

ENSAYO

ELLO, SUEÑOS Y AGRESIÓN

(Rev GPU 2016; 12; 4: 380-390)

David Ceballos¹

"Pero mi realidad cotidiana, Señor, es que despierto soy un cobarde y en mis sueños que dicen la causa. He perdido la dirección, estoy confundido."

PAUL GOODMAN, 1974.

Se retoma la teoría de los sueños esbozada en *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), a partir de la cual se propone una teoría de las perturbaciones del sueño. Asimismo, se analiza la estructura de la experiencia perturbada del bruxismo del sueño.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que ha sido abordado con mayor amplitud en la literatura de la terapia gestalt es el sueño; infortunadamente, gran parte de esta se ha enfocado al desarrollo y divulgación de la metodología del trabajo con sueños, dejando a un lado el avance teórico, a tal grado que hoy por hoy la terapia gestalt aún no cuenta cabalmente con una teoría de los sueños; mucho menos con una teorización de las perturbaciones del sueño, ya que ha sido poco el interés que se le ha prestado a este tipo de experiencias, exceptuando las pocas referencias al insomnio y las pesadillas. De igual forma, el concepto de "agresividad

dental" ha tenido un lugar privilegiado dentro de la teoría de la terapia gestalt, debido a que esta se originó en un modelo basado en el instinto del hambre, y a pesar de ello, no se ha escrito prácticamente nada sobre el bruxismo del sueño². A fin de aportar algunas ideas en torno a estas cuestiones, en las próximas páginas se presentará una propuesta inicial de las perturbaciones del sueño, seguida de una exposición conceptual del bruxismo y de la estructura de la experiencia perturbada del bruxismo del sueño, basadas en la teoría de los sueños delineada en *Gestalt Therapy* (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), la cual será explicada, pormenorizando su función y relación con la teoría del self.

¹ Maestro en Psicología Aplicada. Psicoterapeuta en práctica privada. E-mail: davidceballos@live.com.mx

² La única referencia sobre esta perturbación relacionada con el dormir es la tesis de Solmi (2015); no obstante, las opiniones aquí presentadas son distintas a las expuestas por esta autora.

LA TEORÍA GESTALT DE LOS SUEÑOS

En el ámbito de la terapia gestalt existen diferentes concepciones teóricas sobre los sueños³. Las principales son: (a) la que considera al sueño como una proyección y (b) la que lo entiende como una retroflexión inconsciente. Una perspectiva adicional (c) es la bosquejada por Paul Goodman, la cual extrañamente ha pasado inadvertida entre los profesionales de la gestalt pese a que esta es, en sentido estricto, la única teoría con la que se cuenta en este enfoque. A continuación se hará una exposición sucinta de las dos primeras, ya que han sido las más divulgadas, y se dedicará mayor atención a la propuesta de Goodman por ser la más adecuada para los propósitos aquí perseguidos.

El sueño como proyección

La perspectiva sobre los sueños que Perls (1974) enseñó en la década de los años 1960 es la más difundida tanto dentro como fuera de la terapia gestalt. Según esta, todas las partes del sueño son una proyección de la personalidad, son una parte que se ha rechazado (amor, resentimiento, conflictos, etc.). Por consiguiente, el sueño es visto como un mensaje existencial porque este “es la expresión más espontánea de la existencia de un ser humano... [y en el cual] está más claramente expuesta la existencia y los problemas de la existencia” (p. 78). En consecuencia, el objetivo terapéutico consiste en asimilar o reidentificarse con las proyecciones, a fin de reposar las partes alienadas de la personalidad; no radica en analizar sino en integrar. Razón por la cual Perls consideró los sueños como “el camino real hacia la integración” (p. 78).

En *Yo, Hambre y Agresión* (1975) el planteamiento que Perls tuvo sobre los sueños fue un tanto distinto a como lo hizo posteriormente. Vistos en la esfera de las proyecciones, estos son conceptualizados como un

punto cero entre las proyecciones ordinarias y las intraorgánicas, ya que si bien estos se realizan dentro del organismo, al mismo tiempo tienen la cualidad de realizarse en el mundo exterior. El siguiente párrafo ayudará a comprender mejor la perspectiva que Perls tuvo en esta época:

Hay una esfera en la que no resulta difícil descubrir las proyecciones: el mundo de los sueños. Los sueños agradables son consumaciones directas o indirectas de situaciones incompletas: coinciden con la realización de los deseos en la terminología de Freud. Los sueños desagradables contienen invariablemente proyecciones, su prototipo mejor conocido es la pesadilla. La persona o animal que predomina en la pesadilla es siempre una parte no deseada de uno mismo. Cuando usted sueña que lo muerde una serpiente venenosa, podía ser correcto interpretar la serpiente como un símbolo fálico agresivo, pero resulta más útil buscar la serpiente venenosa escondida en su propio carácter (p. 310).

En este párrafo Perls (1975) plantea dos ideas fundamentales: (a) los sueños agradables son la compleción de situaciones inconclusas (la teoría freudiana de los sueños) y (b) los sueños desagradables son proyecciones; distinción que es importante pero que, como se verá más adelante, él mismo perdió de vista. Aquí la meta terapéutica también residía en asimilar las proyecciones.

El sueño como retroflexión inconsciente

Una segunda aproximación a los sueños es la desarrollada por Isadore From (1978, 1988). De acuerdo con él, los sueños son una “retroflexión inconsciente [*unaware*], una perturbación importante en la frontera contacto” (From, 1988). Esta hipótesis se fundamenta en la premisa de que “el dormir es la condición óptima para retroflectar, debido a que el único contacto que el soñador tiene con el entorno es a través de su respiración” (From, 1978). Tales proposiciones están enunciadas en el contexto de la relación paciente/terapeuta y, principalmente, aluden a los sueños que preceden a la sesión de terapia y los de la noche siguiente que serán contados al terapeuta; de esta manera los sueños son vistos como retroflexiones que “reflejan las perturbaciones en la frontera-contacto con su terapeuta” (1988), son una “comunicación retroflectada” (1978). Desde esta perspectiva el trabajo terapéutico está encaminado a deshacer la retroflexión a fin de conseguir el contacto entre paciente y terapeuta.

