentan los problemas relacionados con el consumo de alcohol, se toma la definición de Salama (2006) que explica que en la deflexión el sujeto evita contactar con el sentir, es decir, evita la angustia de confrontación, pero desviando esa energía a objetos fuera del YO. Es decir encausa su energía en objetos externos. Lo opuesto a este bloqueo es la retroflexión, que es hacerse a uno mismo lo que se quiere hacer a otro, o hacer a sí mismo lo que quiere que el otro le haga, lo cual lleva al aislamiento. Al retroflectar la persona reprime o inhibe o niega la tensión existente en su organismo (Yontef, 2009; Fagan, y Shepherd, 1989; Polster y Polster, 1985). El retroflector no solo se hace miserable a sí mismo sino que también hace sufrir a los que están junto a él por su conducta autodestructiva (Perls, 2008).

En palabras de Salama en la retroflexión “se evita la expresión de la agresión por la fantasía de no ser aceptado, reprimiendo e intelectualizando la

energía, dirigiéndola hacia sí mismo, lo cual se traduce en la emergencia de síntomas o enfermedades psicosomáticas o adicciones”. (Salama, 2006.p.62)

En este sentido es que la Deflexión es el mecanismo de bloqueo opuesto a la retroflexión, es decir, el deflector evita sentir, desviando la energía hacia el exterior, y el retroreflector, redirige la energía hacia sí mismo, pero agrediéndose por medio de adicciones, como en este caso los problemas con el alcohol.

Es así como entonces se avalan los resultados de esta investigación donde el mecanismo de deflexión disminuye cuando aumentan los problemas relacionados con el alcohol. Y también, siguiendo esta lógica se sustentan los resultados de la investigación de Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), que afirman que cuando aumenta el mecanismo de retroflexión, también aumentan los problemas relacionados con el alcohol.

Siguiendo con el análisis de resultados, el segundo objetivo específico de esta investigación fue:

OE2 Analizar la categoría de bloqueo “Postergación” en relación a la dimensión “Depresión”.

En referencia a dicho OE2, los resultados arrojaron una relación positiva y significativa entre la categoría de bloqueo Postergación y la dimensión Depresión, angustia o ansiedad y otros, es decir individuos que puntúan alto en el bloqueo Postergación también lo hacen en Depresión, angustia o ansiedad y otros. (Véase tabla 3, apartado 4 Resultados)

Como también se explicó en los resultados del OE1, en el bloqueo de postergación, la persona está en la fase de reposo dentro del ciclo de la experiencia gestáltica, evitándo concluir. En este sentido la idea y sensación de permanecer sin conclusión , le permitiría también al sujeto no iniciar un nuevo ciclo en el ciclo de la experiencia gestáltica, permaneciendo en un status quo donde no hay cosas nuevas para realizar, se va perdiendo el interés por las cosas y se instala la desesperanza frente al futuro. Estos últimos tres indicadores son marcadores correspondientes a la subescala Depresión, angustia, ansiedad y otros, con la cual se relaciona de manera directa.

Coincide con este resultado el estudio realizado por Vazquez Chavez (2019), quien sistematizó una intervención psicoterapéutica de tipo Gestalt que abordó el caso de un joven de 24 años de edad con un trastorno narcisista de la personalidad y un trastorno depresivo, concluyó que luego de 10 sesiones de terapia gestalt, los niveles de depresión habían disminuido, mientras que la categoría Postergación había pasado de un bloqueo ambivalente a uno funcional, evidenciando la correlación positiva y directa entre estas variables.

Otro estudio que corrobora este objetivo es el de Moncada Celestino (2019), que a diferencia del estudio antes nombrado trabajó la categoría de postergación y la dimensión de síntomas de Depresión, en un caso único con diagnóstico de depresión y ansiedad generalizada, determinando que en un principio la puntuación en la intensidad del grado del bloque Postergación correspondía al nivel de bloqueo máximo en la escala del TPG, al igual que la dimensión depresión. Este estudio rescató la intervención mediante la terapia

gestáltica y determinó que al final del tratamiento bajaron notablemente tanto los niveles de bloqueo Postergación, como también los síntomas depresivos.

