



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 3

Septiembre de 2020

INTERVENCIÓN CON ENFOQUE GESTALT PARA EL CUIDADO DE SÍ MISMO Y LA AUTORREALIZACIÓN EN PERSONAL DE SALUD

Sandra Rodríguez-Hernández¹

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Universidad Autónoma del Estado de México

Zwischen. Centro de Desarrollo del Potencial Humano

RESUMEN

Los objetivos fueron justificar el enfoque Gestalt para la intervención en el cuidado de sí mismo, autorrealización y salud mental en estudiantes de enfermería y gerontología de una institución pública en México, específicamente analizar los niveles de autorrealización y las conductas de autocuidado y evaluar la eficacia de un taller psicoterapéutico con enfoque gestáltico, para la promoción de conductas de autocuidado y autorrealización. Método: Enfoque mixto, cuantitativo con estadística no paramétrica, cualitativo con un marco interpretativo fenomenológico, muestreo por conveniencia formado por siete participantes de la Especialidad en Gerontología, participantes en un taller con enfoque Gestalt, la medición se realizó en formato Pretest-Posttest-Seguimiento; instrumentos: Ficha sociodemográfica, Cuestionario 90 síntomas de Derogatis (SCL), Escala Bloqueos Gestálticos e Inventario de Orientación Personal (POI). Resultados: hay cambios positivos en SCL, Bloqueos Gestálticos y POI en los tres momentos de aplicación; en análisis semántico, incrementan los aspectos positivos en categorías de Autocuidado, Psicopatología, Bloqueos gestálticos y Autorrealización, decremento de aspectos negativos, al paso de las sesiones del taller. Conclusiones: la intervención en Desarrollo Humano y Grupos de Entrenamiento, modalidad terapia de grupo con enfoque gestáltico, es eficaz para el trabajo de autorrealización, crecimiento personal, desarrollo del potencial humano y autorrealización, en personal de salud.

Palabras clave: Enfoque Gestalt, Autocuidado, Autorrealización, Salud mental, Personal de salud.

¹ Correo electrónico: sandrarohe@hotmail.com

GESTALT INTERVENTION IN SELF-CARE AND SELF-REALIZATION IN HEALTH WORKFORCE

ABSTRACT

The goals were to justify, regarding Gestalt focus, the intervention in self-care, self-realization and mental health in nursing and gerontology students in a Mexican public institution, more specifically to analyze levels of self-realization and self-care behavior besides the effectiveness of a Gestalt focus psychotherapeutic workshop in order to promote self-care and self-realization behavior. Method: mix approach, quantitative with non-parametric statistics, qualitative with phenomenological interpretative framework, a convenience sample formed by seven Gerontology specialization and Gestalt focus psychotherapeutic workshop attendees, the measurement was made in pre-test pos-test follow up; tools: Sociodemographic data, Derogatis 90 symptoms questionnaire (SCL), Gestalt blockades scale and Personnel Orientation Inventory (POI). Outcome: SCL, Gestalt blockades scale and POI positive changes in all three application times, regarding semantic analysis, positive increase in self-care, psychopathology, Gestalt blockades and self-realization, negative decrease as the workshop sessions develop. Conclusion: the intervention in human develop and training groups regarding Gestalt focus group therapy is effective for self-realization, personal growth, potential human development and "nosrealization" in health workforce.

Keywords: Gestalt Focus, Self-Care, Self-Realization, Mental Health, Health Workforce.

En el personal de enfermería y gerontología existe una demanda en la atención y cuidado holístico al paciente y a la familia de éste; al pretenderse una intervención de calidad instrumental y con características humanas, significa que estos profesionales están obligados a mantener cierto nivel de autocuidado y autorrealización. Desde esta perspectiva, se parte del supuesto que en la medida en que el estudiante aprenda a autocuidarse, se disminuirán los síndromes de desgaste profesional cuando esté en activo y a la larga se tratará de profesionales con un mayor nivel de autorrealización y por ende, mayor salud mental, con mejores competencias que impacten en lo personal, profesional, familiar y comunitario.

Primero, cabe observar que para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), en México -en el año 2000- se contabilizaban 195,897 médicos, quienes representaban una tasa de 1.98 por cada 1000 habitantes, había registro de 88,678 enfermeras, con una tasa de 0.90 por cada 1000 habitantes, y en ese entonces no

existían datos relacionados al área de gerontología. Acorde al Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México (IESM-OPS-OMS, 2011), el número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental ascendía a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuía de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, y 2 profesionales/técnicos de salud; según dicho informe, estos recursos eran entonces insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos se concentraban en los hospitales psiquiátricos. Por otro lado, la OMS (2010) estima que los factores del espacio laboral incrementan la posibilidad de ocurrencia o empeoran un desorden mental, y puede contribuir directamente al distrés mental (desmoralización, humor depresivo, ansiedad, burnout, etc.) mismo que probablemente no llegue a niveles diagnosticables como desorden mental y aun así ser una considerable fuente de sufrimiento para el empleado. Según la misma Organización hay cuatro áreas que tienen efectos variables sobre la salud de los empleados, la salud organizacional, las familias y la sociedad: sobrecarga de rol, tensión del cuidador, interferencia trabajo–familia e interferencia familia–trabajo; de acuerdo a sus informes, los trabajadores que reportan altos niveles de conflicto trabajo–familia, presentan arriba de 12 veces más burnout y dos o tres veces más depresión que los trabajadores con un mayor balance trabajo–vida personal. En este sentido, la OMS (2010), urge asistir a los empleados en la evaluación de los riesgos psicosociales y desarrollar estrategias para superarlos; dentro de los doce factores psicosociales a considerar, se encuentran el apoyo psicológico, la educación y respeto, ajuste psicológico al trabajo, crecimiento y desarrollo, administración de la carga de trabajo y protección psicológica.

Con ésta óptica, se define el autocuidado como una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado; estas líneas de crecimiento propician un desarrollo integral, se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (Ojeda, 2015); se conceptualiza a la autorrealización en los términos de Maslow (1968) como aquella “realización

creciente de las potencialidades, capacidades y talentos; como cumplimiento de la misión –o llamada, destino, vocación-; como conocimiento y aceptación más plenos de la naturaleza intrínseca propia y como tendencia constante hacia la unidad, integración o sinergia, dentro de los límites de la misma persona” (p.50). Y se especifica a la salud mental como el estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos utilizar capacidades en armonía con los valores generales y de la sociedad, incluye habilidades cognitivas y sociales básicas, capacidad para reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como comprender a otros, flexibilidad y capacidad para hacer frente a los sucesos vitales adversos y funcionar en los roles sociales, relación armoniosa entre cuerpo y mente, mismos que contribuyen, en grados variables, al estado de equilibrio interno (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold y Sartorius, 2015).

Primero, en personal de enfermería, se encuentran investigaciones que le relacionan con el síndrome de Burnout (Cotelo, 2015; Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila y Placencia-Reyes, 2014; Ríos, Carrillo y Sabuco, 2012), alteraciones clínicas ligadas a ansiedad, depresión, mayor incidencia de trastornos adaptativos (Micin y Bagladi, 2011; García-Rivera, Maldonado-Radillo y Ramírez Barón, 2014), así como predictores del bienestar psicológico a las dimensiones propósito de vida, dominio del entorno y crecimiento personal (Arboleda, 2015) y satisfacción personal (Alarcón, Barradas, Ibáñez y Trapaga, 2015).

En lo referente a la psicoterapia, Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall (2015), explican que, a la revisión de la evidencia de eficacia acumulada sobre las psicoterapias, la APA en 2012, declaró formalmente que “como práctica de curación y servicio profesional, la psicoterapia es eficaz y muy rentable. En ensayos clínicos controlados y en la práctica clínica los resultados de la psicoterapia superan notablemente a los experimentados por las personas que necesitan servicios de salud mental pero no reciben psicoterapia. En consecuencia, la psicoterapia debe ser incluida en el sistema de salud como una práctica basada en la evidencia disponible.”

Cabe aclarar que para Vargas y Dorony (2013), desde la visión humanista, la psicoterapia tiene un sentido particular, ya que concibe que la mayor parte de los

problemas emocionales que sufre el ser humano no son una enfermedad, sino una parte de su naturaleza; así, el objetivo de un proceso terapéutico o de acompañamiento es fundamentalmente el crecimiento personal o desarrollo del potencial humano.

Existen investigaciones que relacionan la visión humanística y la auto-actualización (Ivtzan, Gardner, Bernard, Sekhon y Hart, 2013; Parra, Ortiz, Barriga y Henríquez, 2006); con la autenticidad, la aceptación incondicional o la empatía (Moreno, 2010; Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Irribarra y Müller, 2008), con la satisfacción vital, crecimiento personal, el desarrollo del potencial humano y el sentido de la vida (Rangel, 2010), autoconocimiento y desarrollo personal (Muñoz y Morales, 2010), y el crecimiento personal como elemento fundamental del bienestar psicológico (Ureña, Barrantes y Solís, 2014).