³ En inglés existen términos diferentes para designar el sueño (*dream*) –el fenómeno onírico– y el acto de dormir o estado de reposo (*sleep*), aunque en la lengua española contamos con términos apropiados para cada uno es común que en su traducción se emplee el término sueño para referir ambos conceptos. En la edición española de *Gestalt Therapy* se traducen los términos *sleep* y *dream* de manera indistinta como sueño, perdiéndose el significado de la función del self en el acto del dormir y los sueños referida a lo largo del volumen teórico. En este escrito se ha puesto especial énfasis en esta distinción por lo que en los casos necesarios se ha incluido en las citas una pequeña nota aclaratoria entre corchetes.

Aunque estas perspectivas son relativamente novedosas en comparación a la forma de trabajo con los sueños desde el psicoanálisis clásico, cuando se contrastan con la teoría trazada en *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951) y se observan con mayor detenimiento presentan una serie de inconvenientes de orden lógico y teórico.

El sueño como función en el campo

La teoría de los sueños presentada en el Volumen Dos de *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951) es, en principio, la teoría freudiana de los sueños articulada en términos funcionalistas. En este orden de ideas, el sueño es una función y evento en el campo organismo/entorno, cuya temporalidad se circunscribe al pasado y futuro en la realidad presente –aunque Freud señaló en sus escritos la relación que desempeña la frustración y la búsqueda del contacto en el entorno sobre la génesis del deseo y del sueño, esta noción no fue de las más acusadas por él ni por la mayoría de sus seguidores, salvo por miembros de la escuela de Budapest.

De acuerdo con Goodman (1960), el organismo requiere de objetos adecuados en el entorno para completar sus funciones (comer, amar, comunicarse, etc.). A fin de preservarse y crecer el organismo interactúa en el entorno hasta que alcanza un equilibrio relativo entre sus necesidades dominantes y la presión de los estímulos del entorno. Si el equilibrio se establece fácilmente “el animal vive bien y es como si durmiera” (Perls *et al.*, 1951, p. 260); sin embargo, el equilibrio no siempre se establece de manera expedita, por lo general es difícil terminar el proceso. En una situación así es necesario un retraso en la interacción: una intensificación de la conciencia (*awareness*), experimentación y deliberación para resolver el problema y conseguir la relajación, acabando nuevamente “en una pérdida del interés y en el sueño [*sleep*]” (p. 261); esta es la función primaria de la conciencia (*consciousness*).

La situación extrema ocurre cuando el problema no puede ser resuelto, el equilibrio no puede ser alcanzado y las tensiones continúan excitando al organismo; en este caso se establecen funciones temporales⁴ que amortiguan la tensión agotando una parte de la energía por medio de la: “alucinación y el sueño, la imagi-

nación vívida, el pensamiento obsesivo, la melancolía, acompañados de agitación motora” (p. 261). En este escenario el retraso provee, por el bien del organismo, un periodo de “descanso y retirada, cuando el problema no puede resolverse de otra manera” (p. 262); esta es la función de emergencia de la conciencia (*consciousness*).

Esta fase de “descanso y retirada” acontece, esencialmente, en la etapa del dormir. En este estado de reposo, la manipulación y la exploración del entorno están suspendidas, no hay contacto –hay una frustración de la solución física del problema–, algunas pulsiones propioceptivas (el contenido latente) y los fragmentos de los últimos acontecimientos del día (contenido manifiesto) continúan creando tensión y agitando al organismo, respectivamente. Esta distinción implica que la cualidad de la formación figura/fondo durante la experiencia del sueño es disconforme con la que tiene lugar en la vigilia; aquí las pulsiones propioceptivas (deseos) son figura sobre un fondo de inactividad motora. Bajo estas condiciones los sueños son “la clase de deseos que pueden ser gratificados solamente en su alucinación inmóvil; el inicio del movimiento muscular hace huir al sueño” (Perls *et al.*, 1951, p. 436). En tanto que función de la conciencia, el sueño implica un aislamiento del entorno y del organismo, inconsciencia propioceptiva (*unawareness*) –pero no de los contenidos manifiestos–, para poder conseguir el equilibrio mediante el agotamiento de la energía; de lo contrario, las relaciones funcionales estarían definidas, se daría el contacto y el organismo despertaría.

A primera vista esta no es una idea del todo distinta a la que Perls (1975) tuvo en sus inicios pero sí más elaborada y con una metodología de trabajo diferente, incluso en Perls *et al.* (1951) no existe alusión alguna sobre la naturaleza proyectiva de los sueños, ni mucho menos retroflectiva. Para ellos el sueño es deseo, excitación, que acaece en un estado alterado de conciencia; en cierto grado se encuentra relacionado con la alucinación, pero sobre todo “es concreto, no verbal, sensorial –‘eidético’” (p. 437). Aún más, se puede señalar que la diferencia crucial entre estas perspectivas –inclusive la hipótesis de From en la cual el “sueño es un intento por deshacer las retroflexiones que han ocurrido durante una sesión de terapia” (1988)– reside en lo que entienden por deseo: para Perls (1975) los deseos “son consumaciones directas o indirectas de situaciones incompletas” (p. 310); en contraste, para Goodman (1966) este es:

...de una naturaleza diferente a la necesidad, el apetito, el ansia y el interés. Este no es estimulado inmediatamente por la escasez sentida que se apropia o que busca satisfacción en el entorno,

⁴ De acuerdo con Perls *et al.* (1951) en situaciones de peligro y frustración se establecen dos funciones temporales para detener el peligro y proteger al organismo: el borrado y la alucinación. En este escrito únicamente se hace alusión a la segunda.

sino por una imagen externa o interna o un ideal que puede ser cumplido. A veces es introducido por la iniciativa del self previa a la necesidad sentida (p. 92).

De esta manera los deseos (las pulsiones propioceptivas) en el sueño no son la compleción de una situación inconclusa, la satisfacción de una necesidad; sino una representación, una imagen mnémica de una percepción asociada con la excitación que produjo la necesidad, la cual se realiza por su reproducción inconsciente y alucinatoria. En palabras de Delacroix (2001), el sueño es “un intento de autorregulación orgánica [cursivas añadidas] emitida por el propio organismo” (p. 151). Esto es indiscutible ya que la experiencia de satisfacción solo sobreviene por el contacto recíproco. Empero, el sueño agota las tensiones interiores y el organismo permanece dormido, es una satisfacción meramente alucinatoria.

