



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL**  
**ENFOQUE GESTALT**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE**  
**ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CLÍNICA**

**ELLUZ YULIEDT GUZMÁN OLIER**

**BUCARAMANGA**

**2013**



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**SISTEMATIZACION DE LA INTERVENCION PSICOLÓGICA DESDE EL**  
**ENFOQUE GESTALT**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFIA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL**  
**TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ELLUZ YULIEDT GUZMÁN OLIER**

**Asesor**

**Psic. Mg. JESÚS MARÍA GÁLVEZ HOYOS**

**BUCARAMANGA**

**2013**

## **Dedicatoria**

Este trabajo lo dedico:

*A mi familia, por apoyarme en cada paso que doy, por creer que el aprendizaje es pilar fundamental de la vida, por su comprensión y paciencia constante.*

*A Dios por iluminar mi camino.*

*A mi supervisor por su apoyo, comprensión y motivación.*

*A mis docentes Humanistas por ayudarme a encontrar el camino del crecimiento interior.*

**Contenido**

	<b>Pág.</b>
Introducción	1
1. Metodología	19
1.1. Población	19
<i>1.1.1. Muestra</i>	19
1.2. Técnicas de evaluación.	200
1.3. Instrumentos	200
1.4. Procedimientos.	266
2. Resultados	288
2.1. Generalidades del proceso de intervención realizado a tres consultantes.	288
3. Discusión	400
Conclusiones	477
Recomendaciones	49
Referencias	511
Anexos	544

## Lista de Gráficas

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Identificación de las partes pasivas y activas en el ciclo de la experiencia tomado de Salama (2001).	9
Gráfica 2. El ciclo de la experiencia se divide en cuatro cuadrantes zona interna, zona de fantasía, zona externa y continuo de conciencia. Tomado de Salama, (2001).	100
Gráfica 3. Se divide en ocho fases; reposo, sensación, formación de figura, movilización de la energía, acción, pre-contacto, contacto y post-contacto. Tomado de Salama, P, (2001).	111
Gráfica 4. Identificación de los bloqueos en el ciclo de la experiencia. Tomado de Salama, P. (2001)	133

## Índice de Anexos

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Declaración de Consentimiento Informado	544
Anexo B. Formulación de Caso	555
Anexo C. Pruebas Psicológicas	666
Anexo D. Historia clínica	69

## RESUMEN

**TÍTULO** SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE GESTALT

**AUTOR** ELLUZ YULIEDT GUZMAN OLIER

**FACULTAD** Especialización de Psicología Clínica

**ASESOR** Psic. Mg. JESÚS MARÍA GÁLVEZ HOYOS

El objetivo general de la práctica es sistematizar la intervención psicológica en consultantes del Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga a través de encuentros semanales aplicando técnicas Gestálticas. La población estuvo conformada por 19 consultantes en edades comprendidas entre los 4 y 70 años, a quienes se evaluó a través de entrevistas, observación y aplicación de pruebas: Test de Personalidad Gráfico-Proyectivo (Wartegg), (1937), Test de Familia (1952). Finalmente se escogieron tres consultantes de género masculino; niño, adolescente y adulto joven por la problemática en común encontrada en su infancia, crecieron en familias disfuncionales, con distanciamiento emocional y rupturas de vínculos afectivos paternos o maternos. El número de sesiones se estableció de acuerdo con las necesidades del consultante. Los resultados del trabajo evidencian que cuando los consultantes son capaces de cerrar ciclos y toman conciencia de las necesidades a satisfacer, logran tener mayor autoconocimiento de sí mismos, posicionándolos como responsables de su existencia.

**Palabras clave:** Psicoterapia Gestalt, Intervención Clínica .

## ABSTRACT

**TITLE:** SYSTEMATIZATION OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM  
GESTALT APPROACH

**AUTHOR:** ELLUZ YULIEDT GUZMAN OLIER

**FACULTY:** SPECIALIZATION OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**CONSULTANT OF PROJECTS:** Psic. Mg. JESÚS MARÍA GÁLVEZ HOYOS

The overall aim of the practice is to systematize the assessment and psychological intervention in consulting the institute of Familia y Vida in Bucaramanga through weekly meetings using Gestalt techniques. The population consisted of 19 consultants in ages between 4 and 70 years, they were evaluated through interviews, observation and application of tests: Personality Test Chart-Projective (Wartegg), (1937), Family Test (1952). Finally, we chose three different male consultants, child, teenager and young adult with common problems found in their infancy; they grew up in dysfunctional families with emotional detachment and breaks paternal or maternal bonding. The number of sessions was established according to the needs of the client. The results of the study show that when the consultants were able to close cycles and they become aware of the needs to have greater self-awareness of themselves, they became more responsible of their life.

**Key Words:** Gestalt therapy, clinical intervention.



## **Introducción**

En este apartado se recopilan los elementos introductorios y conceptuales más importantes del proceso de práctica clínica denominado “Sistematización de la Intervención Psicológica desde el Enfoque Gestalt”. En primer lugar se encuentra la ubicación institucional, en segunda instancia las características principales de la población atendida, además de las características en común de la muestra, así como la ruptura de vínculos afectivos en la infancia con alguna de las figuras paternas., en tercer momento elementos teóricos relacionados con el surgimiento de la terapia Gestalt, posteriormente se presentan los aspectos generales de la terapia Gestalt que fueron utilizados en la intervención clínica. Para finalizar se enuncian los objetivos generales y específicos que orientan el proceso de práctica

### **Ubicación Institucional**

El Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) es una unidad académica interdisciplinaria, investigativa y de servicio social bajo principios cristianos que colabora con la difusión, promoción y desarrollo de la calidad de vida de las familias santandereanas, sus miembros y la sociedad en general. Teniendo como fin la formación humana, académica y social de los estudiantes construyendo en los profesionales el sentido social mediante proyectos de investigación e intervención terapéutica, como un aporte para el desarrollo de la sociedad.

El Instituto de Familia y Vida se encuentra ubicado en el centro Bucaramanga en la Cra 19 # 37-67 y sus objetivos son 1. Identificar las condiciones personales, culturales, sociales y económicas de la familia santandereana. 2. Potenciar espacios de interacción social entre familias, sus miembros y la comunidad, privilegiando la atención integral. 3. Apoyar el descubrimiento del sentido de vivir con alegría y de la misión de la familia, en relación con el evangelio de la vida. 4. Trabajar interdisciplinariamente desde las perspectivas biopsicosocial, espiritual, bioética, filosófica, teológica, canónica y económica para reconstruir estilos de vida, comportamientos y actitudes. 5. Generar conocimiento científico disciplinar a partir de problemáticas presentadas que correspondan al contexto santandereano. 6. Formar masa crítica que trabaje en el área generando propuestas de formación e intervención innovadora y pertinente desde los principios del humanismo cristiano.

### **Características Principales de la Población Atendida**

Se asignaron a la terapeuta 19 consultantes, 12 hombres y 7 mujeres entre 4 a 70 años de edad, género masculino y femenino de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; de estos se eligieron tres, uno de 9 años, el otro de 19 años y un tercero de 31 años, se escogió un sujeto según el ciclo vital: niño adolescente y adulto joven, quienes tenían un aspecto en común en la muestra de consultantes y era que en su etapa de infancia crecieron en familias disfuncionales, con distanciamiento emocional y rupturas de vínculos afectivos paternos o maternos. Teniendo en cuenta que la familia es el socializador primario del infante, esta influencia en la construcción de la personalidad es positiva o negativa dependiendo del tipo

de interacción ya sea funcional o disfuncional, y a su vez determina la forma de relacionarse del sujeto con el medio ambiente.

De acuerdo con Bellido, A. & Villegas; E. (1992). La familia es el ámbito en que se inicia el proceso de socialización que va a condicionar de forma radical las conductas y los comportamientos del menor. En ella, va a ser testigo de situaciones de crisis y de cambio, de conflictos de diversa naturaleza, así como también de modos de intentar afrontarlos y resolverlos. Esta experiencia, conjuntamente con el trato de que sea objeto y el mayor o menor grado de protección y seguridad que viva va a configurar su propia auto comprensión como persona y su forma de interrelacionarse con otros en la época adulta (p, 124).

Como se menciona anteriormente, la familia estructura en la persona las formas de entrar en contacto con el mundo, de interactuar con el entorno que le rodea, así mismo asimila en la infancia introyectos familiares, temores o inseguridades que pueden dejar géstales abiertas, hasta llegar a la edad adulta.

### **Elementos Teóricos Relacionados con la Terapia Gestalt**

La terapia Gestalt es una terapia existencial que fue creada por Laura Posner de Perls y Fritz Perls en Estados Unidos en New York a partir de 1951 influenciados con fundamentos de la psicología Gestalt, Fenomenología, Existencialismo y Psicoanálisis. A continuación se mencionarán las diversas corrientes o movimientos teóricos que influenciaron la creación de la terapia Gestalt (EG).(Clark, J. 2004).

***La Psicología de la Gestalt.*** Fue Laura Perls, tras de años de investigación en psicología de la Gestalt, quien trajo a colación la importancia de la figura y fondo aplicándolo desde la intervención terapéutica. Cuando se refería a la figura lo asociaba con los asuntos inconclusos o sin resolver de un consultante, es decir el malestar manifiesto que al cerrar la Gestalt pasa a ser fondo, dando paso a la satisfacción de una necesidad.

Así mismo, la Terapia Gestalt (TG) asumió el concepto de autoactualización de Goldstein quien afirma que es la autoactualización la que lleva al organismo a satisfacer una necesidad la cual se convierte en figura cuando esta es un requisito para la autorrealización. Así mismo cabe resaltar que las necesidades son únicas y se encuentran en constante cambio dependiendo del individuo.

Por otra parte también introdujeron el concepto de “el todo es más que la suma de sus partes” por lo cual un cambio que se da en el todo (sistema) genera un cambio en el sistema por lo cual la Gestalt es un enfoque holístico.

***La Fenomenología.*** Se refiere a que la experiencia debe describirse tal como se presenta no debe ser ni analizada ni interpretada.

La fenomenología es un método de exploración desarrollado por Husserl en 1900, con el objetivo de investigar la realidad de un modo diferente al que usaría el método científico-natural. La fenomenología es una disciplina que insta a las personas a distanciarse de su forma usual de pensar, para poder apreciar la diferencia entre lo que se está percibiendo y sintiendo realmente en el momento y lo que es residuo del pasado. Es la búsqueda de la

comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación. Martínez (2010), Este enfoque filosófico refiere que la experiencia de las personas debe describirse tal como se da no debe ser analizada e interpretada y se le debe dar relevancia a la intuición. Según Velásquez (2001), para Perls la fenomenología posee un gran valor, ya que ese volver a las cosas mismas le permite al ser humano captar de manera más amplia y precisa la realidad y darse cuenta o hacer conciencia de su potencial, para así realizarlo.

***El Existencialismo.*** Es un movimiento filosófico que da origen a la mayor parte de las teorías humanistas. El existencialismo niega la supremacía de la racionalidad. Rechaza lo abstracto o clasificado y hace énfasis en la experiencia vital individual y directa. La experiencia subjetiva individual es considerada válida. El punto en común de la corriente existencialista y la teoría organísmica es la valoración de la experiencia subjetiva. Se basa en el método fenomenológico, es decir se centra en la existencia de las personas, las relaciones entre ellas, y sus alegrías, sufrimientos etc., vivenciados directamente. Martínez (2010). El existencialismo le da gran importancia a la experiencia subjetiva vivida por las personas ya que el hombre construye su esencia a través de la libertad, empoderándolas como responsables de su propia existencia. Según Perls citado por Velásquez (2001), la Terapia Gestalt es un principio existencial: ello significa que nosotros no solo nos ocupamos de tratar síntomas o estructuras de carácter, ya que nos ocupamos de toda la existencia del ser humano, (p, 134).