Siguiendo con el análisis, en el objetivo específico 3 se planteó:

OE3 Analizar la dimensión “Trastorno Psicótico” en relación a las dimensiones “Fijación” y “Proyección”

Los resultados arrojaron una relación estadísticamente significativa y de tipo directa entre la variable Trastorno Psicótico y Proyección, es decir cuando aumentaban los síntomas de trastornos psicóticos, también lo hacía el mecanismo de proyección. (Véase tabla 3, en apartado 4 Resultados).

Esto se explica dadas las características semejantes entre mecanismo de bloqueo proyección y síntomas psicóticos. En el bloqueo Proyección, el sujeto atribuye a los demás lo que le es propio, liberándose de toda responsabilidad. Todo es culpa de otros y por tanto siempre está alerta, con actitud persecutoria y desgastante. Es por ello que hay una relación directa con los síntomas psicóticos donde la persona se vuelve vigilante hacia todo lo que los rodea, sintiéndose siempre amenazada. Por otra parte en el mecanismo de proyección, el sujeto está desconectado con sus sensaciones y no llega a hacer figura de sus necesidades, esto coincide con el aplanamiento afectivo y con la desconexión de la realidad que sufren las personas con estos síntomas.

Estos resultados coincidieron con los de Martínez, M. (2017), que trabajó con muestras de pacientes con trastornos psicóticos, y determinó que

al trabajar la dimensión de bloqueo proyección, por medio de dinámicas y técnicas gestálticas, los pacientes pudieron darse cuenta como atribuían características de personalidad propias a los demás. El proceso de integración de las mismas a su propia conciencia identitaria, disminuyó el bloqueo de proyección a la vez que disminuyó la sintomatología presentada en la dimensión trastorno psicótico.

Siguiendo con el análisis, los siguientes objetivos específicos que se plantearon fueron:

OE4 Identificar los síntomas clínicos en jóvenes y adultos de entre 18 y 59 años residentes en CABA y el Gran Buenos Aires.

OE5 Comparar los síntomas clínicos según edad y sexo.

(Ver tabla 6 y 7 de apartado 4 Resultados)

Los resultados en referencia a estos objetivos, señalaron que los hombres presentaron más casos que las mujeres en las preguntas referidas a Depresión, angustia o ansiedad y otros; dato que no coincide con el estudio de Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), en el que fueron las mujeres quienes presentaron un rango promedio mayor a los hombres en Depresión, angustia o ansiedad y otros.

Finalmente, en cuanto a las diferencias de edad, se encontraron diferencias significativas en Depresión, angustia, ansiedad y otros. Los datos arrojaron un mayor rango promedio para las personas entre 30 y 59 años.

Este último dato en cuanto a las diferencias de edad, tampoco coincide con el estudio de Cáceres Valdivia y Talavera Charca, (2021), quienes en

cuanto a síntomas clínicos no encontraron diferencias significativas por grupo etario.

Para finalizar con este análisis, los objetivos específicos seis y siete fueron:

OE6 Identificar los bloqueos del ciclo de la experiencia en jóvenes y adultos de entre 18 y 59 años residentes en CABA y el Gran Buenos Aires. (Véase tabla 4 del apartado 4 Resultados)

OE7 Comparar los bloqueos del ciclo de la experiencia según edad y sexo. (Véase tabla 5 del apartado 4 Resultados)

Los resultados sólo arrojaron diferencias significativas para el bloqueo proyección, presentándose un rango mayor en mujeres.

En cuanto a las pruebas de diferencia según grupos de edades (de 18 a 29 años y de 30 a 59 años) para los bloqueos del ciclo de la experiencia gestáltica, solamente en el bloqueo Retroflexión, se evidenció diferencias significativas. Los datos arrojaron un rango promedio mayor para las personas entre 30 y 59 años.

En referencia a los resultados hallados en relación a los grupos de comparación según edad y sexo, sólo fueron tomados en esta investigación con fines estadísticos.

De esta manera se corroboran las dos hipótesis planteadas, a saber:

H1 Se encontrará una relación positiva y significativa entre la categoría de bloqueo “Postergación” y la dimensión “Depresión”

Se corroboró que a medida que aumenta la variable “Postergación”, también la variable “Depresión”.

H2 Se encontrará una relación positiva y significativa entre la dimensión “Trastorno Psicótico” y las categorías de bloqueo “Fijación” y “Proyección”.