Por consiguiente, desde la teoría goodmaniana las formulaciones gestálticas de los sueños como proyección y retroflexión revelan más un valor práctico que teórico, esto en razón de que, últimamente, tanto Perls como From convienen en decir que el sueño es una “consumación indirecta de una situación inconclusa”, “un intento por deshacer”, a saber, un deseo. La denominación del sueño como una proyección se debe a que Perls (1974) erróneamente generalizó la concepción temprana que tuvo de las pesadillas como prototipo de los sueños: “la pesadilla es siempre una parte no deseada de uno mismo” (Perls, 1975, p. 310), dejando a un lado los sueños agradables (los deseos); así era comprensible que pensara en estos como un medio de defensa, la proyección –el mismo Freud observó que el sueño tenía esta función pero solo ante la perturbación del dormir. La designación del sueño como una retroflexión inconsciente, puesto que el sueño es inconsciente (*unaware*), guarda un significado más cercano con el deseo y la acción, “es un intento por deshacer las retroflexiones”; es un “reflejo de las perturbaciones” y hasta este punto es una formulación correcta; sin embargo, el error de From radica en confundir el sueño con una retroflexión, si bien la retroflexión implica “recrear en la fantasía el objeto inalcanzable” (Perls *et al.*, 1951, p. 455) esta es por definición un “acto de autocontrol deliberado durante un compromiso difícil” (p. 455) pero el “sueño es espontáneo y no deliberado” (p. 265), si en función de una situación difícil y frustrante mas sobre un fondo de relajación e inmovilidad, en contraste, la retroflexión se lleva cabo sobre un fondo de control y movilización de las energías contra el cuerpo. De la misma manera, aunque en la proyección hay

deseo, las imágenes se producen en un “marco de rigidez muscular, por lo que las imágenes que llegan son las más atractivas y llenas de sensación y llegan a estar más coloreadas de dolor y amenaza” (p. 454) pero el sueño no acontece así. Todavía se puede agregar que estos mecanismos se producen en el estado de vigilia, son las ensoñaciones diurnas en las que se impide deliberadamente el movimiento, cuando hay contacto y self, pero “el contacto más simple... excluye espontáneamente el sueño” (p. 436) entonces ¿cómo es posible que la proyección y la retroflexión sean el sueño si estos son “modos de contacto”? Esta cuestión denota la naturaleza aporética de las proposiciones teoréticas perlsiana y fromniana.

Continuando, lo hasta ahora expuesto concierne a las funciones temporales sanas de la conciencia en una interacción complicada entre el organismo y el entorno. Ahora es momento de ver el funcionamiento de esta en una situación neurótica y cómo se ve afectada pero antes es necesario puntualizar el papel del self en los sueños.

EL SELF Y LOS SUEÑOS

Toda interacción del organismo en el entorno, todo contacto, implica un proceso unificado de las funciones perceptivas y motoras y las necesidades orgánicas. Este proceso es una secuencia continua, en la cual el self integra las funciones del organismo y los objetos del entorno formando figuras y fondos en el campo de manera dinámica a medida que la situación inacabada se completa. A lo largo del proceso de contacto, de la actividad del self, se pueden distinguir las siguientes etapas: precontacto, toma de contacto, contacto final y poscontacto. En la etapa de precontacto el cuerpo representa el fondo y la necesidad, el apetito o el estímulo en el entorno es la figura; en la toma de contacto la energía ligada al apetito se convierte en el fondo y el conjunto de posibilidades ambientales son ahora la figura; posteriormente, en el contacto final un objetivo vivo se destaca como figura y es contactada, el Yo se convierte en Tu, el entorno y el cuerpo son el fondo; finalmente, en el poscontacto la figura de contacto desaparece en el fondo para ser integrada y asimilada al organismo.

Durante este proceso el self “crea estructuras especiales” (Perls *et al.*, 1951, p. 378) para ajustarse creativamente a las situaciones cambiantes hasta alcanzar el equilibrio o el reposo. Perls *et al.* describen tres sistemas parciales: Ello, Yo y Personalidad, los cuales representan las etapas principales del ajustamiento creativo –aunque referidas como estructuras no suponen una definición topográfica sino funcional. En la fase de

precontacto el self funciona en su modalidad Ello; en la toma de contacto y contacto final en su función Yo; y por último, en el poscontacto en la función Personalidad⁵.

Lo anterior pertenece a la interacción del organismo en el entorno en el estado de vigilia, en el transcurso del cual se completan las funciones, se consigue el equilibrio, se asimila lo tomado del entorno (poscontacto) y, finalmente, se llega a un estado de reposo. El despliegue de la secuencia sucede indeterminadamente varias veces durante la vigilia; la duración de cada una de estas puede ir desde unos minutos (al saciar la sed), horas (como en el proceso de digestión de los alimentos o al realizar una tarea escolar) e inclusive años (al estudiar un curso universitario). Pero de manera unívoca la fase de reposo y crecimiento es por excelencia el estado del dormir.

Ahora es momento de ver con mayor detalle qué sucede durante el dormir y cuál es la función del self y sus estructuras en el sueño y cómo difiere en la etapa de vigilia.

La experiencia del dormir y del sueño

De acuerdo con Perls *et al.* (1951) el self existe como un ajustamiento a las situaciones difíciles pero cuando estas “están en reposo o se acercan al equilibrio, el

self disminuye. Así ocurre en el dormir o en cualquier crecimiento cuando se produce la asimilación” (p. 374). Consiguientemente, el dormir es un proceso de crecimiento, el cual se lleva al cabo con un self disminuido (p. 235) y en algún momento sin self (p. 374), es una función que tienen lugar en la etapa de poscontacto, es inconsciente (*unaware*) y pertenecen a la autorregulación fisiológica, no es una función-contacto, por lo tanto no hay self; no obstante, teóricamente es susceptible de contacto. En cuanto al self, este actúa en su modalidad Ello y Personalidad.

Según los autores de *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951) el crecimiento sobreviene durante la etapa de poscontacto, en la cual la novedad contactada (un alimento o algún aprendizaje) es integrada al organismo. En general, el resultado del contacto o crecimiento toma dos formas: asimilación e identificación. En esta etapa la figura de contacto que llenaba el campo desaparece progresivamente en el fondo para ser integrada al organismo. El self “es la figura creada [en la cual] se convierte y asimila al organismo, uniéndola con los resultados del crecimiento anterior” (p. 378), esta es la función Personalidad. Este proceso de crecimiento, en el cual se da el paso del contacto consciente a la asimilación inconsciente, esto es, de la autorregulación psicológica a la fisiológica, se lleva al cabo de la siguiente manera: después del contacto un flujo de energía añade los nuevos elementos asimilados provenientes del entorno al organismo; este se re-forma incluyendo la energía y los hábitos nuevos a su “naturaleza”, de qué modo lo asimilado viene a formar parte de la autorregulación fisiológica y ya no se contacta sino de manera aperiódica. A lo largo de la etapa de crecimiento “el self continúa de manera espontánea y [después en algún momento determinado] se extingue a sí mismo” (p. 422).