**El Psicoanálisis.** Perls en sus comienzos como terapeuta siguió los pasos de Freud, pero recibió su formación psicoanalítica al analizarse con Karen Horney y Wilhelm Reich. Principalmente Fritz Perls integra el psicoanálisis a la TG, su noción de los mecanismos de defensa (sobre todo el de evitación), el concepto de resistencia en el proceso terapéutico y el trabajo con sueños. Perls no habla de la libido como tal, pero integra este concepto en relación con la excitación o la movilización de energía (Lafarga y Gómez del Campo, 1990) citado por Santacruz, S. Valiente, X & Lizcano, P. (2011)

### **Principios de la Terapia Gestalt**

Según Bilbao (2010) existen en la terapia Gestalt 6 principios o conceptos teóricos que se aplican en la intervención:

**Contacto.** Se da cuando se establece una relación con el entorno y consigo mismo, es en esta interacción donde se logra el desarrollo de las identidades ya que el contacto genera un cambio en el self.

**Fronteras de contacto.** Se refiere al contacto que ocurre entre el consultante y el entorno, es donde se enmarcan las experiencias, situaciones o vivencias; es aquí donde ocurren pensamientos, acciones, conductas y emociones.

Perls, Hefferline y Goodman citado por Castanedo (1982) describen que “la frontera es donde se rechazan los peligros, se superan los obstáculos, y se selecciona y apropia lo asimilable. Ahora bien lo seleccionado y asimilado es siempre nuevo; el organismo subsiste asimilando lo nuevo mediante el cambio y el

desarrollo. Así por ejemplo, el alimento, como solía decir Aristóteles, es aquello que, siendo “desigual” puede llegar a ser “igual”; y en el proceso de asimilación el organismo resulta modificado a su vez”.

***Darse cuenta (Awareness).*** Es cuando el consultante entra en contacto de forma espontánea con el presente o el aquí y el ahora, se hace consciente de lo que siente y percibe, así mismo existen tres zonas de darse cuenta.

Según Bilbao (2010) “quien manifiesta que Perls define tres zonas de contacto o de relación por que refiere a la manera de cómo nos relacionamos con nosotros mismo y con el exterior. La utilizamos para “darnos cuenta” cuando estamos enfrentado algo o encarándolo estamos en contacto con la zona externa (ZE). Cuando nos retiramos dentro de nosotros mismo, a lo que pensamos, juzgamos o creemos acerca de alguna situación, estamos en contacto con la zona media (ZM), y cuando nos retiramos internamente para prestar atención a lo que sentimos o a las sensaciones corporales que estamos experimentando en ese momento, estamos en la zona interna (ZI)” (p, 62).

Expresándolo en otras palabras, la Zona Externa (ZE) se refiere al contacto que se presenta entre el organismo y el ambiente. Mientras que la zona interna o media (ZM) es el contacto que se da entre el cuerpo y las expresiones emocionales que la persona siente. Por último la Zona Fantasía (ZF) está en relación con los procesos mentales fantasías, memoria, pensamiento, así mismo se ubican los prejuicios complejos, perfeccionismo y las compulsiones.

***Autorregulación organísmica.*** Es el proceso de satisfacer las necesidades a través de interacción con el ambiente lo cual se logra en la toma de conciencia o en el darse cuenta cuando el consultante se entrena en observar lo que siente, percibe y piensa por medio de los sentidos, de esta forma podrá comprender cómo obstaculiza su proceso.

***Cerrar asuntos inconclusos o cierre de ciclos.*** La terapia Gestalt le da gran importancia a cerrar asuntos inconclusos del pasado y en diversos momentos de la vida y en especial en la infancia ya que obstaculizan un verdadero contacto con el medio o el aquí o el ahora.

***Experimento o ejercicio vivencial.*** Con el experimento se espera lograr que el consultante se dé cuenta de lo que es capaz de realizar y expanda su frontera de contacto frente a una emergencia. Se busca que rompa sus temores y de esta forma adquiera mayor confianza en sí mismo.

***Oración Gestáltica.*** Cuando se habla de oración Gestáltica se remite a Friz Perls quien la creó y la utilizaba constantemente en las intervenciones para recordarle a los consultantes la importancia de vivir y ser ellos mismos, sin olvidar respetar el derecho que tienen los demás de ser ellos.

Yo soy yo tu eres tú, Yo soy responsable de mi vida, Tú eres responsable de la tuya.  
Yo hago lo mío, Tú haces lo tuyo. No estoy en este mundo para cubrir tus expectativas,  
Ni tú las mías. Si por casualidad nos encontráramos en el camino, Sería maravilloso, Si no así tuvo que haber sido. Fritz Perls (1973)



### **Ciclos de la experiencia**

Según Salama (2001). “El ciclo de la experiencia es un modelo fisiológico retomado del Conductismo e incorporado a la Psicoterapia Gestalt por Zinker en 1990. Dicho ciclo ha sido actualizado por el autor y expresa de manera clara, el "qué" y el "cómo" se dan los bloqueos o procesos de auto interrupción de la energía que se presenta en el camino que recorre la energía desde un punto de equilibrio dinámico (homeostasis) hasta llegar a otro punto de equilibrio después de satisfacer las necesidades”. (p.73).



**Gráfica 1. Identificación de las partes pasivas y activas en el ciclo de la experiencia tomado de Salama (2001).**

El ciclo de la experiencia fue dividido en dos con un línea horizontal, la parte superior es la pasiva debido a que el organismo no entra en contacto con la zona externa mientras que la parte inferior es la activa, ya que la energía se ponen en contacto con la zona externa.



**Gráfica 2. El ciclo de la experiencia se divide en cuatro cuadrantes zona interna, zona de fantasía, zona externa y continuo de conciencia. Tomado de Salama, (2001).**

Según Salama (2001) El ciclo de la experiencia se divide en cuatro zonas de relación que presentan el organismo con el medio ambiente y consigo mismo. La Zona interna representa la parte del organismo que va desde la piel hacia adentro; la zona de fantasía son los procesos mentales; la zona externa se refiere al contacto que tiene el organismo desde la piel con el medio ambiente, para finalizar el cuadrante del continuo de conciencia es donde se integran las tres zonas de relación donde fluye la energía del organismo con el medio ambiente.



**Gráfica 3.** Se divide en ocho fases; reposo, sensación, formación de figura, movilización de la energía, acción, pre-contacto, contacto y post-contacto. Tomado de Salama, P, (2001).

Según Salama (2001). El ciclo de la experiencia tiene ocho fases las cuales se repiten en diversas ocasiones hasta que la Gestalt se cierra, estos son:

**Reposo.** Es la etapa del equilibrio, cuando la persona ya ha resuelto una necesidad psicológica o fisiológica anterior y se encuentra en un estado de tranquilidad.

**Sensación.** La persona reconoce el inicio de una necesidad interna, no se ha formado figura, por lo cual no tiene claro qué ocasiona la tensión.

**Formación de figura.** Cuando la persona reconoce cuál es la necesidad para satisfacer y está en contacto con la zona de fantasía.

***Movilización de la energía.*** En este momento la persona reúne la energía necesaria y mira las posibles alternativas de acción para poder satisfacer la necesidad se presentan en la zona intermedia.

***Acción.*** En este instante la persona moviliza al organismo hacia el objetivo y se encuentra en contacto con la zona exterior.

***Pre-contactó.*** La persona identifica la fuente de satisfacción y se moviliza hacia ella.

***Contacto.*** Cuando la persona entra en contacto con el objeto de satisfacción experimentando placer.

***Pos-contactó.*** Es en esta etapa cuando la persona se dispone a la desenergización dirigiéndose hacia el reposo mediante el proceso de asimilación y alienación, ubicándose en el continuo de conciencia.

Después de finalizar la etapa de pos-contacto sin ninguna interrupción, el organismo vuelve al equilibrio o indiferencia creativa, dando paso a una nueva experiencia.



**Gráfica 4. Identificación de los bloqueos en el ciclo de la experiencia. Tomado de Salama, P. (2001)**

A continuación se mencionarán los bloqueos que evitan el contacto con el satisfactor y el cierre de la experiencia, relacionados con los esquemas neuróticos que las personas adquieren en la infancia. Según Salama (2001) cuando hay un bloqueo de la energía impidiendo que fluya libremente se da la auto- interrupción de la energía, la misma persona bloquea el paso de la energía. Para lograr el cierre de la Gestalt o de la experiencia se debe desbloquear la energía para dar paso a nuevas experiencias.

***Postergación o Retención.*** Se ubica en la fase de reposo bloqueando la energía y evitando el proceso de asimilación y alienación, la persona no permite que cierre su Gestalt.

***Desensibilización.*** Se ubica en la fase sensación, la persona bloquea la sensación y la conciencia lo cual no le permite sentir o tomar conciencia de lo que está pasando con su organismo.

***Proyección.*** Se ubica en la fase de movilización de la energía, se da cuando la persona reconoce en otros, ideas creencias o actitudes que no explora dentro de sí misma debido a que no puede aceptar que ella piensa o actúa de esa forma, se quita la responsabilidad y la traslada a personas externas.

***Introyección.*** Se ubica dentro de la fase de movilización, son las incorporaciones de creencias y actitudes e ideas que desde la infancia fueron dadas por los padres, se reconoce por los debo, no tengo y tengo que.

***Retroflexión.*** Se ubica en la fase de la acción, las personas hacen consigo mismas lo que desearían hacerle a los demás, no dejan fluir la energía agresiva al exterior por temor a lastimar a las personas significativas en su vida.

***Deflexión.*** Se ubica en la fase de pre-contacto, cuando la persona evita acercarse al objeto relacional y dirige la energía a otros objetos que lo sustituyen.

**Confluencia.** Se ubica en la fase de contacto, a la persona se le dificulta distinguir el límite entre ella misma y los demás y no entran en contacto adecuadamente y no identifica la forma de retirarse, asociándose a sentimientos de culpa y rencor.

**Fijación.** Se ubica en la fase de Post-contacto cuando la persona no se siente capaz de retirarse del contacto, convirtiéndolo en rígido y obsesivo, se puede identificar a través de la frase: “no puedo dejar de pensar en ti”.

Los bloqueos anteriormente mencionados son los que no permiten que el hombre empiece a descubrir el potencial de energía y de entusiasmo que yace en él que posibilita un crecimiento personal Perls (1973). Por esta razón es que el hombre llega a un estado neurótico trayendo consigo al presente situaciones del pasado no resueltas las cuales impiden la auto satisfacción de las necesidades o el cierre de la Gestalt.

Desde el punto de vista gestáltico, el neurótico no es solamente una persona que una vez tuvo un problema, es una persona que tienen un problema continuado aquí y ahora; hoy no se lleva bien en el presente y a menos que aprenda a resolver los problemas a medida que surjan, tampoco será capaz de llevarse bien en el futuro. El objetivo de la terapia es darle al paciente los medios con los cuales pueda resolver los problemas actuales y del futuro. Perls (1973).

## Técnicas Gestálticas

Según Naranjo,(1990) las **Técnicas Expresivas:** buscan que los sujetos sean capaces de exteriorizar lo interno (emociones, sentimientos), los elementos buscados son:

**Expresar lo no expresado:** Maximizar la expresión, se le brinda al consultante un contexto no estructurado, para que pueda enfrentarse así mismo asumiendo responsabilidades. Se trabaja por medio de inducciones imaginarias para que broten los temores y las situaciones inacabadas. El sujeto deberá verbalizar lo que siente.

**Terminar o completar la expresión:** Busca detectar situaciones inconclusas: la técnica más utilizada es la “silla vacía” es un juego de roles donde el sujeto trabaja sus problemas con otros por medio de la imaginación. Así mismo se pueden generar inducciones imaginarias reconstruyendo situaciones reviviéndolas de forma sana, logrando que el consultante experimente lo que evitó cuando sucedió la situación.

Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

**Repetición:** el terapeuta solicita al consultante repetir la frase o el gesto nuevamente, para que logre percatarse de una acción o frase que puede ser importante.

**Exageración y Desarrollo:** el sujeto realiza una repetición de una frase o un gesto dándole relevancia cargándolo de una emoción.

