



W  
O  
R  
L  
D  
C  
H  
A  
M  
P  
I  
O  
N  
S



# **TERAPIAS PSICOLÓGICAS HUMANISTAS APLICADAS AL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**

**Ernesto Flores Sierra  
Pontificia Universidad Católica  
Ecuador**

## **EXPERIENCIA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA EN EL ANTIGUO HOSPITAL “SAN LÁZARO DE QUITO”**

### **RESUMEN**

El presente artículo presente una lectura de la propuesta terapéutica de la Escuela Humanista de la psicología, aplicada al tratamiento de pacientes psiquiátricos. La idea fundamental consiste en realizar una aproximación teórica a las propuestas de los autores de la mencionada escuela para con este sustento teórico desarrollar su aplicación en el campo de la terapéutica psiquiátrica. Finalizamos con un breve relato de la experiencia de dichas aplicaciones en el Hospital Psiquiátrico “San Lázaro” de Quito.

### **UNA ENTRADA Y UNA SALIDA DEL MUNDO DE LA LOCURA**

### **POSTULADOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOLOGÍA HUMANISTA**

La psicología humanista propone una visión de la práctica psicológica alejada de los modelos tradicionales, propone un acercamiento al paciente en tanto sujeto, en tanto persona, y no en tanto enfermo o conjunto de síntomas. Propone una comprensión del mundo de vida, de las experiencias, del ser del sujeto, una lectura de la realidad de la persona, no desde una perspectiva hospitalaria, sino desde la misma experiencia y la historia del sujeto. Plantea la necesidad de realizar una lectura de las particularidades de la experiencia de la persona como centro fundante de su propia humanidad, la misma que en muchas ocasiones se halla

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

distorsiona u oculta por las necesidades de la sociedad provocando el sufrimiento, la crisis, el síntoma.

Su desarrollo propone una lectura de la vida psíquica de los sujetos como una construcción histórica compleja, donde los fenómenos psíquicos, el organismo, la sociedad, la familia, las relaciones, van constituyendo al ser-en-el-mundo, que tiene que enfrentar una realidad social enajenante, excluyente, incongruente, y que en este proceso de adaptación va excluyendo de su propio ser todas aquellas experiencias que son consideradas “no deseables” por el medio social. La familia, los padres, los maestros, los pares, la pareja del sujeto, se constituyen como aquellos “otros” que no son capaces de aceptar la totalidad de la propia experiencia, haciendo que la persona, con el fin de mantener dichas relaciones que le permiten “estar con los otros”, excluya su propia experiencia y la convierta en una sombra acechante permanente que condena al sujeto a la fuga neurótica, a la psicosis, al sufrimiento, a la incongruencia.

Todas las experiencias del sujeto, inclusive aquellas más vergonzosas, dolorosas y humillantes, son precisamente el núcleo nodal donde se articula la personalidad; y por lo mismo son esas experiencias las que reclaman que el sujeto las vea, las lea, las haga parte consciente de su propia existencia, las recuerde, las piense, y finalmente las valore y las integre. La alteración psíquica, el sufrimiento, el síntoma, son las voces, el lenguaje de esa experiencia negada, silenciada, excluida; son la voz de todo aquello oscuro que esconden todos los sujetos, y que por oculto, por negado, por olvidado, es precisamente aquello que somos y no podemos dejar de ser, y esa experiencia es el cimiento sobre el que descansa todo nuestro ser. Al respecto Rogers nos menciona:

Denominamos incongruencia a ese estado de discrepancia entre el yo y la experiencia. Cuando el individuo se encuentra en estado de incongruencia está expuesto a tensión y confusión interior, ya que algunos aspectos la conducta del individuo se rige por la tendencia actualizante y en otros por la tendencia a la actualización del yo. De ahí la aparición de conductas discordantes o incomprensibles. El comportamiento neurótico es una manifestación de este estado de incongruencia: la conducta neurótica es el resultado de la tendencia actualizante, en contraposición por las cuales el individuo intenta actualizar su yo. De modo que el neurótico no puede comprenderse a sí mismo, ya que se abstiene de hacer lo

que conscientemente “quiere” hacer, o sea, realizar un yo que ya no es congruente con la experiencia. (Rogers, 2014)

Los síntomas son el lenguaje de la experiencia negada, son la voz de los fenómenos psíquicos silenciados y dolorosos, los síntomas que se expanden a la totalidad de la conducta, son aquellas voces que demandan atención por parte del sujeto, son gritos del organismo que busca actualizarse, que busca el equilibrio, la totalidad, la armonía, que por ser imposible, es el motor fundamental de la vida del sujeto. La existencia siempre es dolorosa, pero la búsqueda de superar ese sufrimiento determina la tendencia a la actualización permanente que realizamos, y la realizamos precisamente a través de los síntomas que nos recuerdan que “algo” no está completo, que “algo” reclama atención, que nuestro Yo necesita sufrir el doloroso descubrimiento de ese “algo” que pide ser amado, aunque sea nuestra parte más oscura y temida.

Por lo mismo, para la psicología humanista, los síntomas no son un problema, son la apertura de un camino hacia la actualización del sujeto, son la puerta abierta hacia las voces de la experiencia negada, son la vía que conduce directamente hacia todo aquello que el sujeto quiso negar, ocultar, desaparecer, y que en un momento determinado de la vida llama la atención del organismo generando la crisis. Crisis que por lo mismo no significa tampoco un problema, sino la oportunidad de abordar esos contenidos problemáticos que no desaparecerán, ni dejarán de perturbar al Yo, y que por lo mismo necesitan ser escuchados, ser valorados, ser amados.

A medida que el sujeto se involucra en este doloroso proceso epistemológico de volver a descubrir su propia experiencia, se desarrolla el proceso mediante el cual comienza el desarrollo de la personalidad, el desarrollo del organismo como totalidad, como eje dialéctico incompleto en búsqueda de la imposible plenitud que permite la existencia misma. La psicología humanista no busca el estado de “completa” salud mental, el mismo es imposible; la realidad dialéctica del psiquismo hace que ese estado sea inalcanzable, armonía imposible e innecesaria; la búsqueda de la psicología humanista es el bienestar y la congruencia del Yo con sus partes negadas, la psicología humanista busca el estado de creatividad del sujeto que le permite utilizar sus herramientas existenciales para enfrentar un mundo hostil,

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

competitivo, represivo, alienante, donde sólo el organismo y su búsqueda de homeostasis pueden permitirle al sujeto un estado de bienestar basado en una permanente lucha por actualizarse y cambiar.