Esto es válido tanto para el estado de vigilia como para el dormir, con la excepción de que el crecimiento (poscontacto) presenta cualidades especiales durante el dormir –diferentes estudios muestran la relación entre el dormir y la liberación de la hormona del crecimiento, el aprendizaje y la memoria. En contraste, el sueño deviene durante la etapa de precontacto y el self funciona primordialmente en su función Ello y Yo⁶.

⁵ A estas alturas es necesario hacer las siguientes aclaraciones: primero, aunque en *Gestalt Therapy* se bosqueja el despliegue del self a través de la secuencia de contacto, aparentemente, de manera lineal e inclusive pudiera articularse circularmente, so pena de una lectura sistémica, no es el caso. Para Perls *et al.* (1951) el self es un flujo estético, emergente y complejo, entre el organismo y el entorno que difiere en grado, en un extremo “la relajación y... la libre asociación [el Ello]”, en medio, “la organización deliberada con el propósito de establecer las identificaciones [el Yo]” (p.143), y en el otro extremo la espontaneidad [Personalidad]. Segundo, la denominación frecuente de la secuencia de contacto como “ciclo de contacto” o “proceso de contacto” resulta innecesaria; de un modo cierto la palabra secuencia ya designa un proceso temporal independientemente de su duración, de manera que intercambiar una por otra es tautológico; inclusive, su adjetivación secuencial obedece más a su carácter teleológico unitario que temporal, por lo que prescindir de esta la despoja de su cariz esencial. Por otra parte, el apelativo “ciclo” además de aludir a la temporalidad tiene una connotación recursiva (p. ej. los ritmos biológicos) que obedece mayormente a la organización interna del organismo, la cual infelizmente es tomada como la totalidad de la autorregulación orgánica dejando a un lado a su forma psicológica; sin embargo, la primera es más bien un indicio de la experiencia.

⁶ En fechas recientes algunos expertos en materia de sueños dentro de la terapia gestalt han relacionado al fenómeno onírico –dadas sus características– con algunas de las etapas de la secuencia de contacto. Partiendo de la hipótesis de que los sueños son un intento de asimilación de la experiencia, resultado de una tendencia

Después que el self ha disminuido en el poscontacto, porque ha dejado de actuar en la regulación consciente y se ha convertido en la figura que se asimila inconscientemente, el organismo llega a un estado de reposo o de equilibrio (trasponiendo la secuencia de contacto a la estructura del dormir, la etapa de poscontacto corresponde a las fases del sueño no-MOR, algunas de las cuales se hallan vinculadas con la consolidación de la memoria, el aprendizaje, el crecimiento y la restauración del cuerpo), entonces el “self parece disperso y está, de hecho, desintegrándose y desvaneciéndose en una mera potencialidad” (Perls *et al.*, 1951, p. 381), luego para poder descansar “suspende su disposición sensorial y afloja los músculos”, es la función Ello que aparece como algo “pasivo, disperso e irracional; su contenido es alucinatorio y el cuerpo ocupa un lugar preponderante” (p. 381) –para ser precisos esta panorámica es la misma que la de la fase no-MOR, sin embargo la etapa de precontacto pertenece a la fase MOR, ya que en esta la regulación homeostática está suspendida y reaparece inmediatamente después de que esta termina (Parmeggiani, 2011), esto es, no hay asimilación porque no es la etapa de poscontacto; por lo que ha de entenderse que las singularidades compartidas obedecen a que estas etapas están entrelazadas.

Entre ambas etapas en transición “las imágenes que se producen tienden a ser de objetos reales, alucinatorios e incidentes completamente dramáticos contactados con una inversión mínima de esfuerzo” (p. 381), son las alucinaciones hipnagógicas y los sueños de las fases 1 y 3 del sueño no-MOR, respectivamente. Según refieren Perls *et al.* (1951):

Su energía proviene de situaciones inacabadas de una clase que pueden ser satisfechas por la agitación de la frontera-contacto misma.... Ya que, si

integradora y de la capacidad de autorregulación orgánica, Crocker (2007) deduce que estos suceden en la etapa de poscontacto, donde la asimilación se da de menara inconsciente; por su parte, bajo la premisa de que los sueños son trozos de nuestra vida que buscan ser completados y asimilados, Etienne (2014) los relaciona con la etapa de “contacto pleno [sic]... donde la espontaneidad integra a la configuración FF un movimiento fluido consecuente y propicia la asimilación de la experiencia” (p. 159), lo cual explica la energía profusa experimentada durante el sueño. Aunque suscribo gran parte de las excelentes ideas de estos autores disiento de estas proposiciones en particular, que, si bien describen peculiaridades de este fenómeno, son incongruentes con la teoría propuesta por Perls *et al.* (1951).

las situaciones inacabadas orgánicas son urgentes, entonces el descanso es imposible: intentar imponerse a ellas resulta en insomnio, agitación, etc.; pero si son débiles (en relación con la fatiga del día), pueden ser más o menos satisfechas por la alucinación (p. 381).

Más tarde acaece la fase MOR (movimientos oculares rápidos) caracterizada por el movimiento aleatorio de los ojos, tono muscular reducido en todo el cuerpo, y sueños vívidamente alucinatorios, extraños y memorables (Hobson, 2009); por las similitudes fisiológicas que guarda con la vigilia también es conocido como sueño paradójico. A causa de su naturaleza, Perls *et al.* (1951) le dedican especial atención atribuyéndole la función exhaustiva de la energía. Según refieren durante esta fase del dormir, la orientación sensorial y la manipulación motora están suspendidas; asimismo algunas pulsiones propioceptivas continúan creando tensión mientras que la superficie sensorial se encuentra agitada, esto último implica que “la conciencia [*consciousness*] en el sueño está aislada tanto del entorno y el organismo; el ‘self’ del que el soñador es consciente [*aware*] es en gran parte simplemente la superficie-frontera (Perls *et al.*, 1951, p. 262). Lo cual indica que los fondos de la experiencia del sueño son distintos a los de la formación figura/fondo durante la vigilia. En el sueño hay una suspensión de la exploración y manipulación del entorno con una conciencia doblemente aislada, en contraste, en la vigilia el self que funciona en su modalidad Yo “es deliberado, en modo activo, sensorialmente alerta y agresivo en el plano motor [cursivas añadidas], y consciente de sí mismo en cuanto aislado de su situación” (p. 379).