En específico para el enfoque Gestalt, históricamente se han trabajado los estilos de contacto (Frew, 1986), fronteras de contacto y autoactualización (Handlon y Fredericson, 1998), efectos de la psicoterapia Gestalt, autoconcepto (Feder, 1998) y autoactualización (Korb, 1999). Por otro lado, desde el pensamiento de Castanedo, la autorrealización es un elemento integral donde no sólo estarán representados los elementos experienciales verbalizados por el sujeto, sino que considerará su representación en aspectos como lo corporal o la manera de abordar las situaciones, es decir, el término de autorrealización no sólo se ubica en la esfera psicologizante, sino que estará presente en todas las representaciones existenciales, es decir, inserto en todo el organismo; con ello define la autorrealización “como un proceso dinámico y continuo en el cual se logra el desarrollo de una persona y que será la representación de la persona saludable” (Dorony y Soto, citados en Cárdenas y Jarquín, 2011; p. 202).

Desde el punto de vista de la Terapia Gestalt, la salud psíquica consiste en vivenciar la formación y el cierre de la figura, actualizarse en el sistema de valores, adquirir sabiduría, poder y amor, así como desarrollar el sistema de autosoporte (en el sentido propuesto por L. Perls), ser responsable, auténtico y establecer un buen contacto consigo mismo y con el entorno; en este sentido, la persona sana identifica lo que necesita en cada momento existencial y lucha con todas sus fuerzas para

conseguirlo. En contraste la salud tóxica bloquea, impide, evita, interrumpe la formación y el cierre de las Gestalten, lo que provoca ansiedad, depresión, resistencia al cambio, rigidez y control neurótico; se hacen intentos de manipular el ambiente, buscando obtener soporte de este, negando las experiencias personales con el uso de resistencias como la desensibilización, la proyección, la introyección, la retroflexión, la deflexión y la confluencia (Castanedo, 2004).

Perls, Hefferline y Goodman (1951), explican que el *awareness* se caracteriza por el contacto, sensación, excitación y formación de *Gestalten*; aclaran que el funcionamiento adecuado de este ciclo pertenece al ámbito de la psicología normal (experiencias saludables) y cualquier perturbación correspondería a la categoría de la psicopatología. Para Francesetti, Gecele y Roubal (2014) los fenómenos psicopatológicos involucran la interacción de los sujetos con el entorno, es decir en la frontera del contacto, por lo que opinan que la psicopatología puede ser considerada como un fenómeno que pertenece al individuo o cómo un fenómeno que surge en el campo y que pertenece a la *Zwischenheit* (el “entre”, de acuerdo a la visión de Buber), lo que sufre es la relación entre el sujeto y el mundo: el espacio que el organismo experimenta y en el que el organismo se vuelve animado. El sujeto puede sentir dolor, pues él es el receptor sensible y creativo, pero este sufrimiento surge de la frontera del contacto, es decir, en una relación, luego la psicopatología puede ser comprendida como un conocimiento que se refiere al sufrimiento de la respiración que anima, del *entre*, de la frontera del contacto, que no son entidades que pertenecen al individuo, sino a los espacios de vida que surgen a través del contacto. Desde la óptica de Francesetti, *et al.* (2014), al no mirar al individuo como poseedor de la psicopatología, se describen patrones de funcionamiento más que tipos de personas.

Ante este panorama, se presenta el interés de verificar la eficiencia de un programa de intervención con enfoque Gestalt, en el que estudiantes de enfermería y especialidad en gerontología tengan la oportunidad de darse cuenta de las conductas de autocuidado que si realizan y aquellas que les hace falta incorporar a su vida cotidiana hasta convertirlas en parte de su estilo de vida, todo esto en

beneficio de la salud mental personal y autorrealización, con el objetivo de impactar a largo plazo en la práctica profesional de los mismos.

MÉTODO

Este estudio tuvo un enfoque mixto, cuantitativo con estadística no paramétrica y para el aspecto cualitativo se consideró un marco interpretativo fenomenológico.

Participantes: muestreo por conveniencia formado por siete estudiantes del primer periodo de la especialidad en Gerontología de una institución pública en México, cinco mujeres y dos hombres, con una edad promedio de 33.14 años (DT 5.36); cuatro de ellos están casados (57.14%), uno soltero (14.28%), uno separado (14.28%) y uno vive en unión libre (14.28%); el 28.57% (n=2) tienen dos hijos (as), 42.85% (n=3) tienen un hijo (a) y 28.57% (n=2) no tienen hijos (as). Entre las licenciaturas con las que cuentan están médico (42.85 %, n=3), enfermera (14.28 %, n=1), gerontóloga (14.28 %, n=1), nutrióloga (14.28 %, n=1) y antropólogo (14.28 %, n=1).

Instrumentos. Protocolo de Pre-Posttest y seguimiento, de: *Ficha sociodemográfica* diseñada exprofeso para el estudio, en la que se preguntó edad, sexo, licenciatura, lugar de origen, estado conyugal, no. de hijos, vive con, periodo (semestre), elección de carrera, adherencia religiosa, talla y peso, trabaja, tratamiento médico, fumar tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, vida sexual, recibir insulto sexual, acoso sexual, reacción excesiva de la pareja, actividad física y pertenencia a grupo estudiantil de los participantes.

Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL), creado en 1977 (Sánchez y Ledesma, 2009), que mide -en 90 ítems- nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología (Somatización, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar (Índice de severidad global, Índice positivo de malestar y Total de síntomas positivos), con un α mayor al 0.80 en todas las dimensiones.

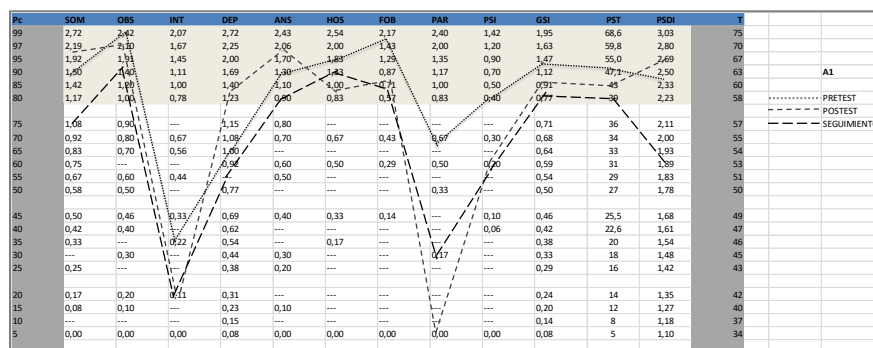
Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía de Munguía (2016), que mide en 48 ítems los niveles de desensibilización, introyección, proyección, deflexión, retroflexión y confluencia, con un α total de 0.95.

Y el *Inventario de Orientación Personal* (POI) creado por Shostrom (1964; citado en Castanedo y Munguía, 2012), que calcula en 150 ítems el desempeño en 12 escalas de autorrealización (Competencia en el tiempo, Autosoporte, Valores de autorrealización, Existencialidad, Reactividad emotiva, Espontaneidad, Autoconcepto, Autoaceptación, Naturaleza del hombre, Sinergia, Aceptación de la agresión y Capacidad para establecer contacto íntimo), con un α de 0.91 hasta 0.93. También se utilizaron: *Autobiografía* (documento escrito personalmente por cada participante, con una extensión no mayor a diez páginas, entregado vía correo electrónico previo a la primera sesión del programa de intervención), *Autoinformes* por cada sesión de trabajo, *Observación participante* y el diseño de *Matriz de Autocuidado, Psicopatología, Bloqueos gestálticos y Autorrealización* (en las que se delimitaron las categorías con los respectivos indicadores, tanto en dirección positiva como negativa).

Procedimiento. Se desarrolló un taller que abarcó una serie de seis encuentros a lo largo de dos meses, con un tiempo programado de cuatro horas por sesión, previa firma de Carta de consentimiento informado, aplicación de protocolo de pretest y envío de Autobiografía. Al término de la última sesión se hizo la aplicación del posttest, y a los cuatro meses de concluido dicho programa, se llevó a cabo la aplicación del seguimiento. Para el análisis de los datos, se hizo un concentrado por cada sesión de trabajo vaciando la información recolectada en la autobiografía, autoinformes y diario de campo. Se consideró al grupo completo como una unidad de investigación (nivel de intervención Desarrollo Humano y Grupos de Entrenamiento, modalidad terapia de grupo; Castanedo y Munguía, 2012), por lo que el procesamiento se llevó a cabo de manera grupal, a través de Análisis semántico y frecuencia de palabras. Por otro lado, por el número de participantes, se aplicó la prueba de Friedman para conocer las diferencias significativas en las aplicaciones pretest-posttest-seguimiento, por medio del programa SPSS versión 21.