Se corroboró que a medida que aumenta la variable “Trastorno Psicótico”, también aumentaron las variables “Fijación” y “Proyección”.

6. Conclusión

La relación entre bloqueos y síntomas clínicos podría explicarse puesto que los bloqueos son los responsables de no permitir que el sujeto pueda cerrar su experiencia, y por el contrario, aprenda a bloquear su energía dejando asuntos irresueltos, o bien resolviendo por medio de mandatos, deber ser, auto-exigencias, etc. Todos esas gestalts inconclusas tenderían a producir en el sujeto sintomatología, que se agravaría de acuerdo a la intensidad del bloqueo.

Por medio de la terapia gestáltica y a través del trabajo con el Ciclo de la experiencia y el Test de Psicodiagnóstico Gestalt, utilizado como instrumento protocolar de medición, la persona podría darse cuenta de aquellos aspectos de personalidad que truncan el flujo de la energía del ciclo experiencial.

El reconocimiento de estas características propias ayudaría a que el individuo pueda autorregularse orgánicamente. En la medida que estas necesidades fueran reconocidas como gestalts propias, el individuo estaría en situación de hacer figura en su aquí y ahora su necesidad y de esta manera satisfacerla.

Cuando la figura se satisface la energía circularía sin estancamientos y el bloqueo quedaría en su fase funcional, o sea sin provocar sintomatología.

6.1. Limitaciones del estudio

En lo que refiere a las limitaciones de esta investigación, se puede explicitar qué se trata de una muestra no probabilística, de carácter intencional, por lo que se incluye una porción mínima de población, con un sesgo regional, dado que los sujetos son de CABA y el Gran Buenos Aires, dificultando la generalización de los datos de la muestra a la población objetivo.

También es una limitación de este estudio, su diseño no experimental; al tener un diseño con alcance asociativo no controló todas las variables posibles que podrían haber incidido en los resultados del estudio.

Se considera también una limitación de este estudio que los test utilizados no estén validados en la Argentina y que los instrumentos no sean sensibles a la simulación.

6.2. Directivas Futuras

En futuras investigaciones se espera poder ampliar tanto la cantidad muestral como así también ampliar las zonas geográficas en las que se lleva a cabo el estudio, para obtener mayor conocimiento sobre el tema abordado.

De igual modo en futuras investigaciones sería favorable la inclusión de una muestra heterogénea, posibilitando la generalización de los datos obtenidos a una población mayor.

Por último se podrían ampliar la cantidad de técnicas administradas, incluyendo no solo test psicométricos sino también proyectivos que sumarían validez incremental al presente estudio.

Como conclusión final, es importante destacar la necesidad de que la psicoterapia gestáltica, cuide el campo de la evidencia avalada por el trabajo experimental y metodológico, que asiente sus bases con instrumentos y protocolos que permitan la elaboración de un proceso terapéutico a seguir, para de esta manera dejar de ser tildada como una pseudo-terapia y / o una pseudo-ciencia. En este sentido esta investigación toma fuerza y propone la inclusión del Test de Psicodiagnóstico Gestáltico, como protocolo de intervención de práctica clínica.

7. Referencias Bibliográficas

- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015).
humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological
innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond.
Psychotherapy Research, 25(3), 330–347.
- Arízaga, R. (2013). *Terapia gestalt aplicada a un estudio de caso*. Tesis
doctoral no publicada. Universidad San Francisco de Quito.
- Benavides, R. (2005). El ciclo de la experiencia en la psicoterapia Gestalt.
- Brownell, P. (2016). *Contemporary Gestalt therapy*. In D. J. Cain, K. Keenan,
& S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research
and practice* (p. 219–250). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14775-008>.
- Butollo, W., König, J., Karl, R., Henkel, C., & Rosner, R. (2014). Feasibility and
outcome of dialogical exposure therapy for posttraumatic stress
disorder: A pilot study with 25 outpatients. *Psychotherapy Research*,
24, 514–521. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.851424>
- Cabello, M. (2013). Prevención del uso de alcohol, tabaco y marihuana en
jóvenes de preparatoria. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Calafell, M., & Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos
Psicóticos: principales cambios del DSM-5. Cuadernos de medicina
psicosomática y psiquiatria de enlace, 89-93.
- Carabelli, E. (2013). Entrenamiento en Gestalt. Del Nuevo Extremo S.A.