Nótese bien que la diferencia entre sueño y vigilia también se encuentra aunado al grado de confinamiento de la conciencia, en el fondo de relajación muscular en el cual acontece el sueño. Ya que, por definición, la conciencia es aislamiento, al respecto Goodman (1966) dice:

La conciencia es la limitación de la presencialidad en las percepciones sub-vocales y seguras, y el confinamiento de la respuesta motora por la liberación y el retraso, con exclusión de las pasiones más fuertes que son motoras. La fantasía y el sueño son en gran medida pura conciencia (p. 19).

Pero sobre todo la distinción está en que “el soñador es espectacularmente inconsciente [*unaware*] de los contenidos propioceptivos que le dicen que está soñando... [pero] paradójicamente... es completamente

consciente [*conscious*]” de estos (Perls *et al.*, 1951, p. 262). Puesto que si la gestalt en formación asumiera las pulsiones propioceptivas esto involucraría ajustes prácticos, a saber los de los músculos motores, y entonces se despertaría, se establecería el contacto y sobrevendría la satisfacción. Parafraseando al estagirita, *el sueño es una afección del contacto*; y su contenido producto de la creatividad del self.

La descripción antes proporcionada corresponde a un periodo del sueño de una duración aproximada de 90 minutos, conocido como ciclo ultradiano del dormir, el cual incluye las fases no-MOR y MOR del sueño. Este ciclo se repite 4 o 5 veces durante la noche; usualmente la fase no-MOR abarca un 75-80% del dormir mientras que la fase MOR lo hace entre 20-25%.

Con base en lo anterior se puede concluir lo siguiente: (a) el dormir transcurre entre las etapas de post y precontacto; (b) el sueño deviene principalmente en la etapa de precontacto y (c) es la expresión de las funciones del self: Ello, Yo y Personalidad (Etienne, s.f.), pero en gran medida es “pura conciencia” (Goodman, 1966) o una especie de estado alterado de conciencia, desde que Perls *et al.* (1951) lo describen como *dreaming consciousness*; (d) el dormir y el sueño acontecen en un estado de confluencia sana, sin contacto ni frontera, con asimilación y a la vez con un self disminuyendo (véase Perls *et al.*, 1951, p. 451); (e) los fondos en la experiencia del sueño se encuentran “alterados” e implican una especie de escisión mente-cuerpo en un funcionamiento sano, es una imagen semejante a la de la neurosis –recuérdese que en *La Interpretación de los Sueños* Freud dejó entrever la similitud entre los mecanismos del sueño y los de la neurosis–, tema que se abordará en breve.

LA ESTRUCTURA DE LA EXPERIENCIA PERTURBADA DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño o somnipatías son condiciones caracterizadas por patrones anormales del dormir que interfieren con el funcionamiento físico, mental y emocional. Estos comprenden una gama extensa de perturbaciones –en el ICSD-3 sesenta diagnósticos específicos divididos en siete categorías–, por lo que elaborar un marco referencial que dé cuenta de tan amplio espectro es casi imposible. Una limitación adicional se encuentra en la teoría de la enfermedad esbozada en *Gestalt Therapy* (Perls *et al.*, 1951), la cual se orienta particularmente al análisis de la estructura y tratamiento de la experiencia neurótica. Si bien los trastornos neuróticos muestran afectación en los patrones del sueño y establecen un nexo con los trastornos del sueño, no

confiere razones suficientes para desarrollar una teoría de la disfunción del sueño basada exclusivamente en las interrupciones del proceso del ajuste creativo, excepto en casos específicos. Sin que esto represente un impedimento, desde la terapia gestalt los trastornos del dormir pueden ser vistos como una necesidad urgente de atención que el organismo está tratando de resolver con el fin de crear homeostasis dentro de su estado perturbado de funcionamiento (A. Leach, comunicación personal, 23 de junio, 2016).

Partiendo de estos argumentos, se consideran dos escenarios posibles en los que puede acontecer este tipo de disfuncionalidad: (a) la situación neurótica o pérdida de las funciones del Yo, y (b) la perturbación de la función Ello.

De acuerdo con Perls *et al.* (1951), la neurosis es una “situación de urgencia crónica de baja intensidad”, que se distingue por un desequilibrio de las funciones temporales de urgencia ocasionado por una “irritación constante de peligro y frustración, entremezclada con crisis agudas ocasionales, que nunca se relajan totalmente” (pp. 263-264). En este escenario la conciencia (*awareness*) de las excitaciones propioceptivas se encuentra disminuida ya que la atención se intensifica para evitar el peligro en el entorno, aun y cuando este no exista; con el tiempo este estado de alerta se convierte en un estado de preparación muscular. En estas condiciones, la función exhaustiva de la conciencia incrementa a su máximo posible “sueños, deseos, ilusiones inútiles (proyecciones, prejuicios, pensamientos obsesivos, etc.)” (Perls *et al.*, 1951, p. 265) acompañada de “actitudes sensoriales y motoras [neuróticas] cuando la situación no lo justifica o incluso *cuando no existe una situación-contacto en lo más mínimo, como una mala postura que se mantiene durante el dormir*” [cursivas añadidas], (p. 432), lo cual afecta la autorregulación fisiológica y genera dolor, cansancio, susceptibilidad y enfermedad. Evidentemente, en la situación de neurosis el sueño y el dormir ocurren sobre un fondo de tensión muscular, es una sensación dolorosa del cuerpo, y con una excitación inhibida como figura; esta es la estructura de la experiencia perturbada del sueño y del dormir en la neurosis.

