

**Sistematización de la Evaluación e intervención Psicológica de los pacientes
Asistentes al Centro Médico Divino Niño de la Ciudad de Bucaramanga**

Francy Mireya Caviedes Bautista

**Proyecto de Grado Como Requisito para Optar el Título de
Especialista en Psicología Clínica**

Asesor

Psic. Jesús María Gálvez Hoyos Mg.

Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga

Especialización en Psicología Clínica

Psicología de la Salud

2012

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis hijos Andrés y Michell al igual que a mi esposo, por sus interminables horas de comprensión, acompañamiento y apoyo, para que sea una realidad esta experiencia.

A mi madre...

A mi padre...

A mis hermanos

A mis amigos

A “mis pacientes”

¡Gracias a todos por ser como sois!

Tabla de Contenido

	pág.
Introducción	8
1. Objetivos	15
<i>1.1 Objetivo General</i>	15
<i>1.2 Objetivos Específicos</i>	15
2. Metodología	16
<i>2.1 Población</i>	16
<i>2.1.1 Muestra</i>	16
<i>2.1.2 Instrumentos</i>	16
3. Resultados	19
4. Discusión	29
5. Reflexión Sobre la Experiencia de Práctica	31
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	36

Lista de Figuras

	pág.
Figura 1. Descripción de las variables sociodemográficas: género	19
Figura 2. Asistencia por edad	20
Figura 3. Estado civil de la población	20
Figura 4. Estrato socioeconómico	21
Figura 5. Porcentaje de las problemáticas atendidas	21
Figura 6. Selección de la muestra	22
Figura 7. Estado civil de la muestra.	23
Figura 8. Comparación de medidas entre pre-test y pos-test para el Inventario de ansiedad de Beck (BAI).	23

Lista de Anexos

	pág.
Anexo 1. Historia Clínica Psicológica	36
Anexo 2. Declaración de Consentimiento Informado	38
Anexo 3. Formulación de Caso	39

Resumen

TITULO SISTEMATIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LOS PACIENTES, ASISTENTES AL CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO DE BUCARAMANGA.

AUTOR FRANCY MIREYA CAVIEDES BAUTISTA

FACULTAD Especialización de Psicología Clínica

DIRECTOR JESÚS MARÍA GÁLVEZ HOYOS

Para Campo & Cassiani (2008), los trastornos mentales son un problema prioritario de salud pública, ya que se inician en edades muy tempranas, lo cual genera un alto nivel de discapacidad y representa para las instituciones, la familia y la sociedad una carga. El presente trabajo tuvo como objetivo principal sistematizar la evaluación e intervención desde el enfoque Gestalt en pacientes del Centro Médico Divino Niño de Bucaramanga. La muestra estuvo conformada por tres sujetos, 2 de género femenino y 1 masculino, asistentes al Centro Médico Divino Niño de la ciudad de Bucaramanga, entre 24 y 50 años de edad, estrato socioeconómico medio bajo, nivel educativo primaria y profesional. El trastorno que prevaleció para este estudio fue la ansiedad. La intervención se desarrolló en 5 sesiones individuales con técnicas de psicoterapia Gestalt. Los resultados del trabajo evidencian que se establecieron diferencias entre el pre-test y pos-test, haciéndose manifiesto en las escalas de ansiedad por lo que puede decir que fue efectiva la Psicoterapia en intervenciones con otras variables.

Palabras claves: Ansiedad, Evaluación, Intervención, Psicoterapia Gestalt

SUMMARY

TITULO	SISTEMATIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LOS PACIENTES, ASISTENTE AL CENTRO MÉDICO DIVINO NIÑO DE BUCARAMANGA.
AUTHOR	FRANCY MIREYA CAVIEDES BAUTISTA
FACULTY	Especialización de Psicología Clínica
DIRECTOR	Jesús María Gálvez Hoyos

For Field & Cassiani (2008), mental disorders are a public health priority problem, as they start at very early an age, which generates a high level of disability and represents for institutions, family and society a burden. This study aimed to systematize main assessment and intervention from the Gestalt approach in patients Divine Child Medical Center of Bucaramanga. The sample consisted of three subjects, two female and one male, attending the Divine Child Medical Center in the city of Bucaramanga, between 24 and 50 years old, medium low socioeconomic status, primary and vocational education. The disorder that prevailed for this study was anxiety. The intervention took place in five sessions with Gestalt psychotherapy techniques. The results of the study show that settled differences between the pre-test and post-test, becoming manifest anxiety scales so you can say it was effective psychotherapy interventions with other variables.

Keywords: Anxiety, Assessment, Intervention, Gestalt Psychotherapy

Introducción

El Centro Médico Divino Niño se encuentra ubicado en la ciudad de Bucaramanga en la Carrera 20 No. 36 – 80, cuenta con doce sedes en diferentes poblaciones del departamento de Santander. Esta institución tiene 35 años prestando sus servicios a la población de estratos 2 y 3, en su gran mayoría de procedencia de veredas y pueblos cercanos a la ciudad. Ofrece consulta externa, el énfasis en los tratamientos son las Medicinas Alternativas tales como Homeopatía, terapia neural, acupuntura. Al centro médico asisten en promedio unos 500 pacientes al mes, de los cuales aproximadamente unos 40 pacientes son remitidos por el cuerpo médico para ser valorados por psicología. El centro médico no contaba con el servicio de psicología clínica, por lo tanto cuando se presentó la propuesta para hacer la evaluación e intervención psicológica a los pacientes, fue aprobada por la junta administrativa.

Entre las principales remisiones que se hacen por parte de los médicos del centro se encuentran: consultantes con síntomas de hiperactividad, depresión, consumo de sustancias alucinógenas o psicoactivas, duelo entre otras patologías. Los pacientes con síntomas de ansiedad son los de mayor número de remisión, estos pacientes se encuentran en un rango de edad entre los 5 y los 60 años aproximadamente. Al encontrar que la ansiedad fue la causa de mayor consulta, este trabajo se desarrolló con énfasis en el tratamiento de la ansiedad teniendo como base técnicas de la Psicología Gestalt.

Actualmente según Kohn, Saxena, Levav, y Saraceno (2012), el porcentaje de pacientes que sufren de trastornos relacionados con la ansiedad va en crecimiento. La ansiedad se puede presentar en todas las personas sin tener en cuenta la edad (Ayuso, 1988). El miedo anticipado a padecer un daño o alguna desgracia en el futuro son síntomas presentes en la ansiedad, al igual que la irritabilidad, la dificultad para concentrarse, la agitación y la inquietud. Para Palmero y Fernández (1998), la ansiedad, el miedo, la felicidad, la ira, o la tristeza tienen una función muy importante relacionada con la supervivencia del ser Humano. En la mayoría de los casos no requiere tratamiento, solo cuando se hace suficientemente intenso como para constituirse en un problema de salud que esté influyendo en la vida laboral o familiar se deberá hacer tratamiento.

Miguel y Cano (1997), definen la ansiedad como la respuesta o el patrón de respuestas que incluye tres aspectos principalmente. Por una lado el aspecto cognitivo, como las

preocupaciones, los pensamientos o sentimientos de inseguridades, temor a que se note la ansiedad y al qué dirán, que pueden ser displacenteros de tensión y aprensión; el otro aspecto es el fisiológico, donde se da una alta activación del sistema nervioso autónomo, se producen manifestaciones tales como molestias en el estómago, sudor, temblor y palpitaciones. El último aspecto a tener en cuenta es el motor, que puede presentar comportamientos poco ajustados o adaptativos con movimientos repetitivos de pies, manos y evitar situaciones específicas. Para estos autores la ansiedad puede ser producida por estresores externos, situacionales o por estímulos internos como los pensamientos e ideas, las cuales puede el sujeto ver como amenazantes o peligrosas.

Por otro lado para (Arcas y Cano, 1999, p. 132), “la ansiedad ha sido comprendida como respuesta emocional y como rasgo de personalidad; como emoción la ansiedad es entendida como un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda no resultar peligroso”. La ansiedad también es entendida como reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo y va acompañada por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables, por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación concreta, aunque también puede provocarlas información interna del propio individuo.

En esta misma línea Bilbao (2010), se refiere a la ansiedad como el estado desagradable semejante al miedo, sin que exista una manifestación de peligro aparente, se da un contexto de sospecha anticipatoria de temor al posible peligro, con excitación vegetativa presentando manifestaciones como alerta, vigilancia, y tensión motor. El nivel de la ansiedad tiene diferentes grados que pueden ir desde inquietudes mínimas hasta temblores notables que llegan a la angustia, que es el extremo de la ansiedad. Existe la ansiedad que surge de manera inesperada la cual se denomina ansiedad espontánea y si los síntomas son muy intensos se reconoce como angustia espontánea. Las enfermedades psicósomáticas se pueden presentar cuando los síntomas de la ansiedad son muy intensos y perduran durante largo tiempo. Para Bilbao (2010), dentro de la práctica cotidiana en los consultorios, se ha evidenciado que aproximadamente el 75% de los pacientes cuando se les diagnosticado con depresión presentan ansiedad, preocupaciones constantes, temores y se pueden derivar estos síntomas de una ansiedad inicialmente. No se debe

olvidar que existen trastornos somáticos que pueden presentar ansiedad, dentro de la cuales están; infarto agudo del miocardio, angina de pecho, arritmias, las insuficiencias cardíacas, también está el asma, encefalopatías, convulsiones, vértigo, anemia diabetes entre otras. Igualmente existen ciertos fármacos que podrían producir síntomas similares a la ansiedad (Bilbao, 2010). Es importante en el momento de realizar la recolección de los datos de los antecedentes personales del paciente, verificar si ha padecido o está padeciendo alguna de las enfermedades antes mencionadas o si está consumiendo algunos medicamentos que podría estarle generando un cuadro de ansiedad.