**Traducir:** se lleva al consultante a verbalizar el lenguaje corporal, expresando lo que acaba de hacer.



**Actuación e identificación:** el consultante actúa sus sentimientos y emociones, llevándolo a identificarse con ellas e integrándolas a su personalidad.

Según Naranjo, (1990) las **Técnicas Supresivas:** buscan eliminar, en el consultante, los intentos de evadirse del aquí y el ahora, llevándolo a experimentar lo que no desea afrontar.

**Nada:** es importante que el consultante experimente la nada ya que es el puente entre la evitación el contacto.

**Evitar hablar acerca de:** se establece la regla de no hablar sobre determinado tema durante la terapia y evitar la deflexión.

**Detectar los deberías:** se detectan las introyecciones como formas de evitar ver lo que se “es”.

**Detectar las formas de manipulación:** se identifican las manipulaciones y los juegos de rol que se desarrollan en la terapia.

Según Naranjo, (1990) las **Técnicas integrativas:** a través de ellas el consultante incorpora o reintegra a su personalidad las partes alienadas.

**El encuentro intrapersonal:** el consultante tendrá un diálogo con diversas partes de su ser, entre el yo debería y el yo quiero.

**Asimilación de proyecciones:** el sujeto aprende a reconocer sus proyecciones e identificarlas como propias. El terapeuta solicita que viva las proyecciones como propias.

### **Objetivos del Proyecto**

#### **Objetivo general.**

Sistematizar la intervención psicológica en consultantes del Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga a través de encuentros semanales aplicando técnicas Gestálticas.

#### **Objetivos específicos.**

Evaluar desde el enfoque Gestalt, a consultantes del Instituto de Familia y Vida.

Intervenir desde el enfoque Gestalt a consultantes del Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga.

Aplicar técnicas psicoterapéuticas desde la terapia Gestalt acordes con las necesidades del consultante.

## **1. Metodología**

### **1.1. Población**

En el Instituto de Familia y Vida brinda servicio social en atención psicológica a la población de Bucaramanga y su área metropolitana, incluyendo hombres y mujeres de estratos socioeconómicos, 1,2, y 3 entre edades de 4 a 70 años. La población atendida son 19 consultantes quienes se presentaron voluntariamente y solicitaron intervención psicológica.

#### ***1.1.1. Muestra***

Se intervinieron 19 consultantes de género masculino y femenino de los cuales se eligieron tres clientes, quienes tenían como característica común, que crecieron en familias disfuncionales, con distanciamiento emocional y rupturas de vínculos afectivos paternos o maternos. Por otra parte fueron receptivos y responsables en el cumplimiento del proceso terapéutico. El sujeto número 1 tiene 8 años de edad y cursa tercero primaria; el consultante número 2 tiene 19 años cursa undécimo grado; y el consultante número 3 tiene 31 años con estudios universitarios y título de docente.

## 1.2. Técnicas de evaluación.

Se realiza apertura de historia clínica para conocer datos sociodemográficos, motivo de consulta, antecedentes, aspectos familiares, situación actual e identificación de la problemática y necesidades del consultante mediante preguntas abiertas, asimismo en el caso de los niños y adolescentes se realiza entrevista con los padres o familiares y se observan dinámicas de interacción entre ellos, expresiones fáciles, manejo del tono de voz frente a las diversas preguntas o verbalizaciones del consultante durante el encuentro terapéutico.

## 1.3. Instrumentos

*Escala de Habilidades Sociales (EHS)*. De Elena Gismero publicada por TEA Ediciones (2000). Está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en sentido inverso, es decir, expresar acuerdo con su contenido indicaría déficit en habilidades sociales, y 5 de ellos en sentido positivo (ítems 3,7,16,18,25), es decir, contestar afirmativamente expresaría manifestar una conducta asertiva. La prueba está conformada por cuatro alternativas de respuestas:

- A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Con la escala se miden seis dimensiones:

1. Autoexpresión en situaciones sociales.
2. Defensa de los propios derechos como consumidor.
3. Expresión de enfado o disconformidad.
4. Decir no y cortar interacciones.
5. Hacer peticiones.
6. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

En la EHS el consultante elegirá una opción de las cuatro alternativas mencionadas anteriormente. Los ítems redactados de manera positiva se puntúan así: A=1, B=2, C=3 y D=4; si la redacción del elemento es inversa se puntúan así: A=4, B=3, C=2 y D=1. Por tanto, una mayor puntuación global, indica que la persona tiene más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos.

**Tabla 1. Puntuaciones medias globales en muestras de baremación.**

<b>Muestra de baremación</b>	<b>Puntuación global (d.t.)</b>
406 adultos jóvenes	87,85 (14,90)
258 mujeres	84,86 (13,71)
148 varones	88,46 (15,28)
364 adultos mayores de 30 años	89,72 (15,19)
248 mujeres	89,68 (14,24)
116 varones	94,13 (17,14)
1017 niños/as y adolescentes	95,16 (13,67)

La prueba se interpreta que a mayor puntuación global, el consultante posee mayores habilidades sociales y capacidades asertivas en distintos contextos.

A continuación se enunciará la interpretación de los seis factores:

**I: *Autoexpresión en situaciones sociales.*** Este factor está compuesto por 8 ítems que reflejan la capacidad que tienen las personas de expresarse a sí mismos de forma espontánea y sin ansiedad en diversas situaciones sociales (entrevistas laborales, grupos, reuniones sociales, tiendas entre otros). Cuando se obtiene una puntuación alta representa habilidades en las interacciones sociales, en la expresión de opiniones y sentimientos etc.

**II: *Defensa de los propios derechos como consumidor.*** La puntuación alta en los 5 ítems que representan este factor, demuestra facilidad en la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos: no dejar “colarse” a alguien en una fila y devolver un objeto defectuoso etc.

**III: *Expresión de enfado o disconformidad.*** Este factor está conformado por 4 ítems que expresan la necesidad de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Una puntuación alta manifiesta la capacidad de expresar enfado y sentimientos negativos hacia otras personas; la puntuación baja se refiere a la dificultad para expresar diferencias y preferir callar lo que le genera malestar con el objetivo de evitar conflictos con las personas de su entorno.

**IV: *Decir no y cortar interacciones.*** Los 6 ítems que conforman este factor reflejan la habilidad para interrumpir interacciones que no se quieren mantener (ya sea con un vendedor o con un amigo en un momento en el cual no se encuentra en disposición de seguir interactuando), así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Mide un aspecto de la aserción en el que es importante poder decir “no” a otras personas.

**V: *Hacer peticiones.*** Este factor está compuesto por 5 ítems y miden la expresión de peticiones de algo que se desea, ya sea a un amigo o manifestar un desagrado en un alimento en un restaurante, entre otros. Obtener una puntuación alta determinará que la persona es capaz de realizar peticiones con facilidad, mientras que una puntuación baja indicará dificultad en la expresión de algo que queremos de otras personas.

**VI: *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.*** El factor compuesto por 5 ítems mide la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto al realizar un cumplido y hablar o dirigirse a alguien que le resulta atractivo. Una puntuación alta indica iniciativa para interactuar con el sexo opuesto, y una puntuación baja indica dificultad para relacionarse con el sexo opuesto.

**Wartegg.** Test de personalidad gráfico- proyectivo de Ehrig Warteggen 1937 publicada por PSEA ediciones. Está compuesta por 16 campos cuadrangulares los cuales están numerados, en donde se observa en su interior un signo a un dato gráfico.

El test evalúa aspectos de la personalidad: según Wartegg (1937) “posicionamiento frente al medio; manejo de ansiedad, relaciones interpersonales, expectativas, ambiciones, frustraciones, proyecto de vida, utilización de la energía vital para el logro de objetivos, levantamiento de facilidades o dificultad en el proceso cognitivo de análisis, asociación y síntesis y comportamiento éticos frente a los valores”.

A continuación se mencionarán los campos o cuadros según el número asignado en la prueba que evalúan las principales necesidades psicológicas.

1. Nivel intelectual: cuadrante 6 enlace de ideas; 9 concentración y objetividad; y 13 actividad intelectual.
2. Creatividad: cuadrante 1 alternativas de solución; 2 creatividad y aptitud estética.
3. Modalidad laboral: cuadrante 3 posición frente a la rutina; 4 actividad; 5 voluntad; y 13 actividad intelectual.
4. Relaciones interpersonales: cuadrante 2 seres vivos aptitud humanista; 7 afectos infantiles; 15 vínculos afectivos actuales; 8 adaptación a la sociedad; 11 cómo se siente en las interacciones sociales; y 12 y 15 trabajo con otros.
5. Manejo de la agresión: cuadrante 14 resolución de los conflictos y el manejo de la agresión propia.
6. Orientación vocacional: cuadrante 2 seres vivos que se refiere a un enfoque humanista mientras que seres inanimados se enfoca en una actividad técnica; 4 modalidad en su actividad; 9 proyectos e ideales y 13 áreas de preferencias.



7. Trabajo en equipo: cuadrante 8, 11, 12 y 15 pensamiento; 6 predominio de curvas afectivo y de rectas racional.
8. Decisiones: cuadrante 1 y 5 resolución de problemas, perseverancia y voluntad; 5 temperamento fóbico, esquizoide y maniaco; 9 y 16 introversión o extroversión.
9. Nivel de ambición: cuadrante 3 Aspiraciones; 9 ideal del yo; y 13 preferencias intelectuales.

Se interpreta a partir de las gráficas o los dibujos que el consultante realiza, teniendo en cuenta los significados establecidos por la autora de la prueba desde el enfoque psicodinámico.

**Test de familia.** Prueba de personalidad creada por Porot (1952) y fue modificada por Louis Corman (1961), se administra en niños desde los 5 años hasta la adolescencia, la interpretación permite identificar la expresión de sentimientos que el niño tiene hacia sus familiares, especialmente hacia sus progenitores y hermanos y ellos mismo. Se le solicita al niño que dibuje una familia que se imagina, se elogiará al niño por el trabajo realizado. Posteriormente se realiza una breve entrevista que servirá de soporte para la interpretación ¿Dónde están?, ¿Qué hacen allí?, nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste, ¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?, ¿Cuál es el menos bueno de todos?, ¿Cuál es el más feliz?, ¿Cuál es el menos feliz?, y ¿tú, en esta familia, a quien prefieres? En la interpretación de la prueba se tienen en cuenta tres planos; 1.Plano gráfico, 2.Plano de las estructuras formales, y 3. El plano de contenido.

#### 1.4. Procedimientos.

- 1) **Recepción de los casos.** El equipo terapéutico y las practicantes de psicología del Instituto de Familia y Vida realizan las recepciones de casos vía telefónica o presencial y asignan a los consultantes de acuerdo con las problemáticas.
- 2) **Evaluación.** Los consultantes se presentan a la primera consulta donde se les explica la condición de la terapeuta como practicante de especialización en psicología clínica, se les informa que participar es de carácter voluntario, se le solicita firmar el consentimiento informado. Posteriormente se hace la apertura de la historia clínica a través de la entrevista y la observación; posteriormente, se elabora la formulación diagnóstica donde se plantean hipótesis explicativas en relación con las problemáticas y se establecen los objetivos terapéuticos. Durante este periodo se trabaja en la alianza terapéutica por medio de la empatía y de esta forma se logra adherencia al proceso terapéutico.
- 3) **Intervención.** Se establece el número de sesiones de acuerdo con las necesidades del consultante teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos y la intervención terapéutica desde el enfoque Gestalt. Las técnicas implementadas fueron: darse cuenta, proceso de figura fondo, identificación de las diferentes partes del cuerpo, manejo de bloqueos, qué y cómo siento, aumentando sentimientos, la silla vacía, terminar y completar las expresiones, maximizar la expresión, repetición, exageración y desarrollo, traducir, psicodrama, sintiendo fuerzas opuestas y cierre de ciclos.

- 4) **Seguimiento.** Después de terminar el proceso se realizó una sesión de seguimiento para observar la efectividad de la terapia y se les brindó las orientaciones pertinentes para el mantenimiento de los avances obtenidos en el proceso.
- 5) **Sistematización de los resultados.** Posterior a la culminación del proceso de intervención terapéutica, se realizó el informe de práctica.