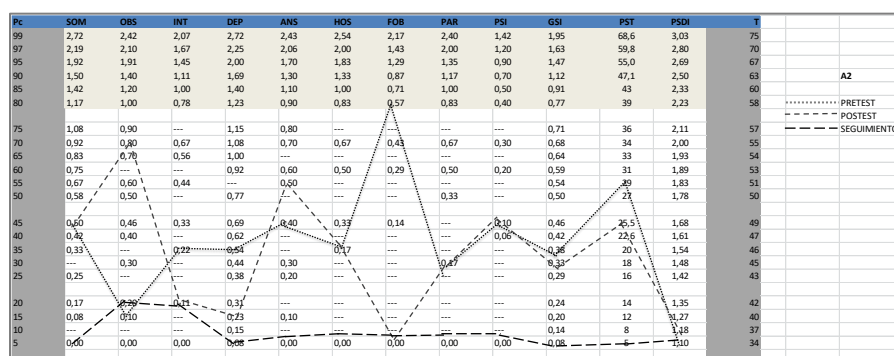
RESULTADOS

Contraste Pretest-posttest-seguimiento. Se describen los resultados obtenidos en el contraste de la aplicación Pretest-Posttest-Seguimiento más significativos; por ejemplo, en el perfil obtenido en el SCL, para la participante A1, se observa en la Gráfica 1, cómo la sintomatología psicopatológica pasó de niveles de riesgo en el pretest a puntajes de menor riesgo en el posttest, para quedar en medidas más saludables en la aplicación de seguimiento.



Gráfica 1. SCL, Resultados Participante A1

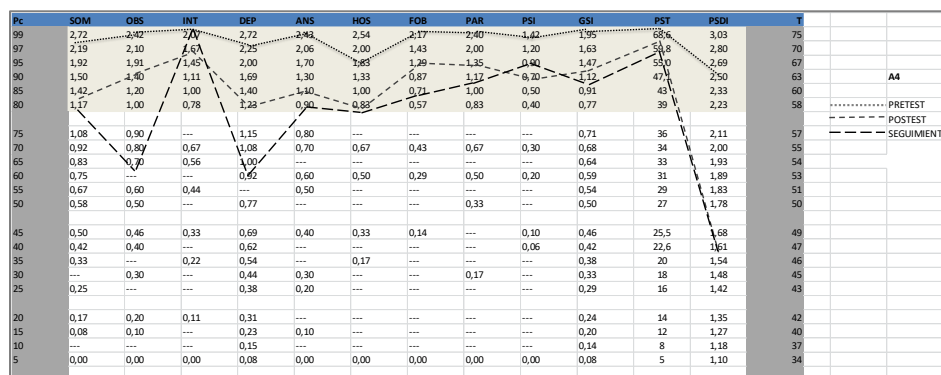
Igualmente, en la participante A2, se observa que los síntomas psicopatológicos se movilizaron de los niveles de riesgo a niveles saludables a lo largo de los tres momentos de estudio (Gráfica 2).



Gráfica 2. SCL, Resultados Participante A2

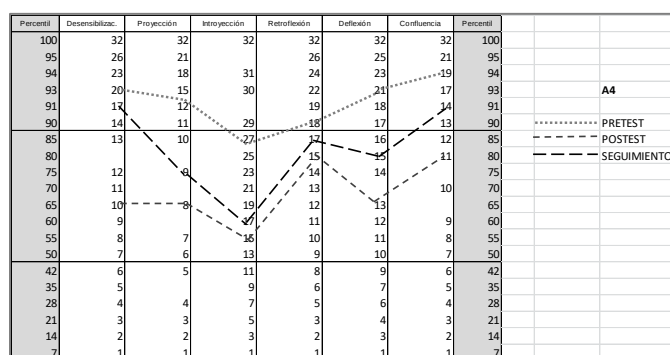
El perfil obtenido por la participante A4 en la Escala SCL (Gráfica 3), deja ver el alto nivel de síntomas psicopatológicos presentes en la aplicación del pretest, con todas las subescalas en los rangos considerados como Alto Riesgo. Para la aplicación del posttest reduce los puntajes, sin embargo, esto no modifica su estatus de riesgo; se

nota que el estilo de respuesta (PSDI, índice positivo de malestar) disminuye significativamente en el postest y seguimiento, lo que puede indicar que ésta participante comienza a mirar su sintomatología con menos exageración y de forma un poco más realista. Para el seguimiento, la mayoría de sus valores bajan -excepto la sensibilidad interpersonal (INT) y psicoticismo (PSI)- aunque continua siendo una candidata para un proceso psicoterapéutico de mayor duración, dada la permanencia dentro de rangos de riesgo.



Gráfica 3. SCL, Resultados Participante A4

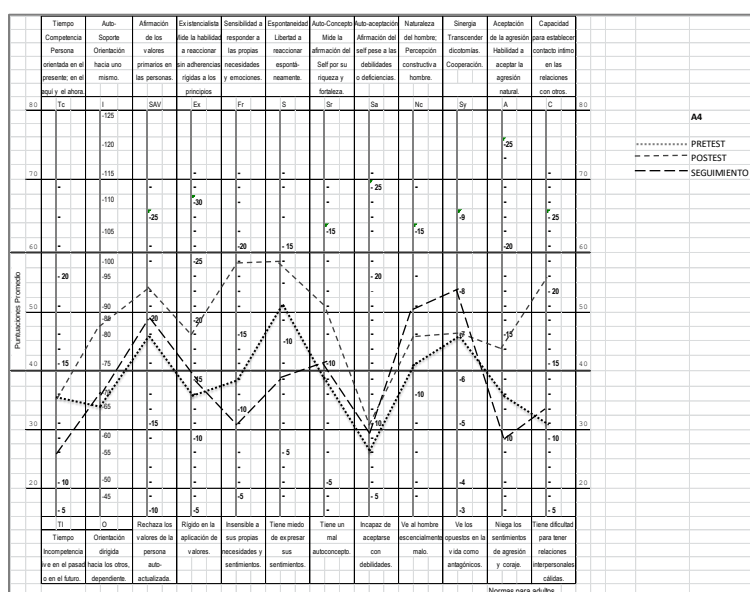
Respecto al perfil de la misma participante A4 en la escala de Bloqueos Gestálticos (Gráfica 4), se observa que para la aplicación del pretest, en cinco de las seis subescalas, está dentro de los parámetros de riesgo, apreciándose una disminución en el posttest y luego una elevación en los puntajes obtenidos en el seguimiento.



Gráfica 4. Bloqueos Gestálticos, Resultados Participante A4

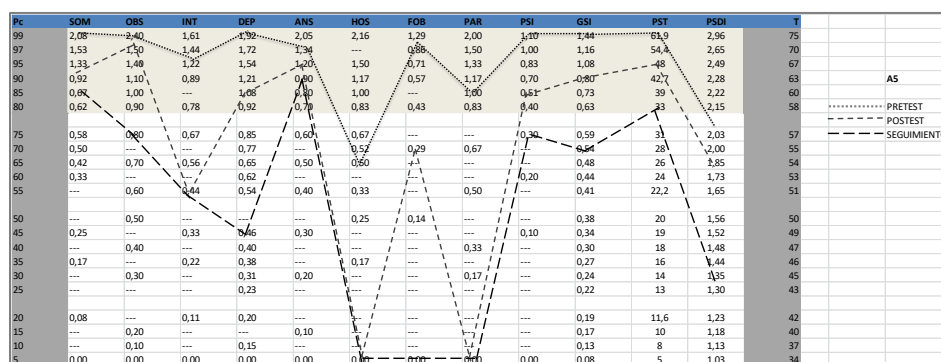
Por último, el perfil que presenta la misma participante (A4) en el POI (Gráfica 5), se vuelve a notar como los valores del posttest se incrementan respecto al pretest,

y como estos disminuyen en la aplicación de seguimiento, incluso algunas subescalas terminan por debajo de los valores del pretest: Tiempo incompetencia (vive en el pasado o en el futuro), Insensible a sus propias necesidades y sentimientos, y Niega sentimientos de agresión y coraje.