En la actualidad uno de los criterios más utilizados para el diagnóstico y definición de la ansiedad es el propuesto por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR 2004), destaca el componente cognitivo desencadenante del trastorno, añadiendo al primer criterio de ansiedad la preocupación excesivas acerca de eventos de la vida cotidiana, un segundo criterio de incontrolabilidad de estas preocupaciones, y reduciendo la importancia de los componentes somático y motor en la definición de dicho trastorno, esta sintomatología debe estar presentando durante seis meses o más.

Los trastornos son:

- De Pánico
- De Ansiedad Generalizada
- Obsesivo Compulsivo
- De Ansiedad Social
- Por estrés postraumático
- Fobias Específicas

Para comprender los posibles orígenes y causas de la ansiedad se debe tener en cuenta la teoría de (Davison y Neale, 2007), los cuales dan la explicación desde los diferentes enfoques. A continuación se mencionarán los principales enfoques de las posibles causas de la ansiedad. Está el enfoque biológico que postula que produce una activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce con síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo como el aumento del tono simpático y del sistema endocrino, estimulando el sistema límbico y la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos. Por otro lado para la Teoría Psicoanalítica de Freud, sustenta que la angustia es más un proceso biológico

fisiológico insatisfecho dando respuesta al organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma (Barrera, Manzano, & Zavala, 2010). Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad. Con respecto a la Teoría Conductista, se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno. La teoría cognitiva considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados (Barrera, Manzano, & Zavala, 2010).

Mientras que la teoría Gestalt sostiene que la ansiedad se genera cuando el paciente ha perdido el contacto consigo mismo y que no está dispuesto a saber lo que realmente le está sucediendo y se podría generar el miedo. Los miedos se componen principalmente de tres dimensiones, las cuales son las zonas de contacto (Bilbao, 2010). Las personas que padecen de ansiedad o angustia están en constante uso de mecanismos de defensa. Estas defensas las utiliza para lograr establecer un equilibrio interno que le permita ser funcional y poderse adaptar a su entorno. Entre los mecanismos de defensa están; la evitación que es mecanismo de defensa que permite que el sujeto se aleje, evite, lo que le está generando terror. Pero estar en constante evitación le puede producir una dependencia ansiosa a las conductas evitativas. Igualmente está la hipervigilancia donde el paciente con ansiedad, están frecuentemente pendientes de sus miedos y al mismo tiempo son controladoras, para poder reaccionar ante una posible emergencia saben cómo hacerlo, se estaría generando otra defensa.

En este orden de ideas es importante señalar cuál es el índice de presencia de la ansiedad a nivel nacional y local. La encuesta mundial de salud mental organizada por la Organización

Mundial de la Salud (OMS, 2003), sostiene que en Colombia los trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia que otros trastornos mentales. La investigación Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y discapacidad (Posada, Buitrago, Medina, & Rodríguez, 2006), arrojó como resultados que; en Colombia la ansiedad es el diagnóstico más alto en enfermedades mentales con un 19.3% comparado con otras patologías del trastorno de ánimo y el consumo de sustancias. En cuanto a la prevalencia de la ansiedad según el género femenino se presenta en un 56% siendo más alto que en el género masculino, en cuanto a la población es más frecuente entre los 18 y 65 años edad, los cuales reportan que alguna vez padecieron de ansiedad, igualmente en la investigación arrojó datos, donde la fobia específica es la de mayor prevalencia. Por otra parte la edad de inicio de estos trastornos es de los 7 años. Lo que señala este estudio es que en Colombia los trastornos de ansiedad son los más altos con prevalencia de mujeres entre los 18 y los 65 años (Posada, Buitrago, Medina, y Rodríguez, 2006).

En otra investigación titulada Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad de Colombia, la cual incluyó una muestra de 103 estudiantes voluntarios a los que se les aplicó el instrumento de evaluación M.I.N.I. Los resultados mostraron que el 70,6% de la población estudiada reportó haber presentado algún trastorno mental alguna vez en su vida, con mayor prevalencia los estados de ánimo luego la ansiedad y los agrupados por el uso de sustancias no alcohólicas. Por otro lado de mayor prevalencia en mujeres con diagnósticos de depresión angustia, la fobia social, y en los hombres el trastorno asociado al uso de sustancias no alcohólicas, trastornos de depresión y luego el trastorno de ansiedad (Londoño, Juárez, Marín, Muñíz, Agudelo & Gómez, 2008).

A nivel regional para el 2009, en Santander los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo con una prevalencia del 32.3% y los trastornos neuróticos le sigue con un 25,2%, con mayor proporción en las mujeres, con edades entre los 35 y los 58 años. En definitiva las investigaciones antes mencionadas muestran que en Colombia se evidencia un alto índice de trastorno de ansiedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

En psicología existen diferentes tratamientos, con diversas técnicas, para el trastorno de ansiedad. En este trabajo se realizó desde la psicoterapia Gestáltica, es un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que está viviendo la persona, en el aquí y el ahora, lo que se busca es que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que está pasando,

dentro de él y como se está relacionando con su entorno. Este enfoque terapéutico fue creado por Fritz y Laura Perls, matrimonio alemán que sintetizó, a lo largo de los años 50 en Estados Unidos, sus influencias respectivas fueron; por un lado el psicoanálisis en el caso de Fritz (1893-1970), psiquiatra formado con Clara Happel, Wilhem Reich y Karen Horney entre otros, y por la Psicología de la Gestalt o de la Forma en el caso de Laura (1905-1990). Aunque pueden rastrearse otras muchas influencias más o menos implícitas está, el teatro y el psicodrama, el pensamiento fenomenológico y existencialista y el zen como más importantes (Jonquera y Moncada, 2006).

La terapia Gestalt, es de corte Humanista. Este enfoque se basa en lo descriptivo, la intuición, la creatividad y el respeto. Cuando se realiza un diagnóstico desde este enfoque siempre es una experiencia del presente de una manera descriptiva y no interpretativa, que quiere captarlos síntomas y signos de la experiencia subjetiva permitiendo entrar en contacto con la realidad del paciente (Yontef, 1995).

La Psicoterapia Gestalt busca que los seres humanos sean capaces de vivir en un contacto significativo con su realidad y su sociedad, sin ser atrapados por ella pero al mismo tiempo sin alejarse de ella (Bilbao, 2010). Además el foco central es la interacción que se da entre el límite que tiene en ser humano con su entorno y el organismo, que se produce el sí mismo, la cuales son una función de esta interacción es estática pues se da un proceso fluido sin naturaleza propia.

Ginger y Ginger (1993, p. 13-16), definen la terapia Gestalt “como el conjunto de técnicas que aclaran y aumentan la conciencia de sí mismo para liberar y permitir el progreso en su propia manera única y conscientemente guiada”. La terapia Gestalt desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano integrando, a la vez sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales y sociales.

Para comprender aun más la Psicoterapia Gestalt a continuación se describirán brevemente los principales conceptos teóricos. Entre ellos: el contacto el cual favorece la relación que hay entre el mismo y el ambiente que le rodea y es por medio del contacto que se logra hacer cambios, pues una vez se dé el contacto las cosas no siguen igual, (Bilbao, 2010). Este contacto se da en tres zonas según Perls (1976), así: la zona externa, la zona intermedia y la zona de la fantasía. Cada ser humano tiene su espacio vital desde el cual decide recibir a darse a los demás, si es invadido por otro se va a sentir amenazado en la integridad individual, pero si se mantiene una rigidez de evitar el contacto con los demás se está corriendo el riesgo a terminar en

soledad, esta reducción de contacto se puede deber al miedo de perder el límite. Otro principio de la Gestalt es darse cuenta, que es el sentir espontáneo que aflora en la persona, en lo que está haciendo, sintiendo o planteado. La terapia busca que el paciente se dé cuenta de cómo está funcionando ahora su organismo y como la persona toma conciencia que es el núcleo fundamental terapéutico y teórico de la terapia Gestalt. Por lo que el darse cuenta alude a cierto tipo de experiencia inmediata, un continuum de conciencia, es un proceso gradual que forma parte de la relación individuo ambiente, incluye pensamiento y sentimiento, pero se basa siempre en la percepción de la situación actual; la percepción da lugar al aprendizaje y al descubrimiento de respuesta adecuada, la que depende de la estructuración del campo y del surgimiento de una Gestalt. Además existe el principio del ciclo de la experiencia se muestra de forma clara y fácil el momento en que se presentan interrupciones que impiden el satisfacer la necesidad del instante. Se lleva al contacto que implica el lograr resolver un asunto inconcluso (Perls, 1976).

Entre las técnicas más usadas está la silla vacía, es un trabajo de imaginación, donde el paciente sienta en una silla, a la persona o personas, a las cuales no les ha podido expresar realmente las emociones o sentimientos, para lograr ser aceptadas y asimiladas (Castanedo, 1997). También está el aquí y ahora, que significa vivir el presente, su objetivo es el construir el yo y recobrar la autoconfianza. La terapia rechaza el pasado porque ya no existe, no se ocupa del futuro porque aún no ha llegado, enfatiza el poder del presente (Castanedo, 1997). Otra técnica es la figura fondo, donde siempre va haber una figura algo que resalta del fondo, algo con más fuerza relevante. La figura son las situaciones que está viviendo la persona en su presente, en su familia, en su pareja, el lo sexual y en lo social entre otras situaciones. Y el fondo está compuesto por factores del pasado como: los asuntos inconclusos, introyectos, factores genéticos, herencia poligénica, conflictos reales, Gestalt inacabada, entre otros factores (García, 2009).