## 2. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la práctica clínica, y se muestran algunas variables demográficas de los tres consultantes.

### 2.1. Generalidades del proceso de intervención realizado a tres consultantes.

En este apartado se exponen las características principales de los tres consultantes: edad cronológica, género, estado civil, escolaridad y diagnóstico. Posteriormente se describe el proceso de intervención realizado con la muestra.

**Tabla 2. Características principales de los tres consultantes.**

Nombre	Edad	G.	E. C.	Esc.	DX
Felipe (Sujeto 1)	18	M	soltero	Once	Trastorno de esquizofrenia tipo indiferenciado [295.90]
Santiago (Sujeto 2)	8	M		Tercero Primaria	Trastorno de ansiedad por separación [309.21]
Daniel (Sujeto 3)	31	M	Separado	profesional	Dependencia emocional

Como se puede observar en la anterior tabla los tres consultantes son de género masculino, se encuentran en diversas etapas del ciclo vital; niño, adolescente y adulto joven. Los tres casos se eligieron por tener un aspecto en común, haber crecido en familias disfuncionales, con distanciamiento emocional y rupturas de vínculos afectivos paternos o maternos.

### ***Sujeto 1 “Felipe”.***

Adolescente de 18 años, procedente de Bucaramanga, Santander, soltero sin hijos, cursa undécimo grado. Quien solicita la intervención psicológica es la madre. Motivo de consulta: “mi hijo fue remitido por el psiquiatra a acompañamiento psicológico, desde los 5 años fue medicado por psiquiatría porque era inquieto, se halaba el cabello, se pagaba cachetadas, golpeaba y mordía a sus compañeros; él fue diagnosticado con esquizofrenia indiferenciada desde los 12 años, cuando presentó la primera crisis tenía alucinaciones, se incrementó el deseo sexual llegando a masturbarse en el colegio o en casa frente a otras personas, se confesaba varias veces al día en el seminario, no dormía bien y se reía solo, comía poco para no engordar, se bañaba varias veces en el día, alternaba entre estados de tristeza y agresividad. A los 16 años el psiquiatra lo medicó con Risperidona (anti psicótico), posteriormente intentó agredir sexualmente a una mujer desconocida. A los 18 años en el centro comercial le tocó los glúteos a una mujer, por lo cual el psiquiatra y los progenitores afirman que necesita acompañamiento psicológico.

***Primera sesión.*** Se realizó apertura de historia clínica mediante entrevista semi estructurada, el consultante se presenta con la madre quien responde las preguntas mientras que en Felipe se observa que tiene movimientos repetitivo en brazos y piernas, no mantienen contacto visual, movimientos estereotipados de las manos, responde con monosílabos e inseguro, cuando se le pregunta por la relación materno-filial mira a la progenitora y se demora para responder. Se aborda al consultante sin acompañamiento materno y responde con mayor fluidez y coherencia.

**Segunda sesión.** Objetivo: exploración de las dinámicas familiares y el inicio del trastorno de esquizofrenia. Felipe a los 12 años presentaba ideas delirante, alucinaciones, lenguaje desorganizado, abulia, disminución de las interacciones sociales y conflictos, disminución del rendimiento académico, pensamientos y conductas obsesivas. La sintomatología mencionada anteriormente persistió por un periodo superior a seis meses. Se presenta Felipe a consulta, se observa disminución de los movimientos de brazos y piernas, responde con mayor fluidez. Manifiesta tener buenas relaciones con los miembros de la familia, cuando se indaga por la progenitora y su hermano Juan expresa malestar a través de las expresiones faciales y movimientos repetitivos de piernas y brazos, durante la sesión el consultante manifiesta tener dolor de cabeza, se implementa la técnica de toma de contacto con el dolor; el consultante le dio significado de una cruz que le decía que debía hacer cosas buenas y malas.

**Tercera sesión. Objetivo:** aplicación de pruebas psicotécnicas. El consultante se muestra en estado de alerta, intranquilo, con incremento de movimientos en piernas y brazos, miraba constantemente su alrededor, especialmente las ventanas del consultorio. Se aplica la prueba de Wartegg que termina rápidamente, los dibujos no tienen claridad ni coherencia. Posteriormente se le solicita dibujar una familia, se observa resistencia al realizar el dibujo, inicia dibujando un Bart con una espada en sus manos, verbaliza que ese dibujo es él. Luego, dibuja a una mujer con senos grandes los cuales borra y la viste con una armadura, tiene un aspecto robusto y poco humano, se indaga por las modificaciones que le realizó a la mujer a lo que responde “no quiero ser igual de morboso como mis amigos por eso le puse una armadura para que se proteja de quien quiere hacerle daño” y da por terminado el dibujo manifestando que quiere irse ya.

**Cuarta sesión. Objetivo:** exploración de dinámicas familiares y evolución del trastorno con el progenitor. El padre expresó que cuando Felipe tenía 2 años una empleada doméstica lo maltrataba, a los 4 años presentaba comportamientos extraños mordía a los compañeros y era inquieto, posteriormente nació Juan a quien agredía físicamente, cuando tenía 6 años fue abusado sexualmente por un primo. A los 12 años presentó el primer brote

psicótico y entró en crisis. Así mismo se indagó sobre las relaciones de pareja las cuales en los primeros años de convivencia fueron conflictivas “yo no conocía el carácter de ella, es imponente y se debe hacer lo que ella dice pero todo mejoró cuando entramos a grupo de parejas religioso” se observa malestar emocional en expresiones faciales. Por otra parte, comentó que Juan y Felipe discuten constantemente y el año pasado Juan agredió a Felipe y lo lastimó con un arma blanca.

**Quinta sesión. Objetivo:** intervenir a través de terapia de arte, se observa resistencia y malestar emocional en Felipe, dibuja a una mujer poco elaborada, deforme y rápidamente verbaliza ideas mágicas o fantasías en relación al dibujo “ella es una guerrera medieval que se defiende de quienes quieren quitarle sus poderes” también expresa “ella la pinté sin un brazo y una pierna y sonrío”. Se observa ansioso, mira en repetidas ocasiones a la ventana, movimientos constantes de brazos y piernas, mira el reloj en varias ocasiones y verbaliza “la consulta debería ser más corta” Se indaga sobre la ansiedad que le generan las ventanas del consultorio, a lo que Felipe responde “pienso que podría entrar alguien por la ventana partir el vidrio y cogernos a golpes con un martillo porque está inquieto” evita continuar y se retira de consulta. Como terapeuta tomo conciencia de mi cuerpo y observo que Felipe genera en mí tensión muscular y temor a ser agredida.

**Sexta sesión. Objetivo:** realizar exploración de las dinámicas familiares con los hermanos. Se presentan a consulta Juan y José quienes expresan que discuten mucho con su hermano por la forma de comportarse “se ríe cuando no debe y habla de cosas diferentes a las que estamos hablando” Juan manifiesta que en una ocasión discutieron con Felipe porque le pegaba en la cabeza por un computador que quería “yo me defendí, lo corte con un cuchillo en el brazo” sonrío. Mientras José escucha y asume una postura más pasiva frente a la entrevista. Cuando se indaga sobre las relaciones de los padres los dos verbalizan que son buenas “cuando éramos pequeños si discutían mucho pero ahora no”. Cuando hablan sobre la madre se observa malestar emocional en las expresiones faciales “ella es la autoridad en la casa y ella exige mucho en lo académico y religioso eso no nos gusta y a Felipe tampoco, cuando el entra en crisis la insulta le dice groserías, la trata mal”

Las anteriores seis sesiones son exploratorias sobre las problemáticas y el motivo de consulta, debido a que la terapeuta sentía que faltaba más información, por lo cual se realiza las sesiones por separado con los diversos miembros de la familia con el propósito de tener mayor claridad para establecer estudio de caso.

**Séptima sesión. Objetivo:** establecer empatía terapéutica. Se realiza la sesión en un salón que se adecuó para la consulta con el fin de disminuir los niveles de ansiedad o intranquilidad que le generaba el consultorio, así mismo la terapeuta realiza un recuadre aclarando que es un espacio para él y que en algunas ocasiones sus familiares participarán, ya que a partir de la presencia de los familiares del consultante asumió una postura de desmotivación, poco interés y evitación manifestada en el querer salir rápido de consulta.

Posteriormente se le presentó dibujos mangas (dibujos Japoneses) y de guerreros medievales, al recibirlos, los observo y comenzó a llorar expresando “me recuerda cuando tenía 12 años y dibujaba bonito” e inició a hablar sobre cómo era él antes de ser diagnosticado con esquizofrenia. A continuación comenzó a hablar sobre la madre expresando “le tengo rabia, ella siempre me ha quitado lo que yo quiero, el colegio, mi ropa, ella siempre está ocupada, me regaña por todo” entra en llanto. En este momento se utiliza una técnica de imaginación para realizar regresión vivenciado diversos momentos desde los 10 años hasta los 18 en los cuales ha sentido rabia y tristeza en relación con la madre, implementando aquí la técnica de aumentar sentimientos. Al finalizar la consulta se utiliza la técnica de toma de conciencia “yo me doy cuenta que siento rabia hacia mi mamá”. Durante la sesión el consultante mantuvo contacto visual y experimenta emociones como felicidad y tristeza, habla con fluidez y coherencia.

**Octava sesión.** Toma de conciencia de las emociones que le producen entrar en contacto con la madre. Se presenta a consulta y mantiene contacto visual con mayor frecuencia y se observa disminución de inquietud motora; sonrío, llora, se conecta con las emociones. Felipe manifiesta “esta semana le dije a mi mamá que sentía rabia hacia ella y no le dieron importancia estaban todos ahí y ellos se rieron de mí”. Se interviene con regresión para



revivir el momento en el cual habla con la mamá, se realiza silla vacía y psicodrama. Así mismo se abordó los sentimientos de rabia, culpa y rechazo hacia a la madre por no haberlo apoyado denunciando al sobrino por haber abusado sexualmente de él.

**Novena sesión. Objetivo:** lograr que Felipe tome conciencia de sus polaridades y la resistencia que tiene frente a la terapia familiar. Se implementa técnica polaridades, silla vacía, psicodrama, toma de conciencia y técnica de figura fondo: figura “me quiero ir a jugar computador”, fondo “no quiero estar aquí no quiero que mis padres vengan a consulta ellos van hablar mal de mí” se retira de la sesión antes de terminar el tiempo.

**Decima sesión. Objetivo:** orientar a los padres sobre el trastorno de esquizofrenia y que logren incrementar la atención en comportamientos positivos de Felipe. Se dio una orientación sobre la esquizofrenia y los efectos secundarios de los medicamentos en la capacidad de aprendizaje para disminuir los niveles de exigencia de los padres en el área académica. Así mismo, se les pide elogiar comportamientos positivos de su hijo para disminuir la presión que Felipe manifiesta sentir en su casa.

**Onceava sesión. Objetivo:** realizar cierre de Gestalt. Se implementan la técnica de toma de conciencia, manejo de bloqueos, aumentando sentimientos, identificación de las diferentes partes del cuerpo, silla vacía, maximizar la expresión, regresión; donde Felipe pudo expresar sus emociones en relación con el abuso sexual cerrando su ciclo Gestalt. Se observa que el consultante mantiene contacto visual, ha disminuido la inquietud motora, se conecta con las emociones.

**Doceava sesión. Objetivo:** brindar estrategias de habilidades de comunicación. Se trabaja con psicodrama representando situaciones cotidianas en las cuales él pueda expresar lo que piensa y lo que siente de una forma asertiva. Se observa tranquilo, ya no mantiene movimientos repetitivos en piernas y pies, sonríe, disminuyó niveles de ansiedad y mantiene contacto visual constante. Habla con la secretaria.