El sujeto enfrentado a esta realidad compleja necesita desarrollar el potencial de su personalidad como parte del potencial de la especie humana en general; pero para poder acceder a ese potencial debe primero aceptar e integrar todas las partes de su personalidad; aquellas apreciadas y aquellas despreciadas, aquellas olvidadas y aquellas recordadas, aquellas sombrías y aquellas luminosas, y de todo ese conjunto fenomenológico desarrollar la base existencial que le permita ser-en-el-mundo, y convertirse en un agente de transformación de esa misma realidad

El ser humano no es una cosa más entre otras cosas; las cosas se determinan unas a las otras; pero el hombre, en última instancia, es su propio determinante. Lo que llegue a ser – dentro de los límites de sus facultades y de su entorno- lo tiene que hacer por sí mismo. En los campos de concentración, por ejemplo, aquel laboratorio vivo, en aquel banco de pruebas, observábamos y éramos testigos de que algunos de nuestros camaradas actuaban como cerdos mientras que otros se comportaban como santos. El hombre tiene dentro de sí ambas potencias; de sus decisiones y no de sus condiciones depende cuál de ellas se manifieste. (Frankl, 1991)

Las decisiones que habla la teoría de Frankl, tiene que ver con el sentido que el sujeto puede darle a su propia existencia, pero este sentido sólo es alcanzable cuando se ha podido pasar por el abismo de entender la propia experiencia, aprender a manejar las propias facultades y transformar el entorno; aprender a sobrevivir en el gran campo de concentración que es la sociedad capitalista actual, implica aprender de las propias herramientas existenciales y vivenciales desarrolladas a lo largo de la propia vida del sujeto. ¿En qué circunstancia el sujeto desarrolla herramientas existenciales más poderosas? ¿En las crisis o en los estados de aparente bienestar?, y la respuesta es en ambos, pero las herramientas de la crisis por lo general son negadas, son ocultadas por el sujeto, aunque las ponga en práctica con relativa frecuencia para enfrentar el estado de crisis permanente en que el ser humano se encuentra en el momento actual de su historia; herramientas ocultas pero vivas en cada acto,

en cada chiste, en cada sueño, en cada síntoma, en cada uno de los lugares donde el psiquismo puede simbolizar la experiencia del sujeto.

El histórico texto de Frankl construido en torno a su propia experiencia del campo de concentración fascista, nos habla de esa experiencia fundamental de todos los seres humanos, de esa experiencia de mundo que nos permite enfrentar a ese mismo mundo que en ocasiones puede ser tan racionalmente cruel como en los campos fascistas o en el mundo moderno de la guerra y la enajenación, de esa experiencia enmarcada por lo social que endurece a los sujetos y los prepara para enfrentar casi todas las circunstancias posibles, de ese mundo de saberes y dolores que construye el particular sentido de vida de cada persona, conjunto de experiencias simbolizadas en el lenguaje que buscan salir en cada acto de la vida, demostrando la tesis de Rogers, de que los hechos, por más terribles que puedan parecer, siempre terminan siendo amigos del sujeto, y no por un criterio moral, sino por un sentido existencial.

Este sentido existencial sobre el que se levantó el edificio teórico de la logoterapia, es precisamente lo que se encuentra en el “fondo del abismo”; fondo que paradójicamente se encuentra en la superficie de cada acto de las personas, fondo que se estructura como agente central de la subjetividad, como hecho actuante, como deseo, como experiencia central. Sombra negada que al ser amada (por ser herramienta existencial es fundamental) es como ese Otro, como ese fantasma con el que vivimos todos los días, y sobre el que podemos ejecutar aquella decisión de vida que implica asumir racionalmente la crisis y el dolor como cimiento de nuestra experiencia y bienestar subjetivo.

La logoterapia mira más bien al futuro, es decir, a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro. A la vez, la logoterapia se desentiende de todas las formulaciones del tipo círculo vicioso y de todos los mecanismos de retroacción que tan importante papel desempeñan en el desarrollo de las neurosis. De esta forma se quiebra el típico ensimismamiento del neurótico, en vez de volver una y otra vez sobre lo mismo con el consiguiente refuerzo. (Frankl, 1991).

Este asumir la experiencia negada es por lo mismo un hecho presente, no significa un regreso patológico al círculo vicioso de la neurosis, sino su elaboración como hecho presente

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

y su integración dialéctica a la experiencia consciente del sujeto, como herramienta existencial que alimenta la búsqueda de sentido, o la congruencia, o el disfrute del propio proceso actualizante. La psicología humanista por lo mismo descarta ese encubrir el presente en el escape hacia el pasado, propone por el contrario, asumir en el presente el hecho psíquico como parte del aquí y el ahora que determina el comportamiento del sujeto. Resolver el pasado en el presente es un proceso de asumir una postura frente a ese pasado como lo que es, como un hecho psíquico que hace tiempo fue integrado a la experiencia del sujeto.

Esto es lo que sustenta la posibilidad de la terapéutica humanista como una mirada al futuro, ese camino presente lleno de inseguridad e incertidumbre, solo puede ser asumido de una manera “sana”, según lo propuesto por Perls; siendo asumido como algo no dado, algo que se tiene que vivir, y algo de lo cual no se tiene seguridad, y precisamente esa falta absoluta de seguridad y certeza es necesario para el desarrollo del sujeto, que aprende a enfrentar lo desconocido y azaroso del mundo en base a su propia experiencia, no como repetición, sino como conocimiento de sí mismo.

Este sí mismo, construido sobre la tendencia actualizante es mucho más que la suma de las estructuras psíquicas, es el conjunto dialéctico de toda la historia del sujeto. Cada parte integrante de este constructo contribuye al funcionamiento general del todo, influye en este y a la vez es influido por el mismo. La integración del sujeto como un todo, abarca toda la existencia del sujeto: su existencia consciente, su existencia inconsciente, su existencia social, su sentido de vida, su sombra, su sexualidad, su cultura, su pertenencia simbólica. Y este conjunto dialécticamente tiende permanentemente a completarse a actualizarse, a desarrollarse.