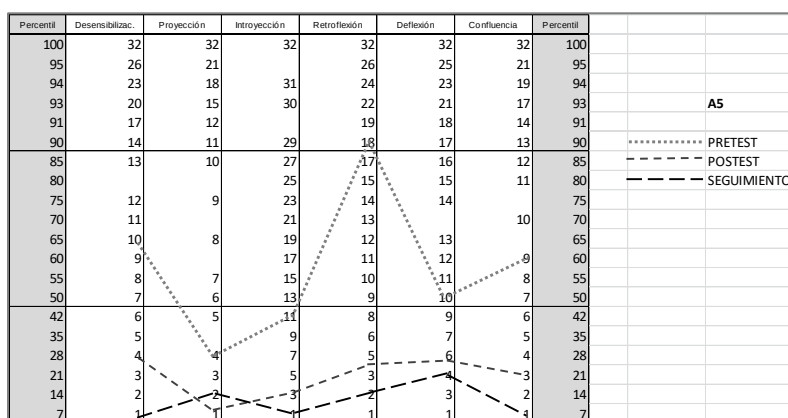
Gráfica 5. POI, Resultados Participante A4

Por otro lado, para el participante A5, en el perfil obtenido en la escala SCL (Gráfica 6) se observa que en la aplicación del pretest, prácticamente todas las subescalas se ubican dentro de los rangos de alto riesgo; al momento de posttest estas disminuyen y para el seguimiento los puntajes se localizan por abajo del posttest; específicamente en el caso de la somatización y ansiedad, los puntajes se notan por debajo de las aplicaciones previas, sin embargo permanecen dentro de los parámetros de riesgo psicopatológico.



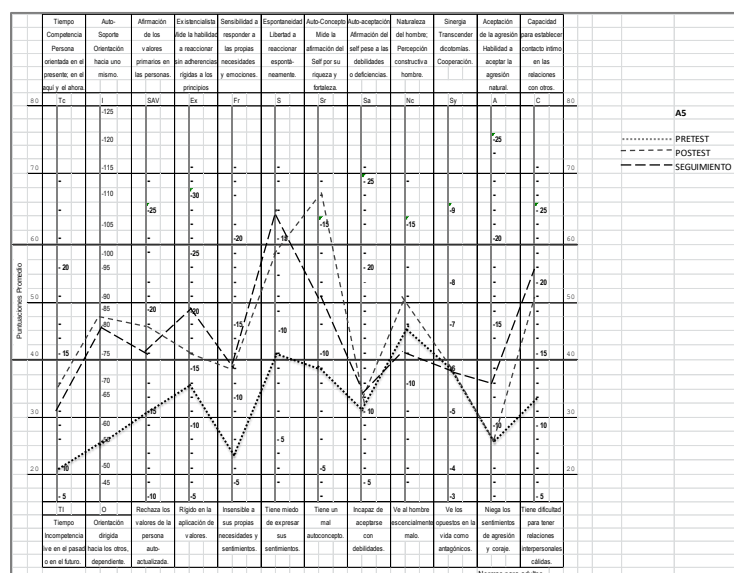
Gráfica 6. SCL, Resultados Participante A5

En la Escala de Bloqueos Gestálticos se evidencia como este participante (A5) reporta el uso de los bloqueos en niveles moderados en el pretest, y para la aplicación del postest y seguimiento, se mantiene en rangos normales (Gráfica 7).



Gráfica 7. Bloqueos Gestálticos, Resultados Participante A5

Por último, para este participante, en el perfil del POI (Gráfica 8) se observa que en el pretest, la gran mayoría de los valores de autorrealización se hallan por debajo de las puntuaciones normales; para el postest, hay un incremento significativo en los puntajes reportados y, finalmente en el seguimiento se observan dentro de los rangos normales, exceptuando las subescalas de Competencia en el tiempo, Autoaceptación, Sinergia y Aceptación de la agresión.



Gráfica 8. POI, Resultados Participante A5

Por otro lado, para conocer las diferencias significativas en las aplicaciones pretest-posttest-seguimiento y por el número de participantes en el programa de intervención, se aplicó la prueba de Friedman.

En relación con el inventario de síntomas SCL, se encontraron diferencias en diez de las subescalas que lo conforman, tal como aparece en la Tabla 9. En ésta se observan las disminuciones en los rangos promedios del pretest, al posttest y seguimiento, teniendo significancia por abajo del 0.05.

	ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE ^a				RANGO PROMEDIO		
	N	Chi cuadrado	gl	Sig. asintót.	Pretest	Posttest	Seguimiento
Total de síntomas positivos	7	11,143	2	,004	3,00	1,71	1,27
Índice de severidad global	7	11,143	2	,004	3,00	1,73	1,29
Índice positivo de malestar	7	10,571	2	,005	2,57	2,43	1,00
Somatización	7	9,308	2	,010	2,79	2,00	1,21

Sensitividad interpersonal	7	11,760	2	,003	3,00	1,50	1,50
Depresión	7	8,222	2	,016	2,79	1,93	1,29
Ansiedad	7	7,692	2	,021	2,71	2,00	1,29
Hostilidad	7	8,435	2	,015	2,79	1,79	1,43
Ideación paranoide	7	9,652	2	,008	2,79	1,93	1,29
Psicoticismo	7	7,304	2	,026	2,71	1,86	1,43

a. Prueba de Friedman

TABLA 9. INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL

Análisis Pretest-posttest-seguimiento

Respecto a la Escala de Bloqueos Gestálticos, se encontraron variaciones en la Desensibilización, Proyección, Introyección y Retroflexión; como se observa en la Tabla 10, los rangos promedios tienden a disminuir con el paso del tiempo.

	ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE ^a				RANGO PROMEDIO		
	N	Chi cuadrado	gl	Sig. asintót.	Pretest	Posttest	Seguimiento
Desensibilización	7	9,538	2	,008	2,86	1,86	1,29
Proyección	7	6,533	2	,038	2,36	1,43	2,21
Introyección	7	11,385	2	,003	3,00	1,43	1,57
Retroflexión	7	7,583	2	,023	2,71	1,93	1,36

a. Prueba de Friedman

TABLA 10. ESCALA DE BLOQUEOS GESTÁLTICOS

Análisis Pretest-posttest-seguimiento

En último lugar, en la Tabla 11 se nota el comportamiento de los rangos promedios significativos para el Inventario de Orientación Personal, los cuales corresponden a Competencia en el tiempo, Autosoporte, Autoaceptación y Capacidad para establecer contacto íntimo, mismos que se incrementan con el paso del tiempo.

	ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE ^a				RANGO PROMEDIO		
	N	Chi cuadrado	gl	Sig. asintót.	Pretest	Posttest	Seguimiento
Competencia en el tiempo	7	7,154	2	,028	1,21	2,29	2,50
Autosoporte	7	10,571	2	,005	1,00	2,43	2,57
Autoaceptación	7	10,320	2	,006	1,07	2,36	2,57
Capacidad para establecer contacto íntimo	7	8,857	2	,012	1,14	2,14	2,71

a. Prueba de Friedman

TABLA 11. INVENTARIO DE ORIENTACIÓN PERSONAL

Análisis Pretest-posttest-seguimiento

Análisis semántico. Para la realización del análisis semántico de los insumos recolectados en la Autobiografía, Autoinformes y Diario de campo, se diseñó una Matriz de Autocuidado, Psicopatología, Bloqueos gestálticos y Autorrealización, en donde se delimitaron las categorías con los respectivos indicadores (Tabla 12).

En la Tabla 13, se concentran de forma numérica la cantidad de palabras y frases (de hasta 30 palabras) por cada categoría y número de sesión, además se clasificaron en sentido Positivo y Negativo.