**Treceava sesión. Objetivo:** concientizarse de las emociones, sentimientos y comportamientos que asume con su hijo. Se realiza encuentro terapéutico con la progenitora, se realiza regresión silla vacía, toma de conciencia, figura fondo y aumentando sentimientos en lo relacionado al trastorno de esquizofrenia y al abuso sexual del cual fue víctima su hijo. Se observaron sentimientos de rabia hacia su hijo, culpa, ella tomó conciencia “yo me alejé de mi hijo y llegué a sentir rabia contra el por qué la vida nos cambió desde que el enfermó, yo quiero a mi hijo y sé que no tiene la culpa, él también ha sufrido”. Se les sugiere la importancia de realizar actividades y dialogar con su hijo.

**Décima cuarta sesión. Objetivo:** realizar proceso de perdón entre Felipe y la madre. Se facilitó comunicación y expresión de emociones donde cada uno manifestó lo que ha sido vivir con un trastorno de esquizofrenia, verbalizaron las situaciones que le generaron rabia, tristeza y alegría. Se realizó un proceso de perdón donde cada uno reconoció los comportamientos que en ocasiones asumen y con los cuales se hacen daño. Se hizo una retroalimentación donde la terapeuta les resaltó los avances individuales y familiares que han logrado.

**Décima quinta sesión. Objetivo:** dar herramientas de expresión de sentimientos en la relación-paterno filial. Se les facilitó un espacio donde pudieran expresar lo que sienten y piensan, se llevan a expresar emociones de afecto. El padre tomó conciencia “yo me he alejado de mi hijo, ya no hablo con él, hace mucho tiempo que no lo abrazaba”. Se les recomendó realizar actividades en común que sean gratificantes y manifestaciones de afecto que sean constantes entre los miembros de la familia.

**Décima sexta sesión. Objetivo:** realizar retroalimentación de los avances obtenidos en el proceso terapéutico. Se realizó encuentro terapéutico para entregar una retroalimentación de los avances obtenidos en el proceso; así mismo se le informó que próximamente se realizará cierre del proceso terapéutico, se asigna consulta de control dentro de un mes.

**Décima séptima sesión.** Se realizó cita de control observándose que se han mantenido los cambios logrados en el proceso terapéutico, disminuyeron los niveles de ansiedad y mantiene contacto visual, mejoraron las dinámicas de interacción familiar y manifestó tener un nuevo amigo.

**Sujeto 2 “Santiago”.**

Niño de 8 años, procedente de Bucaramanga, Santander, cursa tercero primaria. Quien solicita la intervención psicológica es la madre, el motivo de consulta es el siguiente: “mi hijo no quiere ir al colegio desde hace 6 meses, no almuerza, vomita, se pone pálido, tiembla y no hace más que llorar y en las noches no le gusta dormir solo, siempre debo acompañarlo hasta que se queda dormido eso me genera problemas con mi esposo porque él debe irse a dormir solo” por su parte Santiago afirma: “le tengo miedo al colegio por que tiran papa bombas y nos toca salir corriendo”.

**Primera sesión.** Se realizó apertura de historia clínica mediante entrevista semi estructurada, el consultante se presenta con la madre quien responde las preguntas quien a su vez se observa intranquila, llora cuando comenta la situación de su hijo. Santiago responde las preguntas en tono de voz bajo, responde claro y fluidamente, sonrío de forma burlona cuando la madre manifiesta que el padre se enoja porque acompaña a Santiago hasta que se duerma.

**Segunda sesión. Objetivo:** aplicación de pruebas psicotécnicas y exploración de la problemática. El consultante se observa intranquilo con movimientos repetitivos en piernas, se le aplica el test de familia, posteriormente se le da una hoja para que dibuje cómo se siente cuando está en el colegio, manifestando que está triste. Así mismo el niño verbaliza que tiene miedo que a sus padres les pase algo o que su padre lo abandone. Por otra parte, se explora la dinámica familiar evidenciándose dinámicas conflictivas entre los progenitores. Con los datos obtenidos en las dos primeras sesiones se realizó la formulación diagnóstica.

**Tercera sesión. Objetivo:** fortalecer la comunicación familiar y disminuir las dinámicas de interacción conflictivas entre los progenitores. Se intervino con las técnicas de darse cuenta, aumentando sentimientos y proceso de figura fondo, así mismo se les realizó psicorientación sobre la afectación que generan en Santiago los constante conflictos entre ellos, las amenazas constantes del padre de irse de casa y las desautorizaciones constantes entre ellos, en la incorporación de normas y límites, ya que el padre se mostraba permisivo y la madre exigente y controladora.

**Cuarta sesión. Objetivo:** identificar qué factores incrementan los signos y síntomas de Santiago. El consultante se observa tímido y callado, se interviene a través del juego y psicodrama representando a los progenitores; se aplicaron técnicas de darse cuenta, aumentando sentimiento, silla vacía. Santiago tomó conciencia de lo que sentía verbalizando “yo me siento triste porque mi mamá me regaña mucho y siento que no me quiere y a mi hermana sí, a ella no la regaña” “tengo miedo que mi mamá me deje en el colegio y no vuelva por mi” al finalizar la consulta la terapeuta realiza devolución.

**Quinta sesión. Objetivo:** lograr que el consultante realice una unión entre mente y cuerpo (estomago) tomando conciencia de sensaciones corporales. Se realiza intervención a través de silla vacía ubicando el órgano afectado en la silla, logrando que el consultante dialogue con el órgano e identifique qué es lo que quiere decir la somatización. Mediante este proceso el consultante manifiestas “tengo miedo de perder a mis papás” y toma conciencia plena de que el dolor del estómago se asocia con el temor a la separación.

**Sexta sesión. Objetivo:** disminución de los niveles de ansiedad que le generan ir al colegio. Se realiza un acercamiento al colegio a través de la imaginación y la fantasía, así mismo, se trabaja en la identificación de las diferentes partes del cuerpo, qué siente y cómo lo siente, se le dan estrategias como manejo de la respiración frente al estímulo que le genera tensión muscular y dolor abdominal.

**Octava sesión. Objetivo:** realizar seguimiento al proceso de intervención. Se realiza atención psicológica, la madre y el consultante manifiestan que ya se siente bien que ha podido ir al colegio y se siente tranquilo, se asigna control dentro de un mes.

**Novena sesión.** Se realiza cita control observándose que se han mantenido los cambios logrados en el proceso terapéutico, disminuyeron los niveles de ansiedad, no presenta signos ni síntomas. Así mismo se ha fortalecido la vinculación materno-filial.

**Sujeto 3 “Daniel”.**

Adulto joven de 31 años, procedente de Bucaramanga, Santander, divorciado tiene un hijo, licenciado en educación física, solicita intervención psicológica, motivo de consulta “tengo inconvenientes con algunas relaciones, lo que me ha dificultado tomar decisiones, en algún momento intenté tener una relación con mi compañera de trabajo, no me sentía bien por lo cual decidí no continuar con la relación de pareja, pero con ella no siento que la quiero lo suficiente, ella me motiva en mi trabajo es un mujer muy inteligente y trabajadora se ha convertido en mi amiga y confidente. Empecé a salir con quien es actualmente mi novia, ella es muy bonita me gusta mucho, tiene una hija, yo he intentado ayudarla le doy dinero, la apoyo para que estudie pero siento que ella no me quiere, siento que está conmigo por el dinero, siento que a ella aún le importa el padre de su hija, por lo cual me ha hecho desplantes en varias ocasiones. Yo he sido sincero con ambas sobre mi dificultad para tomar decisiones”.

**Primera sesión.** Se realizó apertura de historia clínica mediante entrevista semi estructurada, responde de forma clara y fluidamente. Se observa con movimientos repetitivos en piernas, tensión muscular. Como terapeuta tomo conciencia de mi cuerpo y observo que tengo sueño y quiero que él se vaya rápido.

**Segunda sesión. Objetivo:** disminuir los niveles de ansiedad. El consultante se presenta con ansiedad observando movimientos repetitivos en brazos y piernas (hiperkinesia), en verbalización “quiero tomar una decisión ya o me vuelvo loco, no estoy durmiendo bien” se

interviene con la técnica de identificación de las diferentes partes del cuerpo, y la forma cómo estos se relacionan con el nivel emocional. También, se intervino con la técnica de toma de conciencia, lo cual lo ayudó a verbalizar “yo he tomado en mi vida decisiones rápidas de las cuales luego me arrepiento”. Como terapeuta tomo conciencia e identifico resistencia siento que no sé de qué forma ayudarlo.

**Tercera sesión. Objetivo:** lograr que el consultante identifique la figura que emergen en sus verbalizaciones y los introyectos. Se interviene con la técnica de figura fondo, se identifican los introyectos “debo” que constantemente verbaliza. Al finalizar la consulta se observa tranquila, disminuyó el deseo de tomar una decisión rápida.

**Cuarta sesión. Objetivo:** identificación de las polaridades emocionales del consultante. Se interviene con la técnica de fuerzas opuestas en lo relacionado con el deseo de tranquilidad y con el temor de dejar a una de las personas. También se aplicó la técnica de aumentando sentimientos y toma de conciencia. Al finalizar la sesión se observa tranquilo y verbaliza “pude hablar con Sofía y decirle qué cosas no me gustan de ella y me sentí bien”.

**Quinta sesión. Objetivo:** fomentar la verbalización de sus emociones. Se interviene a través de la fantasía con silla vacía y aumentando sentimientos con las dos mujeres que le generan inestabilidad emocional (amiga, novia) llegando a la toma de conciencia de que el ya realizó una elección de pareja, y que teme perder la ayuda, la compañía y los consejos de la otra persona. Se asigna como tarea expresar sus emociones y decisiones a su amiga y a la novia. Se observa tranquilo, disminuyó los niveles de ansiedad y la terapeuta realiza una retroalimentación mostrándole los avances logrados en el proceso.

**Sexta sesión. Objetivo:** realizar cierre de ciclo de dependencia emocional. El consultante se presenta y manifiesta “ya decidí pero siento que ella no me quiere de verdad que está conmigo por el apoyo económico que le doy, yo he hecho de todo para ayudarla a cambiar”. Se realiza intervención con cierre de ciclo a través de una regresión a la infancia donde se observa que siempre se sintió rechazado por el padre y que siempre trataba de

complacerlo para que lo quisiera, se realizó proceso de perdón en la relación con el padre quien ya falleció por medio de silla vacía. Para finalizar se trabaja con toma de conciencia donde el consultante verbalizó “yo siempre en mis relaciones he querido complacerlas y espero que cambien porque quiero que me quieran, es lo que siempre hacía con mi papá”. Se asigna cita dentro de 15 días.

**Séptima sesión. Objetivo:** realizar seguimiento del proceso. El consultante se presenta a consulta, se observa tranquilo, sonríe y manifiesta que está durmiendo bien, que dialogó con Sofía y decidió no continuar con ella. Se aplicó técnica de qué y cómo lo siento, y se realizó retroalimentación de los avances durante el proceso. Se asigna cita control dentro de un mes.

**Octava sesión.** Se realiza la cita de control observándose que se han mantenido los cambios logrados en el proceso terapéutico, disminuyó los niveles de ansiedad, decidió terminar la relación sintiéndose tranquilo frente a la decisión tomada. Por otra parte fue ascendido en el trabajo.

### 3. Discusión

La terapia gestáltica es una intervención terapéutica que se basa en la filosofía existencial, así como menciona Perls (1976, citado por Velásquez, 2001), “la Terapia Gestált es un principio existencial, ello significa que nosotros no sólo nos ocupamos de tratar síntomas y estructuras del carácter, sino que nos ocupamos de toda la existencia del ser humano” (p.134).

El presente escrito le permite al lector conocer la parte teórica y práctica, reconociendo la eficacia de la intervención gestáltica en los tres consultantes que fueron evaluados e intervenidos por medio de técnicas gestálticas en encuentros semanales, realizados en los consultorios del Instituto de Familia y Vida de Bucaramanga.

Un aspecto común encontrado es que los tres consultantes en su infancia crecieron en familias disfuncionales, con distanciamiento emocional y rupturas de vínculos afectivos paternos o maternos; por consiguiente no lograron satisfacer plenamente las necesidades afectivas. Las investigaciones que se han realizado en España por Rof. (1986) sobre la influencia que tiene la familia en la salud mental de las personas y la incidencia que ésta tiene en los factores afectivos en la vida humana, destacan en particular el hecho de que el estilo de cuidar al niño en los primeros meses y años posteriores de su vida repercute sobre sus condiciones de sociabilidad, salud mental, tendencia criminal.