El desarrollo por lo mismo no constituye un proceso simple y lineal, sino un proceso cargado de dialécticas y contradicciones; de enfermedad y salud, cargado de locura y cordura, de delirio y racionalidad, de luces y sombras, donde el mismo sujeto, la misma personalidad, la misma construcción psíquica se convierte en el sujeto y actor de la transformación, donde el terapeuta es menos un actor y más un facilitador; donde el terapeuta deja el centro al paciente, donde se produce un nuevo “giro copernicano”, donde el paciente se convierte en el agente fundamental único de su recuperación, donde el encuentro permite

centrar al sujeto y empoderarlo de su propia existencia, donde la comprensión y la aceptación se convierten en los vehículos para que cada paciente, según su propia historia supere su propio y particular proceso de alienación.

En la fenomenología existencial la existencia en cuestión puede ser la propia de uno o la del otro. Cuando el otro es un paciente, la fenomenología existencial se convierte en el intento de reconstruir la manera que tiene el paciente de ser él mismo en su mundo, aunque en la relación terapéutica el enfoque puede dirigirse sólo a la manera que tiene el paciente de ser-conmigo. (Laing, 1994)

El encuentro con el paciente, por lo mismo, es un encuentro que pretende ser auténtico, pretende ser un encuentro entre dos sujetos que construyen una visión conjunta de la realidad, un rescate de ese vínculo comunicativo fragmentado, desintegrado, ese encuentro con el terapeuta debe proporcionarle al paciente esa aceptación incondicional que le permita reintegrar su yo, reintegrar su propia experiencia, y desarrollar el vínculo comunicativo fundamental humano, el de un yo y otro que dialogan y llegan a consensos sobre la realidad, partiendo de sus experiencias previas, asumidas, valoradas e integradas. A partir de aquí, como nos explica Laing es posible reconstruir el ser-en-el-mundo del paciente, su ser-conmigo, e inclusive el ser-en-el-mundo del terapeuta y ser-con-el-otro.

## **TERAPÉUTICA HUMANISTA Y ESQUIZOFRENIA**

Si bien existen una gran cantidad de definiciones de qué es la esquizofrenia, para los fines de nuestro estudio vamos a tomar la definición que nos da la Organización Mundial de la Salud, por considerar que la misma nos permite hacer una lectura medianamente consensuada de lo que hablamos cuando mencionamos la palabra esquizofrenia:

Un grupo de psicosis que presenta un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteraciones de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real y autismo (Paladines, 2008)

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Tenemos entonces que la esquizofrenia es más un conjunto sintomático sumamente diverso y complejo, antes que una entidad claramente definida; los rasgos sintomáticos más comunes tendrían que ver con alteraciones del pensamiento, de las percepciones, de la afectividad y de la conducta, las mismas que seguirían un curso crónico que generaría el clásico trastorno fundamental de la personalidad que llevaría a la persona a un paulatino alejamiento de la realidad.

Dentro de la clínica psicológica y psiquiátrica, este conjunto de trastornos que han sido enmarcados dentro de la clasificación de esquizofrenia, constituyen uno de los puntos centrales de debate en la comunidad científica; los temas que giran en torno a la etiología, curso, sintomatología, tratamiento, socialización y otros; son sin lugar a dudas puntos de álgido debate que se hallan lejos de resolverse, y por el contrario cada avance de la ciencia psicológica constituye un nuevo punto de disputa. Podemos afirmar que hasta el día de hoy la esquizofrenia sigue siendo una alteración psíquica sobre la cual tenemos muy pocas seguridades y sí muchos puntos de duda y crítica que no se han resuelto.

Sin embargo dicha complejidad, lo que sí podemos tener certeza es que el tratamiento de pacientes esquizofrénicos en la actualidad es un tratamiento que supone la interacción del tratamiento psiquiátrico, el tratamiento psicológico, la terapia ocupacional y la terapia familiar. Que el desarrollo de fármacos para tratar la esquizofrenia ha tenido grandes éxitos en el tratamiento de los síntomas positivos de la alteración, pero al mismo tiempo la terapia psicológica, como por ejemplo la terapia conductual en pacientes institucionalizados, o la terapia de desarrollo de habilidades sociales en pacientes psicóticos, ha tenido grandes éxitos en el tratamiento de la sintomatología negativa.

En medio de esto, durante los años sesenta y setenta del siglo pasado, el movimiento denominado “antipsiquiátrico”, desarrolló toda una propuesta epistémica y terapéutica, para comprender, tratar y atender a pacientes esquizofrénicos, propuesta que partía de una crítica a la visión tradicional, y que desarrollaba los postulados del movimiento humanista hacia una postura existencialista radical, que se concretaría en experiencias fundamentales en la historia de la psicología, como fueron Kingsley Hall en Inglaterra o la Comunidad Terapéutica “Carlos Gardel” en Buenos Aires; las mismas que generaron todo un corpus de teorías y

aplicaciones prácticas que han sido injustamente dejadas de lado por la psicología oficial contemporánea.

Laing va a proponer una visión fenomenológica de la esquizofrenia como una forma de ser-en-el-mundo que se desarrolla sobre la base de una estructura esquizoide, la misma que se forma como una reacción ante una realidad intimidante y perturbadora, que lleva al Yo a un fraccionamiento que imposibilita la construcción simple de vínculos dialógicos lo que conduce al sujeto al aislamiento característico del fenómeno psicótico.

La palabra esquizoide designa a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida de dos maneras principales: en primer lugar, hay una brecha en su relación con su mundo y, en segundo lugar, hay una rotura en su relación consigo mismo. Tal persona no es capaz de experimentar a sí misma “junto con” otras o “como en su casa” en el mundo, sino que, por el contrario, se experimenta a sí misma en una desesperante soledad y completo aislamiento; además no se experimenta a sí misma como una persona completa sino más bien como si estuviese “dividida” de varias maneras, quizá como una mente más o menos tenuemente ligada a un cuerpo, como dos o más yos, y así sucesivamente. (Laing, 1994)

Este rompimiento con el mundo de los otros y con la propia experiencia, fundamental en el trastorno psicótico debe ser abordado permitiendo que el sujeto esquizofrenizado reconozca esa experiencia aparentemente lejana como propia; al mismo tiempo que el psicólogo debe reconocer dicha experiencia como cierta. Si la experiencia en los seres humanos es fraccionada entre experiencia aceptable por el Yo, y experiencia negada por el Yo, siendo esta la base del sufrimiento del sujeto, en el caso de la esquizofrenia hablamos de una verdadera fragmentación del experiencia, el sujeto se halla alienado de su propia experiencia, de sus propias ideas, de sus propios pensamientos, de su propio ser, y este aislamiento se ve reforzado por que el mundo de los otros, tampoco es capaz de reconocer dichos fenómenos como reales, como válidos, como percepciones del mundo, y los mismos son catalogados como delirios, alucinaciones “estupidez adquirida”, locura, sin sentido. La forma de ver el mundo del sujeto que de por sí le es ajena, le es ajena también a los otros, la marginación y el no reconocimiento como sujeto de diálogo es a dos niveles, por el propio yo fraccionado, y por el medio social alienante.