En el lado opuesto, las perturbaciones del sueño devienen por reajustes en la fisiología conservadora relacionada con el dormir, ocasionados por un entorno extremadamente frustrante o por la presencia de sustancias y agentes patógenos en el organismo. En este contexto las tensiones originadas por los apetitos y deseos insatisfechos no pueden ser equilibradas vía la función-de-urgencia del sueño y la función fisiológica del dormir o reposo (*rest*) porque estas se

hallan perturbadas y no pueden operar normalmente. No obstante, estas funciones intentan establecer “un nuevo conservadurismo inconsciente [*unaware*] en las nuevas condiciones” (Perls *et al.*, 1951, p. 402); vienen a formar parte de la fisiología secundaria, pero debido a que son incompatibles con la fisiología heredada causando dolor, enfermedad y malfuncionamiento. Empero, ahora son parte de la fisiología y, al igual que esta, son inconscientes y autorreguladas, aunque pobremente. “No siendo ya novedades, estas estructuras no aparecen en el self, en el contacto, pero son evidentes... en los defectos y fijaciones del funcionamiento del self” (p. 402). De modo que la necesidad de descanso (*rest*) se convierte en una situación inconclusa más, que no puede ser satisfecha porque la función del soñar está perturbada: “la función del sueño es mantener al animal dormido” (p. 262). En consecuencia, los trastornos del sueño, en tanto que suceden durante el dormir y el soñar, son una perturbación de la función Ello, cuyos efectos también se manifiestan en la vigilia.

Es evidente que estas condiciones se agravan mutuamente puesto que en su funcionamiento sano tanto la función Ello y Personalidad están presentes en la función Yo, lo cual también es aplicable al funcionamiento perturbado de estas estructuras-funciones. Por ende, la función Ello perturbada contribuye en los trastornos del sueño y del dormir en la neurosis (insomnio, hipersomnia, pesadillas, etc.), y viceversa. De este modo *las perturbaciones del sueño son la expresión de las disfunciones del self*. Esto está acorde con las teorizaciones recientes que plantean un modelo de relación bidireccional compleja entre los trastornos psiquiátricos y del dormir, así como un cambio en la perspectiva del tratamiento de ambas condiciones (Krystal, 2012).

Habiendo esbozado los rudimentos de la experiencia perturbada del sueño y del dormir desde la teoría trazada por Perls *et al.* (1951) únicamente resta mostrar en qué forma se aplica al bruxismo del sueño, por lo que es necesario describir las características de este trastorno.

BRUXISMO DEL SUEÑO

El término bruxismo (del griego *brychein*, que significa rechinar los dientes) fue descrito por primera vez en la literatura científica a comienzos del siglo XX; posteriormente fue adaptado para describir el acto de rechinar y apretar los dientes durante el día y/o la noche.

En *The International Classification of Sleep Disorders – ICDSD-3* (AASM, 2014) el bruxismo relacionado con el sueño o bruxismo del sueño (BS) es definido como un movimiento orofacial estereotipado caracterizado por

el rechinar o apretar de los dientes durante el sueño, acompañado por sonidos producidos por la fricción de los mismos. Otros síntomas asociados incluyen microdespertares, dolores de cabeza, dolor facial atípico y sensibilidad en varios músculos y dientes.

Mientras en la medicina del sueño el BS es clasificado como un trastorno del movimiento relacionado con el sueño –otrora una parasomnia– en odontología el bruxismo es considerado como una actividad parafuncional mandibular. En este ámbito, generalmente, el paciente reporta o es consciente del sonido producido por el rechinar de los dientes o de apretar los dientes durante el dormir. Entre los síntomas que son tomados en cuenta están: desgaste anormal de los dientes, dolores de cabeza al despertar, molestias en la articulación temporomandibular, fatiga, apertura bucal limitada por la mañana, desplazamiento de los meniscos, dolor en la mandíbula al despertar e hipertrofia del músculo masetero.

En la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision – ICD-10* (WHO, 2016) el bruxismo se encuentra clasificado como un trastorno somatomorfo. Los criterios diagnósticos descartan su etiología debida a trastornos físicos y del sistema nervioso autónomo, enfatizando su asociación estrecha con eventos o problemas estresantes.

El BS puede ocurrir en todas las etapas del sueño, pero es más común en las etapas 1 y 2, y en los minutos previos al sueño MOR (movimientos oculares rápidos) y no durante este como antes se pensaba. Si bien el bruxismo puede suceder en la vigilia, es importante distinguir entre este y el relacionado con el sueño (BS) ya que a pesar de que sus efectos sobre la dentición son similares, etiológicamente son diferentes. Aunado a la distinción entre bruxismo del sueño y de la vigilia, en el campo de la medicina del sueño, este suele clasificarse en dos tipos: primario (idiopático) y secundario (iatrogénico). En ausencia de una causa médica, la forma primaria del bruxismo incluye el apretar de los dientes durante el día y el BS. La forma secundaria está asociada con trastornos neurológicos, psiquiátricos, del sueño o por el uso o retirada de medicamentos.

La etiología del bruxismo del sueño (BS) no se conoce por completo y en algún grado es controversial, pero se piensa que es multifactorial y, probablemente, el producto de influencias biológicas y psicosociales, por lo que en la actualidad resulta más apropiado hablar de factores de riesgo en lugar de factores etiológicos. Históricamente, el BS ha sido asociado con tres dominios principales: anatómico, psicológico y del sistema nervioso central. En el pasado los factores periféricos o morfológicos tales como cambios craneofaciales y la maloclusión eran vistos como las principales causas

del bruxismo primario; sin embargo, la falta de buena evidencia no apoya la relación entre los factores de oclusión ('contacto entre los dientes') o la morfología craneofacial y el BS, debido al mal diseño de los estudios. Por otro lado, diferentes factores psicosociales han sido asociados con el bruxismo, tales como la ansiedad, la sensibilidad al estrés, la depresión y características de la personalidad, y si bien los diferentes estudios evidencian la relación entre estos y el bruxismo de la vigilia, no hay evidencia concluyente con respecto al BS. Finalmente existen otras asociaciones entre el BS y diversas condiciones neurológicas y trastornos psiquiátricos con distintos grados de evidencia.

La estructura de la experiencia perturbada del bruxismo del sueño

Los fundamentos teóricos de la terapia gestalt se encuentran en *Yo, Hambre y Agresión* (Perls, 1975). Uno de los conceptos capitales, ahí introducidos, fue el de "agresión oral"; el cual pese a su inconsistencia y confusión terminológica (Staeemler, 2009), tuvo la virtud de plantear una perspectiva sobre la agresión distinta a la que se tenía en esa época. Enmarcado en un modelo instintivo del hambre este concepto desempeñaba una función al servicio de la vida. Básicamente, este modelo fue ideado no como una metáfora de la relación del organismo con el entorno sino como un isomorfismo entre el proceso de alimentación y la personalidad; y como un modelo genético, en el cual la inhibición de la agresividad dental suscitaba una serie de caracterologías y resistencias orales, según la etapa de desarrollo oral en que esta se hubiera producido.