1. Objetivos

1.1 Objetivo General

Sistematizar la evaluación e intervención desde el enfoque Gestalt en pacientes del Centro Médico Divino Niño de Bucaramanga.

1.2 Objetivos Específicos

- Evaluar desde el enfoque Gestalt, pacientes del Centro Médico Divino Niño de Bucaramanga.
- Intervenir desde un enfoque Gestalt individualmente a los pacientes del Centro Médico Divino Niño de Bucaramanga.

2. Metodología

2.1 Población

Se trabajó con 24 pacientes asistentes al Centro Médico Divino Niño de Bucaramanga, remitidos a Psicología por presentar síntomas de ansiedad, trastorno bipolar hiperactividad, duelo, consumo de sustancias alucinógenas o psicoactivas y depresión entre otros.

2.1.1 Muestra

Se seleccionaron para este trabajo tres (3) pacientes, dos de sexo femenino y 1 de sexo masculino, el 11% de la población total; entre 24 y 50 años, de estrato socioeconómico 2 y 3, con nivel educativo; un paciente es profesional, el otro terminó la primaria y el otro se encontraba cursando una carrera técnica. Para la selección se tuvo en cuenta el compromiso por parte de los pacientes para realizar el proceso, la similitud de los síntomas del motivo de consulta.

2.1.2 Instrumentos

Historia Clínica: Instrumento que recopila la información de los participantes, datos como; identificación, motivo de consulta, antecedentes familiares, personales, médicos, impresión diagnóstica e intervención.

Observación: Es el procedimiento que dirige la atención hacia un hecho de la realidad, teniendo como base la información que se obtiene con los sentidos.

Entrevista: Es una técnica, donde se da un intercambio verbal, que ayuda a reunir datos durante un encuentro de carácter privado y cordial. Donde una persona se dirige a otra cuenta su historia, sus síntomas, sentimientos entre otros temas, dando respuestas a preguntas abiertas (Acevedo y López 2004). Se realizaron entrevistas semiestructuradas y abierta de modo que se genera gran confianza entre los consultantes.

Formato de Consentimiento Informado: Protocolo escrito, donde se explica claramente a cada participante, el proceso de la intervención y los objetivos de la misma.

Autorregistro: Técnica de registro por medio de la auto observación. Se obtiene información de rasgos, factores o dimensiones de la personalidad al igual que estructuras de creencias y expectativas. Se pueden emplear preguntas estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas para facilitar la recolección de datos.

Inventario de ansiedad BAI – III: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Este inventario evalúa la intensidad de los síntomas ansiosos. Es un inventario de 21 ítems en donde se debe señalar en una escala de 0-3 el grado de molestia que cada síntoma de ansiedad está generando al individuo. Los elementos se suman para obtener una puntuación total que puede ir de 0 a 63. Es una de las escalas más usadas para evaluar ansiedad y sus propiedades psicométricas son muy buenas (Sanz y Navarro, 2003).

Biografía: Es la historia de vida de una persona, donde se reportan los hechos más importantes de su vida, los logros, fracasos y lo significativo de la vida.

Procedimiento

Fase inicial: Se presentó la propuesta para realizar evaluación e intervención a los pacientes del centro médico.

Selección de la muestra: Se seleccionaron 3 pacientes, de los 24 consultantes atendidos para ser valorados por Psicología, entre febrero y mayo del presente año.

Proceso de Evaluación y valoración: Esta fase se desarrolló en dos sesiones. En la primera, se efectuó la recepción de los pacientes, luego se les realizó una entrevista individual, donde se expuso la propuesta de intervención, se les entregó el consentimiento informado el cual firmaron todos los participantes, igualmente se recolectan datos de la historia clínica. Durante la segunda sesión se llevó a cabo la evaluación por medio de los instrumentos y la historia clínica. En las siguientes secciones se realizó la intervención.

Análisis de los resultados de la evaluación: Después de haber realizado la aplicación de los instrumentos para la evaluación, se procedió a organizar la información recolectada, analizarla y llevar a cabo la sistematización.

Diseño de la intervención: A partir de la información obtenida de la evaluación se establecieron los elementos para el plan de intervención individual, según el diagnóstico arrojado por las pruebas aplicadas y corroborado con la historia clínica. Se llevaron a cabo cinco (5) sesiones por cada paciente, cada una de 45 minutos.

Análisis de resultados de intervención: Dentro del análisis realizado a los pacientes, se encontró que el 21% fueron diagnosticados con ansiedad con prevalencia del género femenino, por lo cual la intervención estuvo enfocada al tratamiento de la ansiedad con psicoterapia Gestalt con técnicas como el darse cuenta, la toma de contacto, el aquí y el ahora, entre otras.

Elaboración de informe y sistematización de la experiencia: Una vez recolectados los datos se procedió a la elaboración del informe, sistematización y la sustentación de los resultados en la Universidad.

3. Resultados

A continuación se presentan los resultados de los análisis realizados, por medio de figuras. Inicialmente se presentaran los datos de la información sociodemografica del total de los pacientes participantes del estudio, posteriormente se mostrará la información de la muestra seleccionada ,la comparación de los resultados de las pruebas aplicadas a la muestra y por último se describe cuales fueron los alcances de la intervención realizada.

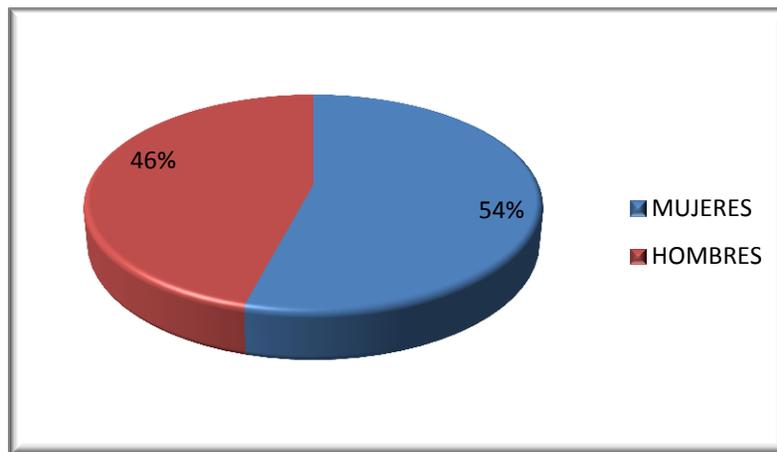


Figura 1. Descripción de las variables sociodemográficas: género

Fuente: Encuesta

La figura 1, muestra las variables sociodemográficas de la población en general que estaba conformada por 24 sujetos. 13 de sexo femenino son el 54% y 11 masculino para un 46%.

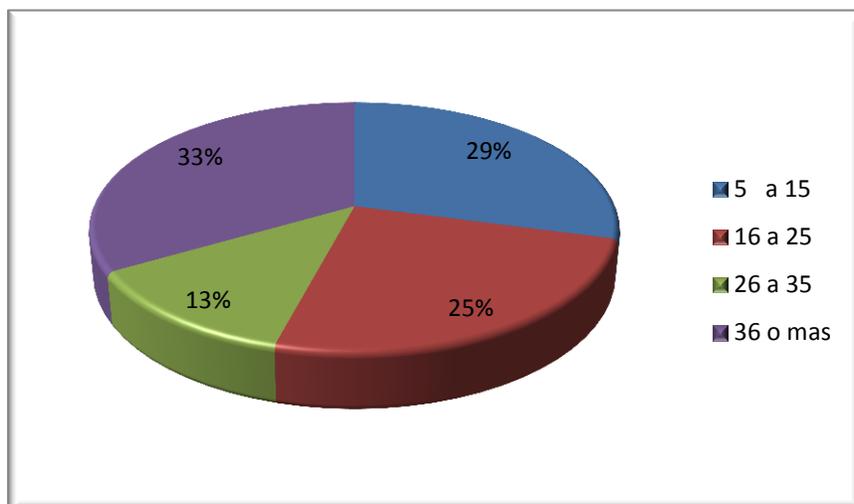


Figura 2. Asistencia por edad

Fuente: Encuesta

La figura 2 muestra que el mayor número de consultantes con un 33% estuvo ubicado en el rango de edad entre los 36 o más, el menor rango de edad lo constituyen personas entre 26 a 35 años con un 13%.