- Castanedo, C. (2001). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Barcelona: Herder.
- Codina, N. (2005). El self y sus pluralidades: un análisis desde el paradigma de la complejidad. *Escritos de Psicología* 7(3), 24-34. Recuperado de http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num7/escritospsicologia7_analisis3.pdf
- Gonzales–Otoya, F. (2019). *Relación entre la Autorregulación Organísmica y El Clima Social Familiar de Los Alumnos de La Institución Educativa “San Juan Bautista De La Salle”- Arequipa 2016*. Universidad Católica De Santa Maria.
- Grassi, M. (2019). *Arte abstracto y psicología de la Gestalt en la Argentina*. Universidad Nacional de La Plata.
- Hernandez ValbuenaM. E. (2017). Uso del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama por el Coach para Ubicar el Bloqueo Psicológico del Emprendedor. *Iberoamerican Business Journal*, 1(1), 98-122. <https://doi.org/10.22451/3002.ibj2017.vol1.1.11006>.
- Hernandez-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mexico: McGRAW-HILL.
- Kerlinger, F. (2002). Diseño inadecuados y criterios para el diseño. P Ayala & I Mora. (Eds), *Investigación del comportamiento* (pp 419-432). Mc Graw- Hill.

- Martín, A. (2013). Manual Práctico de Psicoterapia Gestalt. Desclée de Brouwer.
- Moncada, C. (2019). Intervención clínica en un caso de ansiedad generalizada estudio realizado con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon -II (MCMI-II) y SCL 90-R usando psicoterapia Gestalt en un centro de Servicios Psicológicos. Encuentro Científico Internacional 2019 de Invierno. Congreso llevado a cabo en Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Psicología, Perú.
- Moncada, G. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios. *Revista de las Ciencias Sociales*, 41-50.
- Naranjo, C. (1989). La focalización en el presente: Técnica, prescripción e ideal. En J. Fagan e I. Shepherd (Comps.) *Teoría y Técnica de la psicoterapia guesáltica* (pp. 53- 74). Argentina: Amorrortu
- Ocampo Martinez, M. (2017). *El ciclo de la experiencia en un paciente esquizofrénico, una visión Gestalt*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Iberoamericana Puebla.
- OMS. (1994). A user's guide to the Self reporting questionnaire (SRQ).
- Osorio, M. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista- existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 83-100.

- Perls, F. (2008). *El Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia. Cuatro Vientos.*
- Perls, F., Hefferline, R. y Goddman, P. (2006). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana.* España: Centro de Terapia Española.
- Perls, F. y Baumgardner, P. (1978). *Terapia Gestalt. Teoría y Práctica. Concepto.*
- Polster, E. y Polster. M. (1985). *Terapia ggestáltica.* Argentina: Amorrortu.
- Romero, A., Sánchez, F., Lozano, A., Ruíz, P., & Vega, J. (2016). Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiq.*, 142-151.
- Salama, H. (2006). *TPG. Manual del test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama.* Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt.
- Salama, H. (2012). *Gestalt 2.0. Actualización en Psicoterapia Gestalt.* Alfaomega.
- Salas Dahlqvist, I. G. (2017). *Cohesión familiar y bloqueo en las fases del ciclo de la experiencia Gestalt en adolescentes del 5to. año del nivel secundario de cinco instituciones educativas del distrito del Cercado de Lima.* Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional mayor de San Marcos.

Sampieri, H., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2004).

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION (TERCERA EDICION ed.).

MEXICO: McGRAW-HILL.

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres

conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 10-59.

Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993). *Vocabulario de Terapia Familiar*.

Gedisa

Ugartemendía Maclean, M. (2017.). *Estudio de mecanismos de bloqueo en*

personas con rosácea : investigación desde el enfoque Gestalt en una

población uruguaya de adultos jóvenes. Tesis de maestría. Universidad

de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Valadez, R. E. S., y Herrera, F. G. P. (2019). Promoción a la salud mental y la

prevención del comportamiento suicida en jóvenes a través de la

psicoterapia gestalt. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1),

319-337.

Vania, K., & De La Barra, M. (2013). Trastornos psiquiátricos en los pacientes

con epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 979-985.