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Por lo mismo, proponer un acercamiento terapéutico implica un acercamiento dialógico, es decir una propuesta que acepte la condición del paciente esquizofrénico como sujeto, lo que implica que sus opiniones sobre la realidad, por más delirantes o psicóticas que nos puedan parecer, son propuestas válidas, puesta en debate, puestas en discusión, son visiones de un mundo compartido por dos propuestas subjetivas que darán origen a una síntesis de entendimiento que les pertenecerá a ambas, es decir, será una superación del aislamiento, una superación de la idea delirante, será una idea compartida.

¿Cómo es posible abordar de esta manera el mundo de la locura?, la terapia humanista se propone como una forma particular de relación interpersonal, no se propone a sí misma como un encuentro médico o político, no se propone un encuentro entre un enfermo y un supuesto sanador, se propone un encuentro auténtico. Este encuentro es una forma de relación interpersonal, por lo mismo cumple con los mismos principios de cualquier otra forma de encuentro, es el choque de dos construcciones históricas subjetivas que proponen visiones de la realidad, y por lo mismo ambas son respetables, no en el principio abstracto de la cortesía, sino en el principio concreto del diálogo.

Esa teoría comprendía ciertas hipótesis relativas a la naturaleza de la personalidad y la dinámica de la conducta. Algunas de ellas se relacionaban explícitamente con la teoría mientras que otras lo hacían de manera implícita. La elaboración de unas y otras condujo a la construcción de una teoría de la personalidad. Tal teoría tenía por objeto poner a nuestra disposición un medio que nos permitiera comprender, aunque sólo fuera de forma provisional, el organismo humano y la dinámica de su desarrollo, es decir, comprender mejor el fenómeno representado por la persona que solicita los servicios terapéuticos. Las teorías de la terapia y de la personalidad implican ciertas hipótesis relativas a los resultados de la terapia, hipótesis concernientes a un individuo socialmente constructivo y creativo. Durante los últimos años hemos procurado esbozar la imagen del objetivo final de la terapia: la persona creativa al máximo, es decir la persona humana en funcionamiento pleno. En otro sentido, nuestra comprensión de la relación terapéutica nos ha llevado a hacer ciertas formulaciones respecto de las relaciones interpersonales, ya que la relación terapéutica es en realidad, un caso especial de aquellas. (Rogers, 2014)

A partir de aquí todos los intercambios que surgen en el seno de la terapia son propuestas construidas, marcadas por la síntesis de experiencias diferentes buscando un acuerdo, por consensos y disensos, por encuentros y desencuentros, que paulatinamente van permitiendo que el paciente acepte su propia experiencia y la integre a su constructo yoico como elemento integrante, como elemento congruente con su propia visión de sí mismo, y convierta a esta experiencia en fundamento de su propio proceso autónomo de desarrollo. La apertura a la experiencia propia solo se desarrolla cuando dicha experiencia es aceptada por los otros como válida, para el mismo sujeto dicha experiencia alienada es básicamente fuente de sufrimiento y vergüenza, es raíz de crisis y desequilibrios; cuando este sujeto encuentra a otro, que la valora, que la considera, que dialoga con ella, es cuando el sujeto es capaz de dialogar con su propia experiencia y paulatinamente ir la incorporando a su proceso de *growth*.

La función del consejero sería la de asumir, en la medida de lo posible, en el marco de referencia interno del cliente para percibir el mundo tal como éste lo ve, para percibir al cliente tal como el mismo se ve, dejar de lado todas las percepciones según un marco de referencia externo, y comunicar algo de esta comprensión empática al cliente. (...) la experiencia del cliente, la vivencia de sus actitudes, no se da en términos de identificación emocional por parte del consejero, sino más bien de una identificación empática, por la que el consejero percibe los odios, esperanzas y temores del cliente a través de la inmersión en un proceso empático, pero sin que él mismo, como consejero, experimente odios, esperanzas y temores. (Rogers, 1986)

La entrada por lo mismo implica un proceso de acercamiento a la experiencia subjetiva del otro sin que esto implique abandonar la propia experiencia, implica llegar a establecer ese encuentro auténtico con el paciente, ese reconocimiento de la experiencia del otro, reconociendo y manteniendo al mismo tiempo nuestra propia experiencia. Cabría decir que en este diálogo ambas experiencias chocan, se transforman, obtienen una síntesis, se alimentan y alcanzan el estado de desarrollo subjetivo.

Encontrarse con la experiencia de la persona esquizofrénica implica una entrada en un universo de sentidos fragmentado, extraño, delirante, alienado, implica no sólo dialogar con una experiencia del mundo negada, por un sujeto que comparte todos mis criterios sociales

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

sobre la realidad, implica adentrarse en un encuentro con una experiencia del mundo radicalmente diferente de mis propias concepciones sociales, con un universo simbólico que no solo se halla negado, sino que se encuentra fragmentado del Yo del sujeto. Este acercamiento por lo mismo requiere que el diálogo se proponga como una construcción de mundos- de-vida compartidos sin abandonar el mundo de aquello que se llama “la cordura”, manteniendo al mismo tiempo la aceptación de la experiencia del otro, por más perturbadora y alejada de la realidad que nos pueda parecer.