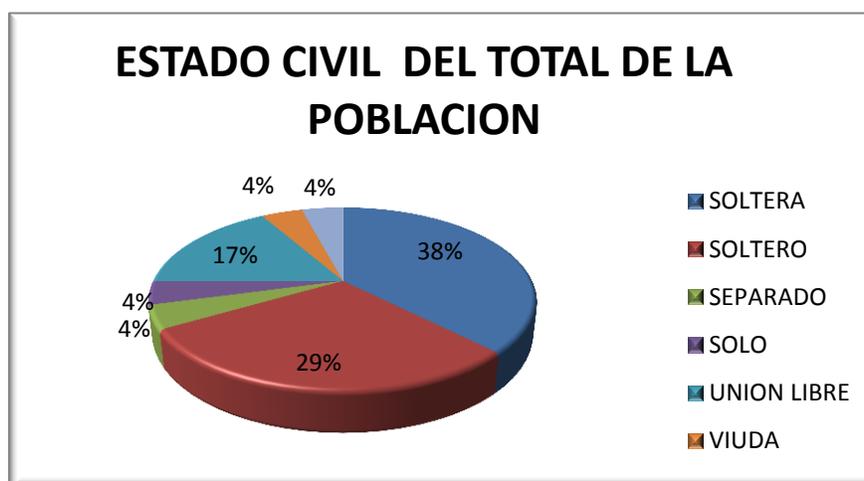


Figura 3. Estado civil de la población

Fuente: Encuesta

En la figura 3 se detalla, con respecto al estado civil de la población que el 38% fueron del sexo femenino solteras, el 29% eran solteros, unión libre con el 17%, viudos el 4%, unión libre el 4% y casados no se presento ningún paciente.

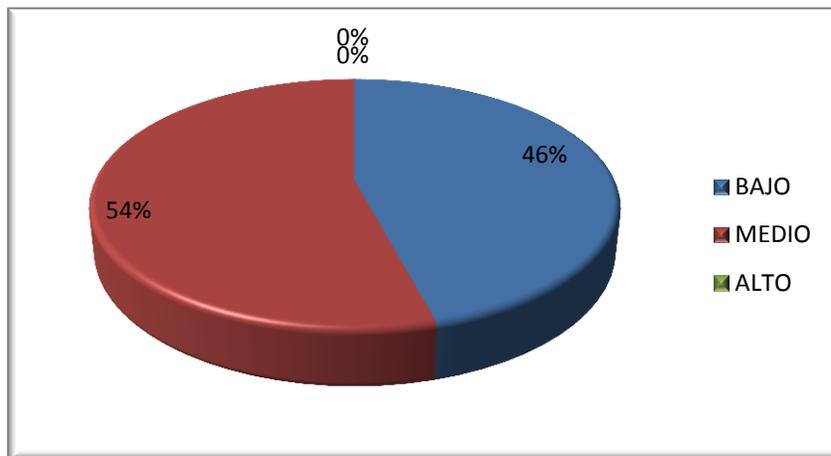


Figura 4. Estrato socioeconómico

Fuente: Encuesta

En la figura 4 se observa que el 54% de la población encuestada se encuentra en el nivel medio (estratos 3 y 4), mientras que el 46% en el nivel bajo (estrato 2 y 1), en el estrato alto no hay ningún consultante (0%).

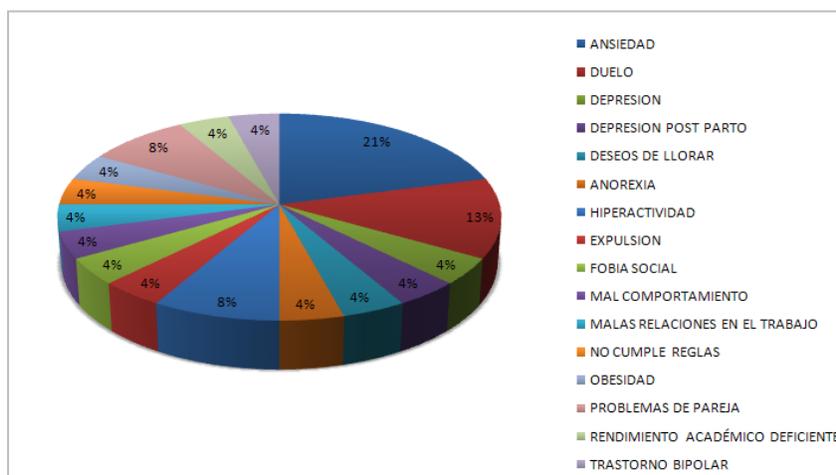


Figura 5. Porcentaje de las problemáticas atendidas

Fuente: Encuesta

En la figura 5 se detalla la prevalencia de las problemáticas atendidas. Mostrando que el 21 % de los consultantes del total de la población fue atendido por ansiedad con mayor prevalencia en el sexo femenino. Estos datos son consistentes con lo que reportan el estudio epidemiológico

(Londoño, Juárez, Marín, Muñíz, Agudelo y Gómez, 2008). Igualmente estos datos de la prevalencia de la ansiedad son concordantes con el informe de salud mental de Santander 2011, que mostraron que las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos de estado de ánimo. También en la figura 5 se puede evidenciar que el duelo se presenta en un 13%, le continúa la hiperactividad con el 8%. En forma descendiente se encuentran problemas de pareja con el 8%. La depresión y la depresión postparto al igual que fobias sociales tienen una prevalencia del 4%.

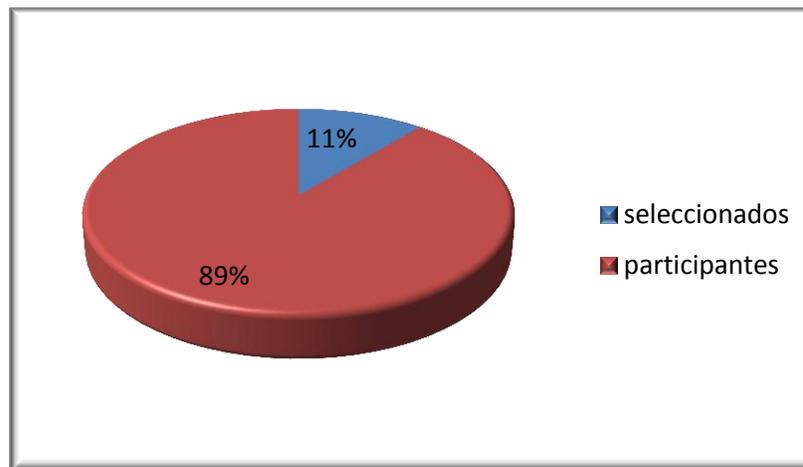


Figura 6. Selección de la muestra

Fuente: Encuesta

En la figura 6 se presenta el porcentaje de participantes en el estudio, de 24, el total de los consultantes, se seleccionaron 3.

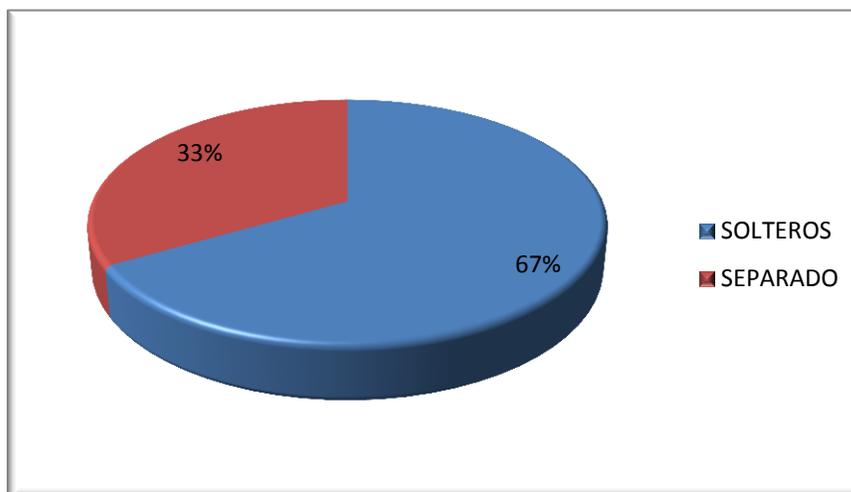


Figura 7. Estado civil de la muestra.

Fuente: Encuesta

La figura 7 muestra que el 67% de la muestra pertenecía a solteros y solteras, mientras que el 33% a separados.

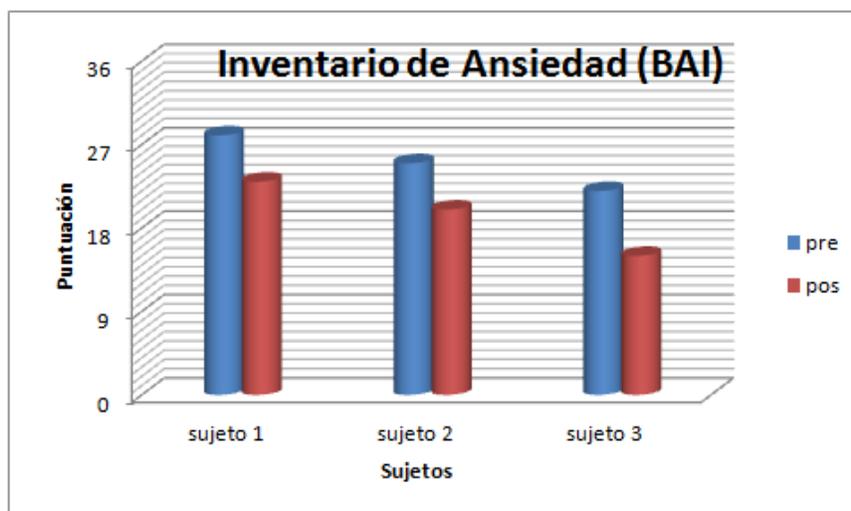


Figura 8. Comparación de medidas entre pre-test y pos-test para el Inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Fuente: Encuesta

Según los datos de la grafica 8, donde se hace comparación de medidas entre el pre-test y el post-test para el Inventario de ansiedad de Beck (BAI).El cual se aplica al iniciar el presente estudio y

en la 3 sesión. Para verificar la presencia o ausencia de ansiedad. Para el sujeto 1 el pre-test dio 28 puntos para una ansiedad moderada, y el pos-test 13 puntos para una ansiedad muy baja. El sujeto 2 con un pre-test de 25 puntos para una ansiedad moderada y el pos-test de 15 puntos ansiedad muy baja. Por último el sujeto 3 con un pre-test de 22 puntos para una ansiedad moderada y el pos-test de 15 puntos ansiedad muy baja. Lo que se puede deducir de estos resultados es que es significativa la disminución de los niveles de ansiedad para los 3 sujetos.