Expresándolo en otras palabras, los tres consultantes intervenidos en sus primeros años de vida no lograron satisfacer plenamente sus necesidades afectivas, debido a las disfuncionalidad familiar que género distanciamiento emocional y rupturas de vínculos afectivos paterno o maternos, lo cual obstruyó el ciclo de la experiencia, repercutiendo negativamente en la salud mental o psicológica de los participantes. Como menciona Bilbao, A. (2010).

“Si el ciclo de la experiencia se interrumpe o no se completa, sistemáticamente el organismo no puede pasar a otra situación y si logra hacerlo, la situación inconclusa pendiente lo atraparà cada vez más impidiéndole darse cuenta de otras situaciones incompletas a veces más sencillas o elementales que el individuo podría resolver sanamente. Esto les dificulta llegar a un equilibrio u homeostasis” (p.79).

En síntesis, el ciclo de la experiencia de los consultantes en algún momento de su existencia no se completó, interrumpiendo el proceso de homeostasis que se da a través del contacto con el medio ambiente (experiencias, situaciones o vivencias) donde se producen sensaciones, emociones, pensamientos y acciones, es por esta razón que les generó malestar psicológico o mental llevándolos a una desensibilización corporal, impidiéndoles llegar a formar claramente la figura, es decir, se les dificultaba reconocer qué necesidades satisfacer. Esta situación se presentaba debido a la disminución de las sensaciones corporales, reduciendo la atención y percepción en los órganos, lo cual generaba en los consultantes la dificultad de vivir plena e intensamente convirtiéndose en emociones y sensaciones incómodas. Por ende la intervención psicológica llevó a la toma de

conciencia de los consultantes a través de técnicas utilizadas por la terapia Gestalt conocidas según Naranjo (1990);

**Técnicas Expresivas:** busca que los sujetos sean capaces de exteriorizar lo interno (emociones, sentimientos), cuyos elementos buscados son: expresar lo no expresado: maximizar la expresión, se le brinda al consultante un contexto no estructurado para que pueda enfrentarse así mismo asumiendo responsabilidades. Se trabaja por medio de inducciones imaginarias para que broten los temores y las situaciones inacabadas, el sujeto deberá verbalizar lo que siente.

**Terminar o completar la expresión:** Busca detectar situaciones inconclusas: la técnica más utilizada es la “silla vacía” que se basa en un juego de roles donde el sujeto trabaja con sus problemas con otros por medio de la imaginación, así mismo se pueden generar inducciones imaginarias reconstruyendo situaciones reviviéndolas de forma sana, logrando que el consultante experimente lo que evitó cuando sucedió la situación.

**Buscar la dirección y hacer la expresión directa: Repetición:** el terapeuta solicita al consultante repetir la frase o el gesto nuevamente, para que logre percatarse de una acción o frase que puede ser importante. **Exageración y Desarrollo:** El sujeto realiza una repetición de una frase o un gesto dándole relevancia cargándolo de una emoción. Traducir: se lleva al consultante a verbalizar el lenguaje corporal, expresando qué acaba de hacer. Actuación e identificación: El consultante actuará sus sentimientos y emociones, llevándolo a identificarse con ellas e integrándolas a su personalidad.

Así mismo se encuentran las Técnicas Supresivas, Según Naranjo, (1990) buscan eliminar los intentos de evadirse del aquí y el ahora del consultante, llevándolo a experimentar lo que no desea afrontar.

**Nada:** Es importante que el consultante experimente el nada ya que es el puente entre la evitación y el contacto. Evitar hablar acerca de: se establece la regla de no hablar sobre determinado tema durante la terapia y evitar la deflexión. Detectar los deberías: se detectan las introyecciones como formas de evitar ver lo que se “es”. Detectar las formas de manipulación: se identifican las manipulaciones y los juegos de rol que se desarrollan en la terapia.

Por último, las Técnicas Integrativas, Según Naranjo,(1990) por medio de las cuales el consultante incorpora o reintegra a su personalidad las partes alienadas. **El encuentro intrapersonal:** el consultante tendrá un diálogo con diversas partes de su ser, entre el yo debería y el yo quiero. **Asimilación de proyecciones:** el sujeto aprende a reconocer sus proyecciones y a identificarlas como propias. El terapeuta solicita que viva las proyecciones como propias.

Durante el proceso de intervención clínico, a través de técnicas gestálticas en los tres consultantes, se observaron avances significativos:

En “Felipe” se fortalecieron vínculos afectivos maternos, paternos y fraternales mejorando la comunicación en el núcleo familiar del adolescente; aprendió a expresar verbalizando lo que le gusta o le disgusta, mejoró las interacciones sociales haciendo un nuevo amigo, adquirió mayor independencia, disminuyó sintomatología de ansiedad, tomó conciencia de que las alucinaciones que había vivido estaban relacionada con emociones y sentimientos que él no se permitía expresar, asumió la responsabilidad de sus actos y aprendió a identificar sensaciones corporales.

En “Santiago” se disminuyó la sintomatología de ansiedad ya que se fortalecieron los vínculos afectivos maternos y se restableció la comunicación familiar. Por otra parte, se logró que el niño identificara las sensaciones corporales e hiciera unión entre mente y cuerpo y le diera significado a su sintomatología haciéndose consciente de su temor a la separación. Al finalizar el proceso de intervención “Santiago” acudía a clase sin ninguna dificultad, dormía solo y disminuyó sintomatología de ansiedad.

En “Daniel” se disminuyó sintomatología de ansiedad a través de la toma de conciencia de cómo las diferentes partes del cuerpo están relacionadas con el nivel emocional, aprendió a no tomar decisiones apresuradas, aprendió a expresar lo que sentía y pensaba. Logro cerrar dependencia emocional y decidió estar solo, tomó conciencia que la elección de sus parejas afectivas se asociaba con la relación que tuvo en su infancia con el progenitor.

Por otra parte, cuando el consultante no permite desbloquearse o desea mantenerse en los conflictos de su pasado y sigue vivenciando sensaciones y emociones generadas por experiencias pasadas de disfunciones familiares, puede convertirse en un neurótico o llegar a un trastorno mental, debido a que la familia responsable de brindarle seguridad y tranquilidad al sujeto le generó intranquilidad y presión, como menciona Fronteras, P. (1990)

“En muchísimos casos, esa familia que debería ser promotora de felicidad es presión, aherrojamiento. Poderosas fidelidades secretas a normas muchas veces estúpidas, se van transmitiendo de una generación a otra. Las llamadas fidelidades ocultas que a lo largo de generaciones pueden convertir a un niño, que debía ser fecundo habitante del universo, en un neurótico desgraciado o en un candidato a la locura y la delincuencia” (p, 11).

Por consiguiente, durante el proceso de práctica, en los casos en donde se intervinieron niños y adolescentes, se involucraron activamente los progenitores facilitándoles el proceso de toma de conciencia con relación a la responsabilidad que tienen como padres en la adquisición de comportamientos neuróticos o trastornos mentales de sus hijos, de esta forma se espera disminuir la presión o ansiedad que les generan a sus hijos en las interacciones familiares.

Un hallazgo significativo encontrado en la práctica es que a medida que avanzaban las intervenciones o consultas, se obtenía una disminución de sintomatología en los niños y adolescentes en los cuales sus padres asumieron la responsabilidad y generaron cambios en el entorno familiar.

En conclusión, cuando se trabaja con niños y adolescentes para observar mayor eficacia en la intervención clínica desde el enfoque Gestalt, es necesario que el consultante y los miembros de su familia incrementen *el darse cuenta* y se pongan en contacto con la zona interna, zona media y zona externa, como refiere Bilbao (2010). Cuando el consultante se pone en contacto con las zona interna, zona media y zona externa, puede tomar conciencia centrándose en el presente, permitiéndose vivir plenamente su existencia en el aquí y el ahora.

Para finalizar, se evidencia que los objetivos planteados durante el proceso de práctica fueron alcanzados, se sistematizó la experiencia, se realizó evaluación clínica, se intervino con técnicas utilizadas desde el enfoque Gestalt, las cuales tuvieron gran impacto en la disminución de sintomatología de los consultantes llevándolos a la toma de conciencia de la responsabilidad que tienen con su vida.

## Conclusiones

En el trabajo se pudo observar la influencia que tiene el entorno familiar en la adquisición y mantenimiento de conductas neuróticas o en el inicio de trastornos mentales.

Una característica en común de los tres consultantes fue que en su infancia presenciaron dinámicas de interacción conflictivas a nivel familiar y así mismo se desvincularon afectivamente de alguno de los progenitores.

Se pudo evidenciar que, en las intervenciones realizadas con niños y adolescentes hay mayores avances en la disminución de la sintomatología cuando se incluye al entorno familiar generando cambios en el sistema familiar, logrando así, menguar los niveles de ansiedad generado por la interacción con los progenitores y fortaleciendo la vinculación afectiva.

Cuando los consultantes realizan cierres de la Géstales abiertas logran desbloquearse y continuar con el ciclo de la experiencia, lo cual les permitirá mantener un contacto sano con el entorno y lograr un equilibrio en su homeostasis.

Cuando los consultantes logran sensibilizarse y toman conciencia plena de sus emociones, sensaciones, pensamientos, fantasías y conductas llegan a un autoconocimiento de quiénes son, lo cual les permite vivir plenamente en el aquí y el ahora.

Un factor importante en la eficacia de la intervención clínica es la empatía entre terapeuta y consultante, cuando se siente respetado y comprendido se permite expresar libremente, sin temor a ser juzgado, sus temores, tristezas y alegrías.



## **Recomendaciones**

A nivel institucional se recomienda habilitar más consultorios para los días en que todas las psicólogas se encuentran en consulta o tener en cuenta los horarios de las practicantes de psicología clínica para evitar dificultades en la atención oportuna de los consultantes del Instituto de Familia y vida.

Se recomienda realizar investigaciones en Santander sobre la incidencia de las dinámicas de interacción conflictivas y las desvinculaciones afectivas vivenciadas en la infancia, en la adquisición y mantenimiento de comportamientos neuróticos.

En el programa de formación en psicología clínica, sería de gran relevancia tener mayor profundización en el proceso de intervención en psicoterapia Gestalt.

En la Universidad Pontificia Bolivariana sería interesante que se creara una especialización o una maestría sobre terapia Gestalt.

Se recomienda a los futuros psicólogos con énfasis en Gestalt realizar el posicionamiento del enfoque mostrándolo como una alternativa de terapia efectiva para la disminución de síntomas.

La presente sistematización de la práctica puede ser utilizada por estudiantes de psicología o psicólogos que quieran continuar o realizar una profundización sobre la eficacia de la terapia Gestalt.

## Referencias

Bilbao, A. (2010). Principales postulados de la Gestalt. *Gestalt para la ansiedad*. (pp. 61-95). México: Alfaomega

Bellido, A. & Villegas; E. (1992). Influencia de la familia en el desarrollo de pautas inadecuadas de conducta. *Alternativas*: 1, 123-133.

Burga, R. (1981). Terapia Gestalt. *Revista latinoamericana de psicología*. 13(1). 85-96. Fundación universitaria de Konrad Lorenz.

Clark, J. (2004). Gestalt-terapia: revisitando as nossas histórias. *Revista virtual rio de janeiro*. 1, 1-16.

Castanedo, C. (1982). Frontera del contacto. *Psicoterapia Gestalt*. Costa Rica: Editorial texto

Castanedo, C. (1997) Grupos de encuentro en terapia Gestalt. Barcelona: Herder

Fronteras, P. (1990) Incidencia epidemiología y clínica de los malos tratos infantiles en sus formas no traumáticas. *Revista de S.S. núms.* 11-12, 1990.