La visión de la agresión desarrollada por Perls *et al.* (1951) es un tanto diferente a la que concibió originalmente. En *Gestalt Therapy* la agresión es relacional aunque, según refiere Lichtenberg (2012), es explicada inadecuadamente; con todo, el concepto de agresión introducido por Perls *et al.* no deja de ser útil pero se sugiere al lector tener presente el artículo de Lichtenberg como una base para esta sección del presente ensayo.

Recapitulando, para Perls *et al.* (1951) la agresión es una acción dirigida hacia el encuentro *con* la alteridad en un sentido amplio, con lo animado e inanimado, es "dar un paso hacia' el objeto del apetito o la hostilidad" (p. 342). Las dificultades emergen no cuando el apetito es frustrado por la presencia de un obstáculo, en esta situación difícil la tensión estalla y surge la ira para trascender el obstáculo y alcanzar la meta, sino cuando las distintas formas de agresividad son inhibidas y se vuelven contra el self. Esto guarda coherencia con los resultados de algunas investigaciones que

relacionan la agresión en personas con bruxismo del sueño, las cuales señalan su incapacidad para demostrar la autoasertividad en situaciones de estrés (baja extraagresión), por lo que la agresión está dirigida a sí mismo (intraagresión) (Takemura *et al.*, 2006); sin embargo, como ya se ha mencionado, la etiología de este trastorno continua siendo discutible.

Esto permite ubicar las inhibiciones de la agresión en el proceso de ajustamiento creativo. Debido a que conductualmente esta se expresa, característicamente, mediante el cierre de la boca apretando o enseñando los dientes (p. 341) y otras conductas, es posible mostrar cómo esta actitud se manifiesta a lo largo de la secuencia; situación inconclusa que luego se manifestará mientras se duerme y en el contenido de los sueños. A continuación se ilustra la estructura del BS mediante el análisis de una pequeña viñeta clínica.

Confluencia. Una mujer de 27 años, trabajadora social, acude a consulta referida por el odontólogo por BS. La paciente ignora la causa del desgaste dental, el cual lo atribuye a la caries, así como el hábito mandibular durante la noche. Por este motivo acude al odontólogo para someterse a una operación cosmética, quien le indica que el desgaste se debe al apretar de la mandíbula mientras duerme ocasionado por el estrés, ante lo cual expresa sorpresa. Perls *et al.* (1951) refieren que la confluencia insana es "la actitud de -no reconocer la nueva tarea en absoluto- agarrarse a la inconsciencia, como si se aferrara al comportamiento acabado para encontrar la satisfacción" (p. 451) es evitar que este "sea arrebatado (por el destete)... [mediante la fijación de la mandíbula] en un morder-aferrar" (p. 452). Especialmente la confluencia insana ocurre mientras se duerme. Mientras el sueño acontece en un estado de confluencia sana, las perturbaciones del dormir y el BS ocurren en un estado de confluencia insana, "en el marco de la parálisis muscular y de la desensibilización, la satisfacción [alucinatoria del deseo y la expresión de la agresión reprimida en la vigilia] solo es posible en la espontaneidad aleatoria [de los movimientos de la mandíbula en el dormir u otras conductas si esta se despliega en la vigilia], independiente de la vigilancia-del-yo" (p.452).

Introyección. Al inicio de la intervención la paciente no se percibe estresada. En el transcurso de la sesiones refiere que siente desagrado por su trabajo (labora en el área de recursos humanos en una clínica particular), "no es lo que quisiera estar haciendo"; pues en realidad "me gustaría dedicarme al trabajo comunitario." Lo cual ha causado un sentimiento de conformismo, llevándole a pensar que quizás es una meta muy alta, "esto no se

puede hacer aquí." Al respecto Perls *et al.* (1951) dicen: "el introyector ha llegado a aceptar su apetito frustrado invirtiendo su afecto antes de que pueda reconocerlo. Esta inversión se lleva a cabo simplemente por la inhibición del mismo. Lo que uno quiere se siente como inmaduro, desagradable, etc." (p. 453). Es un claro ejemplo de formación reactiva. La satisfacción se consigue en el masoquismo de la inhibición de la náusea y el cierre hermético de la mandíbula (pp. 445, 453).

Proyección. La paciente refiere dificultades en sus relaciones interpersonales en su entorno laboral, no expresa directamente su opinión y descontento en las situaciones de trabajo o en los conflictos con sus colegas. Esta interrupción sobre todo ha sido observada en la paciente como una ideación de lo que hubiera dicho o hecho en tales situaciones y como queja, mas no como un pensamiento de tipo paranoide. De acuerdo con Perls *et al.* (1951), en la proyección la persona "se comunica 'manteniéndose a la espera', en silencio, refunfuñando o rumiando" y su agresividad y frustración únicamente se satisfacen en "el *acting-out* de la escena dramática temida como en un sueño" (p. 454).

Retroflexión. La retroflexión es probablemente la manifestación más patente del bruxismo de la vigilia; no obstante, es de suponer que dicha interrupción también ocurre en quienes padecen durante años el BS. La paciente reporta que actualmente es consciente del cierre de la mandíbula mientras está llevando a cabo actividades que requieren de un grado de esfuerzo físico o concentración y, en ocasiones, cuando comienza a dormir. Este mecanismo también guarda relación con la falta de autoassertividad y expresión de la agresión, presentes en la interrupción anterior. Perls *et al.* (1951) señalan que si el individuo emprende la acción y está comprometido con la situación "ya sea en el amor, la ira, la pena, el dolor, etc., pero no puede hacerle frente y debe interrumpirla, porque tiene miedo de hacer daño (destruir) o ser herido, necesariamente se va a sentir frustrado: entonces las energías comprometidas se vuelven contra los únicos objetos seguros disponibles en el campo, su propia personalidad y el cuerpo" (p. 455).