CATEGORÍAS			
Autocuidado	Psicopatología	Bloqueos gestálticos	Autorrealización
INDICADORES			
Alimentación	Somatizaciones	Desensibilización	Competencia en el tiempo
Hidratación	Obsesiones y compulsiones	Introyección	Autosoporte
Ejercicio físico	Sensitividad interpersonal	Proyección	Valores de autorrealización
Descanso	Depresión	Deflexión	Existencialidad
Atención médica	Ansiedad	Retroflexión	Reactividad emotiva
Horas de trabajo	Hostilidad	Confluencia	Espontaneidad

Experiencias de violencia (física y/o psicológica)	Fobia Ideación paranoide Psicoticismo	Toma de consciencia dentro del ciclo de la experiencia	Autoconcepto Autoaceptación Naturaleza del hombre Sinergia Aceptación de la agresión Capacidad para establecer contacto íntimo
--	---	--	---

Tabla 12. Categorías e indicadores para el desarrollo del Análisis Semántico

Sesión	Autocuidado		Psicopatología		Bloqueos gestálticos		Autorrealización	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Autobiografía	65	68	1	90	7	93	94	52
Sesión 1	19	12	4	17	10	7	24	9
Sesión 2	14	2	3	18	38	4	62	8
Sesión 3	22	1	6	9	38	17	73	12
Sesión 4	15	3	4	10	59	17	59	9
Sesión 5	39	17	2	19	40	12	79	6
Sesión 6	7	1	0	0	7	0	159	0
Totales	181	104	20	163	199	150	550	96

Tabla 13. Concentrado numérico resultado del Análisis Semántico

DISCUSIÓN

En primer lugar, en coincidencia con lo hallado por Santes, Meléndez, Martínez, Ramos, Preciado y Pando (2009), Micin y Bagladi (2011) y García-Rivera, *et al.* (2014), se observa en los perfiles del pretest de la escala SCL, que varios de los participantes presentan alteraciones clínicas ligadas a síntomas psicopatológicos, entre los que se mencionan el estrés traumático secundario o desgaste por empatía y mobbing o acoso moral, que afectan no solo la calidad de vida de los

profesionales, sino que repercuten en la salud corporal, al comienzo con disfunciones leves, incorporadas a la vida como “naturales”, que luego pueden tornarse enfermedades severas (Wolfberg, 2003), exceso de trabajo (Cruz, Chaves, Barcellos, Almeida, Oliveira y Pedrão, 2010), estrés (Pineda, 2012), riesgo suicida, ansiedad, depresión y baja autoestima (Tomás-Sábado, Maynegre-Santaulària, Pérez-Bartolomé, Alsina-Rodríguez, Quinta-Barbero y Granell-Navas, 2010; García-Rivera, Maldonado-Radillo y Ramírez, 2014); por ejemplo, se hallan en las descripciones:

- “...me detectan síntomas de trastorno maniaco-depresivos...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 18).
- “... problemas de presión alta...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 36).
- “...colitis nerviosa...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 37).
- “... como por ansiedad...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 60).
- “... obsesiva con todo...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 82).
- “...no estaba acostumbrada a malos tratos, acoso, gritos, humillaciones e insultos...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 83).
- “...padecí lumbalgias...” (Matriz Psicopatología, Autobiografía, Negativos, No. 84).
- “...eso me acomplexo demasiado estuve deprimido...” (Matriz Psicopatología, Sesión 5, Negativos, No. 18).

En específico, la participante A4 manifiesta un perfil de alto riesgo en la escala SCL durante el pretest, para la aplicación del posttest estos índices disminuyen, no así su estatus de alto riesgo y en el momento del seguimiento, aunque los puntajes se reducen, sigue siendo dentro de los parámetros de alto riesgo; al respecto habría que considerar que ésta participante reportó en su autobiografía y en comunicaciones dentro del programa de intervención, haber sido víctima de secuestro, haber perdido un embarazo luego de ello, ser víctima de violencia psicológica en su relación de pareja y mantener una relación de dependencia ambivalente con su madre y hermano, congruente con lo expuesto por Wolfberg

(2003) respecto a los factores de riesgo individuales del personal de salud, lo que redundaría en patologías físicas, afectivas y de comportamiento; a lo largo del programa de intervención trabajó estos aspectos, aunque al parecer se trata de una persona que requiere un acompañamiento más cercano y de largo tiempo para recuperar su salud física y mental.

Un perfil similar se localizó en el participante A5, quien en el pretest reporta medidas dentro de los parámetros de alto riesgo psicopatológico, en este caso es probable relacionar estos resultados con lo expresado por el participante en su autobiografía y trabajo en el programa de intervención, pues fue testigo del secuestro de un tío cercano y a partir de ese momento víctima del acoso y amenazas de los secuestradores, aspectos que pudieran relacionarse con estrés postraumático (Wolfberg, 2003), además, luego del trabajo desarrollado en el programa de intervención se nota una disminución de los puntajes en los perfiles del postet y seguimiento, llegando a parámetros de bajo riesgo y saludables, lo que hace suponer que el acompañamiento dentro del grupo terapéutico fue benéfico para este participante. Aspectos que se refuerzan al considerar que en el análisis estadístico de rangos, hay disminución significativa con el paso del tiempo en: índice de severidad global -que denota la psicopatología general de la persona-, somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.

En otro orden de ideas, se corrobora en el análisis semántico desarrollado, problemáticas en temas de autocuidado: alimentación, hidratación, higiene del sueño, dolor (cefaleas, dolor de cuello, hombros, dolor de espalda y dolor lumbar), trabajar horas extraordinarias, necesidad de utilizar ansiolíticos y/u otras drogas, adelgazamientos y/o aumento de peso corporal, episodios de llanto, negligencia en realizarse estudios médicos, odontológicos, nutricionales, realizar actividad física, todo esto en acuerdo a lo expresado por Iglesias y Escudero (2010) sobre los hábitos alimentarios saludables o no en el personal de salud, y Cruz, *et.al.* (2010) en relación a los agravios a la salud psíquica y/o mental que sufre el personal de esta área.

También se puede observar que luego de aplicar el programa de intervención, las conductas positivas de autocuidado tienden a incrementarse y las negativas disminuyen paulatinamente, coherente con lo que encuentran Wolfberg (2003), González y Lobato (2008), Sanjuán y Ferrer (2008), Camargo, Orozco, Hernández y Niño (2009), Gamarra, Rivera y Alcalde (2010), Zubieta y Delfino (2010) y Ríos, *et al.* (2012), quienes explican que la autoestima, el adecuado control y manejo de las emociones, pertenecer a grupos, buscar apoyo social de los pares, desarrollo de competencias sociales, así como no aceptar el malestar como algo natural, cuidar y conectarse con el propio cuerpo, sueño adecuado y descanso, la práctica de actividad física, alimentarse adecuadamente, un estilo de vida promotor de salud con características del tipo autorrealización, es decir todo lo que permita responsabilizarse en salud, expresarse, cuidarse y reconocerse en los demás, es positivo para incrementar el estado de salud general. Se evidencia, entonces, que el autocuidado es uno de los factores primordiales para aumentar los efectos positivos y los recursos físicos, emocionales, intelectuales y sociales en los trabajadores del área de la salud, tal como lo maneja Rodríguez (2009). Este aspecto toma relevancia en consideración de lo que expresan Albornoz y Contreras (en Vargas, 2013) y Rodríguez (2009; 2010), quienes miran al autocuidado como una manera de prevenir el síndrome de burnout; como lo explica Arenas-Monreal, Hernández-Tezoquipa, Valdez-Santiago y Bonilla-Fernández (2004), una de las principales dificultades para el tratamiento de los profesionales del área de la salud es la resistencia que sufren para reconocer los propios problemas emocionales y adoptar el rol de paciente, además las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran, motivo por el cual hacer énfasis en este aspecto es de suma importancia.

En los perfiles obtenidos en la Escala de Bloqueos Gestálticos (pretest-posttest-seguimiento) de quienes participaron en el programa de intervención, se mira claramente que las puntuaciones muestran una tendencia a disminuir del pretest al posttest y cómo estas medidas permanecen en rangos normales para el momento del seguimiento. Lo que se corrobora en el análisis estadístico, específicamente para las áreas de la desensibilización, proyección, introyección y retroflexión.

Se advierte en la Autobiografía que los indicadores negativos presentan un número significativamente elevado con relación a las sesiones de trabajo, pues en los textos se localizaron los indicadores para la desensibilización, introyección, proyección, deflexión, retroflexión y confluencia (tomando en cuenta los significados dados por Perls, Hefferline y Goodman, 1951; Munguía, 2016), reunidos y de manera indistinta desde los primeros años de vida y hasta la edad en que fue redactada exprofeso para el programa de intervención. Algunas palabras y frases para ejemplificar son:

- “... me negaba a pensar y aceptar...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 1).
- “... ‘ustedes primero la escuela nada de novios’...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 3).
- “... Mucho de lo que soy es en parte por ella...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 10).
- “... cuidar el qué dirán y los protocolos sociales...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 14).
- “...me callé para llevar la fiesta en paz...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 18).
- “...nunca fui infiel...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 31).
- “... No lo logro, me autosaboteo...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 41).
- “...me bloqueo...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 42).
- “...no debo de pedir...ayuda de nadie...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 66).
- “... más escudos pongo en mí para que ya no me hagan daño...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 70).
- “...hasta la fecha puedo pensar en todos primero, y después en mi...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Autobiografía, Negativos, No. 91).