Jonquera, A. & Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

García, F. (2009). Proceso de enfermedad, síntoma y conducta. Procesos básicos en psicoterapia Gestalt. 2. 167-180.

Ginger, A. & Ginger, S. (1993). La Gestalt una terapia de contacto. Santa Fé de Bogotá, D.C. Manual moderno.

Martínez, A. (2010, 02 septiembre). Bases teóricas de la gestalt. Argentina: Avisora publicaciones

Naranjo, C. (1990). La Vieja y Novísima Gestalt. Cuatro Vientos.

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

Palpan, J., Jiménez, C. & Garay, J. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima metropolitana. *Psychology internacional*, 18 (4).

Peñarrubia, P. (1998) Preceptos básicos de la terapia gestalt. Recuperado, 15/03/2012 de [http://www.gestaltmadrid.com/paginas/articulo\\_preceptosbasicos.htm](http://www.gestaltmadrid.com/paginas/articulo_preceptosbasicos.htm)

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

Rof Carballo, J., Prólogo al volumen *La Familia hoy. Convivencia y Conflicto*, ASETES, Madrid, 1986, pág. 17.

Ros, R. (2005). La psicoterapia infantil Gestáltica. *Hojas informativas*. 79-80, 31-35.

Salama, P (2001). *Psicoterapia Gestalt: Proceso y Metodología*. México: ALFAOMEGA GRUPO EDITOR S.A. DE V.C.

Santacruz, S. Valiente, X & Lizcano, P. (2011). *Introducción a la terapia gestalt*. Recuperado, 10/08/2012 de <http://clasepatxi.files.wordpress.com/2011/02/introduccion-terapia-gestalt.pdf>

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

Velásquez, L. (2001). Terapia gestáltica de Friedrich Solomon Perls fundamentación fenomenológica existencial. *Psicología desde el caribe* 7, 130-137

## Anexos

### Anexo A. 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 B. Formulación de Caso**

### **1. DATOS PERSONALES**

**Género:** Masculino  
**Edad:** 18 años  
**Estado civil:** Soltero  
**Hijos:** cero  
**Lugar de nacimiento:** Bucaramanga  
**Ciudad Actual:** Bucaramanga.  
**Estrato socio-Económico:** 3  
**Nivel académico:** Decimo

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Joven de 18 años de edad, asiste a consulta por solicitud de la progenitora, quien refiere “mi hijo fue remitido por el psiquiatra a acompañamiento psicológico, él fue diagnosticado con esquizofrenia desde los 12 años cuando presentó la primera crisis tenía alucinaciones, se incrementó el deseo sexual llegando a masturbarse en el colegio o en casa frente a otras personas, se confesaba varias veces al día en el seminario, no dormía bien y se reía solo, comía poco para no engordar, se bañaba varias veces en el día, alternaba entre estados de tristeza y agresividad. Desde los 5 años fue medicado por psiquiatría porque era inquieto, se halaba el cabello, se pagaba cachetadas, golpeaba y mordía a los compañeros”

### **3. INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES**

El consultante fue un niño deseado durante el embarazo, en sus primeros años de vida los progenitores discutían constantemente, el padre refiere: “antes de casarme yo no

conocía el carácter de ella, era muy imponente se hacía lo que ella quería”, la progenitora estuvo cuidándolo y educándolo hasta los 3 años. Por motivos laborales la madre decide pagar una empleada doméstica, quien cuidó al niño durante 2 años, se presume que en ese periodo el niño fue víctima de maltrato por parte de la empleada, el padre refiere que la empleada fue despedida porque “los vecinos les contaron que ella maltrataba al niño”. Cuando Felipe tenía 4 años nació Juan su hermano menor, a quien en una ocasión le aplicó pegante en los ojos y en otro momento lo colocó detrás de un carro en movimiento. Felipe comenzó a auto agredirse (se pegaba cachetadas, se halaba el cabello), cuando cumplió 5 años, por dificultades económicas, se fueron a vivir a Piedecuesta, cerca de la familia materna donde Felipe fue víctima de abuso sexual en varias ocasiones por parte de un primo materno durante dos años. Los progenitores manifiestan no haberse dado cuenta hasta que comenzó a presentar cambios de comportamientos, se aislaba, mantenía ideas obsesivas (sobre el gran tamaño de sus pies, presentaba poco respeto por la norma) empezó a mostrar el pene en el colegio, por lo cual la psicóloga le realizó una valoración, y les informó que el niño era víctima de abuso sexual. A partir de este momento fue medicado ya que presentaba comportamientos de inquietud motora, se le dificultaba concentrarse, se auto agredía y maltrataba a sus compañeros y hermano. Con el medicamento mejoró un poco por lo cual a los 11 años el psiquiatra empezó a disminuirle la dosis y terminó séptimo grado con algunas dificultades, notas bajas y un estado de ánimo irritable, especialmente en la interacción con la progenitora y empezó a tener ideas obsesivas en relación a comer poco para no engordar. A los 12 años ingresa al seminario, allí comenzó a tener problemas con los compañeros, pues Felipe manifestaba que el compañero hablaba sobre sexualidad y lo incitaba a que estuvieran íntimamente, lo cual fue producto de su



imaginación, empezó a dormir poco, tenía alucinaciones visuales, auditivas y táctiles en relación a demonios y ángeles quienes lo invitaban a tener relaciones sexuales, se bañaba y confesaba varias veces en el día, no quería asistir al colegio y no escribía en los cuadernos. Los progenitores contrataron a una fonoaudióloga y a una psicóloga clínica, quien lo remitió a psiquiatría. A los 16 años lo medicaron con risperidona (anti psicótico), posteriormente intentó agredir sexualmente a una mujer desconocida. A los 18 años en el centro comercial le tocó los glúteos a una mujer, por lo cual los progenitores y el psiquiatra deciden que necesita acompañamiento psicológico; por esta razón, acude a la consulta presentando inquietud motora en manos y pies, movimientos estereotipados y no mantiene contacto visual.

#### **4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA**

“Felipe” desde el nacimiento hasta los 5 años presencié dinámicas de interacción conflictiva entre los padres, observándose mayor apego afectivo con el progenitor mientras que con la progenitora se observa un distanciamiento emocional debido a que ella era quien imponía sus puntos de vista y no escuchaba opiniones de su pareja ni de sus hijos. Por otra parte, a los 5 años fue abusado sexualmente por un primo por parte materna, lo cual generó desplazamiento de sentimientos de odio, dolor e ira hacia la madre por el vínculo consanguíneo con el abusador y por sentirse obligado a asistir a reuniones familiares donde se encontraba el victimario. Se le aplica el test de familia y dibuja a una mujer con figura robusta con aspecto de alienígena y en otra ocasión dibuja a una mujer robusta con armadura a quien mutila un brazo y una pierna. Lo mencionado anteriormente se asocia con la desvalorización realizada a la figura femenina. Se logra observar que cuando entra en

crisis a quien agrede verbalmente es a la progenitora, incrementa la auto estimulación, teniendo en cuenta que la progenitora ve el acto como algo pecaminoso que Dios no perdona, lo cual le expresa en varias ocasiones a Felipe, lo que genera en él una forma de desafiarla a través de los intentos de agresiones sexuales a mujeres desconocidas.

## **5. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN**

- Elaboración del abuso sexual.
- Fortalecer vínculos afectivos con los progenitores.
- Disminuir ansiedad generada por el núcleo familiar.
- Disminuir el impulso sexual.

## **1. DATOS PERSONALES**

**Género:** Masculino

**Edad:** 8 años

**Estado civil:**

**Hijos:** cero

**Lugar de nacimiento:** Bucaramanga

**Ciudad Actual:** Bucaramanga.

**Estrato socio-Económico:** 3

**Nivel académico:** Tercero primaria

## **2. MOTIVO DE CONSULTA**

Niño de 8 años de edad, asiste a consulta por solicitud de la progenitora, quien refiere “mi hijo no quiere ir al colegio desde hace 6 meses, no almuerza, vomita, se pone pálido, tiembla y no hace más que llorar y en las noches no le gusta dormir solo, siempre debo acompañarlo hasta que se queda dormido, situación que me genera problemas con mi esposo porque él debe irse a dormir solo” por su parte Santiago afirma: “le tengo miedo al colegio por que tiran papa bombas y nos toca salir corriendo”.

## **3. INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES**

El consultante fue un niño deseado, tuvo un desarrollo cognitivo, motriz y físico acorde a su edad cronológica; pertenece a una familia nuclear, el progenitor anteriormente estuvo casado y tiene 4 hijos con la anterior pareja con la que se separó debido al maltrato físico y psicológico por parte del señor. Desde hace 20 años se organizó con la madre de Santiago, con quien tiene dos hijos, la madre refiere que durante el embarazo de Santiago hasta la actualidad ha mantenido dinámicas de interacción conflictivas con su pareja sentimental “mi esposo es un hombre muy agresivo desde que tuvimos la primera discusión me dijo que no me atreviera a pelear, porque me golpearía si lo hacía, yo le tengo miedo, hemos tenido muchos problemas debido a que él consume medicamentos para la depresión, no le gusta salir solo, quiere estar en casa, es agresivo, se molesta por que salimos a la iglesia, él tienen 70 años y le toca trabajar mucho porque ha malgastado la plata, se la pasa jugando en casinos, así que ahora no tenemos ni una casa donde vivir, yo trabajo con él soy su secretaria, por tanto no tengo un sueldo para aportar a la casa, por eso está molesto por que se siente cansado y enfermo y debe trabajar”. El niño ingresó al colegio a los tres años, se

adaptó con facilidad, manteniendo buenas relaciones con el grupo de pares y profesores, su desempeño académico siempre ha sido excelente ocupando los primeros puestos, lo que le genera gran satisfacción a la progenitora. A los 8 años de edad comenzó a presentar deseo de no querer ir al colegio, llanto constante, dolor de estómago, la progenitora lo ha llevado a médico donde le recetan medicamentos para reflujo gástrico, el medicamento no le hacía ningún efecto por que continuaba teniendo dolor de estómago, vomitaba el almuerzo, temblaba y lloraba constantemente antes de ir al colegio. El niño manifestaba que tenía miedo de ir al colegio, porque allá tiraban papas bombas cuando los estudiantes de la UIS hacían manifestaciones, el niño terminó segundo grado, la presencia de los síntomas perduraron durante seis meses, en diciembre el niño salía a la escuela de fútbol, compartía con los amigos del conjunto y no presentaba ningún síntoma. Por tanto, la progenitora decidió cambiarlo de colegio, y los síntomas recidivaron, es por esto que decidió solicitar consulta psicológica. En la entrevista con la madre se observa gran exigencia a nivel académico, manifiesta que ella discute con su esposo sin que Santiago se dé cuenta, mientras en la entrevista con el niño manifiesta “mis padres discuten mucho, en una ocasión mi papá dijo que se iría a vivir a un hotel y que nos dejaría solos, yo no quiero que se vaya, o que mis padres se mueran o algo malo les pase, por eso me da tristeza cuando llego al colegio, no quiero dejar a mi mamá sola mientras mi papá trabaja, aunque mi mamá me regaña mucho porque ella quiere más a mi hermana que a mí”.

#### **4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

“Santiago” desde su nacimiento hasta la actualidad ha presenciado dinámicas de interacción conflictivas entre los padres, se observa mayor apego afectivo con el progenitor

quien asume una postura flexible frente a la incorporación de normas, mientras que con la madre se observa un distanciamiento emocional ya que la ésta intenta incorporar normas y límites, le exige académicamente y en ocasiones lo compara con su hermana mayor, lo que genera conflictos en la pareja debido a que el padre realiza alianza con el niño desautorizando a la progenitora. Por otra parte, discuten por las dificultades económicas debido a que el padre invierte lo que gana en juegos de casino, lo que ha hecho que el padre en varios momentos haya manifestado delante del niño que se va a ir de la casa. Esto le genera ambivalencia de sentimientos en el niño entre odio y amor hacia la progenitora ya que la observa como la responsable de que su padre se moleste y se quiera ir de la casa. Así mismo siente que la madre no lo quiere porque lo regaña mucho ya que quiere más a su hermana. El niño siente que entre más tiempo comparta con la progenitora ella lo va querer más y evitará que sus padres discutan, debido a que cuando se enferma el padre se preocupa y centra la atención en la sintomatología de su hijo disminuyendo los conflictos con su pareja. La sintomatología que presenta se puede asociar a una ansiedad generada por el temor a la separación de sus progenitores.