Tabla 1:

Comparación del diagnóstico.

EJE	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO3
EJEI	Trastorno de Ansiedad generalizada (300)	Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.	Trastorno de ansiedad generalizada. 300
EJEII	No aplica	No aplica	No aplica
EJEIII	Hipertensión arterial	No aplica	hipoglucemia
EJEIV	problemas con el grupo primario de apoyo, fue abandonado por sus padres biológicos	Inestabilidad en sus relaciones afectivas: ya que las sus relaciones afectivas con sus parejas son de corto tiempo. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: pues la relación con su familia es distante y poco afectiva. Fue abandonado por sus padres biológicos.	Problemas con el grupo primario de apoyo, fue abandonado por sus padres biológicos y con los que vive no hay buena comunicación.
EJE V	EEAG60 inicial y78 actual	EEAG 70 inicial y80 actual	EEAG inicial 70 y actual 86

En la tabla 1 se presenta la comparación del diagnóstico realizado con los participantes. Se encuentra ansiedad generalizada y abandono por parte de sus padres.

En la psicoterapia desde el enfoque Gestalt, de acuerdo con (Ginger y Ginger 1993) se trabaja con el consultante para que este identifique tanto problemas físicos, psicosomáticos o existenciales, a más de patologías graves y personas perturbadas, en quienes se presentan, de acuerdo con Bilbao (2010) pensamientos, creencias y fantasías sobre si mismo, los demás y el mundo que afectan el contacto en las áreas interna, externa y de fantasía, generando desbalances y el uso de mecanismos de adaptación para el restablecer el contacto con esas áreas en especial la de fantasía que tiene que ver con los pensamientos desadaptativos. El diagnóstico es una cuidadosa investigación de los hechos para determinar la naturaleza de las necesidades, es una búsqueda de significado, y esto en Gestalt se relaciona con al concepto de figura- fondo. Un adecuado estudio fenomenológico de la formación de este proceso en el paciente, puede llevar a la comprensión de su estructura psicológica, de su personalidad y de su identidad. Se deben tener presente las categorizaciones o evaluaciones en aras del contacto y del darse cuenta, un diagnóstico es parte indispensable de los procesos terapéuticos, sin que esto lleve a una separación del propio que hacer gestáltico.

Cambios en función con la intervención

A continuación se presentan un breve resumen del motivo de consulta y la modificación de acuerdo a la intervención realizada.

Sujeto 1

Paciente de 50 años de edad quien consulta porque comenzando la semana se “siente depresiva”. Desde hace 7 mese aproximadamente no logra dormir bien, con sensación de que le duermen los dedos de las manos, últimamente ha estado mal humorada, irritable, hiperhidrosis (sudoración excesiva). Siente que estos síntomas se agravan cuando llega a la casa, llora en repetidas ocasiones, relata sentirse culpable de que sus hijos se hayan ido de la casa por todos los síntomas que presenta. Su mayor intranquilidad son unos “ataques” de preocupación que le generan miedo a reiterar la depresión y a la soledad. El diagnóstico de depresión inicialmente se

presento hace 7 años, momento en el cual su esposo abandona la casa llevándose a los hijos, en este episodio fue hospitalizada y medicada. Para este estudio la impresión diagnóstica fue depresión y ansiedad generalizada.

Los objetivos terapéuticos fueron: lograr reconocer sentimientos, disminuir síntomas de preocupación, facilitar el cierre de Gestales e incrementar el autoestima. Se le aplican técnicas como el contacto, la silla vacía, el aquí y ahora, técnica de respiración, ciclos de la experiencia.

La terapia Gestalt favorece un proceso de toma de conciencia y crecimiento personal a través de lograr un equilibrio entre el contacto de sí mismo y su entorno el cual debe permanecer permeable para que se puedan dar cambios, pero fuerte para que de su autonomía (Bilbao, 2010). En este sujeto se evidenciaba que el conflicto que atravesaba a partir de la ruptura con su esposo.

En las primeras sesiones no era fácil que hablar o mostrara emociones, por lo cual se le aplica la técnica de contacto para que libremente permita que las emociones afloran y no luchar más con su deseo de no demostrarlas. Estas defensas las utiliza para lograr establecer un equilibrio interno que le permita ser funcional y poderse adaptar a su entorno (Bilbao, 2010). Igualmente al paciente se le trabaja el ejercicio del darse cuenta para que percibiera que era lo que realmente le está sucediendo aquí y ahora, dentro de sí mismo y de su contexto, que viene siendo la zona externa, por medio de preguntas ¿Qué ve, que percibe, que escucha? Después se llevó al contacto con su zona interna donde se encuentran las sensaciones y sentimientos que están dentro del consultante, esta exploración se realizó por preguntas como ¿Qué esta sentido, donde lo siente, como lo siente? Por último se llevó a pensar, imaginar, recordar para permitirle hacer contacto con su zona de la fantasía o zona intermedia (Bilbao, 2010). Cuando se logró que el paciente fuera consciente y aceptara sus emociones, sensaciones, pensamientos se logra disminuir los niveles de ansiedad, dentro de los cuales estaba la preocupación a volver a presentar depresión. Se considera que este resultado es el más significativo para este sujeto. Esto se ve reflejado en la gráfica 8, ya que en el pre-test la puntuación era de ansiedad moderada y en el pos-test ansiedad muy baja.

Sujeto 2

Joven de 27 años, refiere que hace 8 meses “no puede dormir bien y tiene muchos nervios”, conflictos laborales y familiares con irritabilidad y dificultad en sus relaciones sociales. Dice que esto se inicio desde que termino con su novia de 7 años de relación. En el trabajo le han llamado en reiteradas ocasiones la atención por la falta de concentración y la calidad de los informes que esta reportando, lo que le está produciendo “un desespero” y es allí en la oficina donde presenta síntomas como los movimientos involuntarios de las manos lo que no le permite trabajar a gusto en el computador. La relación con su novia le aportaba mucha felicidad, pues ella le proporcionaba ternura y cariño el cual no recibió de niño pues sus padres lo dejaron al cuidado de sus padrinos, donde las relaciones afectivas no se daban, por el contrario de niñovivió con carencia de afecto.

Los objetivos terapéuticos fueron disminuir los sentimientos de preocupación, sanar las heridas con la figura paterna y la ruptura amorosa, modificar las expectativas de sí mismo. La psicoterapia Gestalt se caracteriza por considerar que la persona cuenta con los recursos suficientes para ser feliz, dándole valor al aquí y ahora. Se le aplica al sujeto la técnica de la figura - fondo para facilitarle la comprensión de cómo el material consciente está influyendo en sus sentimientos, emociones y acciones. Se le pide al paciente que responda preguntas como: ¿que quiere trabajar, que significa eso para ti, como se siente siendo así? , logrando de esta manera que el paciente realice integración de información que tenía en los demás y que reconociera sus proyecciones. Igualmente se logra llevar al consultante a darse cuenta que no había asimilado la ruptura con su pareja y esto le estaba generando los síntomas de ansiedad. También se le aplica el ejercicio dela silla vacía con el objetivo de lograr sanar las heridas existentes por el abandono de sus padres biológicos y la ruptura con ex novia, logrando que el paciente reconozca los miedos y las angustias que siente en muchas ocasiones hacia la gente y como esta esto influyendo en su vida sobre todo la forma de relacionarse.

Al final de la intervención se evidencia como el sujeto se da cuenta de todo el potencial que tiene para lograr su proyecto de vida y ser más feliz siendo el mismo, hasta el punto que decide darse una oportunidad con otra compañera de trabajo. También se pueden ver los cambios producidos por la terapia en la grafica 8 del pre-test y el post-test.

Sujeto 3

Paciente de 22 años, quien consulta por “sentirse muy triste” y con mucho miedo, pues no tiene trabajo ni novio. Viene presentando llanto frecuente, irritabilidad, pensamientos constantes de miedo a que se pasan los días y no logra un empleo estable y tener una relación amorosa. A los 8 años sus padres se separan, la mamá no contaba con una ayuda económica por parte de su padre, por lo que decide dejarla al cuidado de su abuela paterna. También vivo con sus tíos y primas las cuales le recalcan que era una arrimada, que tenía que hacerles el oficio a ellas sin quejarse o de lo contrario la echaban de la casa, estas palabras le causaban mucha tristeza y rabias. Desde hace 7 meses que vive con una tía materna y las hijas, las relaciones son de discordia, poco o ningún dialogo, le corresponde ayudar en la casa tanto que a veces no le queda tiempo para ir a buscar trabajo. Su mayor deseo es lograr organizarse con una pareja e irse a vivir lejos de la familia. Con la mamá y el papá hace mucho tiempo que no se encuentra, esto le genera llanto y sensación de irritabilidad. No cuenta con muchos amigos puede decir que no tiene tiempo y que le daría pena llevarlos a la casa para que sus primas la critiquen por lo que dice que mejor no tiene amigos. Se aprecia una relación distante conflictiva con su familia, donde se presenta una incongruencia con su sí mismo en donde evita cambiar esta realidad.