De igual forma se evidencia cómo los números tienden a invertirse hacia indicadores positivos, esto es dirigiéndose a la toma de consciencia; tal como lo mencionan Perls, Hefferline y Goodman (1951) al explicar que la formación de Gestalten completas y comprensibles es la condición de la salud mental y del crecimiento, en

donde solo una Gestalt acabada puede organizarse como una unidad que funciona automáticamente en el organismo entero, es decir el organismo sano acomete con todas sus potencialidades hacia la gratificación de sus necesidades más destacadas, apenas una tarea se completa y concluye, ésta retrocede al fondo y permite que emerja hasta el primer plano la que ahora se ha vuelto más importante dando cumplimiento al principio de autorregulación organísmica (Perls, citado en Stevens, 1999).

El mismo Perls (1974), escribe que el ‘darse cuenta’ per se –por y de sí mismo- puede ser curativo, porque con un awareness pleno la persona se da cuenta de esta autorregulación organísmica; además los indicadores positivos en la Matriz de Bloqueos Gestálticos, se relacionan con lo que explica Ginger (2005), quien coloca al awareness como un sinónimo del “darse cuenta” y describiéndolo como la toma de conciencia global en el momento presente, atendiendo al conjunto de sentimientos corporales y emocionales, internos y del entorno, así como a los procesos cognitivos, o bien como un estado de alerta, a la vez sensorial, intelectual e intuitivo; si nada del exterior del campo perturba el proceso de contacto en curso, la interacción organismo/entorno se desarrollará a partir y en beneficio de este tipo de autorregulación, como lo explica Robine (2002).

También se acerca a lo que describen Perls, Hefferline y Goodman (1951), respecto a que el proceso del ajuste creativo a materiales nuevos o a nuevas circunstancias incluye siempre una fase de agresión y de destrucción mediante el acercamiento, la apropiación de y la alteración de las estructuras antiguas como lo desigual se convierte en igual, así pues, cuando una nueva configuración se forma, tanto el viejo hábito del organismo que contacta, como el estado previo de lo que se ha acercado y contactado, son destruidos en beneficio del nuevo contacto. Como muestra, algunos ejemplos de frases compartidas por los participantes:

- “... respirar conscientemente...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 2, Positivos No. 2).
- “...disfrutar mi estar aquí ahora...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 2, Positivos No. 13).
- “...permitirme sentir...” (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 2, Positivos No. 20).

- "...ellos demuestran su amor de muchas maneras y de algunas que a mi no me gustan o parece..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 3, Positivos No. 11).
- "...crecí bloqueado sin vivir en el momento presente..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 3, Positivos No. 28).
- "...aceptando 'Sí, así soy'..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 4, Positivos No. 10). "...me di cuenta que esto si bien lo puedo hacer ya no lo quiero..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 4, Positivos No. 35).
- "...siento demasiada presión porque yo permito más carga sobre los hombros de la que puedo llevar..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 5, Positivos No. 12).
- "...Siento que por fin estoy cerrando un ciclo..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 5, Positivos No. 21).
- "...respirar, el sol, el calor, los sabores me hicieron sentirme más vivo..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 5, Positivos No. 32).
- "...Estoy consciente que la única responsable de mi cuidado soy yo, físico, mental y emocional..." (Matriz Bloqueos Gestálticos, Sesión 6, Positivos No. 6).

En dirección positiva, el menor uso de bloqueos gestálticos permite distinguir cómo con el paso de las sesiones, los participantes comienzan a ser más responsables de sí mismos y de sus tomas de conciencia, esto en los términos de Perls, Hefferline y Goodman (1951) y de Perls (1974, 1976); es decir al tener pensamientos, sentimientos y emociones que permiten expresar la capacidad de ser lo que se es, la disposición a decir "yo soy yo" y también, "yo soy lo que soy", en donde el uso del "yo" incrementa el sentido de responsabilidad que tiene la persona sobre sus propios sentimientos, pensamientos y síntomas, y el "me doy cuenta" le da al sujeto un sentido de sus propias capacidades, habilidades y equipamiento sensorio e intelectual.

También se clarifica una postura madura de autoapoyo con interacciones saludables con los compañeros del grupo, y de manera externa (según los reportes de seguimiento) posibilidades para el amor, satisfacción, significado, compromiso, congruencia, autoafirmación, confianza en sí mismo, capacidad de contacto, decisiones y responsabilidad personal, límites personales, autodefinición, awareness, necesidad y dependencia, aprendizaje y creatividad, en coincidencia

con lo que proponen Korb (1999) y Handlon y Fredericson (1998). En relación al crecimiento individual dentro de grupos terapéuticos, se encuentra que los estilos de contacto personales tanto saludables (caracterizados por el contacto), como no saludables (los que tenían interrupción en el contacto), permiten el crecimiento en y dentro del grupo, aspectos que coinciden con lo descrito por Frew (1986), Feder (1998), Schneibel (1991; citado en Castanedo y Munguía, 2012) y Castanedo (2000; citado en Castanedo y Munguía, 2012), sobre la eficacia de la terapia Gestalt.

Al considerar los perfiles obtenidos en el POI, se registran observacionalmente en las gráficas correspondientes aquellas subescalas que se vieron más impactadas por el trabajo desarrollado en el programa de intervención: Espontaneidad, Autoconcepto, Autosostento, Aceptación de la agresión, Capacidad para establecer contacto íntimo y Sensibilidad a responder a las emociones y necesidades propias; en coincidencia con las que se reportaron en el análisis estadístico: competencia en el tiempo, autosostento, autoaceptación y capacidad para establecer contacto íntimo. Lo que deja ver que los talleres y programas con finalidad de crecimiento y desarrollo humano dejan una huella tangible en los participantes, aspectos compatibles con lo hallado por Sierra y Quiroz (1993), Castanedo (2000; citado en Castanedo y Munguía, 2012), Santibáñez, *et al.* (2008), Moreno (2010), Rangel (2010), Muñoz y Morales (2010) y Ureña, *et al.* (2014).

Por otro lado, tal como se nota en el concentrado numérico del análisis semántico, los indicadores positivos de la categoría Autorrealización tienden a incrementarse con el paso de las sesiones, a la par que se incrementan las otras categorías en los sentidos positivos, en concurrencia con lo expuesto por Romero y Pereira (2011), quienes expresan que al promover la madurez personal y social, se desarrolla un yo positivo consistente en la promoción de valores de autodirección, apertura a la experiencia y creatividad, autocuidado y autogobierno emocional, con vistas al logro de la autorrealización y la felicidad.

Las palabras o frases que se tomaron en cuenta para el conteo, dejan ver el énfasis en el desarrollo de habilidades y potencialidades que el ser humano tiene que desplegar para enfrentar con éxito su vida diaria, tanto lo relacionado a su satisfacción personal, como la actitud prosocial, autonomía, resolución de

problemas, habilidades en relaciones interpersonales, habilidades emocionales, regulación emocional, balance positivo, bienestar psicológico en sus dimensiones de autoconcepto, dominio, crecimiento positivo, autoactualización y autorrealización, tal como lo marcan Rogers (1961, 1980), García-Alandete, *et al.* (2008), Romero y Pereira (2011), Pineda (2012), Arboleda (2015) y Alarcón, *et al.* (2015); por ejemplo:

- "...Me permití llorar en los días siguientes..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 1, Positivos, No. 9).
- "...sigo creyendo que yo puedo ser un gran ser..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 2, Positivos, No. 36).
- "...si yo sé quién soy entonces los demás podrán verlo..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 2, Positivos, No. 50).
- "...gracias a ello me motiva seguir viva y luchando por lo que quiero..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 3, Positivos, No. 19).
- "...Me siento mejor conmigo misma, me cuido, me valoro, me mimo... me amo..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 3, Positivos, No. 27).
- "...dejar salir las cosas que pudiesen detener mi crecimiento humano y profesional..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 3, Positivos, No. 65).
- "...reencontrarme conmigo mismo, con la vida..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 4, Positivos, No. 43).
- "...hoy en día me siento pleno y feliz..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 4, Positivos, No. 56).
- "...aprendiendo a disfrutar el día aunque no todo salga bien o en tiempo..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 5, Positivos, No. 25).
- "...cuando tengo pequeños destellos de no ocultar como soy, se siente bien..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 5, Positivos, No. 43).
- "...incluso ver sus rostros como cambian semana a semana..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 5, Positivos, No. 68).