La finalidad del consejero es percibir tan sensible y agudamente como sea posible la totalidad del campo perceptual tal como lo experimenta el cliente, con las mismas relaciones de figura- fondo. Habiendo percibido este marco de referencia interna del otro tan completamente cómo es posible, indicarle lo que está viendo por sus ojos (...) dirigir toda mi atención y esfuerzo a comprender y percibir tal como el cliente percibe y comprende es una demostración operacional de la creencia que tengo en el mérito y la dignidad de este cliente individual. Evidentemente, tal como la indican mis actitudes y mi conducta verbal, el valor más importante que sostengo es el cliente mismo. Probablemente la prueba operacional más vigorosa que podría darse de que tengo confianza en la potencialidad del individuo para el cambio constructivo y el desarrollo en dirección de una vida más plena y satisfactoria. (Rogers, 1986)

Percibir ese mundo de la locura implica adentrarse en esa percepción alterada del sujeto, implica experimentar esa subjetividad fragmentada del paciente psicótico, el terapeuta humanista no puede quedarse en las puertas del síntoma, la necesidad de empatía lo lleva a introducirse en ese universo psíquico fragmentado y percibir hasta los más pequeños detalles de aquella experiencia desgarrada. Una vez comprendido el universo desgarrado de la persona esquizofrénica el terapeuta humanista debe valorar y apreciar aquella experiencia y su potencial de desarrollo, es decir, el psicólogo humanista debe tener confianza en que precisamente esa experiencia desgarrada, fragmentada, psicótica será la base para la recuperación de ese sujeto.

Es entonces cuando encontramos el sentido final de este encuentro, el estado de bienestar que se alcanza cuando se puede valorar la propia experiencia y convertirla en el fundamento

del *growth* del sujeto; pero este fundamento no será otro que la misma experiencia fragmentada, no existe otra experiencia que pueda ser impuesta como “correcta” y verdadera al sujeto esquizoide, existe sólo su propia experiencia puesta en diálogo durante el encuentro terapéutico, existe solo un universo subjetivo delirante, alucinado, aislado, aplanado, muchas veces cronificado por prolongados periodos de internamiento o marginalidad, otras atado por las cadenas invisibles de la medicación, y otras vejado de tal manera por el medio social que pareciera que casi ha desaparecido en la desorganización psicótica; esa experiencia, ese yo esquizoide, esa subjetividad desgarrada es el punto sobre el cual construimos la visión compartida del mundo, y sobre el cual se producirá el desarrollo del sujeto, no hacía dejar de ser aquel ser-en-el-mundo, sino hacia el desarrollo de todo el potencial como sujeto que lleva dentro de sí la persona esquizofrénica.

El terapeuta percibe el yo del cliente tal como éste lo conoce, y lo acepta; percibe los aspectos contradictorios que han sido negados de la conciencia y los acepta también como parte del cliente; y ambas aceptaciones incluyen la misma calidez y respeto. Es así como el cliente, experimentando en otro una aceptación de ambos aspectos suyos, puede asumir la misma actitud hacia sí mismo. Encuentra que él también puede aceptarse, aun con las adiciones y alteraciones que requieren estas nuevas autopercepciones hostiles. Puede experimentarse como una persona que tiene tanto sentimientos hostiles como de otros tipos, sin sentir culpa. Puede hacerlo (si nuestra teoría es correcta) porque otra persona pudo adoptar su marco de referencia, percibir con él, y sin embargo percibirlo con aceptación y respeto. (Rogers, 1986)

El proceso de integración de la persona psicótica es por lo mismo un proceso de aceptación por el otro de esa experiencia esquizofrénica que jamás había sido aceptada, que inclusive jamás había sido reconocida como propia, es decir, si el terapeuta logra adoptar el marco de referencia esquizoide, entenderlo, aceptarlo y valorarlo, es el punto a través del cual el paciente psicótico puede ver su propia locura y hacerse cargo de ella. Es el proceso de “redistribución de la locura” del que nos habla Moffatt, el proceso mediante el cual aceptando y dialogando la experiencia psicótica deja de ser lejana, se convierte en una parte más de ese relato conjunto que toda relación interpersonal construye, y a partir de este relato cada uno

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

de los miembros de dicha relación puede hacerse cargo de su propia experiencia y aceptándola construir un yo congruente.

¿Cómo es posible este encuentro?, el organismo tiende siempre a estar completo, a sanar, a adaptarse, y sólo puede conseguirlo interactuando con su medio; en el caso de los seres humanos dicho medio es evidentemente el medio social, el intercambio que permite alcanzar el ser completo es el intercambio social, y por más fragmentado que se halle un Yo, ese organismo también tiende a ese universo compartido de sentidos, busca encontrarse con otra experiencia para poder ver su propia experiencia fragmentada. El encuentro es una necesidad, parecería ser que, al igual que todo otro síntoma, la semiología de distanciamiento es en realidad la búsqueda de un encuentro, de un encuentro con el otro, pero sobre todo de un encuentro consigo mismo.

Comenzamos lentamente a comprender que las personas y los organismos *pueden* comunicarse entre sí, y hablamos de *Mitwelt*: el mundo en común que tenemos con la otra persona. Ustedes hablan cierto lenguaje, tienen ciertas actitudes, cierta conducta, y estos mundos en cierta manera se superponen. Y en esta área en que se superponen se hace posible la comunicación. (Perls, 2012)

El encuentro construye este mundo en común, y una vez que el esquizofrénico establece este mundo común el síntoma fundamental de la patología, el aislamiento social comienza a desaparecer; pero no desaparece como una cura sintomática, sino como una aceptación del mismo síntoma, como una aceptación de una experiencia particular imposible de controlar y adaptar, de una experiencia imposible de ser regulada, de una experiencia que no se modifica por una negación, de una experiencia auténtica aunque fragmentada.

El Yo fragmentado, una vez que se halla en relación con los otros puede organizarse, puede adaptarse, puede ser experimentado por el mismo paciente esquizofrénico. La psicología humanista no pretende aislar, negar u ocultar el síntoma psicótico, pretende que sea vivido, que sea experimentado, que sea sentido, que sea transmitido, que se comparta, se valore y se entienda. Parte de la necesidad de encuentro, y una vez que el encuentro está planteado entonces viene la inmersión en esos universos fragmentados por parte de todos los

actores del proceso terapéutico, el paciente como sujeto central, el terapeuta, la familia y la comunidad, implica un hacerse cargo colectivo, que no implica ocultar o negar; implica una redistribución del síntoma que no implica juicio; implica una verdadera aceptación incondicional, por lo mismo no es una modificación, no es un control, no es una represión, implica la posibilidad de vivir el delirio, pero un vivir compartido en el cual nadie pierde su propia integridad; implica como propone Pichon- Riviere, entrar juntos al mundo de la locura y salir como se pueda.