Vazquez Chavez, A. (2019). *Estudio de caso de un paciente con trastorno*

narcisista de la personalidad con trastorno depresivo persistente desde

un abordaje gestáltico. Tesis de maestría no publicada. Universidad

Iberoamericana Puebla.

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 417-449.

Vieytes, R (2004) *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad*. Cap. II. Ed de las Ciencias.

Zinker, J. (2000). *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. México: Paidós.

8. Anexos

Anexo 1. Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (TPG)

1. Yo soy insensible	Si	No
2. Soy feliz como soy	Si	No
3. Cuando algo me disgusta lo digo	Si	No
4. Me molesta que me vean llorar	Si	No
5. Soy emocional pero me aguanto	Si	No
6. Me desagrada hacer siempre lo mismo que los demás	Si	No
7. Me es imposible dejar de ser como soy	Si	No
8. Evito culpar a los demás si me siento mal	Si	No
9. Siempre termino lo que empiezo	Si	No
10. Me siento culpable si culpo a los demás	Si	No
11. Debo evitar mostrar mi enojo	Si	No
12. Me abstengo de discutir	Si	No
13. Hago lo que los demás quieren aunque me disguste	Si	No
14. Me disgusta pensar, sentir o hacer lo mismo mucho tiempo	Si	No
15. Me gusta aprender cosas nuevas	Si	No
16. Dejo las cosas para después	Si	No
17. Expreso lo que me molesta	Si	No
18. Evito sentir	Si	No
19. Sería feliz si no fuera por los demás	Si	No
20. Soy constante en mi inconstancia	Si	No
21. Hago lo que quiero a pesar de que me dicen lo contrario	Si	No
22. Siempre estoy de acuerdo con los demás	Si	No
23. Soy capaz de dejar de tener una idea fija	Si	No
24. Evito enfrentar	Si	No
25. Me disgusta evitar lo inevitable	Si	No
26. Me gusta sentir	Si	No
27. Evito manifestar lo que me molesta	Si	No
28. Evito dejar para mañana lo que puedo hacer hoy	Si	No
29. Me abstengo de culpar a los demás si fracaso	Si	No
30. A veces dejo las cosas para después	Si	No
31. Me disgusta que me digan lo que tengo que hacer	Si	No
32. Me es imposible dejar de pensar en lo que ya pasó	Si	No
33. Soy como me enseñaron que debo ser	Si	No
34. Defiendo mis opiniones	Si	No
35. Debo hacer lo que los demás quieren	Si	No
36. Soy sensible	Si	No
37. Me desagrada terminar lo que empiezo	Si	No
38. Expreso lo que me disgusta	Si	No
39. Estaría bien si no fuera por los demás	Si	No
40. Me siento mal cuando me presionan	Si	No

Fuente: Salama, H. (1992)

Anexo 2. Self Reporting Questionnaire (SRQ-18)

No.	Sintomas	SI	NO
1.	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	1	0
2.	¿Tiene mal apetito?	1	0
3.	¿Duerme mal?	1	0
4.	¿Se asusta con facilidad?	1	0
5.	¿Sufre de temblor de manos?	1	0
6.	¿Se siente tenso, nervioso o aburrido?	1	0
7.	¿Sufre de mala digestión?	1	0
8.	¿No puede pensar con claridad?	1	0
9.	¿Se siente triste?	1	0
10.	¿Llora usted con mucha frecuencia?	1	0
11.	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	1	0
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	1	0
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)	1	0
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	1	0
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?	1	0
16.	¿Siente que usted es una persona inútil?	1	0
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	1	0
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?	1	0
19.	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	1	0
20.	¿Se cansa con facilidad?	1	0
Total, de unos de la pregunta 1 a la 20 (Si la suma es ≥ 11 = "Alto Riesgo" / Referir a Centro Salud)			
21.	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	1	0
22.	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	1	0
23.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	1	0
24.	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	1	0
25.	¿Ha tenido convulsiones, ataques, o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento?	1	0
Cualquier 1 de las preguntas 21 a 25 = "Alto Riesgo" / referir al Centro de Salud			
26.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?	1	0
27.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?	1	0
28.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio o fallar a ellos?	1	0
29.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	1	0
30.	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?	1	0
Total, de unos de la pregunta 26 a la 30 (Si la suma es ≥ 3 "Alto Riesgo" / Referir a Centro Salud)			