El conjunto de palabras y frases sobre los cuales se autodefinen los participantes al término del programa de intervención, presentan componentes tanto desde la óptica de Maslow (1968): percepción superior de la realidad, mayor aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza, mayor espontaneidad, mayor independencia y deseo de intimidad, mayor frescura de apreciación y riqueza de

reacción emocional, mayor creatividad y cambios en la escala de valores propia; desde la visión de Lafarga (2013): incremento de la conciencia de ser persona única e irreplicable en el universo, fomento y consolidación de relaciones interpersonales basadas en la empatía, la actitud positiva incondicional y la congruencia, ampliación de la autoestima, del amor, la valoración y el aprecio por uno mismo, aumento de la libertad emocional, satisfacción por el aprendizaje y la expansión de la conciencia; como desde la definición de Ellis (2004): ser consciente de los propios sentimientos, tanto los positivos como los negativos, aceptar la ambigüedad y la incertidumbre, creatividad y originalidad, interés social, autodirección y autoaceptación. Aquí algunos ejemplos de las frases compartidas por los participantes:

- "...su perseverancia y las ganas de salir siempre adelante..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 15).
- "...apoyar a los demás..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 24).
- "...aceptar que es un hombre con todas las posibilidades de ser, de aprender, de moverse, de estar..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 36).
- "... la felicidad de poder convivir..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 44).
- "...Ser feliz..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No.57).
- "...contactar conmigo, sentirme..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No.58).
- "...identificar cuando una emoción me daña no para evitarla, sino para manejarla de otra forma..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 70).
- "...Conciencia, responsabilidad, son ahora dos palabras que toman un significado diferente..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 81).
- "...aprendí a que yo puedo aún vivir muchas cosas..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 92).
- "...me ha hecho pensar nuevamente en mí, en mí como proyecto de vida..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 93).
- "...una persona con decisión por vivir, por intentar vivir, por disfrutar a mi manera..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 105).
- "...Me encontré conmigo..." (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 113).

En la última sesión, también se localizaron una serie de palabras y frases encaminadas a la *Nosrealización*, la cual desde la óptica de Jarquín (2003, 2004, 2015) se refiere al avance que testimonia el camino de la personalización, que sólo acontece en relación y en el seno de lo comunitario, como “una forma de hacer-nos uno delante del otro, de manera significativa: esto es en el encuentro” (Jarquín, 2015; p. 112), entre las que se hallan:

- “...permitir acompañarlo en su maravillosa transformación...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 27).
- “...estar verdadero...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 32).
- “...nos hemos conocido desde nuestro profundo ser...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 39).
- “...aprendiendo a aceptar cumplidos...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 77).
- “...empatía, unión, lealtad de mis compañeros...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 101).
- “...ya no son los mismos y hay un crecimiento...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 127).
- “...entendí que con solo estar al lado, escuchar atentamente y hacerles saber que estoy aquí, es suficiente...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 128).
- “...A veces una sonrisa, un abrazo o una palabra de aliento, un buen consejo y un ‘aquí estoy’ pueden cambiarlo todo...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 136).
- “...existen personas en las que puedo confiar...” (Matriz de Autorrealización, Sesión 6, Positivos, No. 156).

Además, según el análisis de la matriz de Autorrealización, siempre y cuando se provea de un ambiente cálido, sensible, empático, legítimo, congruente, con aceptación y de respeto, las personas están estimuladas por una tendencia inherente a actualizar, es decir, a desplegar todas sus potencialidades favoreciendo su desarrollo, conservación y enriquecimiento, tal como lo refieren Rogers (1961,1980) y Ruiz (2004); Rogers (1961, 1980) describe ésta tendencia

actualizante como positiva, constructiva, de maduración, desarrollo de la socialización y como un movimiento hacia la autorrealización.

Por otro lado, la OMS define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004; pág. 14); las categorías e indicadores revisados dan cuenta de elementos fundamentales para la salud mental del personal de salud, pues suponen un incremento en el bienestar psicológico entendido como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal (Arrogante, 2014) y del bienestar subjetivo manifestado en sentimientos de bienestar consigo mismo, mayor capacidad para tomar decisiones, aptitud para establecer vínculos positivos y capacidad elevada para tener metas, en tanto que si es mayor la aceptación y control, mayor es la realización personal y por tanto mayor el sentimiento de autonomía (Robles, *et al.*, 2008).

Finalmente, con base en lo revisado hasta ahora, es factible decir que la intervención de Desarrollo Humano y Grupos de Entrenamiento, en modalidad terapia de grupo (Castanedo y Munguía, 2012) con enfoque gestáltico dirigida al personal de salud, facilita el trabajo de autorrealización (Bernal, 2002; Parra, *et al.*, 2006), crecimiento personal, desarrollo del potencial humano (Vargas y Dorony, 2013) y nosrealización (Jarquín; 2003, 2004, 2015), aun con finalidades meramente pedagógicas y educativas (Torre y Herrero, 2009; Franco, De la Fuente y Salvador, 2011; Nava, 2011; Romero y Pereira, 2011); este aspecto es relevante pues se trata de grupos de cuidadores formales y el trabajo en salud mental y autorrealización es fundamental para la mejora del desarrollo personal y profesional, tal como lo proponen Rhoades (1998; citado en Castanedo y Munguía, 2012), Maza, Zavala y Merino (2009), Torres (2010) y Cotelo (2015); motivo por el cual la psicoterapia debería ser incluida en el sistema de salud como una práctica basada en la información disponible (Botella, *et al.*; 2015), y el presente trabajo suma evidencia en este rubro.

Se concluye que en el personal de salud existe un grado de consciencia en relación a que el aprender a relajarse, organizarse en el trabajo así como priorizar la

realización laboral, son factores que pueden prevenir el síndrome de Burnout, además como servidores en el área de salud, el hecho de acumular signos y síntomas menores de las propias patologías bajo el argumento de la necesidad de priorizar la ayuda a los otros, es un componente que incrementa la posibilidad de presentar con el paso del tiempo, una sintomatología psicopatológica de mayor nivel de riesgo.

Por otro lado, luego de aplicar el programa de intervención con enfoque gestáltico, las conductas positivas de autocuidado tendieron a incrementarse y las negativas disminuyeron paulatinamente; lo que evidencia, que el autocuidado es uno de los factores primordiales para aumentar los efectos positivos y los recursos físicos, emocionales, intelectuales y sociales en los trabajadores del área de la salud; igualmente este tipo de intervención impacta positivamente en la disminución de sintomatología psicopatológica, redundando en la disminución de bloqueos gestálticos y dirige a los participantes hacia tomas de consciencia como una condición de la salud mental y del crecimiento personal, lo que, con el paso del tiempo, clarifica una postura madura de autoapoyo con interacciones saludables con los compañeros del grupo marcado por estilos de contacto personales más saludables y dirigidos a la autorrealización. Esto es, la formación de Gestalten completas facilitan la autorregulación orgánica, la toma de conciencia de sentimientos y procesos cognitivos que permiten un ajuste creativo dirigido hacia la responsabilización personal y el autoapoyo, lo que redundando en el crecimiento individual y mayor salud mental.

De manera general, a mayores índices de autorrealización, más y mejores conductas de autocuidado, mejor uso de bloqueos gestálticos y menor sintomatología psicopatológica. La intervención en Desarrollo Humano y Grupos de Entrenamiento, modalidad terapia de grupo con enfoque gestáltico, impacta positivamente en la disminución de sintomatología psicopatológica y uso nocivo de bloqueos gestálticos en personal de salud y es eficaz para el trabajo de autorrealización, crecimiento personal, desarrollo del potencial humano y *autorrealización*, en personal de salud.

REFERENCIAS

- Alarcón, M. E. B., Barradas, J. M. S., Ibáñez, M. L. G., y Trapaga, J. A. B. (2015). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. **Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Docente**, 1(1), 123-135.
- Arboleda J., D.C. (2015). *Estudio de los predictores del bienestar psicológico según el modelo de Ryff en el personal de enfermería de una institución de salud* (Tesis de grado). Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato.
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R. y Bonilla-Fernández, P. (2004). Las Instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. **Salud Pública de México**, 46(4), 326-332.
- Arrogante M., O. (2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid.
- Bernal-Guerrero, A. (2002). El concepto de "Autorrealización" como identidad personal: una revisión crítica. **Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación**, (16), 11-24.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015). Integración en Psicoterapia 2015: Pasado, Presente y Futuro. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro. DOI: 10.13140/RG. 2.1.1351.3040.
- Camargo L., D. M., Orozco V., L. C., Hernández S., J., y Niño C., G. I. (2009). Dolor de espalda crónico y actividad física en estudiantes universitarios de áreas de la salud. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, 16(8), 429-436.
- Cárdenas P., M.T. y Jarquín, M. (2010). **Celedonio Castanedo Secadas. Pionero de la investigación educativa y psicoterapéutica con enfoque humanista en Iberoamérica**. Culiacán Rosales: Ediciones del Instituto Humanista de Sinaloa.
- Castanedo, C. y Munguía, G. (2012). **Diagnóstico, Intervención e Investigación en Psicología Humanística** (2da.ed.). Madrid: CCS.
- Castanedo, C. (2004). **Laura Perls. Viviendo en los límites** (3ra.ed.). México: Plaza y Valdes.