Esta práctica implica dejar de lado lo que Perls llama la regulación externa, implica empoderar al sujeto de su propio síntoma, y reconocer como hecho práctico que nadie sabe más de sus propios problemas y la forma cómo resolverlos que el mismo sujeto; que el rol del terapeuta no implica un control, una modificación o una interpretación, que el rol del terapeuta implica abrir la puerta de la experiencia y permitir que el sujeto navegue en ella, sufra con ella, viva con ella, y en base a esta experiencia salga del síntoma como pueda y como quiera, o en su defecto viva con el síntoma en la búsqueda permanente del estado de totalidad imposible.

Así llegamos a lo que considero el fenómeno más importante e interesante de toda la patología: la autorregulación versus la regulación externa. La anarquía, generalmente temida por los controladores, no es una anarquía carente de significado. Por el contrario. Significa que el organismo es dejado solo para cuidarse de sí mismo sin interferencias externas. Y creo que entender esto es una gran cosa: el darse cuenta *per se –por y de sí mismo- puede ser curativo*. Porque con un *awareness* pleno uno se da cuenta de esta autorregulación orgánica, uno puede permitir que el organismo se haga cargo sin interferir, sin interrumpir; podemos fiarnos de la sabiduría del organismo. En contraste con todo esto, está la patología del auto manipulación, control del ambiente y todo lo demás, que interfiere con este sutil autocontrol orgánico. (Perls, 2012).

Encontrarse con uno mismo, *darse cuenta*, es un proceso francamente doloroso, duro, difícil, pero que al final le permite al sujeto comenzar su proceso de autorregulación, solo una vez que el paciente esquizofrénico ha navegado por el mundo de sus síntomas y su experiencia negada, fragmentada, extraña, es cuando puede comenzar a regularla en función

## **MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

de ese yo que se halla fragmentado, no en función de los otros, de la sociedad, de los psicólogos, sino en función de ese ser-en-el-mundo que acaba de realizar su propio proceso de awarenes.

El objetivo final de la terapéutica humanista en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, por lo tanto, no dista del objetivo de toda intervención humanista, y esto es una necesidad epistemológica de esta escuela; no se fija en el síntoma, sino en el sujeto, en la persona que sufre, en la persona que se halla en un estado de crisis, en el organismo que busca autorregularse. La particularidad radica en abordar este mundo de la locura, en entrar y salir de él, en respetarlo, valorarlo y aceptarlo, una vez más en el principio fundamental rogeriano de la actitud, de esa premisa de aceptar incondicionalmente al otro sujeto, de respetar y valorar la experiencia del otro como si fuera la nuestra, de tratar de pensar y sentir como el otro sin perder nuestro punto de referencia, de encontrar esa verdad particular y subjetiva sobre la que se asientan todos los seres humanos; esa verdad oscura y sombría, negada a la vez que amada, verdad que en el encuentro se convierte en criterios sobre el mundo, verdad del ser-en-el-mundo con el cual y solo a través del cual todos podemos ser sujetos completos, precisamente por estar incompletos y fragmentados.

Me doy cuenta de que el hombre del que se dice que está engañando, en su engaño puede estarme diciendo a mí la verdad, y no en un sentido equívoco o metafórico, sino recta y literalmente, y que la mente afectada del esquizofrénico puede dejar entrar una luz que no penetra en las mentes intactas de muchas personas cuerdas, cuyas mentes están cerradas. (Laing, 1994)

### **EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “SAN LÁZARO” DE QUITO**

En este apartado vamos a considerar la experiencia de la aplicación de tres tipos de terapia humanista, en primer lugar de la terapia fenomenológica de Laing, que ha sido desarrollada ampliamente en los apartados anteriores, en segundo lugar del psicodrama, del cual no hemos hecho un acercamiento teórico por no haberlo considerado necesario por ahora, puesto que

lo vamos a describir más desde su aplicación técnica, algo similar con la tercer terapéutica a ser descrita que será la terapéutica comunitaria.

En lo que se refiere a la terapéutica fenomenológica, partimos del planteamiento de que la aplicación de este tipo de terapéutica requiere la generación de procesos de diálogo real con la persona esquizofrénica, es decir, aceptar las palabras del paciente como las palabras de una subjetividad concreta, no como la manifestación de un delirio o una patología determinada, cuando observamos al paciente esquizofrénico solo como un conjunto sintomático estamos alienándolo de su subjetividad y simbólicamente cosificándolo, es decir enajenándolo, siendo así el terapeuta debe partir de la idea de que el sujeto esquizofrénico manifiesta una forma de experimentar la realidad.

Cuando confrontamos mediante el diálogo nuestra visión de la realidad con la visión de la realidad particular del esquizofrénico, comenzamos a construir las mismas como visiones complementarias que construyen una realidad conjunta, aceptando antes que el paciente es la persona que cree que es, y reconociendo en su delirio, la propia capacidad del terapeuta de reconocerse en aquello que no es necesariamente “real”, sino en aquellas cogniciones que extrae de la realidad como experiencia subjetiva capaz de dialogar con otra por más diversa que esta sea.

Vamos a narrar la experiencia terapéutica desarrollada con P., paciente que tuvimos la oportunidad de atender; el mismo que llegó al Hospital Psiquiátrico traído por la policía, después de años de vivir como vagabundo en la calle, había sufrido un ataque de ira y había agredido a una serie de personas en la vía pública, tras lo cual fue trasladado al hospital psiquiátrico; P. fue sometido a tratamiento farmacológico y a TEC que si bien había logrado controlar su estado de ánimo alterado no había logrado que desapareciera su estado psicótico, y continuaba presentando sintomatología psicótica especialmente un delirio marcadamente alejado de la realidad acompañado de una verborrea excesiva.

El acercamiento a P., traía consigo la dificultad de que su experiencia era marcadamente alejada de la nuestra; y entablar el diálogo implicaba aceptar su delirio como un hecho “real”, su delirio básicamente se refería a su inmortalidad, afirmaba ser un “extraterrestre”, haber “viajado en el tiempo”, ser un “sacerdote jesuita”, y haber “luchado contra Dios”; siendo así

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

tuvimos que partir de una de las premisas de la terapéutica existencialista para poder acercarnos a él; “aceptar que P. era la persona que creía que era”, el diálogo entonces podía dar inicio.