En la terapia Gestalt se busca la unión completa de la persona en que este trabajando para crear un ciclo gestáltico, una auto reflexión para logra una homeostasis con sí mismo en relación con su ambiente y poder completar las necesidades. Esta paciente no tiene un contacto adecuado con el ambiente tanto en el ambiente familiar como con el social.

Los objetivos de trabajo de esta paciente fueron; Fomentar la autoconfianza, mejorar el proyecto de vida y el reconocimiento de sus sentimientos. Se le aplica la técnica de hacer contacto y darse cuenta en la segunda sesión. Se lleva a la paciente a que sea consciente de que hule en este momento, que escucha, que ve, en que parte de su cuerpo siente tensión o relajación o con que experiencia de su vida lo puede relacionar o comparar. Logrando que el paciente sea consciente de sus emociones y sensaciones. También se le aplica técnicas como la figura-fondo, silla vacía, cierre de ciclos. Logrando que la paciente sea consciente de sus experiencias, conductas, sensaciones y emociones y poderse mostrar tal y como es.

4. Discusión

La práctica desarrollada permitió un acercamiento y comprensión de los consultantes del centro médico Divino Niño y sus problemáticas. Teniendo como objetivo el realizar una evaluación e intervención desde la terapia Gestalt a los pacientes asistentes al centro médico. Se aplicó un protocolo de evaluación e intervención que permitió dar cumplimientos al objetivo propuesto para este trabajo.

Inicialmente resulta muy importante hacer énfasis en los datos de la organización mundial de la salud, donde indica que en Colombia el índice de enfermedades mentales está en crecimiento acelerado. Retomando la investigación de Posada, Buitrago, Medina, & Rodríguez, (2006), que arrojó datos como que en Colombia la ansiedad es el diagnóstico más alto en enfermedades mentales común 19.3% comparado con otras patologías del trastorno de ánimo y el consumo de sustancias, en cuanto a la prevalencia de la ansiedad según el género femenino se presenta en un 56% siendo más alto que en el género masculino, son datos que se pueden comparar con la investigación realizada por Londoño, Juárez, Marín, Muñiz, Agudelo y Gómez (2008), los resultados mostraron que el 70,6% de la población estudiada reportó haber presentado algún trastorno mental alguna vez en su vida, con mayor prevalencia los estados de ánimo luego la ansiedad y los agrupados por el uso de sustancias no alcohólicas. Por otro lado de mayor prevalencia en mujeres con diagnósticos de depresión angustia, la fobia social, y en los hombres el trastorno asociado al uso de sustancias no alcohólicas, trastornos de depresión y luego el trastorno de ansiedad.

Los hallazgos obtenidos a través de las entrevistas y los instrumentos aplicados a los pacientes del centro médico como lo muestra gráfica 5 la prevalencia 21 % de los consultantes del total de la población fue atendido por ansiedad con mayor prevalencia en el sexo femenino coinciden con las investigaciones antes mencionadas. De acuerdo con los objetivos del presente trabajo, los resultados permiten concluir que la intervención y la evaluación realizada desde la Psicoterapia Gestalt, mostraron cómo los pacientes habían modificado sus niveles de ansiedad llevándolos a un nivel bajo, cuyo objetivo es lograr que cada sujeto logre realizar sus necesidades, manteniendo el contacto de sí mismo y el su medio (Perls 1976).

Los sujetos incrementaron su darse cuenta, descubriendo cuales eran sus necesidades, sus sentimientos y emociones como lo refiere Bilbao (2010), esta manera de ponerse en contacto con sus zonas internas, medias y externas para llegar a explorar los potencias para conservar el limite. Con lo dicho hasta el momento la salud depende de la capacidad de contactar con lo interno y lo externo para así conocer la realidad. La salud igualmente es aceptación e integración de lo que se, de los pensamientos, sentimientos y conducta, así a veces resulte contradictorio.

5. Reflexión Sobre la Experiencia de Práctica

Esta práctica permitió crecer en lo personal y lo profesional, en lo personal pues permitió mostrar ese lado humano de querer aceptar a las personas tal y como son. En lo profesional fue todo un reto esta práctica pues la verdad no se había definido el enfoque como terapeuta, por lo que se debió hacer un análisis de que era lo que se quería ofrecer a los pacientes y como se estaba preparado.

Cada semana se pudo ver cómo el paciente se motivaba más y asistía con las tareas, (biografías, proyectos de vidas, auto observaciones entre otras) mostrando como se habían identificado con el proceso. La evolución de los pacientes en cada sesión era notoria, con manifestaciones de deseos de cambios positivos y constantes. La mayoría de los sujetos deseaba que las sesiones fueran de mayor tiempo y más cercanas, lo que exigía tener una agenda muy bien establecida.

En algunas ocasiones se planeaba las sesiones, con los objetivos y las técnicas a aplicar, pero los pacientes venían con otras experiencias las cuales no permitían desarrollar la sesión como se había planeado, lo que generó una habilidad para lograr crear un protocolo rápidamente con lo que tenía en ese momento.

Otras habilidades que se desarrollaron fueron: el de lograr tener una buena empatía, escucha y escuchar el lenguaje del cuerpo lo que permitía llevar al paciente a que profundizara mas en sus sensaciones y emociones ayudada de las diferentes técnicas aplicadas.

Dentro de las técnicas aplicadas, algunas al iniciar la práctica no se había ejercido por lo que se hizo una exhaustiva preparación, con el transcurrir de la práctica se iban volviendo más fructíferas y enriquecedoras para el proceso de intervención.

La formación de la especialización y este trabajo de práctica permitieron un crecimiento en las áreas de la evaluación e intervención desde la Psicoterapia Gestalt, la cual mostraba a cada paciente tal y como era sin hacer juzgamiento o críticas de sus conductas o comportamientos.

Conclusiones

El presente trabajo permite tener en cuenta como los índices de los diagnósticos de los trastornos mentales está en crecimiento tanto nacional como regional.

Es así como según los resultados obtenidos y algunas investigaciones mencionadas se puede decir que el trastorno de ansiedad es mayor prevalencia en los trastornos mentales.

Por otro lado con los resultados obtenidos en el pre test y el pos test se puede afirmar que, después de aplicar psicoterapia Gestalt los pacientes bajaron los niveles de ansiedad demostrando la efectividad de esta terapia.

Por lo anterior es importante aumentar el número de sesiones para alcanzar mayores logros y sobre todo cuando se aplica terapia Gestalt.

Así mismo un diagnóstico de la salud mental oportunamente, son básicos para realizar un abordaje a tiempo y evitar que se agraven los síntomas y se termine con un trastorno más grave.

El entrenamiento de la técnica del contacto a los pacientes les permitió situarse y sentirse como ser viviente el cual cuenta con una emoción y sensaciones.

Igualmente al aplicar la terapia de la silla vacía se les permitió a los pacientes explorar y exponer sentimientos y sensaciones así ellos y así otras personas.

Falta motivación y sensibilidad por parte de los pacientes para asistir a las valoraciones psicológicas.

Recomendaciones

A nivel institucional se recomienda que habiliten el servicio de Psicología dotándolo de pruebas y un espacio más amplio y tranquilo. Que el Centro médico realice una mayor motivación para que le paciente asista a la evaluación psicológica.

Sería recomendable que se ahonde más en esta temática y crear un programa de prevención y promoción para lograr disminuir los niveles de ansiedad en la región.

A nivel de la universidad sería bueno crear un programa de solo psicoterapia Gestalt.

Es necesario entender como los diagnósticos de trastornos mentales va en aumento por los que es de carácter urgente crear programas de motivación para hacer valoraciones psicológicas.

Dentro de la especialización es importante hacer más énfasis a los procesos de evaluación e intervención desde el enfoque seleccionado para la práctica.

El presente trabajo puede ser utilizado para futuras investigaciones y lograr programas de intervención relacionadas con el trastorno de la ansiedad y la psiterapia Gestalt.

Referencias Bibliográficas

- Acevedo, A. & López, A. (2004). *El proceso de la entrevista conceptos y modelos*. México: Limusa.
- Arcas, S. & Cano, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información [*Revista Electrónica*]. *Psicología.com*, 3 (1). Mallorca, España.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Barrera, R.; Manzano, M. & Zavala, L. (2010). Diseño de prueba de estrés y ansiedad. Universidad del Valle de México. Recuperado el 2 de julio de 2012, de http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Dise%C3%B1o%20Prueba%20Estr%C3%A9s%20Ansiedad_04_CS0_PSIC_PICSJ_E.pdf
- Bilbao, A. (2010). *Gestalt para la ansiedad*. México: Alfaomega Grupo Editores S.A.
- Campo, A. & Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4). Bogotá, Colombia.
- Castanedo, C. (1997) *Grupos de encuentro en terapia Gestalt*. Barcelona: Herder
- Davison, G. & Neale, J. (2007). *Psicología de la conducta anormal DSM IV*. México: Limusa Wiley, 165-185
- García, F. (2009). *Procesos básicos en psicoterapia Gestalt*. México: Manual Moderno.
- Ginger, A. & Ginger, S. (1993). *La Gestalt una terapia de contacto*. Santa Fé de Bogotá, D.C. Manual moderno.
- Jonquera, A. & Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Kohn, R.; Saxena, S.; Levav, I. & Saraceno, B. (2012). La brecha terapéutica en la atención de salud mental. *Boletín, Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 1 de junio del 2012, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/index.html#>
- Londoño, N; Juárez, F; Marín, C; Muñíz, O; Agudelo, D; Gómez, Y.; et al. (2008). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1). Recuperado el 20 de

Junio de 2012, de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/10613/10038>

López, J. & Aliño, I. (2004). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM IV. Edit. Masson. Madrid

Miguel, T.& Cano, A. (1997). *Emociones Negativas (ansiedad, depresión e ira) y Salud*. Presentado en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 2 de junio de 2012, de http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm

Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Diagnósticos regionales de salud mental. *Observatorio Nacional de Salud Mental y Drogas*. Recuperado el 1 de junio de 2012, de www.onsm.gov.co/index.php?option...salud-mental-2011

Organización Mundial de la Salud (2003). Encuesta Mundial de la Salud Mental.