## **5. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN**

- Disminuir los conflictos a nivel familiar
- Fortalecer vínculos afectivos con la progenitora
- Disminuir los síntomas generados por la ansiedad
- Disminuir la exigencia de la progenitora a nivel académico.

## 1. DATOS PERSONALES

**Género:** Masculino  
**Edad:** 31 años  
**Estado civil:** Separado  
**Hijos:** uno  
**Lugar de nacimiento:** Bucaramanga  
**Ciudad Actual:** Bucaramanga.  
**Estrato socio-Económico:** 3  
**Nivel académico:** profesional

## 2. MOTIVO DE CONSULTA

Adulto joven de 31 años, asiste a consulta por solicitud de su compañera de trabajo quien se encuentra enamorada del consultante y quiere tener una relación afectiva. El motivo de consulta que verbaliza Daniel es “tengo inconvenientes con algunas relaciones lo que me ha dificultado tomar decisiones, en algún momento intenté tener una relación con mi compañera de trabajo, no me sentía bien por lo cual decidí no continuar con la relación de pareja, pero a ella no siento que la quiera lo suficiente, ella me motiva en mi trabajo, es un mujer muy inteligente y trabajadora, se ha convertido en mi amiga y confidente. Empecé a salir con quien es actualmente mi novia ella es muy bonita me gusta mucho, tiene una hija, yo he intentado ayudarla le doy dinero la apoyo para que estudie pero siento que ella no me quiere que está conmigo por el dinero, siento que aún le importa el padre de su hija, razón por la cual me ha hecho desplantes en varias ocasiones. Yo he sido sincero con ambas sobre mi dificultad para tomar decisiones”.

### 3. INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES

El consultante refiere que tiene un hijo del matrimonio con su ex esposa a quien quería mucho y quiso ayudarla a cambiar debido a que le gustaba las fiestas y tenía muchos amigos, antes de casarse sus amigos y familiares se opusieron, quienes afirmaban: “que no era una buena mujer y que estaba tomando una decisión apresurada”. Convivieron durante tres años, periodo en el que nació su hijo a quien la progenitora descuidaba constantemente por irse a fiestas, por esta razón discutían mucho y duraron separados durante un año a causa de la infidelidad por parte de su pareja sentimental. En ese periodo continuaron hablándose, ella le pidió que volvieran y él accedió a vivir con ella quedando embarazada de su segundo hijo, él comenzó a brindarle afecto y cuidado, hasta que ella le confesó que no era su hijo que tenía un padre diferente lo cual le afectó emocionalmente y lo llevó a divorciarse definitivamente. Duró tres años sin tener una pareja afectiva, hasta que inició una relación con su compañera de trabajo; él manifestó “habían cosas de ella que no me gustaban porque me recordaba a mi ex esposa” por eso decidió dejar la relación y comenzó a salir con quien es actualmente la novia “ella es muy linda me gusta mucho, pero tiene muchos problemas, en una ocasión que tuvimos una discusión tomó un cuchillo y dijo que se iba a matar. Por otra parte yo la ayudo económicamente eso me ha traído complicaciones económicas, en ocasiones no tengo dinero para darle a mi hijo, yo siento que ella está conmigo por el dinero que le doy, además siento que todavía se preocupa por el papá de la niña, no quiere que se entere que somos novios y en varias ocasiones me ha hecho desplantes”.

Teniendo en cuenta la elección de parejas afectivas, se indagó sobre la infancia y la relación con la progenitora manifestando que ella lo quería y que mantienen un fuerte vínculo afectivo con la madre. Por consiguiente se indaga sobre el padre y se observa cambio en el estado de ánimo, llegó a verbalizar “mi padre no me quería yo me esforzaba tanto por complacerlo, trabajaba en la fábrica de tabaco y lo ayudaba y el solo me regañaba nunca me regalo una caricia mientras que a mis hermanos sí, y les compraba ropa bonita a mí no me compraba o me regalaba lo más barato, siempre me he preguntado por qué era así conmigo, yo solo intentaba ganarme su cariño. Él ya murió y yo nunca supe qué pasó”

### **3. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

En las relaciones afectivas de Daniel se observa que siempre realiza elecciones de parejas similares a su esposa quería ayudarla a cambiar a pesar de que ella no le expresaba afecto y respeto llegando a serle infiel en varias ocasiones. A su actual pareja también quiere ayudarla a cambiar, a pesar de sentir que ella no lo quiere, que está con él por el dinero y que quizás podría tener una relación o un vínculo afectivo hacia el padre de su hija, ella le hace desplantes constantemente como no presentándolo con sus amigos o familiares. Mientras que su compañera de trabajo quien se ha mostrado comprensiva lo apoya y motiva a continuar, lo quiere y le manifiesta que ella lo espera mientras decide con quien quedarse. Él decide aislarla y prefiere continuar compartiendo tiempo con la novia.

En lo mencionado anteriormente deja de manifiesto que las elecciones afectivas que realiza y la forma como interactúa con ellas, es similar a la relación que tenía con su padre debido a que sentía que no lo quería, que lo despreciaba e intentaba complacerlo



esperando que algún día cambiara, esta es la misma expectativa que tenía con sus compañeras afectivas por lo que siempre quería ayudarlas, complacerlas y esperaba que algún día lo quisieran, generando así una dependencia emocional hacia sus parejas y generando la dificultad para tomar decisiones.

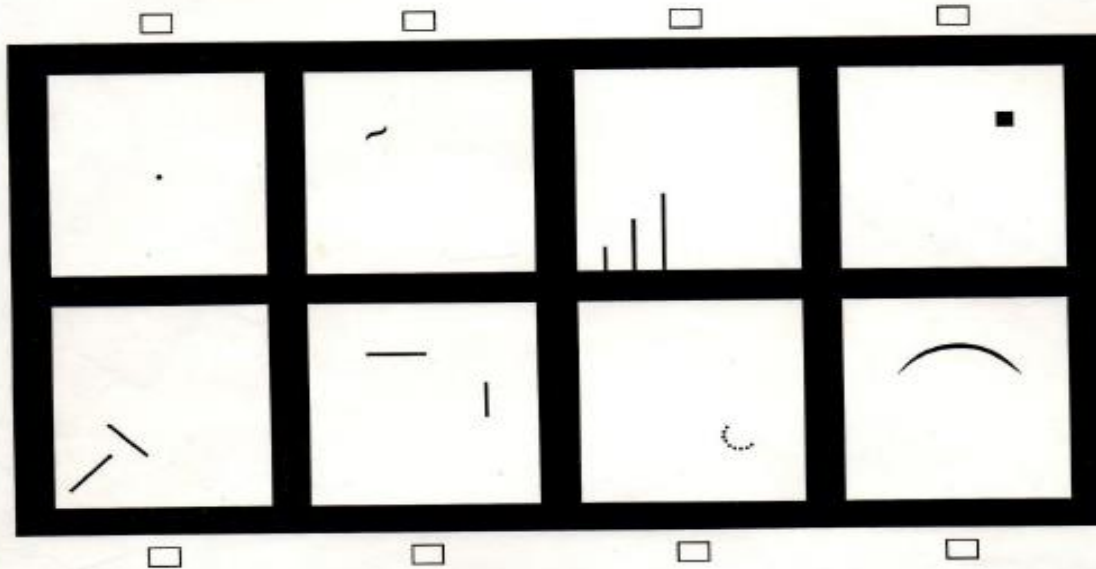
## **5. OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN**

- Disminuir la dependencia afectiva
- Disminuir los niveles de ansiedad
- Realizar cierre de Gestalt de la deprivación afectiva del progenitor
- Incrementar la toma de decisiones

### Anexo C. Pruebas Psicológicas

# TEST WARTEGG

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción \_\_\_\_\_  
Profesión \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_



#### TITULOS DIBUJOS

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO \_\_\_\_\_

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO \_\_\_\_\_

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS FACIL \_\_\_\_\_

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS DIFICIL \_\_\_\_\_

## ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)

### INSTRUCCIONES

Aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

- A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos

Marque la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.


Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído.

1.	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido	A	B	C	D
2.	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.				
3.	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.				
4.	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.				
5.	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "no".				
6.	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.				

7.	Si en un restaurante no me traen la comida como lo había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.				
8.	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.				
9.	Muchas veces cuando tengo que hacer un algo, no sé qué decir.				
10.	Teniendo a guardar mis opiniones para mí mismo.				
11.	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.				
12.	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.				
13.	Cuando algún amigo expresa una opción en la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.				
14.	Cuando tengo mucha prisa me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho colgarla.				
15.	Hay determinadas cosas que no me gusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.				
16.	Si salgo de una tienda y me doy cuenta que me han dado mal los vueltos, regreso a pedir el cambio correcto.				
17.	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.				
18.	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.				
19.	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.				
20.	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.				
21.	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.				
22.	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.				
23.	Nunca se cómo “cortar” a un amigo que habla mucho.				
24.	Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.				
25.	Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.				
26.	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.				
27.	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.				
28.	Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.				
29.	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).				
30.	Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.				
31.	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia al otro sexo aunque tenga motivos justificados.				
32.	Muchas veces prefiero ceder, callarme o “quitarme del medio” para evitar problemas con otras personas.				
33.	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no quiero, pero que me llama varias veces.				

COMPRUEBA SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

## Anexo D. Historia clínica

 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>SECCIONAL BUCARAHAMBA</small>		<b>INSTITUTO FAMILIA Y VIDA</b> <b>HISTORIA CLÍNICA PARA ADULTOS</b> FO-405-015 Versión:1						
Fecha de Recepción	Día		Mes		Año		No. De Historia	
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS</b>								
Datos del Paciente								
Nombres y Apellidos				Edad	Género		Documento de Identidad	
Lugar y Fecha de nacimiento				Dirección de Residencia				
Estrato	No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular				
Nivel de Escolaridad		Ocupación		Nombre de la Institución Educativa				
Remitido por			Entidad (EPS)		Tipo de Afiliación a IPS			
<b>2. DATOS DEL ACUDIENTE - Persona de Contacto en caso de emergencia</b>								
Nombres y Apellidos				Parentesco		Edad	Estado Civil	
Dirección de Residencia				No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular		
<b>3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE</b>								
Motivo de Consulta								
Observación general del Paciente (Exámen Mental)								
								Folio No.

<b>Aspectos relacionados al motivo de consulta</b>	
<b>Historial de la situación</b>	
<b>Intentos previos para solucionarlo</b>	
<b>Percepción de la situación desde el/la paciente</b>	
<b>Redes de apoyo del/la paciente</b>	
	Folio No.

ASPECTOS FAMILIARES											
Familiograma											
						Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	RELACION DEL PACIENTE CON ESTA PERSONA
Observaciones generales del ambiente familiar											
						Folio No.					
4. AREA PERSONAL											

<b>5. HISTORIA ACADEMICA</b>			
<b>6. AREA SOCIAL</b>			
<b>7. HISTORIA LABORAL</b>			
EMPRESA	CARGO	TIEMPO DE VINCULACIÓN	INTERPERSONALES ÁMBITO LABORAL
			Folio No.
Observaciones generales de la historia laboral			



<b>8. ANTECEDENTES PERSONALES</b>					
<b>9. RELACIONES DE PAREJA</b>					
<b>10. CONDUCTAS DE RIESGO</b>					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Actividad Sexual					
Problemática Legal					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	DIFICULTADES PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Uso de Drogas					
Ludopatía					
Internet					
Otras Situaciones de riesgo					
					Folio No.
<b>11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Evaluación multiaxial)</b>					

<b>12. PLAN DE TRATAMIENTO</b>	
Nombre del Profesional	
Fecha:	
Folio No.	