A medida que el diálogo se desarrollaba, en medio del delirio aparecía la vida concreta de P., su familia, su hermana con quien había vivido antes de abandonar el hogar y vivir en la calle; sus estudios previos al brote psicótico, sus figuras paternas; es decir la verborrea aparentemente “sin sentido” de P., realmente era un relato esquizofrenizado de su propia vida, si no partíamos de la idea de intentar acallar el delirio, podíamos lograr encontrar un relato comprensible de la realidad para nuestra experiencia, y encontrar que el relato psicótico en efecto encierra la verdad compartida, si lo dejamos fluir; es decir la verdad que era comprensible tanto para nosotros como para P.

Sabiendo también que P., había llevado consigo la esquizofrenia por más de veinte años, es decir considerando que su edad actual era de 45 años, había vivido casi la mitad de su vida en el mundo de la psicosis; esa era en efecto su realidad, encontrar los puntos donde esa realidad podía encontrarse con la nuestra y dialogar, constituyó el eje fundamental del tratamiento, su vida psicótica era en efecto inaccesible para nosotros, el mundo esquizofrénico experimentado por P. era inalcanzable, sin embargo este mundo psíquico subjetivo, había partido de la misma base de donde nuestro mundo psíquico había partido también; es decir la realidad material concreta, eran por tanto mundos comunes, mundo susceptibles de comunicarse, de dialogar, de llegar a consensos, de construir realidad común.

En lo que respecta a la aplicación del psicodrama, la consigna general era la de compartir por igual de la experiencia terapéutica sin importar la condición del miembro del grupo de psicodrama (“cuerdo” o “loco”), todos participaban por igual, todos podían ser protagonistas, la historia a dramatizar se elegía entre todos los miembros del grupo por “democracia directa” y “mayoría absoluta”, cabe mencionar que en dicha actividad participaban todos: pacientes, psicólogos, practicantes, terapeutas ocupacionales, enfermeras, e inclusive psiquiatras.

El calentamiento era la base para el desarrollo de la espontaneidad del grupo, en el caso de los pacientes esquizofrénicos era sumamente necesario que estos abandonen en la mayor

medida posible su estado de apatía y abulia, para esto se recurría a todos los elementos que teníamos a mano, música, bailes, danzas, ejercicios, juegos dramáticos, etc.,.

Podemos referir dos particularidades que pudimos encontrar en el trabajo con personas esquizofrénicas; por un lado una técnica llamada por el grupo como “reconstrucción histórica”, en la cual la persona psicótica desarrollaba varias escenas importantes de su vida, de su infancia, de su adolescencia y de su vida adulta, muchas veces dentro de la psicosis; este reencontrarse con su misma vida participaba de la reconstrucción del YO del paciente, verse a sí mismo en una dramatización, compartir su vida, reconocerla como propia, era la herramienta mediante el cual este descubría nuevamente su propia realidad, y además la misma no era ya tan ajena a los demás miembros del grupo, muchas veces reconociéndonos en la historia dramatizada, es decir lográbamos abrir un espacio de encuentro.

Este espacio de encuentro era fundamental, el psicótico podía reconocer a los demás como parte de su experiencia vital, y los “cuerdos” reconocían en el relato del paciente esquizofrénico un relato similar al de su propia experiencia vital, la distancia entre “locura” y “cordura” se hacía más pequeña durante la dramatización.

Otra técnica de aplicación en estos casos era el deliriodrama, técnica que se basaba en los mismo principio del psicodrama, pero tenía como objeto de dramatización una experiencia delirante o alucinante, en este caso era sumamente importante mantener el vínculo con la realidad del protagonista, ya que el objetivo era representar precisamente los síntomas que habían llevado al protagonista a estar internado; tras la narración del delirio o alucinación, durante la representación procurábamos que el paciente investigue y desarrolle los contenidos de su propio fenómeno delirante, es decir procurábamos invitar al paciente a “seguir soñando”, a vivir una vez más su delirio y a través de él a reconocerse a sí mismo, sus miedos, sus represiones, sus defensas, su ser-en-el-mundo, su propio delirio, y procurar que el protagonista resuelva sus propios conflictos mediante el delirio, partíamos del hecho de que el síntoma es la manifestación de un contenido psíquico que no puede expresarse por una vía apropiada, y encuentra su única forma de desahogo a través de la manifestación patológica; el síntoma psicótico obedece a las mismas reglas, es la manifestación de un contenido psíquico no desarrollado, cuando se trataba de desarrollar estos síntomas

## MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

encontrábamos los contenidos que las representaciones psicóticas alucinantes representaban para la vida psíquica del paciente, sus “fantasmas internos” era expuestos a su propia actividad, es decir dejaban de estar alienados, podía en su condición de protagonista controlar el destino de su propio delirio, dejaba de estar impuesto como una fuerza externa, podía ser desarrollado de manera consciente.

Para relatar esta aplicación vamos a basarnos en las experiencias de E. paciente mujer esquizofrénica desde los 16 años de edad; cuando asistió al grupo de psicodrama tenía 40 años; su último internamiento se había debido a una alucinación, la misma consistía en el siguiente relato: la “virgen” se la había aparecido y le había ordenado correr desnuda por las calles para la purificación de los seres humanos, y le había elegido a ella como la “atleta justiciera”; tras de esto E. había salido a la calle y ejecutado la acción descrita, había sido reducida por la policía y trasladada al Hospital Psiquiátrico.

Durante la terapia psicodramática la historia de E. fue la elegida y fue representada, durante la misma E.; se mostró conmocionada, y al final de la historia dijo que deseaba “enfrentarse” a la virgen, para pedirle que no se le presentara más, pero solicitó que se lo hiciera en privado; tras la salida del grupo nos quedamos con E. y preparamos una silla vacía, siendo el interlocutor de E. la “virgen María”, durante el ejercicio se enfrentó a su alucinación y le pidió que se fuera y no se le volviera a aparecer. Al finalizar el ejercicio E. se mostraba tranquila, había explorado los contenidos de su alucinación, y a través de la misma había logrado un estado de tranquilidad, el delirio al no ser susceptible de ser sometido a crítica racional, fue susceptible de ser elaborado dentro de sí mismo, es decir ingresar al discurso del esquizofrénico, y en palabras de Pichon- Riviere, “salir como podamos”.