Palmero, E. y Fernández, A. (1988). Emociones y Adaptación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Barcelona: Ariel Psicología S.A.

Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Chile: Cuatro Vientos.

Posada, J.; Buitrago, J.; Medina, Y; & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca*, 4(6), 1-114. Recuperado el 2 de julio de 2012, de

http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf

Posada, J; Buitrago, J; Medina, Y. & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento / discapacidad según el estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca*, 4(6), Bogotá, 12-40.

Yontef, G. (1995). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*(1a ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Anexos

Anexo 1.Historia Clínica Psicológica

NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

LUGAR DE ORIGEN:

LUGAR DE RESIDENCIA:

TELÉFONO:

PROFESIÓN:

REMITIDO POR:

MOTIVO DE CONSULTA:

FECHA DE NACIMIENTO:

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANALISIS FAMILIAR

ANTECEDENTES PERSONAL

ANTECEDENTES DE SALUD

ESTADO ACTUAL

Sueño

Motivaciones especiales (gusto)

Miedos y/o angustia:

Estados de ánimo habituales: Alegre__ Triste__ Llorón__ Agresivo__ Tierno__ Ansioso

Tímido__ Inquietud__ cariñoso__ Seguro Miedo__

OBSERVACIONES

IX. IMPRESION DIAGNOSTICA

X. INTERVENCION

XI. PRUEBAS O ESCALAS PSICOLOGICAS A APLICAR

PSICOLOGO _____

Anexo 2. Declaración de Consentimiento Informado

Yo _____ con ___ años de edad, con CC No. _____ de _____.
Manifiesto que he sido informado sobre el uso que tendrá la información obtenida de mi entrevista y el resultado de las pruebas que me aplicaron. Este uso es el de un ejercicio netamente académico. Los datos serán tratados según la pronunciación jurídica frente al proyecto de ley estatutaria 221/07 027/06s acumulado con el 05/06s “por el cual se dictan las disposiciones generales del habeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial y de servicios y se dictan otras disposiciones”

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta extracción de información tenga lugar y sea utilizada para cubrir estos objetivos. He tomado esta decisión basándome en la información que se me ha proporcionado por escrito y he tenido la oportunidad de recibir información adicional que he solicitado. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Firma

CC No.

Anexo 3. Formulación de Caso

ESTUDIO DE CASO

CASO 1

NOMBRE: Sujeto 1

EDAD: 50 años

ESTADO CIVIL: Separada

GENERO: Femenino

LUGAR DE ORIGEN: Bucaramanga

LUGAR DE RESIDENCIA: Bucaramanga

TELÉFONO:

PROFESIÓN: Guarnición

REMITIDO POR: Compañera de trabajo

Estrato: 2

MOTIVO DE CONSULTA:

“Estoy depresiva”

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente que refiere que desde hace unos días “se siente depresiva”. la paciente relata que hace más o menos 7 años fue diagnosticada con Depresión, estuvo durante 7 días hospitalizada, con tratamiento de Amitriptilina y fluoxetina 2 tabletas diarias, hace 5 años no toma ningún medicamento. Relata que esta depresión se debió a que se separó del esposo y este “le quitó los niños”, lo que la llevó a entrar en insomnio, llanto constante y deseos de no salir, en dos oportunidades intentó suicidarse, una vez consumió veneno para ratones y la otra vez tomó muchas pastillas en una sola dosis. Este hecho fue lo que hizo que los amigos la llevaran al hospital psiquiátrico donde fue internada.

La paciente describe que desde hace aproximadamente 7 meses no logra dormir bien, le es muy difícil conciliar el sueño y cuando lo logra se despierta muy fácil, que además “no se siente bien” cuenta con una sensación de que se le duermen las manos, le hormiguean, ha estado últimamente

mal humorada, irritada con su familia y con los compañeros de trabajo. Por otro lado cuando está trabajando en la fábrica de zapatos le sudan mucho las manos (hiperhidrosis), por lo que la han tenido que cambiar a operaria y esto le está generando molestias en el trabajo.

Siente que estos síntomas se agravan cuando llega a la casa, refiere miedo de estar sola en la casa y le dan deseos de llorar que en oportunidades logra controlarlos y en otras no. Dice sentirse culpable de que sus hijos se hayan ido de la casa, por todos los síntomas que ha tenido y sus cambios de comportamiento.

Su mayor intranquilidad son unos “ataques” de preocupación que le generan miedo a volverse a deprimir “así fue como me empezó hace 7 años”. Es la primera que asiste al psicólogo y desea hacerse tratamiento antes de que tenga que formularle otra vez los medicamentos psiquiátricos. Además nota que no cuenta con amigos lo que le genera estados de tristeza. En la actualidad vive con un hijo al que solo ve unas cuantas horas los domingos, no tiene contacto con ningún otro familiar.

ANTECEDENTES PERSONALES

La madre la deja al cuidado de la abuela materna cuando la paciente tenía 6 años, con quien vivió hasta los 20 años. La relación con la abuela fue hostil, de mucho trabajo y poco tiempo para jugar o hacer otras actividades. El padre no lo conoció, tiene 3 hermanos con los que casi nunca se encuentra., Antecedentes Gineco- Obstétricos: P3C0A0 G3. Hace 3 años le diagnosticaron Hipertensión arterial, hace 7 años está separada, curso la primaria completa lleva 12 años trabajando en la misma fábrica, guarneciendo y de operaria, no cuenta con amigos, no asiste a eventos sociales.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Ansiedad generalizada
- Depresión
- Ansiedad por estrés agudo
- Ansiedad no específica.

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Observaciones	Resultados
Sesión 1	Recopilar datos	Historia clínica	Se citó a la paciente, para recopilar datos para la historia clínica.	La paciente se muestra colaboradora.	La entrevista permitió recolectar datos
	Aplicar las pruebas.	Aplicación de las pruebas :	Se le explica a la paciente en qué consiste la prueba, como desarrollarla. Se le hace entrega del material de la prueba.	Cuando inicia el desarrollo de la prueba, pregunta la paciente que si se demora mucho en la entrega de los resultados. La paciente se muestra ansiosa, nervios, en su presentación personal muestra desarreglo	Inventario de ansiedad de BAI : ansiedad moderada Se ordena una remisión urgente al Psiquiatra. Como asistió sin compañía, se le solicita que firme una constancia de que se le hace la remisión al Psiquiatra. Se cita para la semana siguiente.
	Recolectar más datos de la historia clínica.	Entrevista estructurada	no Se le solicita que realice un auto registro día a día.	Durante la entrevista se sigue mostrando ansiosa y alterada. Se le pregunta de que cómo se siente? la paciente relata estar muy nerviosa pues continúa con el insomnio y esto no le permite estar bien..	
		Inventario de ansiedad de BAI	Al culminar la prueba se le hace nuevamente una valoración de su estado de ánimo por medio de la entrevista.		

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Observaciones	Resultados
	Aplicar terapia de respiración	Terapia de respiración.	Se induce a la paciente a una relajación por medio de la respiración.		Muestra como relata libremente las emociones y las acciones, la cual le permitió hacer contacto con las mismas.
	Terapia de Contacto.	Hacer contacto con sus emociones.	Se le hacen preguntas tales como: ¿Qué esta sentido, donde lo siente, como lo siente?		
Sesión 2	Solicitar información de auto registro cuáles fueron los resultados de la valoración con el Psiquiatra	auto registro	Se le solicita al paciente el informe de valoración del psiquiatra	En esta oportunidad la paciente esta serena, atenta, colaboradora	La paciente expresa que el Psiquiatra también le diagnostica una depresión leve y ansiedad, pero no la medico, si no que le enseña a controlarse con la respiración. La cita en 1 mes.
	Analizar el auto registro	Auto registro	Entrega del auto registró por parte de la paciente.	La paciente recopilo la información de 15 días consecutivos.	.

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Observaciones	Resultados
Sesión 3	Aplicar el ejercicio de Darse Cuenta	Darse cuenta	Al aplicarse el darse cuenta se busca que la paciente aumente la conciencia del presente y de cómo se están dando las relaciones con su zona interna, externa y la de la fantasía. .se le pide al paciente escriba cual es su proyecto de vida.	A la paciente se le hacen preguntas como: ¿Que ve, que escucha, y que siente? ¿Qué esta sintiendo, donde lo está sintiendo? ¿Qué piensa, que imagina y que esta recordando?	La paciente logra reconocer emociones como el miedo, la ira. Igualmente la paciente aprendió a confiar más en sus emociones y sentimientos.
	Dejar la tarea el proyecto de vida	Proyecto de vida			Se busca que la paciente plasme cuáles son sus metas a corta y a largo plazo.
	Inventario de ansiedad de BAI				
Sesión 4	Aplicar la técnica Figura fondo.	Proceso fondo.	figura Se pide a la paciente que responda preguntas como; ¿Qué quieres trabajar, que significa eso para ti, como te sientes siendo así?	La paciente se muestra colaboradora	Se encontraron cuales eran los conflictos reales, las Géstales inconclusas, Y los introyectos

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Observaciones	Resultados
Sesión 5	Aplicar la técnica de la silla vacía	La silla vacía	Se le pide a la paciente que se siente en una silla y en la otra a su esposo. Y a su mamá.	La paciente es colaboradora y permite fluir muchas emociones y sentimientos	La realidad de abandono y rechazo que la paciente ha experimentado le producen sentimientos de dolor y rabia hacia sus padres y esposo.