- Cotelo M., M. (2015). *Estudio piloto: inteligencia emocional en cuidadores formales, burnout y satisfacción laboral* (Tesis de grado) Universidad da Coruña, España.
- Cruz R., M., Chaves M., M., Barcellos D., R., Almeida da S., L., Oliveira S., I. A., y Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. **Revista Cubana de Enfermería**, 26(1), 52-64.
- Ellis, A. (2004). Conseguir la autorrealización. *RET: Revista de toxicomanías*, (38), 32-41.
- Feder, B. (1998). Models for understanding individuals changing through participation in Gestalt therapy groups. **Gestalt Review**, 2(4), 295-301.
- Francesetti, G., Gecele, M. y Roubal, J. (2014). **Terapia Gestalt en la Práctica Clínica. De la Psicopatología a la estética del contacto**. Madrid: CTP.
- Franco J., C., De la Fuente A., M. y Salvador G., M. (2011). Impacto de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en las medidas del crecimiento y la autorrealización personal. **Psicothema**, 23(1), 58-65.
- Frew, J.E. (1986). The functions and patterns of occurrence of individual contact styles during the developmental phases of the gestalt group. **The Gestalt Journal**, IX(1), 55-70.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., y Sartorius, N. (2015). Hacia una nueva definición de la salud mental. **WPA Word Psychiatric Association**, 13(2), 231-233.
- Gamarra S., M. E., Rivera T., H. S., y Alcalde G., M. E. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. **UCV – Scientia**, 2(2), 73-81.
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S., y Ramírez Barón, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. **Summa Psicológica UST**, 11(1), 65-73.
- Ginger, S. (2005). **Gestalt, el arte del contacto. Una perspectiva optimista del comportamiento humano**. México: Océano.
- González F., N. y Lobato F., C. (2008). Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de enfermería. **Bordón. Revista de pedagogía**, 60(2), 91-106.
- Handlon, J.H., Fredericson, I. (1998). What changes the individual in Gestalt Groups?. **Gestalt Review**, 2(4), 275-294.

- IESM-OPS-OMS (2011). Informe sobre Sistema de Salud Mental en México. México. Recuperado en http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Iglesias, M. T., y Escudero, E. (2010). Evaluación nutricional en estudiantes de enfermería. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 30(3), 21-26.
- Ivtzan, I., Gardner, H.E., Bernard, I., Sekhon, M. y Hart, R. (2013). Wellbeing through Self-Fulfilment. *The Humanistic Psychologist*, 41, 119-132.
- Jarquín, M. (2003). *La comunicación: revelación de una existencia*. Madrid: Fundación Emmanuel Mounier.
- Jarquín, M. (2004). *La Psicoterapia existencial: una aproximación*. México: Ediciones LAG.
- Jarquín, M. (2015). Existir-con: El aprendizaje del tú. *Prometeo, Desarrollo Humano en México, 50 años de Aguaviva*, 97-117.
- Juárez-García, A., Idrovo, A., Camacho-Ávila, A. y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176.
- Korb, M. (1999). Redifining maturity and maturational processes. *The gestalt journal*, XXII (2), 7-30.
- Lafarga C., J. (2013). *Desarrollo humano. El crecimiento personal*. México: Trillas.
- Maslow, A.H. (1968). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser* (14va.ed., 2001). Barcelona: Kairós.
- Maza C., M., Zavala G., M., y Merino E., J. M. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 39-48.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64.
- Moreno C., N. (2010). Lo fundamental en la relación terapéutica. *Revista Poiésis*, 10(19), 2-8.

- Munguía A., P.G. (Octubre, 2016). Escala de Bloqueos Gestálticos Castanedo-Munguía. Presentado en XXIV Congreso Mexicano de Psicología, cd. de México.
- Muñoz de V., E. N., y Morales de B., C. (2010). Promoción del potencial humano mediante grupos de autoconocimiento y desarrollo personal. ***Alternativas en Psicología***, 15(23), 2-13.
- Nava F., M. (2011). Autorrealización y vida en pareja en estudiantes universitarios. *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 323-338.
- Ojeda, T. (2015). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. ***Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia***, 52(1), 21-27.
- OMS/OPS (2004). *Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud Publica: Factor crítico de la Reforma del Sector Salud*. Antigua, Guatemala. Recuperado en: <http://www.paho.org/hq/documents/events/guatemala04/CharlesGodue.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2004). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2006). *Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado en http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex4_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud OMS (2010). *Entornos laborales saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Suiza: OMS. Recuperado en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Parra, L., Ortiz, N., Barriga, O. A., y Henríquez, G. (2006). Efecto de un taller vivencial de orientación humanista en la auto-actualización de adolescentes de nivel socioeconómico bajo. ***Ciencia y enfermería***, 12(1), 61-72.
- Perls, F. (1974). ***Sueños y existencia*** (ed. 2000). Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1976). ***El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*** (ed. 2008). Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R.F. y Goodman, P. (1951). ***Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*** (ed.2006). Madrid: Libros del CTP.

- Pineda G., C. (2012). *Inteligencia Emocional y Bienestar Personal en estudiantes universitarios en ciencias de la salud* (Tesis doctoral) Universidad de Málaga, España.
- Rangel, J.V. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. ***Educere: Revista Venezolana de Educación***, 14(49), 265-275.
- Ríos R., M., Carrillo G., C., y Sabuco T., E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. ***International Journal of Psychological Research***, 5(1), 88-95.
- Robine, J.M. (2002). ***Contacto y relación en psicoterapia. Reflexiones sobre terapia Gestalt*** (2da.ed.). Chile: Cuatro Vientos.
- Robles R., P. E., Tapia, M. L., Correche, M. S., y Penna, F. (2008). Influencias del síndrome de burnout sobre el bienestar psicológico subjetivo. Un estudio exploratorio en docentes estatales de San Luis. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 135-136.
- Rodríguez R., J. (2009). *Propuesta de un programa integral de autocuidado basado en la prevención del síndrome de burn out y dirigido al personal de enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico* (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Centroamérica, Costa Rica.
- Rodríguez R., J. (2010). Propuesta: Programa integral de autocuidado dirigido a personal de enfermería. ***Enfermería en Costa Rica***, 31(1), 2-7.
- Rogers, C.R. (1961). ***El proceso de convertirse en persona*** (ed. 1997). México: Paidós.
- Rogers, C.R. (1980). ***El camino del ser*** (ed. 2005). Barcelona: Kairós.
- Romero P., C. y Pereira D., C. (2011). El enfoque positivo de la educación: aportaciones al desarrollo humano. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 23(2), 69-89.
- Ruiz M., M. (2004). *Elaboración de un instrumento de medición del desarrollo humano para alumnos de ingeniería* (Tesis doctoral). Universidad Iberoamericana, México.
- Sánchez, R.O., Ledesma, R.D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. ***Revista Argentina de Clínica Psicológica***, XVIII(3), 265-274.

- Sanjuán Q., Á., y Ferrer H., M. (2008). Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas: Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. ***Investigación y Educación en Enfermería***, 26(2), 226-235.
- Santes, M., Meléndez, S., Martínez, N., Ramos, I., Preciado, M., y Pando, M. (2009). La salud mental y predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. ***Revista Chilena de Salud Pública***, 13(1), 23-29.
- Santibáñez F., P. M., Román M., M. F., Lucero C., C., Espinoza G., A. E., Iribarra C., D. E., y Müller V., P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. ***Terapia psicológica***, 26(1), 89-98.
- Stevens, J.O. (Comp.) (1999). ***Esto es gestalt. Colección de artículos sobre terapia y estilos de vida gestálticos*** (11va.ed.). Chile: Cuatro Vientos.
- Tomás-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R., y Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. ***Enfermería Clínica***, 20(3), 173-178.
- Torre B., G., y Herrero, P. R. (2009). Autorrealización, creatividad y formación de profesores. ***Educación y Futuro: Revista de investigación aplicada y experiencias educativas***, (21), 71-88.
- Torres P., J. (2010). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés (un estudio en población sociosanitaria)* (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, España.
- Ureña B., P., Barrantes B., K. y Solís B., L. (2014). Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. ***Revista Electrónica Educare***, 18(1), 155-175.
- Vargas P., F. (2013). ***Cuidado de equipos en el Programa Vida Nueva***. Santiago de Chile: SENAME.
- Vargas T., J., y Dorony S., L. (2013). Psicoterapia y Acompañamiento: Un Análisis Conceptual desde el Humanismo y la Teoría de la Autodeterminación. ***Revista de Psicología GEPU***, 4(2), 142-153.
- Wolfberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. ***Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría***, XIV(54), 268-279.

Zubieta, E. M., y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. **Anuario de investigaciones**, 17, 277-283.