En lo que respecta a la terapéutica artística y comunitaria, la actividad psicológica se concentró en la búsqueda de métodos que nos permitieran realizar una “redistribución de la locura”, el centro desde donde podíamos desarrollar esta intervención fue el “teatro popular”; la comunidad terapéutica fue desarrollada en base a la conformación de un grupo teatral para la participación en las fiestas internas de la institución.

El grupo se conformaba en su base de los miembros de la comunidad “permanentes”, aquellos pacientes que o bien vivían en el hospital por no tener familias, o haber sido abandonados hace muchos años, o por pertenecer al grupo de pacientes ambulatorios, además de los Asesores Terapéuticos, y contaba con el contingente de los pacientes que estaban internados por periodos en el hospital. La actividad teatral comprendía tres momentos, la elección de la obra, la preparación y la representación. La elección de la obra era de carácter colectivo se realizaba una reunión de la comunidad, se comunicaba el plazo para la próxima fiesta interna, y se planteaba la temática solicitada por las autoridades del hospital, tras lo cual se proponía temáticas, hasta elegir una por consenso.

El segundo momento, la preparación de la obra, consistía en el repaso de la obra y la preparación de la logística de la misma (disfraces, escenario, selección de música, etc.), el repaso era realizado por aquellos miembros de la comunidad que íbamos a participar de la obra, y se realizaba combinando técnicas teatrales con técnicas psicodramáticas; en este caso se aprovechaba para desarrollar en la mayor cantidad posible la espontaneidad de los pacientes, así mismo sus capacidad para la actuación, los repasos exigían dedicación y compromiso, y se exigía por igual a todos los miembros de la comunidad, además se requería memorizar acciones, diálogos, danzas, bailes, momentos de actuación, descanso etc. Actividades que aportaban en gran medida a la recuperación de los pacientes, además el juego de roles, el trabajo colectivo, las discusiones sobre cómo mejorar la obra, nos permitían alcanzar niveles de integración altísimos.

La preparación logística, era también sumamente interesante, ya que la misma era realizada por los miembros de la comunidad que no gustaban de actuar, pero que sabían coser, dibujar, recortar, y dedicaban sus horas de Terapia Ocupacional a la preparación del material con los talleristas y terapeutas. Finalmente, venía la presentación, la labor final y la puesta a punto de la obra, requería el máximo de trabajo de los miembros de la comunidad, y para terminar la puesta en escena requería el máximo nivel de integración por parte de los pacientes; la presentación, las acciones sobre el escenario, el responder a la reacción del público eran actividades sumamente terapéuticas. Al finalizar la actividad podíamos experimentar un aumento del estado de ánimo en toda la comunidad, una integración entre personal e internos, un reconocimiento propio y externo de las capacidades de los pacientes;

## **MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

es decir se cumplía con los principios de esta terapéutica, se redistribuía la locura, se desarrollaba las capacidades de los pacientes, lograban la recuperación de su dignidad, reconstrucción de su historia personal y la integración con el grupo de los “cuerdos”, en una comunidad de objetivos y acciones.

### **CONCLUSIONES**

La psicología humanista como corriente de la psicología contemporánea ha desarrollado un corpus teórico y práctico altamente complejo, que se ha sustentado en diversas experiencias en varios lugares del mundo, que conforman una episteme del psiquismo y una visión de la terapia que se ha convertido en un elemento integrante del saber psicológico actual. Por lo mismo estudiar su validez práctica y técnica es una necesidad fundamental de la psicología científica del siglo XXI.

El tratamiento psicológico de pacientes esquizofrénicos desde la perspectiva de este enfoque es la consecuencia necesaria del desarrollo de una concepción del psiquismo que se propone establecer una crítica a la psicología tradicional implementando terapias y propuestas de intervención en los sectores excluidos y marginados de la sociedad, en los sujetos que se hallan alienados, explotados, deshumanizados y en aquellos pacientes que han sido olvidados por el desarrollo de la psicología oficial.

Nuestra experiencia en el Hospital “San Lázaro”, ahora desaparecido, es el relato de esta aplicación, pero la misma no pretende convertir la presencia o ausencia de los síntomas del paciente en la medida de bienestar del mismo, sino que pretende leer en el establecimiento del vínculo comunicativo, en el desarrollo del potencial del sujeto dentro de su misma forma de ser-en-el-mundo, en la capacidad de establecer universos de sentidos dialogados entre los “cuerdos” y los “locos” el éxito de su intervención.

El relato de la experiencia pretende ser ese pequeño aporte al desarrollo de una concepción del psiquismo y la terapia nueva que propusieron los autores humanistas, a una visión de la psicología desarrollado en torno a los principios de una vuelta al ser humano como centro

del quehacer psicológico, un retorno al diálogo, el encuentro, el intercambio, el mundo de vida compartida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castañedo, C., Brenes, A., Jensen, H., Lucke, H., Rodriguez, G., Thomas, P. (2004). Seis Enfoques Psicoterapéuticos. México: Manual Moderno.

Frankl, V. (1991). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1952). Psicoanálisis y existencialismo. México: Fondo de Cultura Económica.

Guibelalde, G. (2001) Escuelas de la Psicología Clínica Contemporánea. Córdoba: Brujas.

Laing, R. (1994). El yo dividido. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

Moffat, A.(1975). La Psicoterapia del Oprimido: Editorial Librería ECRO, Buenos Aires.

Moreno, J.L. (1987) Psicodrama, Buenos Aires: Paidós.

Paladines, F. (2008). Curso básico de psicofisiología. Quito: Abya- Yala.

Perls, F. (2012). Sueños y existencia. Buenos Aires: Cuatro vientos.

Rogers, C. (1986). Psicoterapia centrada en el cliente. Barcelona: Paidós.

Rogers, C. (2014). Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires: Nueva Visión.

## RESEÑA

**ERNESTO FLORES SIERRA**

## **MEMORIAS IV CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

(Quito, 1984) es Psicólogo clínico (2010) por la Universidad Central del Ecuador, Quito; Experto en Salud Mental-Clínica Psiquiátrica (2012) por la Universidad de León, España, y Magíster en Estudios de la Cultura, con mención en Literatura Hispanoamericana (2013) por la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito. Se encuentra cursando un Doctorado en Humanidades y Artes- Mención en Educación en la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Ha sido por varios años docente y psicólogo del Colegio Intercultural Bilingüe Jatari Unancha. Actualmente se desempeña como docente en la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito y Psicólogo del Centro de Psicología Aplicada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