Sujeto 2

EDAD: 27 años

GENERO: Masculino

ESTADO CIVIL: Soltero

LUGAR DE ORIGEN: Bucaramanga

LUGAR DE RESIDENCIA: Bucaramanga

TELÉFONO:

PROFESIÓN: Administración

REMITIDO POR:

Estrato: 3

Motivo de consulta:

“No puedo dormir y tengo muchos nervios.”

Joven de 27 años de edad, asiste a consulta voluntariamente. Quien refiere que hace más o menos 8 meses que no puede dormir bien, con periodos de desvelos muy prolongados, ya que piensa mucho sobre su estabilidad económica y esto lo lleva a estar despierto. Además relata que tiene la impresión de que “se preocupa demasiado” por muchos aspectos de su vida, como su desempeño laboral. Relata que aproximadamente desde hace 6 meses cuando entra a la oficina siente dificultad para respirar, le sudan las palmas de las manos, la planta de los pies y las axilas. Igualmente continua diciendo que no puede concentrarse, muestra movimiento involuntario en las manos lo que le impide con frecuencia escribir los informes en el computador y esto le ha creado en diversas oportunidades llamados de atención por parte del gerente de la empresa donde trabaja, por lo cual dice estar “desesperado”. Indica además que estos cambios le iniciaron desde que tuvo que entregar un informe de un balance general de la empresa y cuando lo sustentó ante el Gerente y algunos socios de la empresa estos le criticaron duramente este informe por falta de sustentación de los libros contables. Otro aspecto de su vida donde también ha notado cambios ha sido en la familia, tiene episodios irritabilidad y mal humor, incluso ha llegado a gritar a sus sobrinos y amigos. Estos síntomas aparecen después de terminar la relación amorosa con la cual llevaba 7 años. la irritabilidad se aumenta cuando se le lleva la contraria o cuando debe realizar una tarea en la casa como lavar los platos. Por todos estos síntomas, el paciente ha decidido tomar un tratamiento psicológico.

INFORMACION DE ANTECEDENTES PERSONALES

El paciente fue un niño deseado, vivió con su padre hasta los 3 años, pues este fallece a consecuencia de un cáncer de cerebro hecho del cual no recuerda mucho. Su madre se hace cargo de él hasta los 5 años de edad pero al no contar con muchos recursos económicos decide dejarlo al cuidado de sus padrinos (padres adoptivos) mientras ella iban a trabajar a otra ciudad pero sus padres nunca regresan, ante esta situación el paciente refiere tener rechazo por su madre ya que lo “abandono” este síntoma lo relaciona con la falta de ternura, comprensión y de cuidado que dice ha tenido en su vida. En la niñez fue algo retraído, poco expresivo y tímido. La familia adoptiva de Mauricio está formada por su padre de 55 años, cuya ocupación es la venta de víveres, cuenta con escolaridad de primero primaria, la madre adoptiva tiene 47 años, se dedica al hogar, con una escolaridad de segundo de primaria, en la actualidad presenta Insuficiencia Renal .En cuanto a los hermanos adoptivos son dos, un hombre y una mujer. La mayor tiene 30 años, tiene una hija, el segundo hermano vive en unión libre y tiene un hijo. La relación es distante con su madre adoptiva ya que hubo rechazo y preferencia por los hermanos. Además que entre los 8 y 14 años el padre adoptivo le maltrató física y verbalmente. Por otro lado el vínculo afectivo del paciente con sus hermanos no ha sido muy estable, pues hay una relación distante, conflictiva y de desconfianza. Esto es más marcado con la hermana, frente a la relación con su sobrina ha tenido que ser una figura paternal proporcionando cuidado, afecto y seguridad, pues es él responsable de las demandas físicas, sociales y afectivas de la niña ya que el padre y la madre no están en condiciones de asumirlo por falta de recursos económicos y tiempo. En cuanto a su nivel escolar inicio a los 7 años destacándose con calificaciones promedio y un comportamiento adecuado. A los 19 años se presenta en 2 oportunidades a la Universidad Industrial de Santander (UIS) logra ser aceptado para Ingeniería Industrial, debe trabajar y estudiar al tiempo lo que demanda un grado muy alto de exigencia esto le genera algunos síntomas de ansiedad no consulta ni hace tratamiento. En la actualidad tiene buenas relaciones con un círculo de amigos a pesar de algunos episodios de mal humor con algunos integrantes del grupo. Sostuvo una relación afectiva amorosa por 5 años, la cual le proporcionó durante este tiempo manifestaciones de cariño, ternura, comprensión, se finaliza esta relación pues la joven queda embarazada de otro hombre. Desde el rompimiento de esta relación presenta inestabilidad en sus relaciones afectivas, ya que con la pareja que más ha durado ha sido 2 meses pues dice “ya no sentir confianza en las mujeres” en la actualidad no cuenta con una pareja.

Trabaja como administrador de un Centro de Ventas de Electrodomésticos desde hace 3 años. Expresa que a futuro le gustaría tener su propia empresa para tener una mejor calidad de vida. Este paciente refiere no haber padecido de ninguna enfermedad física grave, cuenta con el esquema de vacunas completas, asiste a controles médicos cada año por sugerencia del departamento de recursos humanos de la empresa.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

- Disminuir los sentimientos de preocupación.
- Sanar las heridas con la figura paterna.
- Modificar las expectativas y creencias que el paciente tiene acerca de si mismo.

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Observaciones	Resultados
Sesión 1	Recolectar datos	Historia clínica	Se cita para iniciar la historia clínica	Paciente se muestra colaboradora	Se recolectan los datos.
Sesión 2	Aplicar la técnica de hacer contacto	Hacer contacto	Se realiza por medio de preguntas como; ¿Qué siente, donde lo siente , como lo siente?	Inicialmente el paciente no permitía dejar fluir sus sensaciones, después de unos minutos permitió y dio respuesta a las preguntas.	Dejo fluir sus todas sus emociones y sanciones haciendo contacto con las mismas, fue consciente de cómo la relación con su ex novia le esta impidiendo tener esa homeostasis que buscaba.
Sesión 3	Aplicar la técnica figura fondo	Figura fondo	Se pide a la paciente que responda preguntas como; ¿Qué quieres trabajar, que significa eso para ti, como te sientes siendo así?		Se logra que el paciente colabore para realizar integración y recuperación de información que tenía en los demás y que recociera sus proyecciones.
Sesión 4	Cierre de ciclos	Cierre de ciclos	Se le pide a la paciente que se siente en una silla y en la otra a su padre. Luego se hace con la ex novia		El paciente logra reconocer los miedos y las angustias que siente en muchas ocasiones hacia la gente y como esta está influyendo en su vida.
Sesión 5	Aumento de sentimientos	Aumento de sentimientos	Se le pide al paciente que aumente el sentimiento actual y que los		El paciente reconoce como tiene el poder para aumentar

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Observaciones	Resultados
			disminuya gradualmente		o disminuir sus emociones, logrando desbloquear las gestales

NOMBRE: Sujeto 3

EDAD: 22 años

GENERO: femenino

ESTADO CIVIL: Soltera

LUGAR DE ORIGEN: Bucaramanga

LUGAR DE RESIDENCIA: Bucaramanga

TELÉFONO:

PROFESIÓN: Administración

REMITIDO POR:

Estrato: 3

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

- Fomentar la autoconfianza,
- Mejorar el proyecto de vida,
- Reconocimiento de sentimientos
- Fomentar su auto concepto,
- Disminuir los sentimientos de preocupación.
- Sanar las heridas con la figura paterna.

Técnicas: darse cuenta, Figura fondo, cierre de ciclos, silla vacía.

Sesión	Objetivos	Técnica	Proceso	Resultados
Sesión 1	Recolectar datos	Historia clínica	Se cita al paciente y se recolectan datos	Se trabajó la historia clínica, la relación terapéutica,
Sesión 2	Aplicar la técnica de hacer contacto y darse cuenta	Darse cuenta	Se le pide al paciente que se de cuenta lo que hule, escucha, ve, de donde siente relajación o tensión.	Se logra que el paciente sea consiente de sus sensaciones y emociones.
Sesión 3	Aplicar la técnica figura fondo	Figura fondo	Se pide a la paciente que responda preguntas como; ¿Qué quieres trabajar, que significa eso para ti, como te sientes siendo así?	Logra el paciente identificar su figura y cual es el fondo de su experiencia
Sesión 4	Aplicar la silla vacía	Cierre de ciclos	Se le pide al paciente que recuerde cuando fue abandonada por sus padres.	Hizo consiente sus emociones, conductas con respecto a sus padres.
Sesión 5	Cierre de ciclos	Silla vacía	Se le pide a la paciente que se siente en una silla y en la otra a sus padres	Logra la paciente hacerle reclamos a sus padres y mostrar y expresar algunos sentimientos y emociones