Egotismo. Poco se puede decir sobre este "mecanismo" en relación con el BS, en el caso en particular no está presente esta forma de evitación. De manera hipotética se puede sugerir que es propia del bruxismo que ocurre en la vigilia, donde se es consciente del hábito durante el día y existe hipertrofia de los músculos masticatorios. Es decir, hay "una confluencia con la conciencia [*awareness*] deliberada y un intento de aniquilación

de lo incontrolable... [y] exigencias imposibles... [a la] fisiología" (Perls *et al.*, 1951, pp. 456-457). Aunque también esto es posible en casos de BS ya que a menudo coexiste con el de la vigilia, y también a que un porcentaje de quienes padecen BS son conscientes de la conducta mandibular durante el día.

Con relación a los sueños de la paciente se ha observado que estos son de contenido agresivo (no pesadillas). Molina, Santos, Sobreiro y Cano (2015) han encontrado un alto nivel de contenido agresivo en las pesadillas y sueños de sujetos con bruxismo y trastornos craneomandibulares; sin embargo, en la práctica no ha sido posible establecer una correlación entre el apretar de los dientes y el sueño de tipo agresivo, ya que la paciente no siempre tiene sueños de este tipo y porque el apretar de los dientes no ocurre todos los días. No obstante, las situaciones inconclusas emergen en el sueño; de acuerdo con Delacroix (2001) el sueño es un revelador del estado del self en el campo –tanto en su funcionamiento sano o perturbado– de este modo:

El organismo va a suscitar distintas categorías de sueños... [ofreciendo] indicaciones sobre la disposición de los mecanismos de interrupción del ciclo, y el acceso puede realizarse a veces ya sea mediante la retroflexión, a veces mediante la proyección, y a veces también mediante la confluencia o la introyección [o el egotismo] (p. 149).

Resumiendo, se ha revisado la estructura de la experiencia del bruxismo del sueño, mostrando los diversos momentos de interrupción de la agresión y frustración del apetito. Por absurdo que parezca, se han enlistado todos los "mecanismo" lo que es incuestionable ya que toda perturbación contiene algo de inconsciencia, hay una falsa identificación, un rechazo de la emoción, una vuelta de la agresión contra el self y presunción (Perls *et al.*, 1951). Se ha aludido a la experiencia durante la vigilia porque ineludiblemente esta influye o co-crea la perturbación del sueño, el cual es una función en el campo social. Finalmente, es necesario señalar que las opiniones aquí vertidas son meramente descriptivas y relativas al caso estudiado, ya que las interrupciones de la agresión admiten otras formas de expresión, por lo que no habrá que tomarlas como normativas.

CONCLUSIÓN

Este ensayo ha surgido a partir de una serie de reflexiones en torno a la intervención clínica en los trastornos del sueño y en los vacíos teóricos encontrados en la

terapia gestalt que no permiten “conceptualizar” este tipo de experiencias perturbadas. Sucintamente, he expuesto la teoría de los sueños trazada por Perls *et al.* (1951), agregando una propuesta inicial de las perturbaciones del sueño. Otros tópicos han quedado en el camino, que por motivos de espacio no han sido revisados; por ejemplo, traigo a colación algunas de las preguntas hechas por Delacroix (2001): cómo crea el organismo el sueño, por cuáles mecanismos la retroflexión –u otra interrupción– suscita imágenes en el estado alterado de conciencia del sueño, o cómo son posibles los sueños lúcidos, etcétera. Al igual que él, no tengo respuestas a dichas preguntas, su contestación incumbe a los terapeutas gestalt para consolidar una teoría gestalt de los sueños coherente con su corpus teórico.

REFERENCIAS

1. American Academy of Sleep Medicine (2014). International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Darien, IL. AASM
2. Crocker SF (2007). Dramatic Gestalt Dreamwork. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 4(1), 67-84
3. Delacroix JM (2001). Cette nuit j'ai rêvé pour le groupe ou Le rêve en tant que phénomène de champ. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 2, 139-168
4. Etienne A (s.f.). Hacia una clasificación de sueños. Recuperado de <http://psicologia.gestaltentuvvida.com.mx/wp-content/uploads/2014/05/03-hacia-una-clasificacion.pdf>
5. Etienne A (2014). Sueños: trozos de vida por asimilar. *Revista Figura Fondo*, 35, 159-162
6. From I (1978). Dreams: contact and contact boundaries. E. Mark Stern and Don Lathrop Interview Isadore From. *Voices* 14(1), 14-22
7. From I (1988). An oral history of Gestalt therapy, part 2: A conversation with Isadore From/Entrevistador: Edward Rosenfeld. An oral history of Gestalt therapy: Interviews with Laura Perls, Isadore From, Erving & Miriam Polster, and Elliott Shapiro Highland, NY; The Gestalt Journal Press
8. Goodman P (1960). *Growing Up Absurd. Problems of Youth in the Organized System*. New York: Random House
9. Goodman P (1966). *Five Years*. New York: Brussel & Brussel
10. Hobson JA (2009). REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(11), 803-813
11. Krystal AD (2012). Psychiatric disorders and sleep. *Neurologic clinics*, 30(4), 1389-1413
12. Lichtenberg P (2012). Inclusive and exclusive aggression: Some (gestalt) reflections. *Gestalt Review*, 16(2), 145-161-
13. Molina OF, Santos ZC, Sobreiro MA, Cano ML (2015). Anger held inward, aggressive dream content in craniomandibular disorders and bruxers. *Revista Neurociencias*, 23(4), 522-529
14. Parmeggiani PL (2011). *Systemic homeostasis and poikilostasis in sleep*. London: Imperial College Press
15. Perls FS (1974). *Sueños y Existencia*. Chile: Cuatro Vientos
16. Perls FS (1975). *Yo, Hambre y Agresión*. México: FCE
17. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Delta Publishing Co
18. Staemmler FM (2009). *Aggression, time and understanding: Contributions to the evolution of Gestalt therapy*. New York: GestaltPress/Routledge, Taylor
19. Solmi (2015). *L'adattamento creativo del digrignare: una lettura Gestaltica del bruxismo (Tesis de especialización inédita)*. Istituto di Gestalt Therapy-H.C.C. Kairòs, Venecia
20. Takemura T, Takahashi T, Fukuda M, Ohnuki T, Asunuma T, Masuda Y, Shimizu T (2006). A psychological study on patients with masticatory muscle disorder and sleep bruxism. *Cranio: the journal of craniomandibular practice*, 24(3), 191-196
21. WHO (2016). ICD-10 Online Version (Versión 2016). Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>